

## **L'INFERMIERE CASE MANAGER NELL'ADI AL MALATO PSICHICO**

### **Emanuela Landini**

*Coordinatore infermieristico S.C. Neurologia ASL N°5 Spezzino (Spezia)*

### **Antonio Tartaglione**

*Direttore S.C. Neurologia ASL N°5 Spezzino (Spezia)*

### **Rosanna Ceglie**

*Direttore SPDC ASL N°5 Spezzino (Spezia)*

### **Astrid Mercone**

*Specializzanda in Igiene e Medicina preventiva, Univ. di Siena*

### **Nicola Nante**

*Ordinario di Igiene, Resp. Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Serv. San., Univ. di Siena*

L'articolo individua nel ricorso all'infermiere *case manager*, per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata al malato psichico, la formula più idonea per garantire, da un lato, l'appropriatezza e la continuità delle cure in questo particolare e difficile comparto assistenziale e per utilizzare al meglio, dall'altro, le risorse umane e finanziarie disponibili. Gli AA. sottolineano come il modello organizzativo del *case manager*, applicato all'ADI – sperimentato dalla ASL 5 Spezzino nell'assistenza psichiatrica - consenta di realizzare, in un'ottica multidisciplinare, percorsi assistenziali basati dalla centralità della persona ammalata, evitando ricoveri inappropriati al riacutizzarsi della patologia.

*L'infermiere case manager*

Il *case management* è un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario.

Questo modello considera i pazienti come entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

L'approccio di *case management* prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

- la conoscenza clinica ed economica di un percorso di malattia articolato in base a linee guida;
- un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e di specialità;
- un processo di evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di modificare le cure e di ridefinire le linee guida.

Il *case management* comprende, integrandoli tra loro, gli interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici terapeutici, di riabilitazione e di assistenza a lungo termine.

Il programma di *case manager* è stato creato, come si è detto, per unire e ottimizzare i concetti di integrazione assistenziale, di coordinamento dell'assistenza prestata da tutti i soggetti coinvolti e

di continuità assistenziale fra tutti gli ambiti di svolgimento del progetto di cura, senza trascurare la possibilità di focalizzare l'attenzione anche sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute.

Un altro, non secondario, obiettivo del *case manager* viene individuato nel contenimento dei costi, attraverso l'identificazione dei bisogni e delle risorse del paziente da un lato e del sistema assistenziale dall'altro. Si sostiene, quindi, che il *case management* integri istanze etiche ed economiche.

Si ritiene in letteratura che il ruolo di *case manager*, come dimostra l'esperienza di numerosi paesi, possa essere svolto dall'infermiere in modo più efficace rispetto ad altri sanitari, perché la sua formazione generalista gli conferisce la capacità di valutare e soddisfare, nel loro complesso, i bisogni assistenziali del paziente.

L'infermiere, in altri termini, è la figura preparata a comprendere il quadro totale dell'assistenza, i problemi attuali e quelli potenziali del paziente ed è quindi in grado di assumere, nella gestione dei casi, un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'attività assistenziale, a completamento del ruolo del medico al quale è affidata l'attività di cura e la gestione della malattia.

In questo quadro concettuale, *l'infermiere case manager* (ICM) ha la responsabilità di accertare i problemi dei pazienti e delle loro famiglie ogni qualvolta questi si manifestino. Identifica i problemi esistenti o i problemi potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente. In collaborazione con i membri del gruppo interdisciplinare, elabora il piano assistenziale individuale, che costituisce, spesso, l'adattamento di un percorso clinico assistenziale preesistente al singolo paziente.

L'ICM può provvedere egli stesso a svolgere le attività assistenziali dirette al paziente o può solo dirigerle. Deve stimare le abilità del paziente e le possibilità di supporto della famiglia e dei sistemi sociali e intervenire se identifica un problema. Deve anche facilitare i progressi del paziente nel piano assistenziale, organizzando la consultazione con specialisti o con servizi specializzati e garantendo, all'occorrenza, il trasferimento ad aree assistenziali più adatte.

Il ruolo manageriale assegna all'ICM la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti dal momento della loro presa in carico.

L'ICM gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie. In collaborazione con il gruppo interdisciplinare determina gli obiettivi del trattamento e la durata del soggiorno e inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico. L'ICM valuta continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un cattivo uso delle risorse. Opera, quindi come coordinatore del gruppo interdisciplinare, facilitando la comunicazione tra i vari membri.

Nel processo di gestione del caso sono fondamentali la relazione con il paziente, basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione, nonché l'interazione frequente con la famiglia. Il paziente è sempre al centro di tale processo. Dal momento dell'accertamento iniziale, l'ICM ha il compito di comprenderne i bisogni del paziente e far sì che trovino risposta nel sistema di assistenza. Per garantire al paziente i servizi adatti, l'ICM, deve avere una piena conoscenza della rete di strutture e di servizi disponibile.

In conclusione, il *processo di nursing nel case management* si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

- *accertamento* multidimensionale;

- *diagnosi* dei problemi attuali e potenziali;
- *pianificazione* interdisciplinare di un piano integrato di cure;
- *attuazione* del piano coordinata da un *team leader case manager*;
- *valutazione* dei risultati del piano di cure e definizione del piano di dimissione.

Il piano di intervento multidisciplinare.

Tra gli strumenti che il *case manager* può adottare nella specifica attività professionale vi sono i *critical pathways* (CPs) ossia i piani di azione multidisciplinare.

I CPs enfatizzano il coordinamento di tutte le attività cliniche per assicurare al paziente la cura giusta nel momento giusto in un'ottica multidisciplinare.

Essi sono l'integrazione di piani di cura che orientano un uso efficiente e appropriato delle risorse nel trattamento della maggioranza dei pazienti. (Franc e Meyer 1991).

Il principio sotteso a questo approccio è la possibilità di prevedere per una larga fetta di patologie una pianificazione, una guida predeterminata di cura, scritta nel rispetto della variabilità patologica e delle caratteristiche psicosociali dell'individuo.

I punti chiave per l'introduzione dei CPs sono:

- l'identificazione di un gruppo di pazienti, una diagnosi, condizione o evento;
- la creazione di un gruppo multidisciplinare che assicuri lo sviluppo del percorso;
- l'avvio dell'*audit* e dello stato dell'arte delle conoscenze scientifiche disponibili, al fine di definire la durata della degenza di ogni CP;
- l'elencazione degli interventi e degli *outcome* desiderati per ora/giorni/settimane;
- l'individuazione delle potenziali barriere al raggiungimento dell'*outcome*;
- l'approvazione degli indicatori con cui sarà monitorato il percorso, prevedendo eventuali variazioni e gli interventi;
- la predisposizione di una versione ridotta di CP da consegnare al paziente e ai familiari;
- la programmazione di un momento di insegnamento al personale coinvolto nell'utilizzo di un CP.

Il sistema di tutela della salute mentale

Le azioni programmatiche via via previste dai Piani sanitari nazionali, in tema di tutela della salute mentale, hanno portato, nel nostro Paese, al consolidamento di un modello organizzativo dipartimentale volto a garantire il benessere psichico e mentale della persona e alla individuazione di una prassi operativa mirata a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.

In questa prospettiva, fondamentale importanza riveste il Dipartimento di salute mentale, costituito, da una serie di strutture, servizi e operatori multi professionali (psichiatri, psicologi, infermieri e terapisti specializzati, sociologi ecc.), che operano per organizzare ed erogare prestazioni di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con disturbi psichici e disabilità psicofisiche, oltre agli interventi finalizzati alla promozione, prevenzione, mantenimento e recupero della salute mentale, ma anche quella di occuparsi.

La distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfa gli standard tendenziali nazionali, con valori superiori per i Centri di salute mentale, i Centri Diurni e le Strutture residenziali (pubbliche e private convenzionate), mentre disomogenea sul territorio appare la dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi fra le varie Regioni e all'interno di ciascuna regione.

Per quanto attiene alle attività dei Centri di salute mentale, responsabili per la presa in carico e la

continuità terapeutica, sono evidenziabili le seguenti criticità:

1. scarsa conoscenza nella popolazione dell'esistenza dei servizi di cura, delle malattie mentali in generale e delle possibilità di trattamento;
2. forte rischio per molti servizi di non soddisfare le richieste di cura, sia per carenze organizzative sia per scarsità di personale;
3. difficoltà nella presa in carico di pazienti "non consenzienti" e "non collaboranti";
4. interruzioni non concordate del programma terapeutico riabilitativo;
5. primo contatto tardivo di pazienti "gravi" che, in molti casi, arrivano ai servizi già con una storia di "cronicità", con conseguenziale diminuzione delle potenzialità di recupero.

Un altro punto critico riguarda le strutture residenziali, per le quali non tutte le Regioni hanno emanato criteri formali per l'accreditamento e per le attività che in esse debbono svolgersi, in rapporto alla tipologia di pazienti.

Altri fattori di criticità sono:

- disomogenea diffusione nei DSM della cultura della valutazione della qualità;
- carente attenzione ai problemi di salute mentale nelle carceri;
- mancanza di un Sistema informativo nazionale, in grado di documentare le attività e le prestazioni fornite dai servizi.

Va ricordato, in proposito che il complesso dei problemi tuttora aperti nel settore dell'assistenza psichiatrica forma oggetto di indagini e di studi da parte degli organismi tecnici del Ministero della salute e dello stesso Parlamento, anche in relazione all'esigenza di adeguare il sistema di tutela della salute mentale in Italia al mutato quadro istituzionale e normativo, che affida alle Regioni la gestione dell'assistenza psichiatrica.

Il Centro di Salute Mentale rappresenta il nucleo centrale del DSM, la sede organizzativa dell'equipe e il polo di coordinamento delle attività psichiatriche ambulatoriali e domiciliari. L'attività infermieristica consiste in:

- attività di accoglienza;
- attività ambulatoriale e domiciliare;
- interventi a livello territoriale volti a evitare il più possibile il ricovero;
- interventi di collaborazione con i medici di base e con il servizio materno infantile.

L'organizzazione di un CSM, deve essere improntata all'elasticità e adattabilità per fornire risposte diversificate nelle fasi del trattamento terapeutico del paziente. All'infermiere che opera sul territorio, è richiesta una notevole capacità di uscire fuori dagli schemi precostituiti dell'esperienza ospedaliera.

**Il paziente psichiatrico**

Sin dai tempi più remoti, la malattia mentale ha sempre suscitato l'interesse di chi si è occupato dell'uomo, mentre ha costituito motivo di disagio e di apprensione per coloro che venivano a contatto con essa.

Prescindendo qui da un'analisi dell'evoluzione, attraverso i secoli, degli studi e delle teorie sulle cause di essa e sui "trattamenti" terapeutici via via sperimentati, merita ricordare che agli inizi del '900 il sistema curativo d'elezione divenne – pur nel perdurante ricorso all'isolamento, all'elettroshock, ai mezzi di contenzione - quello della psicoterapia, attraverso la quale il soggetto-paziente può elaborare le proprie dinamiche inconsce, ma soprattutto analizzare le difese e le resistenze nei confronti di propri desideri e pensieri inconsce, che sono alla base dei

disturbi psichici.

Dopo il 1950, si è avuta poi quella che può essere considerata una delle più grandi scoperte riguardanti la sfera del mentale: gli psicofarmaci, grazie ai quali iniziò, con successo, l'era del trattamento farmacologico delle malattie psichiatriche tuttora in uso. Da allora la sperimentazione di nuovi psicofarmaci ha portato ad importanti scoperte nel campo delle neuroscienze, anche se sono ancora vivi grandi dibattiti e accese discussioni sulla loro efficacia e necessità.

Ciò ha consentito, comunque, di porre l'individuo al centro della scena e di affrontare il problema, soprattutto in ambito psicoanalitico, in una chiave interpretativa che separa l'idea di malattia da quella di colpa (e quindi quella di terapia da quella di reclusione).

Sebbene non manchino, ancor'oggi, numerosi pregiudizi nei confronti del malato mentale, si va affermando sempre più il concetto di salute mentale come condizione da preservare e da recuperare: le patologie mentali non più come unità astratte ma ben concrete e superabili.

L'elemento che accomuna la maggior parte dei pazienti, seppur diversi tra loro per vissuti personali, storia clinica e patologia presentata, è la necessità di essere ascoltati, di esporre i propri bisogni, trovare risposte ai propri problemi, essere parte attiva nel processo terapeutico. Tutto questo è tanto più vero nel caso della patologia psichiatrica, perché, come asseriva F. Basaglia, *è necessario considerare il malato di mente come un problema da vivere nel corpo stesso della realtà sociale, piuttosto che continuare a viverlo come una mera realtà scientifica*. Peraltro, i disturbi provocati dalla malattia mentale non possono essere trattati esclusivamente con i farmaci, ma richiedono anche interventi psicologici, riabilitativi e sociali, erogati quindi da servizi diversi.

È necessario garantire trattamenti terapeutici in grado di soddisfare anche i bisogni primari, garantendo il raggiungimento e il mantenimento di adeguate condizioni di vita e permettendo l'instaurarsi di autonomia e integrazione sociale.

In ambito psichiatrico, le uniche soluzioni per permettere l'applicazione di questi concetti sono: la chiusura definitiva dei manicomi; un maggior rispetto per i diritti delle persone con gravi disagi psichici e fisici; l'avvento di una psichiatria di comunità basata sulla presenza costante e continua dei servizi psichiatrici territoriali, in grado di garantire una *presa in carico evolutiva*, attraverso la quale ridurre la sofferenza personale e gli oneri a carico della famiglia.

Purtroppo, va ancora risolto il difficile problema del pregiudizio sociale, lo stereotipo decisamente negativo diffuso nella popolazione nei confronti del malato psichico. Un'immagine negativa che fa parte del nostro patrimonio culturale. Espressioni del tipo "sei matto?", "roba da matti", "mi fai impazzire", "ti comporti da matto", sono di uso comunissimo e vengono generalmente legate ad azioni che si valutano negativamente o a comportamenti che si giudicano imprevedibili. In altri termini, il "matto" è visto tuttora come un soggetto asociale, pericoloso, incurabile e inguaribile, potenzialmente criminale. Il fatto stesso che per gli autori di crimini clamorosi sia sistematicamente richiesta la perizia psichiatrica, rafforza necessariamente l'idea che i confini tra pazzia e criminalità siano molto labili.

D'altra parte, anche nei confronti dell'ex malato mentale il pregiudizio sociale si traduce in aspettative negative sulla sua affidabilità, che ne rendono difficoltoso il ritorno nel consorzio umano e ne impediscono molto spesso il reinserimento lavorativo. Finanche la famiglia dell'ex malato mentale subisce l'influenza negativa di questo "ruolo" attribuito al proprio congiunto, finendo per isolarsi dalla comunità cui appartiene.

L'infermiere psichiatrico

L'evoluzione di questa figura infermieristica ha seguito in ogni momento quella della scienza psichiatrica, adattandosi, invero, alle teorie e alle prassi a lungo applicate per il trattamento degli infelici malati.

In tempi a noi più vicini, però, anche gli infermieri hanno sempre più preso coscienza della inaccettabilità dei meccanismi istituzionali di violenza nei confronti dei degenti in manicomio,

cominciando a rifiutare il ruolo puramente di custodia (a sua volta non privo di violenza) fino ad allora svolto.

Un reale mutamento ha preso le mosse dalla formazione professionale, che, al passo con le esigenze del tempo, fornisce oggi all'infermiere nozioni di psichiatria e, attraverso tirocini nell'area della salute mentale, consente loro di acquisire competenze specifiche in materia.

Cosicché, è stato possibile adottare, dal punto di vista operativo, nuove modalità di intervento terapeutico, abbandonando l'assistenza di tipo custodialistico e passando a quella territoriale che persegue lo scopo di curare e prevenire il disturbo psichico laddove ha origine e si sviluppa. In relazione alle nuove metodologie terapeutiche, l'infermiere psichiatrico di oggi si occupa principalmente della cura e dell'assistenza all'ammalato, sia dal punto di vista fisico, sia da quello della sofferenza psichica.

In questo nuovo contesto, la cultura e la sensibilità dell'infermiere sono strumenti indispensabili all'assistenza. Guai a scindere le procedure tecniche dal rapporto strettamente umano.

La figura dell'infermiere psichiatrico è divenuta fondamentale non solo in ospedale, ma anche negli altri luoghi di cura - ambulatorio territoriale, domicilio del paziente, strutture intermedie e residenziali - dove si realizza la funzione terapeutica in psichiatria.

L'infermiere è colui che trascorre più tempo con il paziente, che lo conosce, che può intraprendere con lui una relazione costruttiva, che coordina le attività e i progetti terapeutici. Tuttavia, la relazione tra infermiere e paziente, per essere costruttiva, non deve essere forzata, deve lasciare libero il paziente di esprimere i suoi sentimenti e le sue potenzialità.

L'approccio globale ai bisogni del malato mentale

L'infermiere deve avere specifiche attitudini e competenza nella conduzione del trattamento, in quanto spesso e per ottenere e promuovere, la fiducia del malato.

Deve "sentire" quello che dice: la mancanza di coerenza tra le parole, i gesti, il tono della voce, o la mimica comunicano un messaggio ambiguo e il paziente è molto attento a cogliere nell'interlocutore segnali contrastanti.

Nella relazione con il paziente, il principale strumento che l'infermiere utilizza è se stesso, con i propri vissuti emotivi.

L'uso delle proprie emozioni nella relazione è indispensabile, non solo come mezzo diagnostico e terapeutico, ma anche per tutelarsi dai pericoli (di coinvolgimento eccessivo) che la relazione con il paziente psichiatrico comporta.

Uno dei rischi del coinvolgimento eccessivo è la perdita di controllo e di obiettività nell'esecuzione dei compiti professionali. Occorre saper mantenere una "giusta distanza" emotiva dal paziente, per poter rilevare con obiettività i suoi bisogni. Elaborare la diagnosi infermieristica e formulare un programma assistenziale di trattamento integrato con quello degli altri operatori dell'equipe.

L'infermiere partecipa alle attività espressive o psicomotorie, coordinando le attività, raccogliendo le dinamiche relazionali all'interno del gruppo dei pazienti, per poterle poi riportare alla discussione di equipe.

A questo fine, è necessario, data la complessità della patologia psichiatrica, che anche l'infermiere si sottoponga a un *training* per apprendere tecniche che gli consentano di individuare con obiettività i bisogni del paziente e di instaurare con questi una relazione professionale profondamente umana.

L'infermiere si propone di accertare e di supportare i bisogni e le motivazioni del malato attraverso interventi complessi ed integrati condotti sia a livello individuale che ambientale, focalizzando in modo particolare l'attenzione su tutto ciò che costituisce la sua vita quotidiana. Spesso, soprattutto nei casi di imponente regressione e di grave impoverimento relazionale, sarà necessario un lungo lavoro preparatorio volto a far riemergere i suoi desideri e le sue aspettative di vita; non va dimenticato, infatti, che questi aspetti non sono mai completamente perduti, per quanto l'esistenza possa essere stata pesante e dolorosa e per quanto la malattia possa aver avuto

effetti devastanti per il malato, a causa della sua stessa natura e delle modificazioni che essa inevitabilmente induce nel gruppo sociale di appartenenza del medesimo.

Un altro aspetto, che occorre sempre attentamente considerare, è rappresentato dal possibile divario tra i desideri del malato, il suo stile di vita, la sua cultura e le sue aspettative per il futuro e il progetto riabilitativo. L'infermiere deve sempre chiedersi se il suo progetto di lavoro rispecchia quelle che sono le esigenze del malato o se non sta piuttosto introducendo elementi che esprimono la "sua" filosofia di vita e le "sue" norme sociali.

Un concetto di rilevante importanza, che assume aspetto fondamentale in ambito riabilitativo, è quello di "stimolazione ottimale".

Ricerche condotte per anni da Wing (1978 modello ambientale affermandosi nella tradizione della psicopatologia descrittiva anglo-europea, che ha dato un contributo importante del ruolo che i fattori socio-ambientali ricoprono nella patologia mentale durante tutto il decorso), hanno messo in evidenza come l'assenza di stimolazione conduca alla perdita di interessi, all'apatia e all'abulia, ma anche come, l'iperstimolazione possa provocare nei malati la comparsa di ansia, irritabilità, paura e spesso la riacutizzarsi di fenomeni deliranti e allucinatori. L'individuazione di un punto di equilibrio tra ipo e iperstimolazione rappresenta, quindi, un aspetto essenziale del progetto riabilitativo in ogni fase della sua attuazione. Il mantenimento di un livello ottimale di stimolazione, favorisce anche l'istaurarsi di una altrettanto ottimale "aspettativa" nell'infermiere, nei familiari e nel malato stesso.

Quello di aspettativa è un concetto importante, perché determinante rispetto al progredire della riabilitazione. Se le aspettative sul malato sono nulle o quasi, se cioè né l'infermiere, né i familiari si aspettano alcun miglioramento, il malato farà di tutto per adeguarsi a queste aspettative, avviando un vero e proprio circolo vizioso in cui l'assenza di miglioramenti e il calo delle aspettative si rinforzano a vicenda.

D'altro canto, aspettative esagerate o sproporzionate rispetto alle possibilità reali di quel particolare momento, allorché si evidenzia che il malato non è riuscito a fare una determinata cosa, possono generare in lui sensi di colpa e vissuti di incapacità, oltre che delusione nella famiglia come nell'équipe.

Infine, momento di importanza cruciale del progetto riabilitativo è quello relativo della verifica. L'infermiere con tutta l'équipe, deve periodicamente riflettere sulla fattibilità del progetto, sulla validità degli obiettivi e sui cambiamenti osservati nel malato. Questo impegnativo lavoro di verifica, consente di recuperare dalla routine quotidiana il senso di quanto si sta facendo, di operare eventuali mutamenti del progetto, di permettere ad ogni operatore coinvolto di elaborare meglio il proprio ruolo specifico nel processo di cura e nel rapporto con il malato.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) nella salute mentale

Sulla base di considerazioni etiche ed economiche è stata generalmente avvertita l'esigenza di attuare - in alternativa al ricovero in ospedale, spesso incongruo e più costoso - interventi assistenziali, basati su una rete integrata di servizi sociali e sanitari, che permettessero di mantenere il paziente al proprio domicilio, ovvero nell'ambito della famiglia e del contesto sociale.

L'ADI è un servizio che soddisfa le esigenze di soggetti che necessitano di assistenza continuativa, in relazione alle quali prevede un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio assistenziali, tutte domiciliari. Comprende quindi un insieme di interventi sia sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, visite specialistiche ecc.); sia sociali (pulizia della casa, preparazione cibi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative ecc.).

Il punto di riferimento principale in grado di garantire, anche ricorrendo ad altri servizi, l'assistenza sanitaria di base a domicilio è il medico di famiglia, in stretta collaborazione con le unità di valutazione distrettuali.

In questo contesto si colloca l'*infermiere di famiglia*, figura di cui in Italia non è ancora definito

il campo di attività a causa del ritardo con il quale l'esercizio infermieristico solo ora comincia ad avere sistematica applicazione nell'assistenza extra ospedaliera in favore della comunità locale.

Negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi per costruire un modello condiviso di infermiere di famiglia. A questa figura si chiede, in sostanza, di adempiere ad una triplice funzione: favorire, anzitutto, il contenimento dei costi sanitari; migliorare l'allocazione delle risorse economiche, incentivando l'assistenza domiciliare; garantire alle famiglie la massima qualità delle prestazioni assistenziali.

Un ruolo poliedrico, posizionato al centro di una rete di operatori, cittadini e strutture, che si esprime anche nel lavoro interdisciplinare, interagendo con le altre figure delle équipes territoriali.

In Italia c'è ancora molto da fare, ma questa nuova figura si diffonde soprattutto al Nord, per effetto del più ampio ricorso all'assistenza domiciliare.

Altra figura significativa nell'ADI è il *care giver*, "colui che elargisce l'assistenza" ogni qual volta il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente al *self-care*.

Il ruolo di *care giver* può essere ricoperto dallo stesso infermiere; ma, più spesso, viene individuato per esso un familiare o altra persona che abbia, a qualsiasi titolo, frequentazione del paziente (badante retribuito, volontario, vicino di casa ecc.) e che possa provvedere all'assistenza nei momenti della giornata durante i quali l'ICM e la sua équipe devono necessariamente rivolgere la propria attenzione ad altri pazienti e ad altri compiti.

La individuazione del *care giver* rappresenta un compito tra i più impegnativi dell'infermiere *case manager*.

La scelta è orientata, in primo luogo, verso un membro della famiglia, ma - nell'odierna realtà socio-economica e in un contesto culturale ormai lontano anni luce dalla famiglia patriarcale di un tempo - il piccolo nucleo familiare dei nostri giorni (i cui membri adulti, spesso, sono tutti impegnati in attività lavorative) è sempre meno in grado di fronteggiare il pesante carico che comporta l'assistenza ad un malato cronico e, ancor più, al malato terminale.

In questo scenario, non può sorprendere che la famiglia veda l'unica via di "salvezza" nel ricovero del congiunto in strutture sanitarie, laddove possibile a carico della collettività. Si tratta, in mancanza di alternative offerte dal sistema socio assistenziale, di una scelta obbligata - accompagnata spesso da sensi di colpa dei familiari - che mentre priva il paziente del conforto del proprio ambiente e delle proprie abitudini di vita, impone costi sociali sempre più elevati in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione.

Ciò nondimeno, la famiglia rimane una risorsa basilare, all'interno della quale il *case manager*, fin dalle prime visite, compie il tentativo di individuare la persona che possa divenire punto di riferimento e assumere su di sé il gravoso compito di affiancare l'infermiere e gli altri operatori nell'opera di assistenza al malato.

La persona maggiormente disponibile è per lo più (laddove sia possibile) è una figura femminile maggiormente disponibile ad assumere questo compito. Ma in moltissimi casi, primi fra tutti quelli delle persone che vivono sole, risulta impossibile trovare nell'ambito familiare il soggetto adatto cui affidare la delicata funzione, impegnativa in termini tempo, che di sacrificio personale..

In realtà, per la maggior parte dei pazienti si rende necessario far ricorso all'aiuto di "badanti", di solito cittadini extracomunitari, con i quali, purtroppo, tanto il rapporto con l'assistito, quanto lo scambio di notizie con gli operatori possono presentare difficoltà dovute alla scarsa conoscenza della nostra lingua.

Il ruolo dell'infermiere *case manager* rimane comunque fondamentale, chiunque sia la persona individuata come *care giver*, che non deve mai essere lasciata sola.



L'ICM deve valutare con attenzione l'impegno del *care giver*, la complessità della gestione del paziente, ma anche le risorse autonome di questi e della famiglia. Deve rendersi sempre reperibile per il *care giver* in modo da potergli alleviare il fardello dell'assistenza continua, anche solo con una parola di incoraggiamento o trovando la soluzione ad un problema improvviso che non sappia risolvere.

L'ICM deve stabilire con il *care giver* quella che viene definita *relazione terapeutica*, che non è una semplice modalità operativa, ma elemento essenziale per raggiungere gli obiettivi della sua attività professionale.

All'interno della relazione, la comunicazione terapeutica costituisce per l'ICM lo strumento indispensabile per acquisire i dati necessari all'individuazione dei bisogni di salute delle persone e per attuare, di conseguenza, gli interventi più opportuni.

Inoltre l'ICM deve sempre tener presente le modificazioni comportamentali che avvengono nelle persone quando devono confrontarsi con la malattia del proprio congiunto.

I fattori principali che influenzano il tipo di relazione sono la gravità della malattia ed il ruolo familiare del soggetto che ne è colpito (genitori, figli, persone anziane conviventi).

Un ICM che non sia in grado di comunicare efficacemente risulta incapace di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute degli assistiti e, quindi, anche ai Care Givers.

L'ICM deve avere la capacità di uscire da schemi prefissati per adattare il proprio intervento alla persona che ha di fronte, di collaborare con il Care Giver in modo che questi possa sentirsi veramente al centro della sua attenzione e del suo impegno assistenziale.

Solo in questo modo l'opera dell'ICM sarà effettivamente ispirata ai principi della globalità, della continuità, della qualità e dell'efficienza.

La continuità assistenziale e l'appropriatezza dei ricoveri

Le norme vigenti prescrivono che l'assistenza in regime di ricovero debba rispondere al criterio dell'appropriatezza, ossia al grado di congruenza tra gli interventi ritenuti necessari ed effettivamente realizzati, nonché alla corretta individuazione del regime assistenziale prescelto nell'erogazione dell'assistenza, al fine dell'utilizzo ottimale delle risorse disponibili.

In base al profilo professionale definito dal DM n. 739/1994 e al Codice deontologico, l'infermiere, nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali (art. 5.1 CD) ed è direttamente coinvolto nell'aspetto organizzativo dell'iter diagnostico-terapeutico della persona assistita, con l'obbligo di garantire, oltre al rispetto della persona, anche un equo utilizzo delle risorse (art. 6.1 CD).

La figura infermieristica è dunque corresponsabile anche dell'appropriatezza del ricovero, non già sotto l'aspetto clinico (di esclusiva competenza medica), ma sotto l'aspetto gestionale. Questo significa che l'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse (art. 2.7 CD cit.), e collabora con i colleghi e gli altri operatori all'interno dell'equipe.

La parola chiave è quindi collaborazione: l'equipe multi professionale preposta all'attuazione dell'intervento "personalizzato" rivolto al malato mentale, deve potersi avvalere di una figura – l'infermiere *case manager* - che, essendo in possesso del quadro completo dei bisogni del paziente, è in grado di fornire informazioni sulla persona assistita e di favorire una collaborazione coordinata tra i membri del gruppo.

Il programma ADI per il malato mentale

Il passaggio successivo all'attivazione dell'ADI è la presa in consegna della richiesta attraverso il colloquio con il *care giver*, utile anche per capire cosa il familiare si aspetta da noi e come noi possiamo essere utili al paziente. Inoltre, viene organizzata la visita al domicilio, l'incontro con il malato, al quale partecipano il medico ADI del distretto, il medico curante, l'assistente sociale (su richiesta), l'infermiere valutatrice e il fisiochinesiterapista.

A livello di Distretto sono valutati i bisogni socio-assistenziali del paziente, il che permette di formulare, con il medico curante e con i componenti dell'equipe ADI, il piano di assistenza individuale (PAI.), comprensivo, tenuto conto delle capacità assistenziali della famiglia, delle ore

di assistenza infermieristica necessaria durante la settimana, delle sedute di FKT e dell'assistenza domestica se richiesta. Il PAI è soggetto a modifica in ogni momento secondo le esigenze del paziente.

Sono poi attivate le cooperative incaricate di provvedere all'ADI, individuando le varie figure assistenziali e cercando di armonizzare gli orari con le esigenze del paziente.

Si cerca in questa prima fase di coinvolgere e responsabilizzare, qualora non lo fossero già, i familiari per creare intorno al paziente un ambiente tranquillo che gli dia la certezza e la sicurezza di essere accudito nella sua stessa casa.

Durante l'ADI, qualora il medico curante lo richieda, viene attivata la consulenza specialistica a domicilio; alla chiamata degli specialisti ospedalieri e distrettuali provvede il *case manager* concordando con essi il giorno e l'ora della visita.

L'ICM provvede poi a dare corso alle indicazioni terapeutiche dello specialista (annotandole sulla cartella del paziente) e a ritirare i farmaci prescritti dal medico curante, consegnandoli al domicilio del paziente.

Il servizio ADI raccoglie giornalmente notizie sulle condizioni del paziente, su orari, visite, medicazioni ecc.; inoltre, predispose il trasporto in autoambulanza e, qualora necessario, l'appoggio in D.H. per passaggi veloci con rientro a domicilio in giornata.

Il *case manager* in psichiatria nell'ASL 5 La Spezia

Nel territorio spezzino il malato psichiatrico in fase acuta viene trattato mediante il ricorso al ricovero ordinario, al TSO o TSV nell'U.O. di Psichiatria e al termine della degenza viene dimesso con la prescrizione della cura da proseguire presso il Centro di Igiene Mentale della città.

Al momento della dimissione, il malato - convinto di non essere malato, che la terapia da seguire sia inutile e dannosa per la sua salute e che era in salute un momento prima di essere ricoverato, cioè nella fase acuta della malattia - dichiara che continuerà le cure che gli sono state prescritte.

Nella maggior parte dei casi, però questo non avviene, perché il malato esegue solo in parte o non esegue affatto la terapia e non si reca alle visite cui periodicamente dovrebbe sottoporsi.

Così, dopo un breve periodo, la malattia si riacutizza rendendo necessario un nuovo ricovero .

Le cause vanno ricercate nella sfiducia del paziente verso le cure, che a suo parere sono inefficaci e addirittura lo fanno star male; ma, soprattutto nella sua solitudine, trattandosi il più delle volte di pazienti che vivono da soli, senza avere vicino alcuna persona che gli sia di aiuto e di sostegno.

Con ogni evidenza, dunque, questo tipo di intervento assistenziale determina, in realtà, soltanto un circolo vizioso che non ha mai fine. Il risultato che ne consegue, del tutto negativo, indica sfiducia del malato verso le cure, ingenera sfiducia degli operatori verso il loro lavoro, che non produce risultati apprezzabili, aumenta il numero dei ricoveri evitabili e lo spreco di risorse economiche.

L'esperienza compiuta, proprio in riferimento a questo aspetto, nell'U.O. di Psichiatria di La Spezia, consente di affermare che tale fenomeno può essere invece contenuto mediante l'introduzione del modello del *case management*, ovvero della metodologia sopra analizzata, che, partendo dalla presa in carico del paziente e della sua famiglia, permette, con idonei percorsi assistenziali personalizzati e coordinati, di agevolare il rientro del malato al proprio domicilio o il suo percorso verso le strutture territoriali preposte, favorendo il raggiungimento della massima autonomia possibile.

L'ICM, integrato nell'ADI, può essere, pertanto, la soluzione per tutti i principali problemi dell'assistenza psichiatrica, in quanto adattando l'intervento assistenziale a ogni singolo caso, sulla base di un adeguato piano terapeutico multidisciplinare, rende possibile lo svolgimento della maggioranza delle cure al domicilio del malato, con una conseguente riduzione delle riammissioni in ospedale per acuti almeno del 50% rispetto al passato.

Conclusioni

La malattia mentale è fenomeno sempre più attuale e importante perché in continuo aumento. Il principale problema connesso alla patologia psichiatrica nelle sue numerose manifestazioni – quello della continuità delle cure – può essere validamente affrontato anche in Italia attraverso l'introduzione della figura dell'infermiere *case manager*, nell'ambito dell'assistenza domiciliare al malato psichiatrico, come già sperimentato negli USA da oltre trent'anni.

Il nodo da sciogliere, come si è visto, è rappresentato dal comportamento del paziente cronico il quale, ricoverato in occasione del riacutizzarsi della malattia, all'atto della dimissione promette che eseguirà le cure prescritte e i controlli stabiliti presso il centro di igiene mentale, ma, che nella maggioranza dei casi, non mantiene la promessa, aprendo la strada alla necessità di un nuovo ricovero in un futuro più o meno vicino.

Tali comportamenti determinano la necessità di nuovi ricoveri impropri, con conseguente aggravio di spese.

Dall'esperienza sul campo è dimostrato invece che l'infermiere *case manager*, integrato nell'ADI, può contribuire in misura considerevole alla diminuzione delle riammissioni in ospedale (ossia di ricoveri inappropriati), operando a livello territoriale affinché il paziente si sottoponga effettivamente alle terapie assegnategli.

In sintesi, questa figura è in grado di assicurare una gestione del paziente psichiatrico più efficace, efficiente ed economica, secondo i dettami dell'impostazione aziendalistica voluta dalla Legge per la conduzione delle strutture del SSN.

Il successo di questa metodologia – registrato nella maggioranza dei casi trattati – si traduce per il paziente in un miglioramento della qualità della vita, per l'operatore sanitario in un motivo di gratificazione e di crescita professionale e, per il sistema sanitario, in una razionalizzazione della spesa nel medio lungo periodo.

## BIBLIOGRAFIA

Santullo A. (), *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, Mc Graw-Hill, Milano.

Benci L. (11.2004), *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Mc Graw-Hill, Milano.

Chiari P., Santullo A. (2006), *L'infermiere Case Manager*, Mc Graw-Hill, Milano.

Cavazzuti F., Cremonini G. (2001), *Assistenza geriatrica oggi*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Brunner, Suddarth (01.01.98), *Nursing Medico-Chirurgico*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Androni B. (2000), *Assistenza domiciliare integrata* – Masson Editore, Milano.

Drigo X., Borzaga X., Mercurio X., Satta X., (anno), *Clinica e nursing in psichiatria. Spazio d'incontro tra operatore e paziente*, Libreria Ambrosiana, Milano.

Cozza X., Poblete Caballero X., Alderighi X., (2002), *Il ruolo dell'infermiere nell'area della salute mentale: assistenza, legislazione e nuovi percorsi di formazione*, in "L'Infermiere", supplemento.

Bergamasco R. (2000), *Assistenza domiciliare*, Mc Graw Hill

Wade J.A., Krunic S.L. (2), *Piani d'assistenza in psichiatria*, Mc Graw-Hill Milano.

Skagerlind L., Tacchini MA. (1991), *L'Infermiere Psichiatrico: Guida ad una Professione*, Bollanti Boringhieri, Torino.

Burti L., Siciliani O., Siani R. (1990), *Riabilitazione Psicosociale*, Franco Angeli, Milano.

Bonanno A. (2002), *Nursing di comunità e valutazione dei bisogni socio-sanitari*, in "Nursing Oggi", n. 4/2002.

Calamandrei C., D'Addio L. (1999), *Commento al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano.

Perris C (1986), *Psichiatria Sociale*, Idelson, Napoli,

Caplan GV. (1964), *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Book, New York.

Erikson EH. (1959), *Identity and Life Cycle*, Inter. Univ. Pres., New York.

Parsons T. (1965), *Il Sistema Sociale*, Edizioni di Comunità, Milano.

- Jones M. (1974), *La Psichiatria nell'Ambiente Sociale*, Il Saggiatore, Milano
- Pasini X., Scherillo X., Ramponi X. (2000), *Management e qualità: l'appropriatezza dei ricoveri: alcune riflessioni per un approccio globale*, Ital heart J.
- Cardamone G, Zorzetto S. (2000), *Salute Mentale di Comunità: Elementi di Teoria e Pratica*, Franco Angeli, Milano.
- Miles A, (1981), *The Mentally Ill in Contemporary Society*, Robertson, Oxford.
- Perris C. (1991), *Alternatives to Hospitals: a Field of Promises and of Not Yet Answered Questions*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- Tacchini X. (01.1998), *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*, Masson, Milano.
- Betti M., Di Fiorino M. (1997), *Psichiatria e igiene mentale. Ruolo e funzione dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano.
- Ciambrello C., Cantelmi T., Pasini A., (2001), *Infermieristica clinica in igiene mentale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Krupnick S., Wade A., (1996), *Piani di assistenza in psichiatria*, McGraw-Hill, Milano.
- Ivernois F., Gagnayre R. (1989), *Educare il paziente. Guida all'approccio medico terapeutico*, Mediserve, Napoli.
- Delfino X. (2001), *La comunicazione paziente infermiere*, Centro scientifico editore, Roma.
- Trabucchi M. (12.19929), *I cittadini e il sistema sanitario nazionale*, Il Mulino Bologna.
- Crafen R.F., Hirnle C.J. (1998), *Principi e fondamenti dell'assistenza infermieristica, promuovere la salute*, Casa editrice Ambrosiana, Milano.
- George J. B. (1995), *Le teorie del nursing le basi per l'esercizio professionale*, Ed. UTET, Torino.

#### SITOGRAFIA

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

[www.aslperugia.it](http://www.aslperugia.it)

[www.ipasvi.torino.it](http://www.ipasvi.torino.it)

[www.ipasvi.laspezia.net](http://www.ipasvi.laspezia.net)

[www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)