

Azienda USL Città di Bologna  
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

**ECM - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

**CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA ECM**

**“Il malato reumatico, la sua condizione di vita quotidiana con la malattia. Funzioni, responsabilità, centralità dell'assistenza infermieristica”**

Data: dal 9 ottobre 2006 al 13 novembre 2006  
Sede: Centro di Formazione CEFAL - Via Nazionale Toscana, 1 - S. Lazzaro di Savena (BO)

Barrare con una crocetta le voci di interesse:

**1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?**

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
--	--	8%	43%	49%

**2. Come valuta la qualità educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?**

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
--	--	5,7%	54,3%	40%

**3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?**

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
--	2,8%	10,2%	38%	49%

**Suggerimenti, commenti e proposte:**

Ridurre le lezioni frontali - Bibliografia più leggibile (2) - Tutto bene - Complimenti ai docenti - Sarebbe necessario approfondire la prescrizione dei farmaci - Patologie reumatiche ben trattate - Far fare più lezioni agli infermieri - Approfondire ulteriormente il tema della patologia reumatica - Approfondire la terapia del dolore e l'uso dei farmaci.

Azienda USL Città di Bologna  
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

**ECM - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

**CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA ECM**

**“Aspetti clinico-assistenziali nell'emergenza/urgenza nell'assistenza infermieristica erogata ai cittadini in regime libero-professionale e nelle strutture residenziali RSA - Case Protette - Case di riposo”**

Data: dal 3 novembre 2006 al 13 novembre 2006  
Sede: Centro di Formazione CEFAL - Via Nazionale Toscana, 1 - S. Lazzaro di Savena (BO)

Barrare con una crocetta le voci di interesse:

**1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?**

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
--	3%	4%	33%	60%

**2. Come valuta la qualità educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?**

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
--	--	3%	30%	67%

**3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?**

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
--	--	3%	43%	54%

**Suggerimenti, commenti e proposte:**

Ripetere periodicamente questa formazione sull'emergenza (3) - Docente chiara ed esauriva (3) - Chiedo un corso sul BLS (3) - Chiedo formazione ALS - Fare questi corsi anche nelle strutture sanitarie private - Corso bello al quale tutti dovrebbero partecipare - Dispense più leggibili (2) - Corso molto interessante - Vorrei essere preparata come la docente.

# NORMATIVA

## • “Analisi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 - Contenuti di interesse per la professione infermieristica”

**C. Ferri**

L'introduzione al Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 delinea i punti focali dell'azione dello stesso, quali:

- 1) Organizzare meglio e potenziare la **promozione della salute**;
- 2) Rimodellare le **cure primarie**;
- 3) Favorire la promozione del **governo clinico** e della **qualità** nel Servizio sanitario nazionale;
- 4) Potenziare i **sistemi integrati** di rete sia a livello nazionale o sovranazionale (malattie rare, trapianti, ecc.);
- 5) Promuovere l'**innovazione** e la **ricerca**;
- 6) Favorire il **ruolo partecipato del cit-**

**tadino** e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario regionale;

7) Attuare una politica per la **qualificazione delle risorse umane”**

Nell'ambito dei contesti, vincoli e opportunità viene sottolineato quanto segue:

- la dimensione della **tutela della salute e sanità pubblica** trascende il livello nazionale per radicarsi nell'Unione Europea... (vedi quanto richiesto all'infermiere nella Legge n. 251/2000);
- la necessità della formazione e l'**adeguamento delle risorse umane** per la salute;
- la **valutazione della qualità dell'assistenza**;
- l'**equità** di trattamento e di accesso ai servizi;
- la **protezione** delle categorie più deboli;
- la **partecipazione dei cittadini** e la **bioetica**.

Nell'ambito della qualità i temi prioritari da sviluppare riguardano:

- la **qualità dei servizi sanitari** e la **sicurezza** dei pazienti;
- lo **sviluppo** di sistemi nazionali per la notifica degli incidenti (si pensi alla prevenzione dei rischi);
- la **formazione del personale**;

- la partecipazione del cittadino (**attore principale del sistema sanitario**);
- la **promozione della salute**;
- la **sicurezza di trasfusioni e trapianti**;
- gli **aspetti etici** connessi alle nuove tecnologie, alle possibilità diagnostiche, alle **cure palliative**.

Il ruolo delle Regioni concerne la potestà legislativa concorrente su:

- tutela della salute e sicurezza del lavoro;
- **le professioni**;
- la ricerca;
- l'innovazione scientifica e tecnologica, ecc.

Il Piano sanitario nazionale affronta in maniera dettagliata l'evoluzione demografica con la contestuale evoluzione dei bisogni (**assistenza infermieristica**, patologie croniche), ma anche la necessità di migliorare le cure perinatali e la **copertura vaccinale dei bambini**.

Il contesto socioeconomico riguardante il triennio 2006-2008 presenta notevoli difficoltà, che potrà migliorare solo se tutta l'economia del paese potrà avere una ripresa.

Il progressivo invecchiamento della popolazione modificherà la domanda di beni e servizi e questi influenzerà le professioni sanitarie e l'assistenza con una maggiore richiesta di **infermieri** e di medici di

medicina generale; richiederà maggiori investimenti per migliorare la salute degli anziani attraverso la prevenzione e la promozione della salute.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ribadisce le caratteristiche fondamentali dell'attuale Servizio sanitario, quali: l'universalità, la sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate in tutto il paese sia mediate strutture sanitarie pubbliche, private convenzionate (sistema sanitario solidaristico) e non convenzionate.

Il **capitolo 3.3** descrive il ruolo della sanità italiana in Europa e viceversa, sottolineandone tre aspetti principali quali:

- la promozione della salute;
- gli ambiti di armonizzazione riferiti in particolare (per quanto di nostro interesse) **alla mobilità degli operatori sanitari;**
- e il terzo:
- l'integrazione delle politiche per la salute (**salute per tutti**) anche in **relazione alla multiculturalità** dei cittadini presenti nel paese.

Un ulteriore elemento di confronto europeo riguarda la possibilità di scambiare informazioni sulla **mobilità dei professionisti della salute e gestire le conseguenze di tale mobilità** (su questo è fondamentale il ruolo dei Collegi relativamente all'obbligatorietà di iscrizione all'Albo e per l'integrazione linguistica e professionale).

Gli obiettivi prioritari di salute, descritti nel capitolo 3.4 riguardano:

- la prevenzione:
  - del rischio cardiovascolare
  - dell'obesità
  - del diabete;
- l'attività di *screening* per la prevenzione dei tumori;
- la prevenzione degli incidenti;
- le vaccinazioni;
- la tutela dell'ambiente;
- la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- la sicurezza alimentare;
- il contrasto al tabagismo;
- la promozione attiva di abitudini non sedentarie.

Il **capitolo 3.5 "Riorganizzazione delle cure primarie"** sottolinea l'importanza del superamento dello studio unico del medico di medicina generale a favore della medicina di gruppo in una sede unica per assicurare la presenza di un medico di medicina generale nell'arco delle 24 ore e per sette giorni la settimana compreso l'attività di specialisti ambulatoriali.

Questo aspetto riguarda anche i pediatri di libera scelta.

Il Piano sanitario nazionale dichiara inoltre che questo modello organizzativo avrà **"importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale"**. Il sistema dell'emergenza-urgenza, oltre a sottolineare il ruolo della centrale operati-

va a cui fa capo il numero telefonico "118", stabilisce due tipi di risposta: quella territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio e quella ospedaliera costituita dai P.S. e dai DEA di I e II livello.

La rete delle malattie rare necessita di ulteriore sviluppo e tra le principali azioni da svolgere vi è la **promozione, la formazione e l'aggiornamento degli operatori** su questi temi.

La rete trasfusionale richiede l'attuazione delle direttive europee in materia e quindi delle norme di qualità e sicurezza per la raccolta, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti. Tutto ciò come già indicato nella Legge n. 219 del 21 ottobre 2005.

La rete dei trapianti registra una crescita nella donazione di organi, tessuti e cellule, tuttavia non ancora sufficiente ad soddisfare delle richieste assistenziali.

Per questo vanno superate le cause che rallentano la possibilità delle suddette donazioni e tra i numerosi obiettivi da raggiungere vi è quello di **"promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori"** (ovviamente di fondamentale importanza anche per gli infermieri).

Il **capitolo 3.7** riguarda **"L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza"** tra cui va ulteriormente sviluppato il **modello di assistenza fondato sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti che, pur appartenendo ad unità ed ambiti operativi diversi lavorano per obiettivi comuni.**

Ampio spazio viene dato dal Piano Sanitario Nazionale all'**integrazione sociosanitaria descritta nel capitolo 3.8** (e di cui gli infermieri sono ben consapevoli) soprattutto per **"l'erogazione delle prestazioni che va modulata in riferimento a criteri di appropriatezza e del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità"**.

Il **capitolo 3.9: "Il dolore e la sofferenza nei processi di cura"** richiama all'attenzione che il paese pone da oltre 10 anni a questo importante problema.

Il programma nazionale per le cure palliative (realizzazione degli Hospice), il superamento delle limitazioni nell'uso dei farmaci oppiacei (tuttavia non ancora pienamente attuato), l'accordo Stato, Regioni e Province autonome su: **"Linee-guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore"** sono ambiti a cui dare ulteriore concretezza per lenire il dolore e la sofferenza delle persone affette da malattie dolorose inguaribili (non solo oncologiche).

Anche in questo capitolo viene sottolineato come sia necessaria la formazione degli operatori sia ospedalieri che territoriali e come essa debba essere realizzata nell'ambito della formazione ECM.

Il **capitolo 4: "Strategie del sistema"** dedica un ampio spazio alla ricerca, ma riferita esclusivamente a progetti di ricerca a livello nazionale tra cui: **"Lo sviluppo di strumenti epidemiologici per l'identificazione di aree a particolare rischio di**

**insorgenza di emergenze sanitarie"** (è sotteso che la ricerca sanitaria deve coinvolgere tutti i professionisti sanitari e per quanto riguarda la professionalità infermieristica deve essere collegata a processi di innovazione e sviluppo delle conoscenze operative tenuto conto delle innovazioni in campo scientifico e tecnologico, specifici del ruolo infermieristico).

**"Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del servizio sanitario nazionale" - capitolo 4.3**

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 attribuisce alle Regioni e Province autonome la piena responsabilità dell'organizzazione delle Aziende del Servizio sanitario nazionale fatto salvi gli accordi Stato-Regioni e Province autonome e richiama **"il contributo prezioso che la legge prevede debba essere offerto dagli Enti pubblici e privati nonché dagli Ordini e Collegi professionali"**.

Per quanto attiene al fabbisogno del personale del Servizio sanitario il Piano sanitario nazionale stabilisce che il Ministero e le Regioni devono definire stime corrette in merito al fabbisogno stesso, sia in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie, sia in funzione delle esigenze del mercato del lavoro, indi successiva programmazione degli accessi alle rispettive classi di laurea in accordo tra Ministero della Salute e Ministero dell'Università sulla base dei fabbisogni trasmessi dalle Regioni.

La programmazione del fabbisogno deve essere triennale e la formazione deve tenere conto di:

- obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali;
- modelli organizzativi dei servizi;
- offerta di lavoro;
- domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato non ancora immesso nell'attività lavorativa.

Il Piano sanitario nazionale sottolinea l'importanza di formare quelle professionalità delle quali si avverte una particolare necessità per l'assistenza al malato (infermiere). La formazione continua e obbligatoria in medicina presuppone il miglioramento dell'assistenza sanitaria e della qualità delle prestazioni erogate nonché, per la professione infermieristica, l'adozione di modelli di assistenza per processi.

Ulteriori obiettivi della formazione continua sono i seguenti:

- mantenimento della motivazione alla professione di tutti gli operatori;
- adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie;
- miglioramento continuo dell'organizzazione, del rendimento e dell'economia dell'intero sistema sanitario;
- miglioramento della capacità di risposta ai bisogni del cittadino.

Il **punto 4.4: "La promozione del governo clinico e la qualità del Servizio**

**sanitario nazionale compresa la tematica delle liste d'attesa** richiedono una corretta politica della domanda e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il governo clinico è lo strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei "capitali" del Servizio sanitario nazionale.

In tutto ciò sono coinvolte tutte le professionalità sanitarie poiché il miglioramento continuo della qualità è legato all'attività di tutti e di ciascun professionista.

**Il capitolo 5.4: "Tutela della salute mentale"** indica quali obiettivi da raggiungere:

- **l'implementazione della qualità dei centri di salute mentale;**
- la razionalizzazione delle modalità della presa in carico dei pazienti;
- l'individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
- il miglioramento delle capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore in tutte le fasce d'età con particolare riferimento alla depressione ed ai disturbi alimentari (anoressia);
- l'implementazione di protocolli di collaborazione per garantire la continuità assistenziale tra l'età evolutiva e l'età adulta;
- l'attivazione e l'implementazione di interventi nelle carceri a favore dei detenuti con disturbi mentali e per i pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari con particolare riferimento anche alle problematiche sociali.

**Il capitolo 5.5** è dedicato alle **"Dipendenze connesse a particolari stili di vita"**

Questa problematica, già molto nota, riguarda il fumo da tabacco i cui obiettivi da aggiungere sono:

- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani tramite interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi delle scuole medie inferiori e superiori;
- favorire la sospensione del fumo in gravidanza e nell'età fertile.

L'abuso di alcol richiede una nuova cultura in campo alcolico per cui è necessario intervenire con strumenti particolarmente mirati per:

- ridurre l'attuale consumo di alcol e contrastare l'aumento della popolazione complessiva dei consumatori in particolare i giovani e le donne;
- contrastare l'aumento dei comportamenti a rischio quali il consumo di alcol fuori pasto, consumi eccessivi ed ubriacature;
- garantire, soprattutto in alcuni territori, percorsi terapeutici adeguati ai bisogni dell'utenza con problemi di alcol-dipendenza conclamata.

La problematica della tossicodipendenza attualmente presente nel nostro paese richiede il superamento delle attuali criticità quali:

- difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa;
- carenza di conoscenze scientifiche validate sui protocolli terapeutici relativi ai consumi di cannabis, cocaina e metamfetamine;
- educare/informare sugli effetti delle nuove droghe che costituiscono un ulteriore problema in quanto i consumatori non si ritengono tossicodipendenti nell'accezione classica del termine;
- difficoltà nell'affrontare la comorbilità psichiatrica soprattutto nei pazienti cronici e generalmente assuntori di eroina;
- difficoltà nell'attuare processi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti.

Gli obiettivi da raggiungere che il Piano sanitario nazionale propone sono i seguenti:

- accrescere le conoscenze dei professionisti basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza (nuove strategie terapeutiche e protocolli terapeutici condivisi), con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbilità psichiatrica;
- attivare e implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali a fini epidemiologici e programmatici;
- applicare e fare riferimento alle normative vigenti sul tema.

**NOTA**

La sintesi dei contenuti del Piano sanitario nazionale è stata elaborata dalla Presidente del Collegio nell'ottica di fornire, agli iscritti all'Albo del Collegio di Bologna, gli elementi di riflessione sui propri campi di attività per contribuire al raggiungimento dei fini del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008, correlato agli obiettivi del Piano sanitario e della Legge n. 29 del 2004 della Regione Emilia-Romagna attualmente in vigore, le cui sintesi sono state pubblicate rispettivamente sul numero 3/ novembre 2003 e sul numero 1/gennaio-marzo 2005 della rivista "Professione Infermiere".



## CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• **Ricerca infermieristica: gestione del rischio e prescrizioni terapeutiche**

**P. Giurdanella, C. Robb**

Negli ultimi anni, così com'è avvenuto per i sistemi sanitari anglosassoni, anche in Italia la sicurezza del paziente sta diventando una questione centrale e rappresenta oggi una primaria preoccupazione dei cittadini, degli operatori sanitari e dei gestori dei sistemi sanitari e regionali<sup>1</sup>.

Nel 1999 l'Institute of Medicine di Washington pubblicò il famoso rapporto sulla sicurezza dei pazienti in ospedale intitolato *"To err is human"*. Nel rapporto si stimava che da 44.000 a 98.000 americani morivano ogni anno per errori commessi durante il ricovero.

L'organizzazione sanitaria, oggi, al fine di salvaguardare la sicurezza della persona assistita, deve necessariamente prevedere dei sistemi capaci di identificare e quindi eliminare le condizioni favorevoli all'errore umano.

Ed è proprio questa l'impostazione metodologica che si è data il risk management nelle organizzazioni sanitarie, tralasciando l'approccio colpevolizzante che cerca di perseguire il singolo individuo che sbaglia, a vantaggio di un approccio responsabilizzante per il singolo individuo e per il sistema organizzativo a cui appartiene. E ciò è in linea con quanto enunciato dall'OMS nel rapporto del 2000: *"la maggioranza degli errori in medicina non sono attribuibili all'incapacità dell'individuo, ma al sistema che deve essere reso sicuro"*.

Per la professione infermieristica la gestione del rischio intesa in quest'accezione può essere un'opportunità importante per il miglioramento della qualità dell'assistenza a patto che la discussione si incentri sulla rivisitazione di meccanismi operativi anacronistici e autoreferenziali basati più sull'utilità del singolo o dell'organizzazione e non nell'interesse della persona assistita.

La gestione delle prescrizioni terapeutiche è senza dubbio uno dei momenti più delicati e sicuramente il fattore che determina più eventi avversi nelle organizzazioni sanitarie.

Si stima infatti che la percentuale degli errori legati alla gestione dei farmaci sia compresa tra il 12% ed il 20% del totale de-



gli errori (Guchelaar HJ et al. Pharm. World & Science 2003)<sup>2</sup>.

Per errore di terapia si intende ogni evento prevenibile che può causare un uso inappropriato del farmaco o un evento avverso da farmaco per il paziente.

La gestione delle terapie farmacologiche può essere suddivisa in diverse fasi: prescrizione, trasmissione delle prescrizioni, allestimento, confezionamento, etichettatura, distribuzione, dispensazione, somministrazione, monitoraggio ed educazione del paziente. L'errore può verificarsi in una di queste fasi e si distingue in: errore di prescrizione, errore di trascrizione/interpretazione, errore di distribuzione, errore di preparazione, errore di somministrazione.

E se distinguiamo la competenza del medico nel momento prescrittivo dalla competenza dell'infermiere nel momento della somministrazione delle prescrizioni stesse, per l'infermiere la somministrazione della terapia è una delle attività in cui mette in campo la fetta maggiore di responsabilità legata al suo agire professionale. L'infermiere è infatti responsabile di tutto ciò che avviene dal momento della prescrizione medica fino al momento della corretta somministrazione del farmaco e della registrazione dell'avvenuta somministrazione<sup>3</sup>. E, dato che gli errori legati ad una non corretta prescrizione avvengono nel 39% dei casi (Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, *Systems analysis of adverse drug events*: JAMA 1995), il restante 61% degli errori accadono durante le fasi del processo di cui l'infermiere è responsabile (trascrizione 11%, dispensazione 12%, somministrazione 38%).

Gli errori di terapia farmacologica che accadono più frequentemente sono:

- paziente sbagliato,
- farmaco sbagliato,
- dose sbagliata,
- frequenza di somministrazione sbagliata,
- via di somministrazione sbagliata,
- interazione nota,
- mancata documentazione di allergie,
- mancanza di informazioni cliniche.

Come evidenziato in precedenza, l'organizzazione sanitaria che miri ad una qualità delle cure attraverso l'eliminazione degli errori causati da una gestione non corretta delle terapie deve necessariamente investire in una politica della gestione del rischio. E se la gestione del rischio è un processo circolare formato da diverse fasi il cui punto di inizio è l'identificazione del rischio stesso, per poi analizzare le cause ed elaborare proposte preventive e correttive, la ricerca proposta in queste pagine si ripromette di analizzare le modalità gestionali delle prescrizioni terapeutiche all'interno dell'unità operativa di Chirurgia generale diretta dal professor Poggioli, alla luce di un profondo cambiamento nella gestione delle prescrizioni stesse. Infatti all'interno della unità operativa in

esame, la scheda cartacea di prescrizione terapeutica è stata sostituita con il software informatizzato Pegasus 1.1 della società Rigittech.

Oggetto della ricerca è quindi il confronto fra le due gestioni al fine di individuare quale delle due riduca il rischio di errori.

**Identificazione del problema:** quale modalità di prescrizione delle terapie favorisce maggiormente la correttezza e la chiarezza prescrittiva?

**Individuazione dell'ipotesi:** la terapia gestita su un foglio cartaceo di prescrizione determina problemi legati alla correttezza della prescrizione - ovvero presenza di tutti gli elementi che costituiscono la prescrizione - e alla leggibilità di quanto prescritto.

Una gestione informatizzata delle prescrizioni terapeutiche può determinare una riduzione dei problemi legati sia alla correttezza che alla chiarezza della prescrizione.

**Progettazione della ricerca:** studio retrospettivo con controlli concorrenti.

Il metodo utilizzato per la ricerca consiste nel controllo di due diverse modalità di gestione - gestione cartacea ed informatizzata - delle prescrizioni.

Ciò è possibile in quanto nella medesima unità operativa nel mese di gennaio del 2005 è stata introdotta la gestione informatizzata delle prescrizioni terapeutiche.

Pertanto il suddetto controllo è determinato analizzando le prescrizioni terapeutiche presenti all'interno delle cartelle cliniche in un periodo antecedente il mese di gennaio 2005 e le prescrizioni terapeutiche presenti all'interno delle cartelle cliniche dal mese di gennaio 2005 in poi.

**Individuazione del campione:** per ciò che concerne la gestione cartacea delle prescrizioni, il campione sarà formato dalle prescrizioni presenti all'interno delle cartelle cliniche di tutti i pazienti ricoverati dal mese di ottobre 2004 al mese di dicembre dello stesso anno.

Per ciò che concerne la gestione informatizzata delle prescrizioni, il campione sarà formato dalle prescrizioni presenti all'interno dell'archivio informatico del software che gestisce le prescrizioni stesse, di tutti i pazienti ricoverati nei mesi di gennaio e febbraio 2006.

**Individuazione degli strumenti di misura:** le variabili oggetto di verifica riguarderanno la correttezza degli elementi prescrittivi e la chiarezza delle prescrizioni stesse.

Per ciò che riguarda la correttezza della prescrizione<sup>4</sup> si controllerà la presenza:

- del *nome dell'utente*, inteso come nome, cognome e data di nascita;
- del *nome del farmaco*, inteso come nome commerciale o farmaco generico;
- del *dosaggio*, espresso in mg, gr, o altra unità di misura;
- dei *tempi di somministrazione*, intesi come data e ora di somministrazione prescritta;
- della *via di somministrazione*, intesa

come intramuscolo, endovena, orale o altro;

- della *forma farmaceutica*, intesa come fiala, flacone o altro;
- della *firma del medico* prescrittente;
- della *firma dell'infermiere*<sup>5</sup> che somministra il farmaco;
- dell'evidenza di eventuali *allergie* presenti.

Per ciò che concerne la leggibilità e la chiarezza della prescrizione si controllerà la chiarezza e la leggibilità:

- del *nome dell'utente*, inteso come nome, cognome e data di nascita;
- del *nome del farmaco*, inteso come nome commerciale o farmaco generico;
- del *dosaggio*, espresso in mg, gr o altra unità di misura;
- dei *tempi di somministrazione*, intesi come data e ora di somministrazione prescritta;
- della *via di somministrazione*, intesa come intramuscolo, endovena, orale o altro;
- della *forma farmaceutica*, intesa come fiala, flacone o altro,
- della *firma del medico* prescrittente. In questo caso si verificherà la rintracciabilità - all'interno della prescrizione stessa - della firma sotto forma di sigla e del nome e cognome corrispondente;
- della *firma dell'infermiere* che somministra il farmaco. In questo caso si verificherà la rintracciabilità - all'interno della scheda terapeutica - della firma sotto forma di sigla e del nome e cognome corrispondente.

Inoltre, al fine di valutare l'impatto organizzativo di una tale diversa gestione delle prescrizioni farmacologiche, si prenderà in esame la soddisfazione degli utilizzatori di tali strumenti prescrittivi - ovvero medici ed infermieri - attraverso la somministrazione di un questionario a domande con risposta multipla.

**Raccolta e analisi dei dati - gestione cartacea delle prescrizioni:**

l'analisi della correttezza prescrittiva presente all'interno delle schede cartacee di prescrizione evidenzia numerose non conformità relative a tutti gli aspetti presi in esame.

Per ciò che concerne la correttezza dei dati anagrafici dell'utente, su un totale di 101 cartelle cliniche analizzate, si è riscontrato che su tutte le schede di prescrizione terapeutica mancava la data di nascita dell'utente stesso. Vedi grafico n. 1

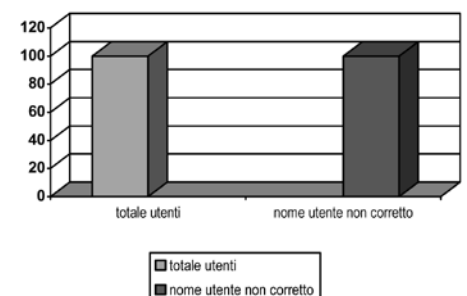


Grafico n. 1

Per ciò che concerne la presenza e la correttezza del nome del farmaco l'analisi delle 101 schede ha evidenziato che in 11 casi mancava il nome del farmaco. Più precisamente si tratta di prescrizione di "insulina" senza la specificazione del nome commerciale specifico.

Il controllo dell'elemento "dosaggio" ha evidenziato che su un totale di 1587 prescrizioni - intese come singole prescrizioni farmacologiche - 750 di esse non riportavano il dosaggio del farmaco da somministrare. Ad esempio "Ciproxin® 1 compressa" senza specificazione del dosaggio espresso in milligrammi o grammi.

Il controllo dell'elemento "tempi di somministrazione" ha evidenziato che sul totale delle prescrizioni analizzate vi sono 144 prescrizioni prive di indicazioni temporali di somministrazione.

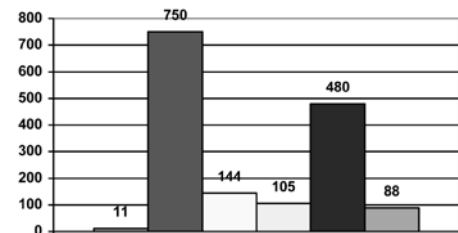
Si tratta soprattutto di prescrizioni che fanno riferimento a profilassi pre-operatoria o "al bisogno" prescritte senza indicazione del giorno e dell'ora a cui fa riferimento la prescrizione.

L'analisi delle prescrizioni sotto il profilo della "via di somministrazione" ha evidenziato che in 105 casi non è presente la via di somministrazione del farmaco prescritto. Si tratta di prescrizioni "fuori orario" in cui non è specificato se da somministrare per via orale o intramuscolare o altro.

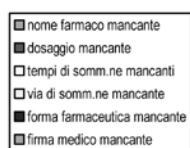
Inoltre, il controllo dell'elemento "forma farmaceutica" ha messo in evidenza l'assenza, in 480 casi della forma farmaceutica del farmaco prescritto. Ad esempio "Ciproxin® 1 alle ore".

Per ciò che riguarda "la firma del medico" prescrivente, la verifica ha evidenziato la mancanza di questo elemento su 88 farmaci prescritti. In tutte le prescrizioni, comunque, là dove è presente la firma del medico sotto forma di sigla, non vi è, all'interno della scheda stessa, il nome del medico a cui fa riferimento la sigla stessa.

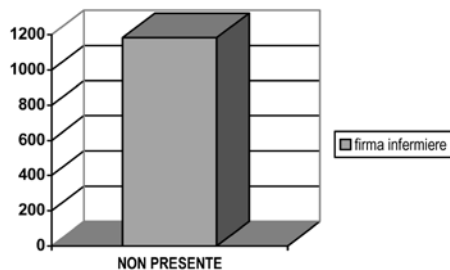
Quanto specificato in quest'ultimo paragrafo è individuabile nel grafico n. 2



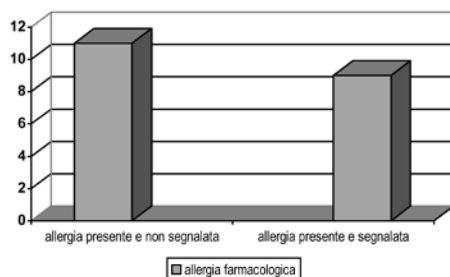
**Grafico n. 2**



L'analisi dell'elemento "firma dell'infermiere" intesa come registrazione dell'avvenuta somministrazione, ha messo in luce che in 1185 casi non risulta la registrazione dell'avvenuta somministrazione da parte dell'infermiere.



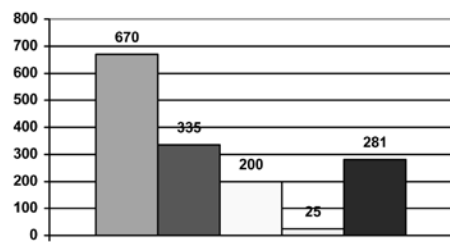
Infine, il controllo sull'evidenza di eventuali *allergie farmacologiche* presenti, ha dimostrato che in 11 casi il paziente presentava delle allergie - trascritte all'interno della cartella infermieristica - e non evidenziate all'interno della scheda terapeutica. In altri 9 casi, invece, questo elemento risultava espresso con correttezza.



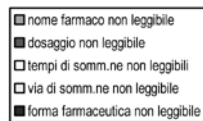
Dopo aver esaminato i dati inerenti la correttezza prescrittiva, vengono di seguito esposti i dati inerenti la chiarezza e la leggibilità delle prescrizioni.

Sul totale di 1587 prescrizioni, 670 di esse contengono un farmaco non leggibile o comunque poco leggibile. In 335 casi il dosaggio del farmaco prescritto non è leggibile. Per ciò che riguarda i tempi di somministrazione, in 200 prescrizioni non vi è evidenza di ora o giorno di somministrazione.

In 25 casi non è leggibile la via di somministrazione, mentre in altri 201 casi non vi è chiarezza circa la forma farmaceutica del farmaco prescritto. Quanto scritto risulta ben evidenziato nel grafico n. 3.



**Grafico n. 3**



In sintesi, confrontando i problemi legati ad una non corretta e poco chiara prescrizione con il totale delle prescrizioni gestite nel periodo preso in esame, si evidenzia che i maggiori problemi prescrittivi sono legati a:

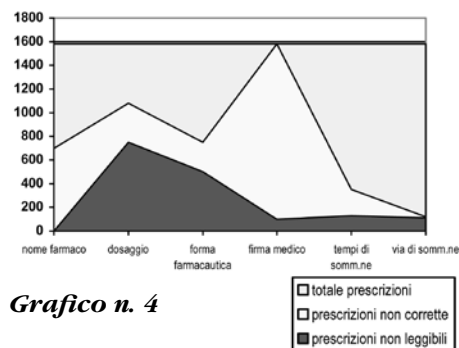
- 1) firma del medico non presente o sigla non rintracciabile;
- 2) nome del farmaco non corretto (ad esempio dicitura "insulina" senza evi-

denza di nome specifico) oppure non leggibile;

- 3) dosaggio farmacologico non presente o poco chiaro;
- 4) forma farmaceutica non presente o non leggibile.

Altri problemi, in numero minore di presenza riguardano:

- 5) tempi di somministrazione non presenti - riconducibile a terapie "al bisogno" nelle quali non risulta alcun orario di possibile somministrazione;
- 6) via di somministrazione. Quest'ultima caratteristica è di fatto la problematica meno presente in quanto la strutturazione della scheda cartacea di terapia prevedeva spazi dedicati per farmaci da somministrare per via endovenosa, per via intramuscolare e così di seguito.

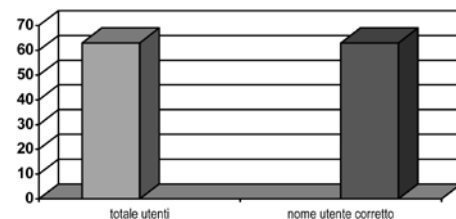


**Grafico n. 4**

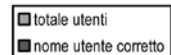
## RACCOLTA E ANALISI DEI DATI - GESTIONE INFORMATIZZATA DELLE PRESCRIZIONI

L'analisi della correttezza prescrittiva delle terapie gestite con software informatico evidenzia dei dati molto diversi rispetto a quanto rilevato in precedenza.

Per ciò che concerne la correttezza dei dati anagrafici dell'utente, su un totale di 63 schede terapeutiche analizzate, si è riscontrato che su tutte le schede di prescrizione terapeutiche riportavano l'esatta indicazione del nome utente e della relativa data di nascita. Vedi grafico n. 5.



**Grafico n. 5**



Per ciò che riguarda la correttezza del nome del farmaco l'analisi delle 63 schede ha evidenziato che in un caso mancava il nome del farmaco. Più precisamente si tratta di prescrizione di "insulina" senza la specificazione del nome commerciale specifico.

Il controllo dell'elemento "dosaggio" ha evidenziato che su un totale di 1500 prescrizioni - intese come singole prescrizioni farmacologiche - 419 di esse non riportavano il dosaggio del farmaco da sommi-

nistrare. Ad esempio "Ciproxin® 1 compressa" senza specificazione del dosaggio espresso in milligrammi o grammi. In altri 544 casi, l'elemento "dosaggio" è risultato corretto parzialmente in quanto il volume del farmaco prescritto non riportava la specificazione in milligrammi o millilitri. Ad esempio "Ciproxin® 200, 1 compressa" senza specificazione del dosaggio espresso in milligrammi o grammi. Oppure "Fisiologica 1000" senza specificazione di "ml" o "cc". Il controllo dell'elemento "tempi di somministrazione", non ha evidenziato alcuna scorrettezza formale.

L'analisi delle prescrizioni sotto il profilo della "via di somministrazione", non ha mostrato irregolarità.

Inoltre, il controllo dell'elemento "forma farmaceutica", ha messo in evidenza l'assenza, in 1190 casi della forma farmaceutica del farmaco prescritto. Ad esempio "Ciproxin® 1 alle ore X".

Per ciò che riguarda la "firma del medico" prescrittore, la verifica ha evidenziato che tutte le prescrizioni riportavano correttamente la firma digitale del medico prescrittore sotto forma di sigla.

Inoltre ad ogni scheda corrisponde il nome del medico a cui fa riferimento la sigla stessa.

Quanto specificato in quest'ultimo paragrafo è individuabile nel grafico n. 6

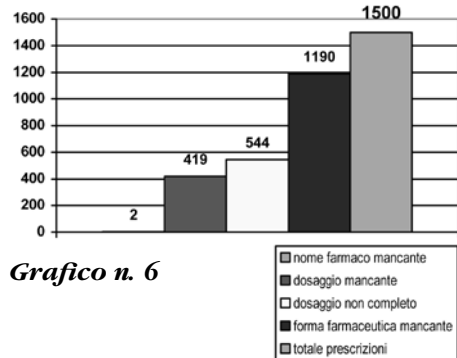
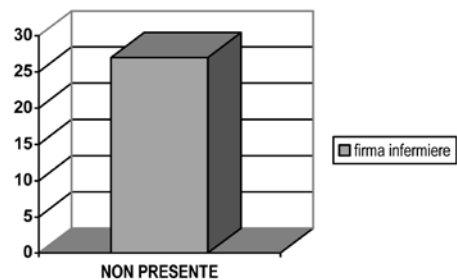


Grafico n. 6

L'analisi dell'elemento "firma dell'infermiere", intesa come registrazione dell'avvenuta somministrazione, ha messo in luce che in 27 casi non risulta la registrazione dell'avvenuta somministrazione da parte dell'infermiere.

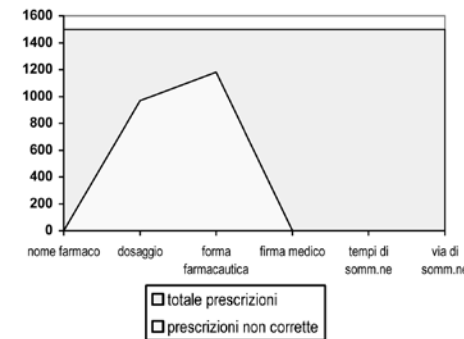


Infine, per ciò che concerne le eventuali allergie farmacologiche non è stato possibile effettuare questo controllo, sebbene il sistema operativo gestisce correttamente questo elemento.

L'analisi della chiarezza delle prescrizioni ha indicato la leggibilità di tutti gli elementi presi ad esame.

In sintesi, confrontando i problemi legati ad una non corretta prescrizione con il totale delle prescrizioni gestite nel periodo preso in esame, si evidenzia che i maggiori problemi prescrittivi sono legati a:

1. dosaggio farmacologico non presente;
2. dosaggio farmacologico parziale;
3. forma farmaceutica non presente.



**CONCLUSIONI: RISULTATI DELLA RICERCA**

La ricerca evidenzia senza alcun dubbio che la gestione informatizzata diminuisce notevolmente gli errori prescrittivi.

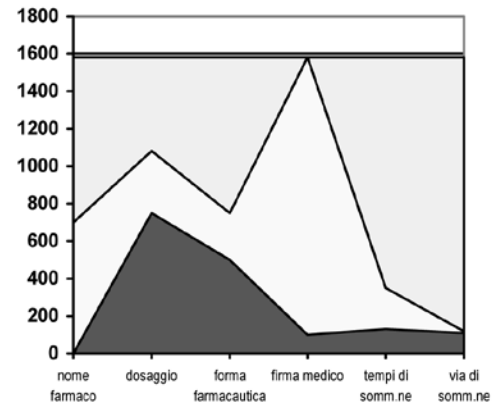
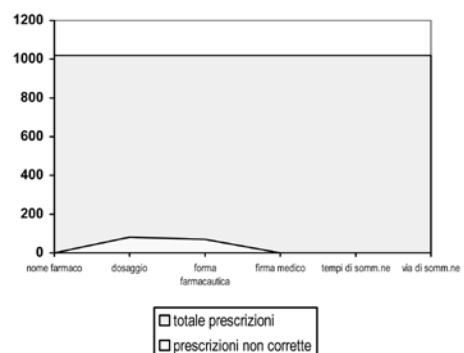
Alla luce di quanto emerso, è stato preso in considerazione il fatto di apportare un ulteriore elemento di miglioramento alla gestione informatizzata al fine di eliminare del tutto le non conformità prescrittive.

La condivisione dei dati stessi all'interno dell'équipe medico-infermieristica ha dimostrato la necessità di una maggiore precisione durante l'atto della prescrizione. In particolare per ciò che concerne gli elementi "dosaggio" e "forma farmaceutica".

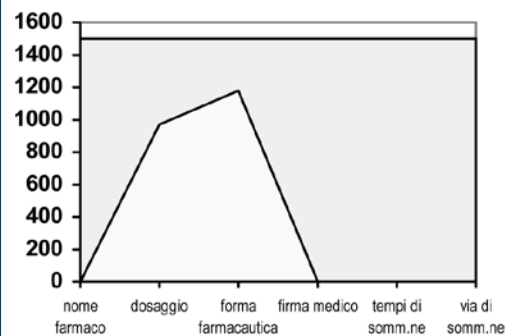
Inoltre, in accordo con i responsabili della società informatica che di fatto gestisce il software, è stato modificato e migliorato il prontuario dei farmaci gestito dal programma, al fine di permettere al medico prescrittore di usufruire di nomi-farmaco selezionabili da un elenco predefinito.

Quindi, dal 1° marzo 2006 è stata introdotta tale modifica al fine di correggere le problematiche riscontrate.

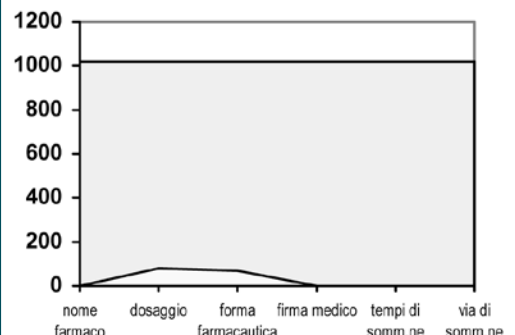
Lo studio retrospettivo che ha seguito tale modifica, ha dimostrato che su un totale di 46 schede terapie analizzate, per un totale di 1034 prescrizioni farmacologiche, in 85 singole prescrizioni il problema prescrittivo riguardava la correttezza del dosaggio farmacologico; in 70 casi non era specificata la forma farmaceutica. Per ciò che concerne tutti gli altri aspetti analizzati non sono emerse non conformità.



Schema 1



Schema 2



Schema 3

Analisi dell'andamento delle non conformità prescrittive. Nello schema 1 risultano le non conformità prescrittive presenti nella scheda di prescrizione cartacea. Nello schema 2 risultano le non conformità nella prima fase dell'applicazione del software informatizzato. Nello schema 3 si analizzano le non conformità a seguito delle modifiche apportate.

**NOTE**

<sup>1</sup> P. Di Denia "Risk management e professione infermieristica: un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale". Professione Infermiere, Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, N. 2 luglio/settembre 2005, pag. 12

<sup>2</sup> Ib. Pag. 13



<sup>3</sup> Ib. Pag. 16

<sup>4</sup> L. Benci "Aspetti giuridici della professione infermieristica, elementi di legislazione sanitaria". Mc Graw-Hill. 2003. Pag. 209. "Sia la precettistica medico-legale, sia la manualistica infermieristica hanno evidenziato gli elementi costitutivi e tipici di una prescrizione medica dei farmaci. Essa si compone dei seguenti elementi:

1. il **tipo di farmaco**, intendendosi per tipo di farmaco il nome commerciale dello stesso;
2. il **dosaggio**, che può essere espresso in peso (milligrammi o grammi), in volume (millilitri o altro), in unità internazionali;
3. i **tempi di somministrazione**, con cui si intendono 3 situazioni:
  - a) l'orario di somministrazione,
  - b) il tempo in cui una infusione deve essere somministrata,
  - c) la data di scadenza,
4. la **via di somministrazione**, che deve essere compatibile con il livello di cultura e conoscenza professionale dell'infermiere,
5. la **forma farmaceutica**, che deve essere indicata in modo convenzionale (fiale, compresse, ecc.),
6. la **sottoscrizione del medico**, consistente nell'apposizione della data e della firma.

<sup>5</sup> Ib. Pag. 209 "alla formula sintetizzata dalla letteratura internazionale delle 5 G (giusto farmaco, giusta dose, giusta via, giusto orario, giusta persona) si è aggiunta la 6° G - ovvero "la giusta registrazione da parte dell'infermiere".

## ● "Psichiatria per infermieri"

**R. Capelli\***

\* **Coordinatore personale infermieristico e tecnico Centro di Salute mentale Dipartimento Salute mentale - Azienda USL di Bologna**

**Domenico Berardi - Professore ordinario Università degli Studi di Bologna - Direttore Istituto di Psichiatria e Scuola di Specializzazione**

### OBIETTIVI:

- Comprendere la rilevanza del ruolo infermieristico nella elaborazione di un progetto terapeutico-assistenziale.
- Conoscere le competenze infermieristiche nelle diverse strutture di assistenza psichiatrica.
- Conoscere la normativa che declina il profilo professionale dell'infermiere.

### PUNTI CHIAVE:

- La presa in carico infermieristica (*case management*) del paziente con disturbi psichiatrici appare la migliore risposta di un sistema sanitario in evoluzione.
- Nei moderni modelli assistenziali è prevista la partecipazione e/o la conduzione di gruppi specifici (di familiari, di pazienti con disturbi di personalità, di pazienti con altre culture) da parte di infermieri. Ciò a rinforzo di una regia più funzionale a trattamenti multipli integrati.
- Gestire il progetto terapeutico attraverso un rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica tra assistito e infermiere.

### INTRODUZIONE

Il ruolo dell'infermiere nelle équipes dei servizi di salute mentale è andato incontro negli ultimi anni a profonde modificazioni, ed oggi l'infermiere ha assunto compiti e responsabilità di primo piano.

La chiusura degli ospedali psichiatrici ed il superamento dell'istituzione manicomiale a favore della moderna psichiatria di comunità hanno costituito un passaggio "epocale" nella gestione della salute mentale nei paesi occidentali. Mentre in passato i trattamenti consistevano essenzialmente nel controllo della sintomatologia e della devianza attraverso la segregazione del malato mentale, l'impostazione odierna richiede la gestione integrata dei bisogni biomedici e psico-sociali del paziente nel suo ambiente sociale. Questa nuova impostazione ha richiesto una riprogrammazione dei ruoli e delle funzioni di tutti gli operatori della salute mentale. Gli infermieri, in particolare, che fino agli anni '70 avevano principalmente compiti di custodia e controllo dei pazienti ricoverati, a seguito delle revisioni delle logiche assistenziali inaugurate dalla legge "180" di riforma psichiatrica hanno visto un ampliamento ed

una valorizzazione del loro ruolo, in una più generale crescita professionale degli operatori del comparto.

Oggi, gli infermieri sono infatti chiamati a gestire progetti assistenziali e riabilitativi di elevato contenuto tecnico e relazionale, all'interno di un approccio multidisciplinare delle cure. Negli attuali dipartimenti di Salute mentale i piani di trattamento rivolti alle persone affette da disturbi psichici si articolano secondo il modello della "presa in carico" in cui ad interventi di ordine biomedico, come il controllo della sintomatologia psicotica attraverso la somministrazione di farmaci, si affiancano una serie complessa e personalizzata di altri interventi, tra cui il "case management" infermieristico, il lavoro con le famiglie, interventi domiciliari e nel contesto sociale del paziente ed altre simili attività che necessitano di infermieri competenti e formati.

L'applicazione di questo modello comporta l'attribuzione di maggiori funzioni agli infermieri che ora hanno responsabilità sul progetto socioriabilitativo-assistenziale del paziente: valutazione dei bisogni dell'utente, progettazione e pianificazione degli interventi infermieristici e di altro personale di supporto, integrazione con altri professionisti, valutazione, verifica del progetto e controlli nel tempo.

Nei paesi anglosassoni da molto tempo gli infermieri gestiscono attività di questo genere, tuttavia in Italia questo tipo di esperienze sono ancora in fase iniziale; il Sistema sanitario è diverso e i modelli che si vanno a delineare non possono essere copiati integralmente.

Il modello della presa in carico infermieristica, già sviluppato nei maggiori servizi di salute mentale, più recentemente ha interessato anche aree cliniche diverse come quella geriatrica oncologica, malati di AIDS (PSN 2002-2005 Progetti nazionali per favorire la gestione di gravi patologie).

Tali cambiamenti hanno a loro volta richiesto una più adeguata formazione professionale dell'infermiere. Un elemento di grande importanza per il nostro Servizio sanitario nazionale si è realizzato con la possibilità per l'infermiere di accedere ad un percorso formativo completo, adeguato ai tempi e tale da fornire una preparazione accademica di livello europeo, nel 1991, con la nascita dei diplomi universitari per infermieri, nel 2001, quando i diplomi universitari sono diventati lauree triennali ed infine nel 2004 con l'accesso alle lauree specialistiche in scienze infermieristiche e i master di 1° e 2° livello, percorsi professionalizzanti post-base che per la figura infermieristica si articolano in cinque grandi aree (vedi DPR n. 739/1994), tra cui quella della Salute mentale.

### 1. L'INFERMIERE NEI SERVIZI PSICHIATRICI

Il profilo professionale dell'infermiere



(DPR n. 739/1994) definisce l'assistenza infermieristica preventiva, curativa e riabilitativa, di natura tecnica, relazionale, educativa. Essendo decaduto dal 1999 il deprecato "mansionario", la declinazione delle funzioni dell'infermiere nei diversi contesti operativi è compito delle organizzazioni assistenziali, didattiche e gestionali della professione infermieristica, in armonia con le restanti organizzazioni. L'evoluzione e la crescita della psichiatria sono andate di pari passo con quelle del nursing psichiatrico; infatti, l'attenzione si è spostata da un tipo di assistenza principalmente incentrata sulla custodia, verso un'assistenza volta al mantenimento di un ambiente terapeutico e alla promozione dei rapporti interpersonali. Risulta perciò importante e determinante la qualità del rapporto che si riesce a stabilire con il malato. I criteri essenziali per ottenere un assetto qualitativamente efficace, si basano sulle capacità da parte degli operatori di riconoscere e controllare i sentimenti che il malato suscita e, nel contempo, di riuscire a sviluppare la relazione, da un lato, con lo stato mentale del malato e, dall'altro, con il contesto in cui si trova.

Quali sono le qualità fondamentali richieste ad un infermiere che opera nei servizi psichiatrici?

- **Disponibilità al rapporto umano:** la disponibilità al rapporto umano è il requisito fondamentale che un operatore deve avere per lavorare in questo settore, perché la relazione con il paziente è il momento centrale dell'intervento e non aspetto accessorio. In secondo luogo perché è particolarmente difficile entrare in contatto con pazienti che a volte sono poco comprensibili. Nella relazione con l'assistito è fondamentale utilizzare la propria esperienza emozionale e affettiva come strumento diagnostico e di cura.
- **Superamento dei pregiudizi:** si deve essere disposti ad abbattere le proprie barriere culturali e disponibili a contribuire alla lotta allo stigma che nella nostra società è ancora presente anche se in forme subdole.
- **Competenze tecniche specifiche:** oltre alle competenze di base va allargato il campo a nozioni e tecniche psicopedagogiche e sociali (vedi paragrafo più avanti).
- **Capacità di lavoro in équipe:** in psichiatria è fondamentale la discussione del caso fra gli operatori, sia per quanto riguarda gli aspetti clinico-nosografici, che per il trattamento e le strategie di intervento sui programmi assistenziali che su modelli organizzativi.
- **Conoscenza ed autocontrollo delle proprie reazioni di fronte al malato:** l'incontro determina sempre reazioni psicologiche di vario tipo negli operato-

ri, specie in psichiatria. Queste reazioni sono condizionate dalla personalità dell'operatore (si vadano a leggere la tabella sulle caratteristiche "umane" dell'operatore psichiatrico di R. Mosher e L. Burti), sia dalla gravità della malattia.

- **Capacità di instaurare un contatto comunicativo e una alleanza terapeutica:** saper comunicare con il paziente in maniera chiara e concisa evitando terminologie gergali e riconoscere cosa prova il paziente rispetto alle allucinazioni, favorire la fiducia e aumenta il senso di sicurezza del paziente, condizione indispensabile per instaurare un'alleanza terapeutica ed avviare progetti clinici.
- **Flessibilità e capacità di adattamento a seconda dei bisogni del paziente:** il rapporto con il paziente è dinamico in quanto attraversa vari stadi nell'evoluzione della malattia e l'infermiere deve avere la capacità di modificare e adattare le strategie relazionali. In ambito psichiatrico bisogna acquistare la capacità di riconoscere gli adattamenti, controllando i bisogni del paziente e le proprie emozioni. Un contatto costante con il paziente, una vicinanza reale ai bisogni del suo mondo interno consente di formulare e di impostare un programma terapeutico-assistenziale.

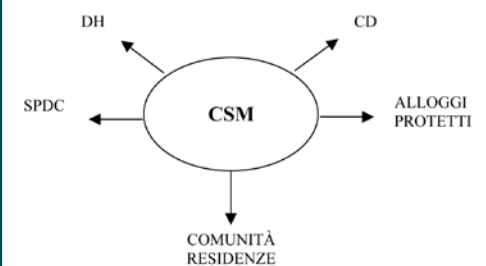
L'infermiere costituisce la figura quotidianamente più vicina al paziente, ne diventa testimone diretto e portavoce. La relazione d'aiuto non deve essere sostitutiva alla normale autonomia della persona, ma deve costituire un supporto per acquisire, se pur a piccoli passi, la stima di sé. L'infermiere viene ad essere il collante per tutta l'équipe durante il percorso del paziente nei vari luoghi di cura.

## 2. L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI SERVIZI PSICHIATRICI PER ADULTI

Per poter dare una risposta d'aiuto al paziente con disagio psichico è necessario che venga "pensato" un progetto, terapeutico e/o socio-riabilitativo, personalizzato. L'infermiere e il medico psichiatra nelle prime fasi della presa in carico, attraverso colloqui, definiscono i punti di forza, le potenzialità reali del paziente e le risorse del servizio che si possono impegnare. In base alle valutazioni fatte sui bisogni espressi ed inespressi del paziente si pianifica un progetto terapeutico dove il lavoro di sviluppo degli interventi da erogare, delle altre agenzie da coinvolgere, degli obiettivi da raggiungere, è affidato all'infermiere. Nei reparti di degenza l'infermiere applica questo modello ad un numero ristretto di pazienti (assistenza per settori), tutti i pazienti con patologia grave e in condizioni multiproblematiche per ottenere dei risultati è bene che abbiano l'infermiere di riferimento.

Il dipartimento di Salute mentale (DSM) è vasto e composito, ha diversi scopi e copre popolazioni eterogenee. Per operare nei DSM, ad un infermiere sono dunque richieste numerose e diverse competenze. In base alla *mission* della struttura nella quale l'infermiere di trova, il livello delle competenze richieste potrà essere prevalentemente assistenziale o con maggior valenza socio-riabilitativa. I pazienti psichiatrici infatti, presentano bisogni diversi e richiedono programmi terapeutici che non possono trovare risposta in un unico presidio.

L'assistenza infermieristica si sviluppa in un percorso che prevede livelli diversi di intervento in differenti luoghi sanitari e/o sociali: Centri di Salute mentale (CSM), Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), Day hospital (DH), Centri diurni (CD), ecc.



Il Centro di Salute mentale è la sede organizzativa dello staff multiprofessionale e del coordinamento degli interventi di cura, prevenzione, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza. Sono strutture organizzative complesse del Dipartimento di Salute mentale, garantiscono l'accoglienza, la valutazione e l'attuazione dei programmi clinico-assistenziali, terapeutici e riabilitativi personalizzati alla popolazione adulta tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali nel rispetto del principio della continuità terapeutica.

In molti casi è proprio l'infermiere il *primo operatore* del servizio con cui il paziente viene a contatto. L'infermiere è deputato all'accoglienza e al filtro della domanda dopo una adeguata preparazione professionale sulle funzioni dell'infermiere di *triage* (DPR 27.03.1992), sulla messa a punto di procedure che indichino le fasi del percorso di accoglienza e nel rispetto delle condizioni necessarie al colloquio. L'accoglienza deve essere strutturata come momento fondamentale della relazione che viene a costruirsi col paziente. L'infermiere successivamente dovrà essere in grado di analizzare il bisogno di cui il paziente è portatore, saper fornire e raccogliere informazioni da utilizzare per programmare e pianificare interventi infermieristici anche attraverso l'utilizzo di cartelle infermieristiche, schede di valutazione e altri strumenti utili per essere co-responsabile di un progetto. Nell'assistenza territoriale l'infermiere consolida il



rapporto con gli utenti assegnati anche effettuando visite domiciliari programmate ed urgenti. Il mandato è quello di favorire l'integrazione sociale.

Il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* è la sede ospedaliera dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizione di ricovero e attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. È il luogo di intervento della fase acuta e all'infermiere è richiesta una importante competenza psico-farmacologica.

Il ricovero in psichiatria è spesso utilizzato come strumento in particolari situazioni cliniche; un intervento specifico (allontanamento del paziente dal contesto abituale di vita che gli crea tensione, per la riacutizzazione di una sintomatologia psichiatrica, quando il reparto può configurarsi come un contenitore dell'angoscia), all'interno di un progetto terapeutico articolato e continuativo. Al personale di reparto si chiede di svolgere funzioni *sostitutive*: "faccio al posto tuo"; di *sostegno*: "faccio con te"; di *stimolo all'autonomia*: "non faccio io perché vedo che sai farlo tu". La possibilità di poter contare su un gruppo di lavoro più o meno numeroso ma costantemente presente, permette al malato di affidarsi a diverse figure, capaci di rispondere ai suoi bisogni.

È importante che gli spazi siano ampi e differenziati, il contesto confortevole con sale per attività, la qualità delle relazioni tra operatori e pazienti improntata su un atteggiamento psicoterapeutico e che ci sia uno stretto raccordo tra il gruppo di lavoro dell'ESDP e il gruppo territoriale.

Il *Day Hospital* è un'area assistenziale intermedia per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. L'attività dei DH è organizzata prevalentemente secondo due profili, uno rivolto a trattamenti farmacologici non praticabili a domicilio, e uno di tipo psicologico con colloqui individuali e di gruppo. L'accesso al DH è finalizzato alla riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero e della sua durata e consente al paziente di mantenere il contatto con il proprio ambiente di vita e familiare che verrebbe interrotto da un'ospedalizzazione a tempo pieno.

All'infermiere sono richieste competenze di osservazione, vicinanza e ascolto, psicofarmacologiche, monitoraggio dei parametri vitali e una adeguata preparazione sulla gestione di gruppi specifici quando all'interno del DH sono previste attività gruppal.

Il *Centro Diurno* è la sede di interventi terapeutici riabilitativi finalizzati a far sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, attività della vita quotidiana, nelle relazioni interpersonali e di gruppo anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il paziente, nei vari momenti della giornata, viene messo nelle condizioni di riappropriarsi di

sé, della sua immagine, del proprio corpo, dei propri sentimenti, della propria sofferenza, del proprio modo di comunicare e stare con gli altri. Per questo motivo sono a disposizione per i progetti terapeutici dei pazienti varie attività espressive: psicomotricità, musicoterapia, arti grafiche varie, ecc.

Nel CD l'infermiere è di solito affiancato all'educatore, deve quindi aver acquisito competenze socio-riabilitative e saperle declinare operativamente senza sovrapporsi ad altri operatori.

La *Struttura Residenziale* è la sede extra-ospedaliera che può offrire trattamenti intensivi per prestazioni di media durata, e trattamenti protratti (comunità) per prestazioni di lunga durata con programmi a diversi livelli di intensità terapeutico-riabilitativa. Per i pazienti vivere in gruppo, mangiare assieme, non ha lo scopo di acquisire particolari abilità, ma diventa un mezzo per consentire a loro stessi di capire il contenuto di ciò che si comunica agli altri, attraverso le azioni e l'aiuto nei vari momenti della giornata degli operatori.

Possono essere strutture gestite direttamente con personale del Dipartimento o a gestione mista (pubblico-privato sociale). Di solito gli infermieri in queste strutture hanno competenze di gestione dei piani assistenziali individuando i problemi del paziente, gli obiettivi, programmando e attuando interventi rivolti all'assolvimento di alcune attività di vita, in particolare il modo di comunicare, di alimentarsi, l'igiene, la cura del sé e delle proprie cose, la capacità di mantenere un posto di lavoro, di gestire il tempo. Il compito infermieristico è incentrato per lo più sulla proposta ed attuazione di diverse attività integrandosi con operatori sociali e della riabilitazione. Gli *Alloggi a protezione diversificata* sono case di civile abitazione ubicate in zone urbanizzate ove alloggia un piccolo gruppo di ospiti. Gli ospiti devono avere raggiunto un buon livello di autonomia e devono saper rispettare una serie di regole comunitarie in attesa di una abitazione definitiva. Di norma è l'infermiere che coordina e verifica gli interventi personalizzati limitati a determinati momenti della giornata svolti da altre figure di supporto: operatori tecnici dell'assistenza, operatori sociosanitari.

Il rischio è che in alcune di queste strutture gli infermieri perdano il senso della loro identità professionale (ruolo debole?) nel gruppo curante, composto da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, può accadere che vengano demandate una serie di mansioni esecutive proprio all'infermiere, spesso sulla base di una vecchia modalità di rapporto gerarchico più che per competenza professionale o sulla base di un basso riconoscimento sociale. La reazione difensiva dell'infermiere a que-

sta modalità va dall'elencazione di un meticoloso "mansionario", volto a descrivere i compiti di pertinenza infermieristica e solo quelli, al "non è compito mio" o demandare la posizione esecutiva a qualcun altro, modalità quasi sempre inefficaci a risolvere la tensione ed inefficaci sul piano della valorizzazione della propria identità professionale. Il lavoro dell'infermiere a volte viene svalutato da lui stesso perché una parte di esso consiste nel fare cose che hanno molto in comune con le cose della vita quotidiana, ma "il fare quotidiano" non solo non è da svalutare, perché spesso è la chiave per instaurare l'inizio di una relazione di fiducia e quindi terapeutica.

Questi momenti diversi di cura possono comportare una frammentazione degli interventi e necessitano di un'opera di coordinamento differenziata ma integrata ai vari livelli.

In conclusione, ci sono differenze ma anche analogie. L'intervento infermieristico nei contesti ospedalieri è caratterizzato da una presa in carico di un paziente in grave scempenso e quindi l'orientamento del piano personalizzato sarà più mirato alla soddisfazione dei bisogni di base, al lento recupero di un adeguato contatto con la realtà, alla prevenzione di rischi particolari come il suicidio, la violenza, ecc. Nelle strutture intermedie e nei contesti territoriali deve essere aiutato a recuperare la capacità di instaurare relazioni positive e significative nel contesto sociale e familiare.

I disturbi psichici, e in particolare le patologie più gravi (quelle che solitamente richiedono l'intervento infermieristico) implicano, per le loro caratteristiche, un alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione e richiedono un intervento complesso e di lunga durata.

### 3. CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO

Nel già citato DM n. 739/94, l'articolo 3 recita al comma a) "*l'infermiere partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività*"; b) "*identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi*"; c) "*pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*".

Il case management infermieristico è uno specifico intervento di presa in carico del paziente da parte dell'infermiere che risponde a precisi criteri per il raggiungimento di specifici ed importanti obiettivi. Una delle tante definizioni: "*strumento collaborativo in grado di direzionare processi di valutazione, di pianificazione, di implementazione, di monitoraggio e di valutazione finale che mette i servizi in grado di soddisfare i bisogni di salute delle persone attraverso la comunicazione e la facilitazione all'accesso delle*

risorse disponibili, perseguendo esiti di efficacia e qualità" (Case Management Society of America, 1993).

L'approccio assistenziale nelle funzioni di "case management" (presa in carico infermieristica) focalizza i seguenti sintetici passaggi chiave:

- Assessment: valutazione dei bisogni dell'utente;
- Pianificazione: sviluppare un piano personalizzato;
- Collegamento: organizzazione dei vari interventi da erogare, attivazione e integrazione della rete di agenzie;
- Monitoraggio: monitoraggio e verifica dei servizi erogati;
- Valutazione: valutazione e controlli nel tempo.

### 3.1) Organizzazione del lavoro

Se la patologia psichiatrica risulta essere cronica, con prevalenti aspetti residuali ad elevata e persistente disabilità, l'infermiere svolge un ruolo importante ma circoscritto e che consiste in prestazioni assistenziali volte a prevenire l'esito di deterioramento.

Nei progetti di pazienti in "case management" infermieristico psichiatrico invece, il lavoro svolto dall'infermiere punta su responsabilità gestionali (gli viene assegnata ampia libertà d'azione rispetto agli obiettivi del progetto) e su responsabilità relazionali (la relazione umana che si viene a creare tra l'infermiere case manager e il paziente è il punto di forza del modello). La qualità dell'impegno professionale e personale profuso nei confronti dei propri utenti, il decentramento delle responsabilità, l'affidamento anche di strumenti economici attraverso un uso razionale e ragionato delle risorse, sono cruciali per la realizzazione progettuale.

Abbiamo delineato criteri di massima di arruolamento anche se la decisione finale è, in genere, assunta dal gruppo di lavoro tenendo conto sia delle esigenze dell'utente che delle risorse:

- Malattia psichiatrica grave (psicosi, disturbi affettivi maggiori, gravi disturbi di personalità);
- Pazienti a rischio di disabilità significativa;
- Problematiche familiari, abitative e sociali concomitanti;
- Necessità di intervento da parte di più figure professionali (bisogni complessi: alto livello di coordinazione degli interventi);
- Alto assorbimento di risorse da parte del servizio e di altri servizi sanitari e sociali.

L'impegno dell'infermiere è volto ad ottenere un significativo miglioramento clinico e sociale del paziente con patologia grave ed attiva, attraverso il coordinamen-

to delle attività dell'intera rete sociale, sanitaria e riabilitativa con un importante ed essenziale coinvolgimento della famiglia attraverso interventi terapeutici individuali (colloqui), psico-educazionali e di gruppo (meglio ancora se provvisto di formazione specifica di auto-mutuo-aiuto): anche gli infermieri sono chiamati a fare informazione, educazione sanitaria, a formare alla cultura e alla pratica della promozione della salute mentale intesa come valorizzazione della responsabilità personale, della partecipazione a utenti e familiari, operatori e cittadini, all'attuazione di programmi di sostegno alle famiglie e *care-givers* per non disperdere risorse e relazioni fondamentali nel processo di cura.

### 3.2) Figure professionali coinvolte e loro funzioni

Un modello deve essere "costruito" con tutta l'équipe. Per consentire agli infermieri di assumere il ruolo di case manager in modo competente e responsabile, il personale di nuovo inserimento deve essere coinvolto in modo graduale.

*Infermiere case manager*: formula il Piano di assistenza, ha la responsabilità della continuità dell'assistenza, ha la responsabilità della gestione assistenziale dei pazienti a lui affidati, individua i problemi interdisciplinari, procura i servizi sociali e sanitari necessari, verifica che le attività assicurate al paziente siano coerenti ai suoi bisogni.

Funzioni:

- partecipa alla presa in carico del paziente e alla fase di valutazione, ai colloqui di valutazione individuale e di valutazione sul contesto;
- supporta il paziente nella gestione delle relazioni con familiari, vicini, colleghi;
- gestisce il calendario delle visite e degli appuntamenti in ospedale e sul territorio;
- informa ed educa nell'assunzione dei farmaci, controlla l'assunzione della terapia e la somministrazione della stessa nei casi di necessità, monitorizza effetti collaterali;
- contatta e mantiene rapporti con i medici di medicina generale dei pazienti;
- favorisce il collegamento con altre agenzie socio-assistenziali e riabilitative;
- coordina, integrando il proprio intervento con gli altri componenti dell'équipe, interventi di psico-educazione e/o facilita interventi di auto-mutuo-aiuto rivolti al paziente, alla famiglia e al suo contesto (è fondamentale per il case manager costruire un dialogo costante con l'utente, la sua famiglia e altri);
- aiuta il paziente insieme all'assistente sociale nella gestione del danaro e di eventuali sussidi economici;
- collabora con l'educatore professionale all'inserimento del paziente per l'avviamento al lavoro;

- organizza attività risocializzanti individuali e di gruppo, aiuta il paziente a inserirsi nella vita del quartiere;
- partecipa ai gruppi di supporto psicoterapico del servizio;
- supporta il paziente durante le eventuali fasi di riacutizzazione.

*Responsabile del personale infermieristico e tecnico*: organizza e gestisce riunioni di verifica periodica dell'andamento del Piano di assistenza, si fa promotore di formazione specifica e di supporto fra pari.

Assegna i casi agli infermieri, sentito il parere dell'équipe e confrontandosi col medico psichiatra di riferimento del paziente. L'assegnazione dei casi avviene secondo i seguenti criteri:

- carichi di lavoro
- parere, competenze e predisposizioni dell'infermiere
- parere del medico responsabile del caso.

Non è facile stabilire per ogni infermiere il numero ideale di casi, l'esperienza e la letteratura indicano che un numero superiore ai 10-15 casi per infermiere possa inficiare la qualità e l'efficacia degli interventi.

Nel servizio sono comunque necessarie attività di routine che vanno equamente distribuite tra tutto il personale, tenendo comunque conto delle inclinazioni e predisposizioni di ogni collega. I pazienti non devono essere attribuiti attraverso una media matematica, ma tenendo conto delle competenze raggiunte, dell'esperienza clinico-pratica in quel campo, di altre funzioni attribuite all'interno della complessa organizzazione del lavoro all'interno del Dipartimento di salute mentale.

Il paziente ha bisogno di qualcuno che organizza le cure, i percorsi, che abbia le competenze necessarie a risolvere i suoi problemi; ha anche bisogno di essere immerso in una organizzazione dove esistano le condizioni per una presa in carico efficace ed efficiente. La gestione del processo organizzativo del personale, ed in particolare di quello infermieristico e tecnico, è di competenza del coordinatore al quale spetta il presidio del clima organizzativo, l'attivazione di azioni per motivare gli infermieri e limitarne la "fuga", l'implementazione di strumenti di integrazione professionale: da lui ci si aspetta che siano attivate tutte le strategie affinché gli operatori possano dare il meglio.

*Responsabile clinico del caso*: il medico psichiatra è responsabile del progetto clinico-assistenziale globale.

*Altre figure professionali*: l'educatore professionale, l'assistente sociale, eventualmente l'OSS, obiettori, volontari ed altre figure collaborano al progetto dopo averne concordato la stesura per quanto di loro competenza.

### 3.3) Strumenti di lavoro dell'infermiere

#### *Cartella integrata per paziente con progetto*

Il cardine dell'intervento nell'ambito della Salute mentale è la relazione d'aiuto, che richiede l'abilità, la capacità, la sensibilità di leggere e documentare i bisogni, di guidare il paziente negli apprendimenti e analizzare i problemi e i progressi. Per tutto questo è fondamentale l'uso di una cartella infermieristica, meglio se integrata con gli altri professionisti e progettata dall'équipe, suddivisa per gli interventi clinici, infermieristici, sociali e riabilitativi (la documentazione infermieristica ha valore di atto pubblico e gli infermieri sono tenuti alla corretta e puntuale registrazione delle proprie attività: Legge n. 42/1999).

L'infermiere compila la cartella orientata a raccogliere i bisogni dell'utente, gli obiettivi da raggiungere, la descrizione del progetto, la pianificazione degli interventi, i tempi e le modalità di verifica adottando modelli teorici di riferimento).

#### *La visita domiciliare*

La Visita Domiciliare (VD) è uno degli strumenti che permette all'infermiere che prende servizio in una sede extra-ospedaliera di prendere contatto con il paziente. È una delle attività nella quale gli infermieri hanno maggiore autonomia, responsabilità, soddisfazione. Per decisione dell'équipe curante l'infermiere responsabile del caso e spesso l'infermiere di supporto seguono a casa un paziente con visite regolari, in un programma concordato con lui e la sua famiglia. La VD in ambito psichiatrico è un concetto allargato che ha il suo inizio nel momento in cui l'operatore esce dal contesto ambulatoriale per dedicarsi con il paziente ad una serie di attività che, per patologia (un ripiegamento su se stessi, una relazione fusionale totale con un familiare...) la persona non è in grado di svolgere in piena autonomia. Si tratta di prestazioni non necessariamente sanitarie e che toccano anche ambiti relazionali (appunto il domicilio, i luoghi della zona di solito frequentati, i luoghi dove si pratica sport...) e/o istituzionali (luogo di lavoro, INPS, problemi di alloggio...).

#### *Riunioni*

La difficoltà principale del lavoro di gruppo in psichiatria è rappresentata dal contrasto tra la consapevolezza dell'utilità del riunirsi a parlare del lavoro con i pazienti e gli ostacoli che si incontrano nel farlo. Un modello di lavoro di gruppo prevede riunioni settimanali di tutta l'équipe. Oltre alle riunioni di tutta l'équipe, altri momenti di incontro possono costituire un importante strumento professionale.

#### *Riunioni degli operatori coinvolti nel singolo caso clinico-assistenziale*

L'infermiere case manager, lo psichiatra e

gli altri operatori coinvolti (educatore, assistente sociale, l'infermiere di supporto se coinvolto, lo psicologo, lo specializzando) si incontrano per valutare, sulla base dei bisogni riscontrati, la pianificazione del progetto e le verifiche. Al gruppo curante spetta un importante lavoro di decodificazione degli interventi e della distribuzione dei compiti. Nella prassi comune è bene salvaguardare una certa spontaneità preconsua dell'infermiere che è la figura che, sia per il complesso delle sue competenze che per il tempo prolungato che condivide col paziente, è quella che assicura un'assistenza globale che ne favorisce il benessere psicofisico e sociale. Il coordinatore dell'équipe infermieristica e tecnica svolge un ruolo di facilitatore alle sopraccitate riunioni.

#### *Supervisione tra pari*

È necessario, per sostenere il personale infermieristico, offrire uno spazio di incontro per confrontarsi sull'andamento dei progetti dei singoli pazienti e sulle dinamiche multiformi e a volte contraddittorie che queste possono indurre. Lo spazio della riunione a cadenza regolare, permette in modo semplice ed informale, di individuare e sviluppare, prima di agire, le strategie migliori per i pazienti di cui si discute, permette di ricevere sostegno e aiuto direttamente dai propri colleghi.

Uno dei più importanti fattori terapeutici nelle istituzioni, in particolare quelle psichiatriche, è rappresentato proprio dalle funzioni svolte dal gruppo nei confronti degli operatori che ne fanno parte. Sostegno, non solo sul piano cognitivo, ma anche su quello emotivo: l'infermiere ha la specificità di entrare in contatto con situazioni di sofferenza delle zone più intime del corpo e della mente, zone normalmente accessibili solo con la mediazione di un rapporto affettivo intenso.

L'intensità di tali dinamiche non può essere sostenuta da una persona sola, occorre lo strumento del gruppo che svolga funzioni essenziali per la salute degli operatori: funzione di vicinanza e sostegno, di contenimento emotivo modulando automatismi di scarica, di circolazione di altri punti di vista, di senso di appartenenza rappresentato anche dalla memoria storica che alcuni elementi del gruppo rappresentano, dalle tracce che il paziente ha disperso tra i vari operatori facendo conoscere solo aspetti parziali di sé.

È compito di chi svolge funzioni di gestione e coordinamento del personale l'organizzazione di tali momenti ed il continuo presidio del clima emotivo. Essenziale è a questo livello la funzione svolta dal responsabile del servizio e dal responsabile del gruppo degli infermieri: la funzione di *leadership* garantisce la coesione e il senso di appartenenza là dove l'evitamento all'incontro, l'impulso alla fuga o l'idealizzazione di altri metodi tenderebbe a trasci-

nare verso la rinuncia un possibile obiettivo di cura.

### 4. La relazione infermiere-paziente

La relazione interpersonale è il fondamento di ogni scambio sociale ed è inevitabilmente essenziale nelle relazioni d'aiuto in generale e particolarmente in quelle di cura.

In psichiatria la relazione che il paziente instaura con le varie figure professionali rappresenta lo strumento cardine del progetto terapeutico. Se osserviamo il progetto terapeutico come un insieme di relazioni esso ci apparirà come una rete in cui la relazione infermiere-paziente diviene una tra le relazioni che concorre all'esito favorevole o sfavorevole del decorso clinico. La relazione infermiere-paziente ha proprie specificità che la distinguono da altre relazioni che il paziente instaura con altre figure professionali. È differente da quella con il medico o l'assistente sociale: in esse sono in gioco altre aspettative ed altri compiti. La proposta che qui avanziamo è che la relazione infermiere-paziente operi come una sorta di collante, o di terreno che integra e amplifica la specificità dell'aiuto proveniente dalle altre figure professionali, medico *in primis*. Come tale, essa contribuisce all'attuarsi, o meno, dei fattori terapeutici specifici comuni (Berti Ceroni G. 1999; Berti Ceroni G. 2005; Gallo E. et al. 2005) e agisce positivamente, ma anche negativamente, rispetto al processo terapeutico. L'idea alla base del ruolo del case manager è di attribuire alla relazione infermiere-paziente un ruolo centrale e portante nella rete relazionale.

Per esplicitare meglio l'idea del progetto terapeutico come rete relazionale a cui concorrono diverse figure professionali è utile definire il concetto di ruolo avvalendosi della sua definizione sociologica: "Il ruolo è l'insieme delle norme e delle aspettative che convergono su un individuo in quanto occupa una determinata posizione in una rete di relazioni sociali, ovvero in un sistema sociale" (Gallino L. *Dizionario di sociologia*. UTET, Torino, 1983).

Partendo da questa definizione possiamo ulteriormente distinguere fra ruoli sociali forti e ruoli sociali deboli, dove la differenza fra forte e debole sta nel rapporto esistente tra riconoscimento sociale ed intensità relazionale. Con ruoli sociali "forti" si intendono tutti quei ruoli che, come il medico, godono di un alto riconoscimento sociale ma una relativa, nel nostro caso, bassa quantitativamente, intensità relazionale, mentre con i secondi si intendono quei ruoli che hanno un minor riconoscimento sociale, ma un'alta intensità relazionale, alta in termini quantitativi, ovvero di tempo, e spesso anche, ed è un aspetto discrezionale e soggettivo del ruolo, in termini qualitativi.



Come esempio possiamo distinguere l'apporto di un ruolo sociale forte (medico) da quello di un ruolo sociale debole (infermiere):

- a) nel caso dello psichiatra, la relazione interpersonale è il veicolo di interventi tecnici, es. prescrizione di farmaci, specificamente volti a modificare il quadro sintomatologico presentato dal paziente: la cura è il fine esplicito e condiviso da entrambi di cui la relazione è il mezzo;
- b) nel caso dell'infermiere, la relazione interpersonale ha solo occasionalmente una finalità tecnica esplicita (es. prelievo ematico), ma più spesso, e con tempi a disposizione più lunghi, diventa lo strumento che veicola supporto, comprensione, familiarità, condivisione, sicurezza, senso di continuità, confidenze, conoscenza di informazioni. Spesso diviene il tramite che rende possibili altri interventi sanitari e non sanitari: far sì che il paziente faccia una visita, assuma i farmaci, tolleri eventuali effetti collaterali dei farmaci stessi, sia aiutato, o persino accompagnato, a gestire rapporti con altre persone, rapporti di lavoro, con i famigliari, ecc. Si può forse dire che qui la relazione diviene il fine e la cura il mezzo. In altre parole, ci troviamo nella dimensione del prendersi cura del paziente nella sua accezione più ampia.

Psichiatri e psicologi hanno degli espliciti compiti di cura sia nel loro mandato istituzionale che nelle aspettative dei pazienti, ma non si può negare una valenza terapeutica nel ruolo dell'infermiere nella misura in cui offre *holding* (Winnicott, 1965), continuità, sicurezza, contenimento e diventa contitolare del progetto clinico-terapeutico. Tale co-titolarietà diviene una condizione di lavoro indispensabile con i pazienti più gravi (psicotici, gravi disturbi dell'umore, disturbi di personalità, *borderline*).

### 5. Il lavoro con i famigliari dei pazienti nei Servizi psichiatrici

È essenziale per l'infermiere costruire un dialogo costante con l'utente, la sua famiglia e altre persone per lui significative. La malattia mentale, che si consideri o meno entro un modello medico, non è esclusivamente un problema dell'individuo. Il disturbo psichico, infatti, nasce e si sviluppa entro un contesto familiare, nel quale le relazioni fra i singoli sono in equilibrio dinamico.

Nei Servizi psichiatrici gli infermieri, integrandosi con gli altri operatori, concorrono alla pianificazione, partecipazione e/o conduzione di programmi terapeutici articolati per ridurre il carico familiare.

Programmi di vario tipo e a vario livello (cognitivo-comportamentale, psico-educazionale, auto-mutuo-aiuto), si pongono come obiettivo la valutazione delle capaci-

tà di comunicazione, il livello di funzionamento all'interno della famiglia e le sue risorse nell'affrontare la vita quotidiana, con lo scopo di migliorare e rinforzare anche attraverso strategie di *problem-solving*, la socializzazione, l'aggregazione, il sostegno a gruppi di famigliari.

Si tende ad evidenziare e a sottolineare gli aspetti di funzionamento positivo che ogni famiglia ha al suo interno, piuttosto che le aree deboli e negative. Esaminare con accuratezza la situazione familiare è utile per cercare di capire se vi sia una reale disponibilità dei parenti a collaborare alla terapia. In questo senso il lavoro terapeutico è più "con" la famiglia che "sulla" famiglia. L'influenza del nucleo familiare sull'andamento della terapia è importante fin dai primi contatti.

L'infermiere coinvolto nel lavoro con i famigliari, non li considera come un ostacolo all'intervento assistenziale, ma come una risorsa oltre che come un insieme di persone portatrici di un bisogno personale in relazione alla malattia del loro congiunto. Spesso le famiglie si sentono schiacciate dal peso dei problemi interni generati dal paziente, spetta agli operatori saper fare accettare, riuscire a re-indirizzare verso direzioni costruttive sentimenti e problemi come la tendenza alla chiusura e all'isolamento dal contesto sociale, la tendenza alla rigidità delle relazioni, la negazione alla relazione, l'ipercoinvolgimento emotivo o l'ostilità. Non è possibile perciò per l'infermiere porsi solo come osservatore, al di fuori del sistema famiglia, ma deve entrare in relazione con esso. La visita domiciliare offre all'infermiere strumenti di indagine e valutazione molto importanti. In questo modo si ha la possibilità di vedere il contesto principale in cui le persone vivono la loro quotidianità e hanno vissuto la loro storia. Si possono poi conoscere le abilità del paziente nella gestione della casa e nell'organizzazione delle attività giornaliere. È possibile rilevare il grado di "potere" detenuto dalla persona all'interno della famiglia. La visita domiciliare permette di valutare i rapporti con gli altri famigliari e di esplorare più da vicino la rete sociale di riferimento qualora esista.

Essendo la famiglia l'ambiente di vita primario di una persona, non ci si può esimere dall'includerla nel progetto terapeutico. Ai famigliari vengono date informazioni accurate sulla malattia del congiunto e sul modo migliore per affrontarla, vengono inoltre forniti consigli operativi e istruzioni per una comunicazione più efficace e corretta. Questo, ovviamente, prevede l'integrazione con altri tipi di trattamento come quello farmacologico e quello riabilitativo.

### 6. Valutazione e ricerca infermieristica nel DSM

La cartella infermieristica costituisce an-

che uno strumento di valutazione qualitativa e quantitativa dell'attività assistenziale dell'infermiere, il riscontro documentato del proprio lavoro fornisce una conferma dell'attività terapeutica svolta. La cartella infermieristica permette una regolare e sistematica raccolta dati, evita la dispersione delle informazioni e ne abbassa il livello di distorsione.

Due fattori che influenzano in modo negativo l'applicazione del modello di case management infermieristico sono il tempo e la diminuzione del personale. All'aumentare dei casi corrisponde una diminuzione del tempo complessivo a disposizione dei pazienti, ciò può influenzare la qualità del lavoro svolto. Sentirsi sempre "in corsa", investire il tempo nell'affrontare le situazioni di crisi piuttosto che anticipare i problemi, "agire" al posto del paziente invece che aiutarlo a renderlo più autonomo, avere la sensazione che la quantità di tempo assorbita dal documentare gli interventi sui pazienti sia tempo sottratto allo "stare" con i pazienti, può portare a mettere in discussione il modello, tenuto conto che ci sono anche variabili che interessano le caratteristiche dei pazienti stessi. L'infermiere si muove in questa complessità, cercando di svolgere una funzione terapeutica non meno importante di quella di chi aiuta il paziente con una relazione specializzata intorno a farmaci o alle parole dell'interpretazione analitica.

Per valutare l'efficacia della qualità assistenziale degli interventi, nel progetto in cartella vanno indicati oltre agli obiettivi, i criteri di valutazione a breve, medio e lungo termine. Un livello più sofisticato può prevedere annualmente indicatori di funzionamento generale del Servizio (CSM, DH, CD, SPDC...). Alcuni esempi di indicatori di esito possono essere:

- a. n° giornate di degenza;
- b. n° interventi sulla crisi (qualsiasi intervento fuori dalla normale programmazione e che comporta l'interruzione di altre attività precedentemente programmate e/o in corso di esecuzione);
- c. n° visite domiciliari;
- d. ricadute/reinserimento in progetto;
- e. tenuta del progetto riabilitativo (borsa lavoro), ecc.

#### Eventi Sentinella

Esistono alcuni eventi il cui semplice verificarsi è sufficiente per far sorgere il sospetto che ci si trovi di fronte ad una "carezza" all'interno di un servizio.

L'infermiere, insieme ad altri operatori, concorre ad avviare un'inchiesta sulla rilevanza degli eventi (frequenza e prevedibilità), sugli obiettivi da monitorare, la conoscenza delle cause, la definizione delle strategie di prevenzione. L'evento sentinella provoca disagio sia sul piano organizzativo che su quello assistenziale. Nei reparti di degenza di un DSM è pertinente prendere in

esame eventi che per numerosità, intensità e gravità risultano essere altamente critici: ad esempio le colluttazioni, l'evento autolesivo, le fughe, la coercizione. Soprattutto per quest'ultimo è indicato un monitoraggio molto attento rispetto alla possibilità da parte del servizio di offrire procedure alternative frutto anche di importanti evoluzioni culturali. Nei servizi territoriali gli eventi indesiderati da monitorare sono relativi a procedure di ricovero mediante trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e i suicidi.

Per misurare, analizzare e comparare i risultati, l'infermiere si avvale di sistemi operativi informatici alla cui progettazione e impostazione ha fattivamente collaborato. Compito degli operatori della salute è anche utilizzare al meglio e con il massimo dell'efficacia (all'interno anche di una valutazione economica in termini di "rapporto costo/beneficio") le acquisizioni di conoscenze scientificamente provate (*EBM Evidence based medicine, EBN Evidence based nursing*).

### 7. Formazione dell'infermiere

L'infermiere è colui che si occupa degli infermi, delle persone che sono in uno stato di debolezza e difficoltà: il suo ruolo è modellato intorno ai malati di cui si prende cura. Perciò buona parte della formazione professionale è dedicata a conoscere e a capire chi e il malato, nelle sue patologie, nelle sue esigenze, nei suoi comportamenti.

La formazione di base nei tre anni universitari può non essere sufficiente per essere in grado di lavorare con l'autonomia che alcune delle strutture sopra descritte richiedono. È necessario, per acquisire le conoscenze psicopatologiche e relazionali fondamentali, un periodo di affiancamento a colleghi più esperti integrando in modo importante, con formazione *ad hoc*, le conoscenze.

Una presa in carico infermieristica forte, come punto centrale della rete dei servizi psichiatrici del DSM, è possibile solo se gli operatori sono formati e aggiornati attraverso un percorso aderente alle loro esigenze: la motivazione è la prima molla dell'apprendimento, il coinvolgimento di iniziative poco stimolanti ma obbligatorie potrebbero costituire un elemento di insoddisfazione. Sono impegnati con tutti i professionisti del gruppo di lavoro nella progettazione delle priorità formative su cui vogliono investire; essere capaci di analizzare le situazioni, porsi quesiti sulla pratica, ricercare sulla letteratura, discutere quando i pazienti non vanno come si vorrebbe, riuscire a lavorare con altri professionisti in una posizione paritaria perché non è tanto il contributo di un operatore ad essere rilevante, quanto la ricerca dei risultati integrati. Occorre pertanto un continuo

aggiornamento sugli aspetti professionali e sugli aspetti gruppal.

Dal 2004 è possibile accedere in molte università ad un master di 1° livello ad indirizzo della Salute mentale. I master sono titoli post-laurea di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente di scienze infermieristiche e riabilitative applicate alla salute mentale. Le funzioni dell'infermiere con master in salute mentale avranno una importante valenza assistenziale integrata con una altrettanto importante funzione di educazione alla salute attraverso la *prevenzione primaria* dei disturbi mentali con attenzione ai fattori sociali che possono favorire l'insorgenza delle malattie mentali, e prevenzione secondaria delle malattie mentali attraverso la diagnosi precoce e la cura tempestiva nelle persone ad alto rischio. Gli interventi di prevenzione vanno articolati in un ambito sanitario più ampio di quello proprio della salute mentale, nel contesto della sanità pubblica e di comunità. L'acquisizione e lo sviluppo di competenze specifiche ed avanzate orientate in particolare nell'ambito della comunità, consente, sulla stessa, di intervenire individuando le situazioni/gruppi a rischio, fare educazione e supportare altri soggetti (es. insegnanti) a riconoscere situazioni di disagio.

La formazione che integri gli approcci socio-sanitari, che abitui fin dalla formazione, in questo caso post-base, a confrontarsi su casi o su progetti con psichiatri ed altre figure, promuove uno sviluppo complessivo di competenze, sinergie e linguaggi nei Dipartimenti di Salute mentale e la corresponsabilità dei risultati.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) IPASVI Collegi Provinciali e Regionali RER "Autonomia competenza responsabilità infermieristica". Bologna, dicembre 2000
- 2) IPASVI Collegi Provinciali e Regionali RER "Profilo e ruolo dell'infermiere nel Dipartimento Tutela della Salute" Imola. Bologna, gennaio 2001
- 3) Piccione R. "Manuale di psichiatria". Bulzoni Editore. Roma, 1995
- 4) Drigo ML, Borzaga L, Mercuri A, Satta E. "Clinica e nursing in psichiatria". Ed. Ambrosiana. Milano, 1996
- 5) Barbato G, Buffardi G. "Il case management nel Dipartimento di salute mentale". STIP
- 6) Ziguras SJ, Stuart GW. and Jackson AC. "Assessing the evidence on case management". British Journal of Psychiatry. 2002, 181:17-21
- 7) Jones A. "Assertive community treat-

ment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay" Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002, 9:261-270

- 8) Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriot S and Tyrer P. "Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review". British Journal of Psychiatry 2001, 178:497-502
- 9) Fioritti A et al. "L'assistenza infermieristica psichiatrica nel trattamento intensivo prolungato". Professione Infermiere IPASVI Bologna 1999, 2:22-30
- 10) Bassi M. Documento interno al Dipartimento Salute mentale Area Centro "Gli impegni per la tutela della salute mentale: le unità operative e le funzioni". Bologna, anno 2004
- 11) Liberman R.P. in "La riabilitazione psichiatrica". Raffaello Cortina Editore, 1997
- 12) Barelli P, Spagnoli E. "Nursing di Salute mentale" Carrocci Faber
- 13) Federazione Nazionale Collegi IPASVI. I Quaderni dell'Infermiere "Essere infermiere oggi, alcuni nodi problematici di una professione che cresce" n. 9, maggio 2004
- 14) Ferrata A, Marcelli M. "Un lavoro terapeutico - L'infermiere in psichiatria". Psicoanalisi-Psicoterapia analitica. Franco Angeli Editore, 2000
- 15) Dell'Acqua G. "Famiglie e Servizi di Salute mentale". Trieste, Centro Studi e Ricerche per la Salute mentale. ASS n. 1, 1992
- 16) Berti Ceroni G. "Il lavoro ambulatoriale", in Berti Ceroni G e Corrales A. (a cura di). Psicoanalisi e Psichiatria. Raffaello Cortina. Milano, 1999
- 17) Berti Ceroni G. "Fattori terapeutici specifici comuni e fattori terapeutici propri della psicoanalisi", in Berti Ceroni G. (a cura di) "Come cura la psicoanalisi?". Bollati Boringhieri. Torino, 2005
- 18) Gallo E, Berti Ceroni G, Neri C, Scardovi A. "I fattori terapeutici specifici comuni nelle psicoterapie e negli altri trattamenti". Rivista di Psichiatria
- 19) Winnicott D.W. (1965) "Sviluppo affettivo e ambiente". Armando. Roma, 1970
- 20) Università di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Master di 1° livello "Infermiere di sanità pubblica e di comunità" con indirizzo geriatrico, sanità pubblica e di salute mentale "Profilo dell'infermiere con master", anno accademico 2005-2006.

