

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TERAMO

ANNO ACCADEMICO / 2003/04

MASTER IN COMUNICAZIONE E DIVULGAZIONE SCIENTIFICA

COMUNICAZIONE E DIVULGAZIONE
DI INFORMAZIONI IN UN SERVIZIO
PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
(DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE-MODENA)



VALLONE PATRIZIA

INDICE.

• Introduzione : il D.S.M.	pag 2
• Contesto: il D.S.M nell'ambito dell'AUSL	pag 5
• SPDC nel D.S.M.	pag 9
• SPDC 1 e 3 nel Policlinico di Modena	pag 11
• Equipe multidisciplinare	pag 12
• Meccanismi operativi.L'esperienza.	pag 13
• Esempi di moduli e schemi	pag 19
• Intranet/internet nel DSM	pag 26
• Conclusioni	pag 31
• Bibliografia.	Pag 32

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE



La riforma psichiatrica varata nel 1978 con la legge 180, ha comportato un nuovo approccio alla malattia mentale, ha modificato gli obiettivi prioritari dell'intervento pubblico passando dal controllo sociale alla promozione della salute, evolvendosi verso una nuova metodologia di intervento con lo spostamento dal modello centrato sul ricovero al modello centrato sul territorio.

La prevenzione della malattia e del disagio psichiatrico interessa perciò tutta la società nel suo insieme, dal momento che promuovere la salute, specialmente la salute mentale, significa migliorare le condizioni di vita delle persone offrendo risposte adeguate ai loro bisogni fondamentali, rendendo vivibili gli spazi sociali, favorendo l'accesso all'informazione e alla cultura, rafforzando la conoscenza, la comunicazione e lo scambio tra i singoli e i differenti gruppi sociali.

L'attività del DSM, oltre ad essere parte attiva in questi processi, tende :

- 1) evitare che le persone, affette da disturbi mentali, perdano dignità, potere e competenze sociali;
- 2) favorire il cambiamento delle culture fondate sui pregiudizi e sull'intolleranza senza peraltro trascurare problemi e diritti di familiari che dalla malattia mentale possono venire indirettamente toccati e danneggiati.

L'intreccio di diversi fattori quali la fragilità emotiva, la malattia o l'handicap fisico, la problematicità dei rapporti familiari e sociali, la miseria materiale ma anche di relazioni, eventi drammatici e significativi, possono portare le persone a vivere condizioni di disagio grave fino alla malattia e al bisogno di cure psichiatriche. Per questi aspetti la cura della malattia mentale deve tener conto delle diverse situazioni, delle speciali e singolari esperienze della persona, della sua particolare storia.

Il lavoro terapeutico, la presa in carico, la cura, devono adeguarsi alle esigenze, tempi, spazi, strumenti, programmi, percorsi, variamente articolati tra di loro. I bisogni che nel corso della malattia mentale si manifestano non sono diversi da quelli di tutti, ma maggiori sono le difficoltà di esprimerli e minori le capacità e le abilità per soddisfarli. I processi di apprendimento delle competenze sociali, l'acquisizione di consapevolezza della propria condizione, l'accesso ai percorsi formativi, l'inserimento lavorativo, il tempo utilmente speso, il mantenimento e costruzione di reti sociali ed aiuto reciproco, la partecipazione

dei familiari e altri soggetti sociali, sono parte integrante del processo di cura e riabilitativo.

La riabilitazione in tal senso viene intesa soprattutto come valorizzazione delle “parti sane” delle persone, delle loro abilità residue, ma anche come difesa o restituzione dei diritti sociali e delle possibilità di accesso ed uso degli stessi .L’operare psichiatrico si può allora sintetizzare:

- a) prevenzione primaria : dalla prevenzione delle malattie e dei maltrattamenti infantili,all’apprendimento della convivenza sociale, all’armonizzazione della famiglia, all’educazione sessuale, alla promozione della sanità lavorativa ed ambientale , impedendo in tal modo, per quanto possibile, alla malattia mentale di mettere radici;
- b) prevenzione secondaria: cogliere un disadattamento mentale al suo primo verificarsi(nei confronti della scuola, dell’applicazione intellettuale, del lavoro, della modulazione affettiva o comportamentale, dei rapporti familiari o interindividuali), per impedire al disagio di crescere e complicarsi, di farlo esitare in una patologia definitiva;
- c) prevenzione terziaria: tutti quei programmi di risocializzazione , recupero ed inserimento sociale e lavorativo per combattere la cronicizzazione della malattia e rendere vive “anime già morte”.

C.S.M.

Il Centro di Salute Mentale costituisce il nucleo centrale del D.S.M; vi si svolgono colloqui terapeutici con i pazienti e i loro familiari nonché interventi farmacologici gratuiti . Da questa sede partono gli operatori per visite domiciliari , per consulenze esterne , per interventi di prevenzione e di educazione sanitaria .In questa sede si autorizzano ricoveri , qui vengono definiti e coordinati i progetti terapeutici.

S.P.C.D.

Il Servizio Psichiatrico di diagnosi e Cura è un reparto di ricovero .Vi si svolgono le attività terapeutiche intensive (di breve durata) a seguito di un ricovero volontario o di Trattamento Sanitario Obbligatorio(T.S.O.).Gli operatori del reparto agiscono in stretta collaborazione con quelli del C.S.M.

STRUTTURE PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA.

Sono luoghi in cui si svolgono attività specifiche di riabilitazione psichiatrica per utenti già in cura presso i C.S.M. I progetti terapeutico-riabilitativi definiti e coordinati in sede di C.S.M. sono finalizzati al recupero di capacità che la malattia ha ridotto in misura più o meno grande, riproducendo attività di cura della persona e del proprio ambiente di vita, e di approccio al contesto socio-relazionale, in luoghi “protetti” con la presenza di operatori specificatamente preparati.

Le strutture sono rappresentate da :

Day Hospital o Centro Diurno : è un luogo in cui i pazienti trascorrono alcune ore del giorno(in genere dalla mattina al pomeriggio) per tornare poi la sera nel proprio ambiente di vita (a casa o nelle strutture in cui sono ricoverati).

Comunità Terapeutica: è un luogo in cui i pazienti vengono inseriti per periodi medio-lunghi, a seconda degli obiettivi terapeutici individuali , e che costituiscono il loro ambiente di vita (alternativo alla famiglia o ad altre attività assistenziali) per tutto il periodo previsto dal programma terapeutico. Durante il giorno i pazienti ricoverati possono trascorrere alcune ore nei Centri Diurni o svolgere individualmente attività all'esterno della struttura (esempio : inserimenti lavorativi).

Unità di Convivenza o Gruppo Appartamento: sono luoghi in cui gli utenti vivono in piccoli gruppi , in genere all'interno di piccoli appartamenti per non più di quattro persone. Sono destinati a persone che hanno già recuperato in gran parte quelle capacità compromesse dalla malattia e sono perciò in grado di svolgere la maggior parte delle attività quotidiane, per se e per l'abitazione, con un 'assistenza minima di personale che lo aiuti solo nelle operazioni di cura della casa.

In un contesto così complesso; è chiaro come una corretta informazione e divulgazione di notizie sia elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi previsti e quindi al fine di favorire l'assistenza, la cura e la riabilitazione.

IL CONTESTO DELLA COMUNICAZIONE

Ogni comunicazione si svolge in un contesto, conoscere il contesto, è fondamentale per capire le interazioni che si presentano tra i diversi interlocutori.

Per contesto intendiamo proprio l'ambiente fisico e sociale in cui la comunicazione ha luogo, l'ambito in cui si svolge lo scambio.

Sembra banale e spesso non c'è ne rendiamo conto, eppure la comprensione delle azioni è sempre legata al contesto inteso come spazio fisico e relazionale in cui si svolgono. Per chiarezza faremo qualche esempio:

se al mare avvicinandosi alla spiaggia ci si comincia a spogliare, nessuno presta la minima attenzione; se si prova a ripetere gli stessi gesti in una via cittadina..... con molta probabilità si correrà il rischio di finire in Questura o al Pronto Soccorso.

Un ingegnere minerario che scende in miniera dopo aver lavorato ad alta quota sulle Ande presenterà sintomi del tutto simili ad un drogato in crisi di astinenza.

Konrad Lorenz, l'etologo che insegnava a camminare ai paperi facendo così le sue sperimentazioni sull'imprinting sarebbe stato certamente creduto pazzo da un osservatore occasionale.

Certi fenomeni apparentemente incomprensibili per esempio un atteggiamento ostile, l'uso di un tono di voce più elevato, ecc si chiariscono se contestualizzati. Quindi le azioni non vanno mai considerate isolatamente ma in relazione alle azioni degli altri interlocutori ed al contesto in cui hanno luogo.





IL DSM NELL'AZIENDA USL DI MODENA

I D.S.M. costituiscono l'articolazione organizzativa con cui viene garantita :

1. l'assistenza
2. la cura
3. la riabilitazione nell'ambito della Salute Mentale.

La costituzione dei D.S.M. fa riferimento da un lato alla legge 180 del 13 maggio del 1978, e dall'altro, all'approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000". (DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 novembre 1999) .

Compito del D.S.M. è quello di definire i bisogni del territorio di competenza ,di programmare iniziative ,di collaborare con altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali per un confronto operativo che individua problemi ed elabora indicazioni inerenti la salute mentale.

La Regione Emilia Romagna ha indicato una articolazione organizzativo-funzionale dei D.S.M. su ambito aziendale quindi i D.S.M. hanno una valenza provinciale come le Aziende USL.

Nei D.S.M. si possono riconoscere alcune sottoarticolazioni organizzative che fanno riferimento agli ex Servizi ed in particolare :

- ai Servizi di Psichiatria
- ai Sert (Servizi Tossico Dipendenze)
- ai Servizi di Neuro Psichiatria Infantile
- ai Servizi di Psicologia Clinica.

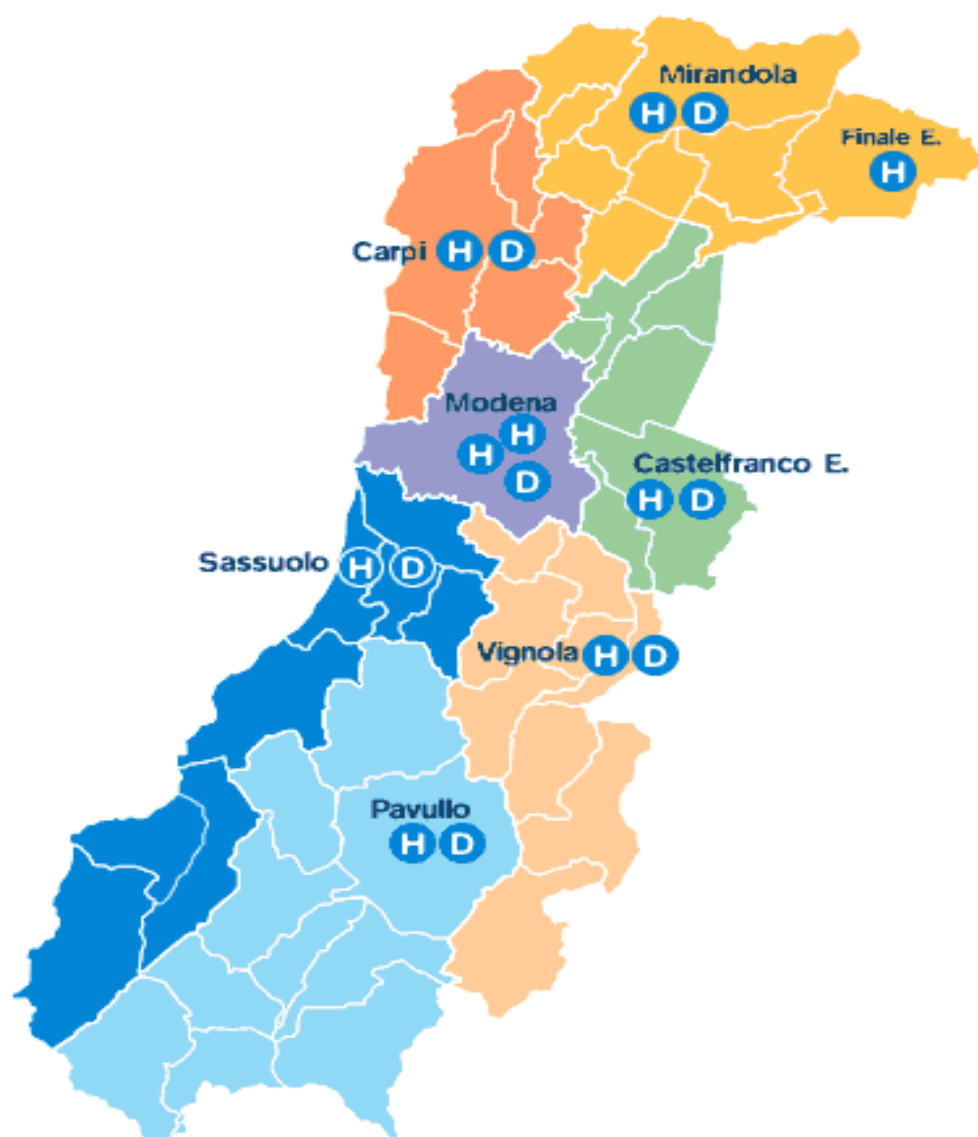
Ciascuna di queste sottoarticolazioni ha sia una estensione provinciale ;che una sottoarticolazione distrettuale .

In particolare nella AUSL di Modena si riconosce l'Unità Operativa complessa di Psichiatria con un Responsabile e delle sottoarticolazioni corrispondenti ai Distretti di:

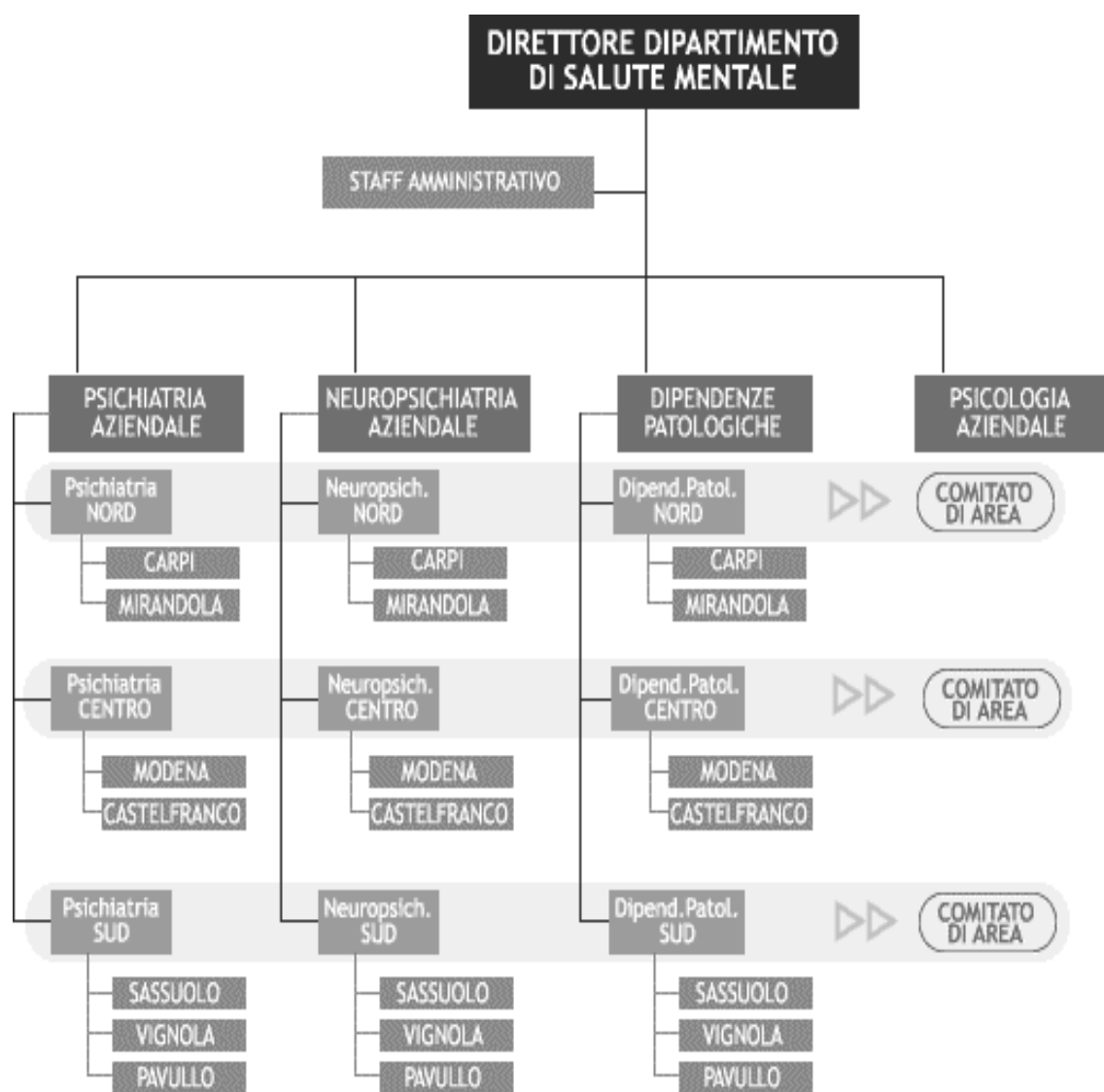
- Modena e Castelfranco
- Carpi e Mirandola
- Sassuolo, Vignola ,Pavullo.

Queste tre articolazioni vengono designate come:

- Area centro
- Area nord
- Area sud



H = presidio ospedaliero
D= Distretto.



In ciascuna area il Servizio di psichiatria comprende:

- Il C.S.M. ,ritenuto il fulcro dell'organizzazione e dell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Le prestazioni possono essere:

- Prestazioni programmate.
- Prestazioni urgenti.

Ciascuna delle due svolgibili nella sede ambulatoriale e a domicilio del paziente se necessario.

Il C.S.M. eroga anche attività di consulenza verso altri Servizi della stessa AUSL(Sert, Medicina generale, Neuropsichiatria ecc)che attività extrasanitarie ad esempio per il Servizio Sociale, con richiesta debitamente motivata da parte di un medico.

Presso i C.S.M. sono altresì organizzate attività di ordine riabilitativo residenziale che semiresidenziale(Centri Diurni),attività di cura intensiva e DH. Per ogni area è prevista una sede ospedaliera per i ricoveri tale area è denominata SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura).

Negli SPDC vengono effettuati sia ricoveri volontari che in Trattamento Sanitario Obligatorio.(vedesi legge 180).

GLI SPDC NEL D.S.M.

In provincia di Modena esistono tre SPDC ciascuno dei quali ricovera elettivamente i pazienti provenienti dall'area territoriale di riferimento.

I tre SPDC vengono denominati:

- SPDC 1 sito presso il Policlinico di Modena
- SPDC 2 sito presso la Casa di Cura convenzionata Villa Igea
- SPDC 3 sito presso il Policlinico di Modena

Nell'SPDC 1 vengono ricoverati pazienti del Distretto di Modena e Castelfranco

Nell'SPDC 2 vengono ricoverati pazienti del Distretto di Vignola, Sassuolo, Pavullo.

Nell'SPDC 3 vengono ricoverati pazienti del Distretto di Carpi e Mirandola.

Gli SPDC garantiscono inoltre attività di consulenza per il Pronto Soccorso del Policlinico di Modena (Azienda Ospedaliera) e per gli Ospedali del Presidio Ospedaliero della USL di Modena.

Il Presidio ospedaliero ha i seguenti Pronto soccorso e ospedali:

- Ospedale S.Agostino e Ospedale di Castelfranco per il Distretto di Modena e Castelfranco.
- Ospedale di Vignola, Ospedale di Sassuolo, Ospedale di Pavullo per il Distretto Modena sud;
- Ospedale Carpi e Mirandola per il distretto Modena nord.

Negli SPDC vengono effettuate attività di consulenza per i vari reparti e Pronto Soccorso ospedalieri; l'SPDC svolge un ruolo elettivo e prioritario di ricovero per i pazienti sofferenti di disturbi mentali in fase di acuzie .

L'utenza per la maggior parte dei casi è rappresentata da pazienti residenti nel bacino del distretto di appartenenza; esiste però una quota percentuale, anche se minoritaria, di ricoveri di pazienti non residenti e presenti sul territorio occasionalmente.

L'acuzia psichiatrica può essere rappresentata oltre che dalla manifestazione psicopatologica specifica di diversi quadri clinici; anche da una non consapevolezza della condizione di malattia, dalla non accettazione delle cure e dal rifiuto delle medesime.

In tali situazioni se le cure sono necessarie ed urgenti e da eseguirsi in ambito ospedaliero esistono i criteri per il Trattamento Sanitario Obbligatorio,(T.S.O.).

Comunque, nell'ambito delle cure per i disturbi mentali, il ricovero viene ritenuto eccezionale e misura terapeutica da utilizzarsi per il più breve tempo possibile.

Stante questa mission specifica dell'SPDC; lo possiamo descrivere come una sottoarticolazione organizzativa inserita nella più ampia e complessa rete delle risorse del D.S.M.

Per l'SPDC possono riconoscersi diversi “clienti” interni al Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i “clienti interni” la percentuale maggioritaria viene rappresentata dagli invii provenienti dal C.S.M., l'altra quota è rappresentata dall'invio da parte di ogni struttura sanitaria sul territorio; poiché il Servizio di Salute Mentale nel suo complesso è un Servizio “ a libero accesso”, è presente anche una percentuale ancora maggiore di utenti che si rivolgono direttamente all'SPDC.

L'SPDC si caratterizza come un reparto ospedaliero di urgenza a tutti gli effetti e con caratteristiche da un lato ad alta specializzazione dall'altra a bassa tecnologia , in SPDC lavora un equipe multidisciplinare, le figure sempre presenti sono :

- Medici specialisti in Psichiatria
- Infermieri
- Operatori socio-sanitari
- Psicologi.

SPDC 1 E SPDC 3 NEL POLICLINICO DI MODENA.

Nella situazione di Modena quindi nello stesso Policlinico Universitario che costituisce un 'Azienda ospedaliera autonoma rispetto all'AUSL sono situati due dei tre SPDC .

L'SPDC 3 è in tutto un reparto del Policlinico Universitario (il personale è dipendente dall'Azienda Policlinico) ed è sede di formazione per gli studenti:

- della facoltà di Medicina e Chirurgia
- della facoltà di Infermieristica
- della facoltà dei tecnici della riabilitazione
- della Scuola di Specializzazione in Psichiatria.

L'SPDC 1 è un reparto del D.S.M., ospite locatario della sede del Policlinico; da questa originaria collocazione logistica, nel tempo, si sono sviluppate diverse funzioni integrative di cui alcune sono definibili meccanismi operativi come:

- la guardia medica notturna che è unica per i due SPDC
- le attività di consulenza per gli utenti extradipartimentali, alternata ed altre funzioni integrative di tipo organizzativo strutturale per esempio vi è un responsabile medico unico (docente universitario di fascia A)

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

La grande varietà delle situazioni cliniche e dei bisogni di salute dei pazienti psichiatrici comportano uno sforzo degli operatori sanitari a tutti i livelli ,al fine di superare le barriere residue ,culturali e professionali tradizionali,ancora presenti. Infatti molto più che in altre aree di intervento (di prevenzione, di diagnosi ,di cura,di riabilitazione),è indispensabile un approccio multidisciplinar e fortemente centrato sugli specifici bisogni nello spirito di una più fattiva integrazione professionale.

Gia nella composizione della èquipe si può evincere come vi siano diversi aspetti della comunicazione inerenti :

- [alla comunicazione intra-famiglia-professionale;](#)
- [inter-famiglia professionale.](#)

Mentre fino a poco tempo fa esisteva un rapporto gerarchico tra famiglia professionale medica e infermieristica ; attualmente è stata riconosciuta una autonomia professionale agli Infermieri e tale evoluzione, se pure è garantita dai livelli legislativi contrattuali, è in itinere per quanto concerne la pratica professionale quotidiana. Analogamente nella famiglia professionale infermieristica vi è stata l'evoluzione della figura della Capo Sala che si è evoluta da un ruolo di ordine gerarchico ad un ruolo funzione di coordinamento.

Il rapporto gerarchico si mantiene tra gli Infermieri con gli Operatori Socio-Sanitari ,ed operatori tecnici addetti all'assistenza.

Accanto a queste caratteristiche specifiche della sanità, ma trasversali ad ogni segmento dell'assistenza sanitaria, vi sono in ambito psichiatrico aspetti specifici inerenti la comunicazione sia tra i professionisti del settore che tra questi e i diversi interlocutori e “clienti”.

In ambito specifico la definizione e delimitazione della competenza psichiatrica è un problema molto avvertito in psichiatria in relazione al recentissimo e definitivo superamento dell'opedalizzazione internamento degli ospedali psichiatrici.

L'abolizione degli ex Ospedali Psichiatrici, benchè sancita dalla legge 180 del 1978, in realtà ha visto il definitivo superamento solo con il Decreto Bindi.

Il rischio di una assistenza generalizzata, quanto indefinita e aspecifica, non rivolta a portatori di disagio mentale e/o esistenziale è sempre presente è sempre influenzato da fattori extra –sanitari ed extrapsichiatrici che sono di ordine culturale, ma soprattutto economico.

La richiesta di “asilo” sia in risposta ai bisogni primari rispetto ai cittadini italiani delle fasce più emarginate ed economicamente più deboli ; che in relazione al grave disagio dei cittadini extracomunitari è sempre più elevato; la

limitatezza delle risorse economiche, anche in campo sanitario, con la limitazione dei tempi di assistenza pro-capite-paziente che è possibile erogare sia in Ospedale che nel territorio rende più facile la richiesta di intervento psichiatrico come intervento normalizzante rispetto a qualsiasi disturbo del comportamento sia esso indotto da fenomeni culturali differenti, che in relazione a quadri organici, si pensi ai disturbi del comportamento dell'anziano, del paziente politraumatizzato, all'uso/ abuso di sostanza psicoattive.

Tutti questi fattori rendono ragione della complessità del problema comunicazione e divulgazione .

Nei prossimi paragrafi affronteremo gli aspetti della comunicazione con la descrizione di meccanismi operativi adottati nell'SPDC 1 per la comunicazione in ciascuna delle famiglie professionali e inter-famiglia-professionale e descriveremo una esperienza in itinere ;sul poter costruire strumenti di comunicazione con gli operatori del C.S.M. con i pazienti e le loro famiglie.

MECCANISMI OPERATIVI DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Dalla succinta descrizione precedente si evince come il lavoro in un contesto psichiatrico in fase acuta e specificatamente il ricovero in un servizio di SPDC si caratterizzi da un lato da una bassa tecnologia e dall'altra da una alta specializzazione professionale.

Ciò prevede una alta attenzione alla relazione da un lato con il paziente (che rappresenta il cliente primario), destinatario in primo luogo delle cure e dell'assistenza e anche dalla relazione con il contesto (che talora si configura come committente cioè che materialmente fa la richiesta di aiuto).

Dall'altra come cliente secondario in quanto il confrontarsi con una patologia psichiatrica, di gravità tale da richiedere intervento di ricovero, comporta comunque un disagio nel contesto di appartenenza sia esso il nucleo familiare , sia esso un nucleo di appartenenza extrafamiliare intervento che riguarda tutti coloro che vivono in comunità come ad esempio:

- giovani di leva
- comunità religiose
- strutture per anziani
- hospice per malati terminali
- strutture per pazienti portatori di patologie HIV correlate ecc.

D'altro canto non sono rari in psichiatria, così come avviene in tanti altri campi, gli aspetti di familiarità per cui non è raro avere più di un membro affetto da patologia mentale nello stesso nucleo familiare .

Naturalmente il verificarsi di tali evenienze è più frequente per alcuni quadri clinici piuttosto che altri, come può avvenire ad esempio nei quadri clinici di:

- depressione endogena
- disturbi bipolari
- schizofrenia.

Il contesto, inoltre, può soffrire in modo particolare non per la presenza del quadro psicopatologico, ma per la presenza di concomitanti quadri di abuso di sostanze psicoattive che possono avere una fenomenologia comportamentale più clamorosa.

Da questo si evince come sia fondamentale da un lato esplicitare il contenuto delle prestazioni specialistiche erogabili in un SPDC (quello che in un linguaggio organizzativo –aziendalistico definiamo come prodotto); e dall'altra garantire una relazione sufficientemente buona (Winnicot) rispetto sia al paziente in quanto “cliente primario” per cui la relazione ha funzione di assistenza e cura che rispetto ad altri interlocutori.

Una parte specifica del lavoro riguarda la decodifica della richiesta che proviene dalla committenza; quindi è altrettanto importante riuscire a stabilire una relazione sufficientemente buona e quindi di fiducia con il contesto di appartenenza per garantire al paziente da un lato di non perdere le relazioni esistenti con i membri di tale contesto e le relazioni più significative come risorsa.

Le indicazioni sopra brevemente accennate derivano sia dall'approccio culturalmente orientato nel senso cognitivo-comportamentale, (esempio l'approccio sistematico al paziente ipotizzato da IAN Fallon) che dagli approcci terapeutici che si rifanno ai costrutti sistemici e di tipo psicodinamico.

Per garantire in un SPDC un livello di comunicazione minima nell'ambito di ciascuna famiglia professionale si utilizzano diversi strumenti o meccanismi operativi:

- comunicazione scritta
- comunicazione verbale
- cartella infermieristica.
- cartella clinica.

Oltre a questi strumenti o meccanismi operativi storici nell'SPDC 1 si utilizzano alcuni momenti di incontro inter-famiglia-professionale, uno di questi momenti è rappresentato da un incontro quotidiano definito di consegna mattutina alla quale partecipano:

- infermieri
- medici
- OSS
- Psicologi
- Studenti

Nelle discussioni di equipe quotidiane i vari componenti del gruppo comunicano le proprie emozioni e stati d'animo ;in questo modo possono ricevere sostegno per superare sentimenti negativi verso il paziente attraverso appunto la comunicazione ed il confronto con gli altri.

Altro momento importante di incontro è una riunione periodica alla quale partecipano gli stessi operatori degli incontri quotidiani, all'interno di questa riunione si discutono i vari aspetti organizzativi, questa occasione di lavoro è detta "riunione di reparto".

Da qualche tempo si sta cercando di avviare un momento di discussione clinica settimanale a cui partecipano tutti gli Operatori presenti in turno è il primario .

Da gennaio inoltre si sono avviati sette incontri di così detta" supervisione clinica" a cui partecipa tutta l'equipe all'interno della quale si discutono casi clinici complessi.

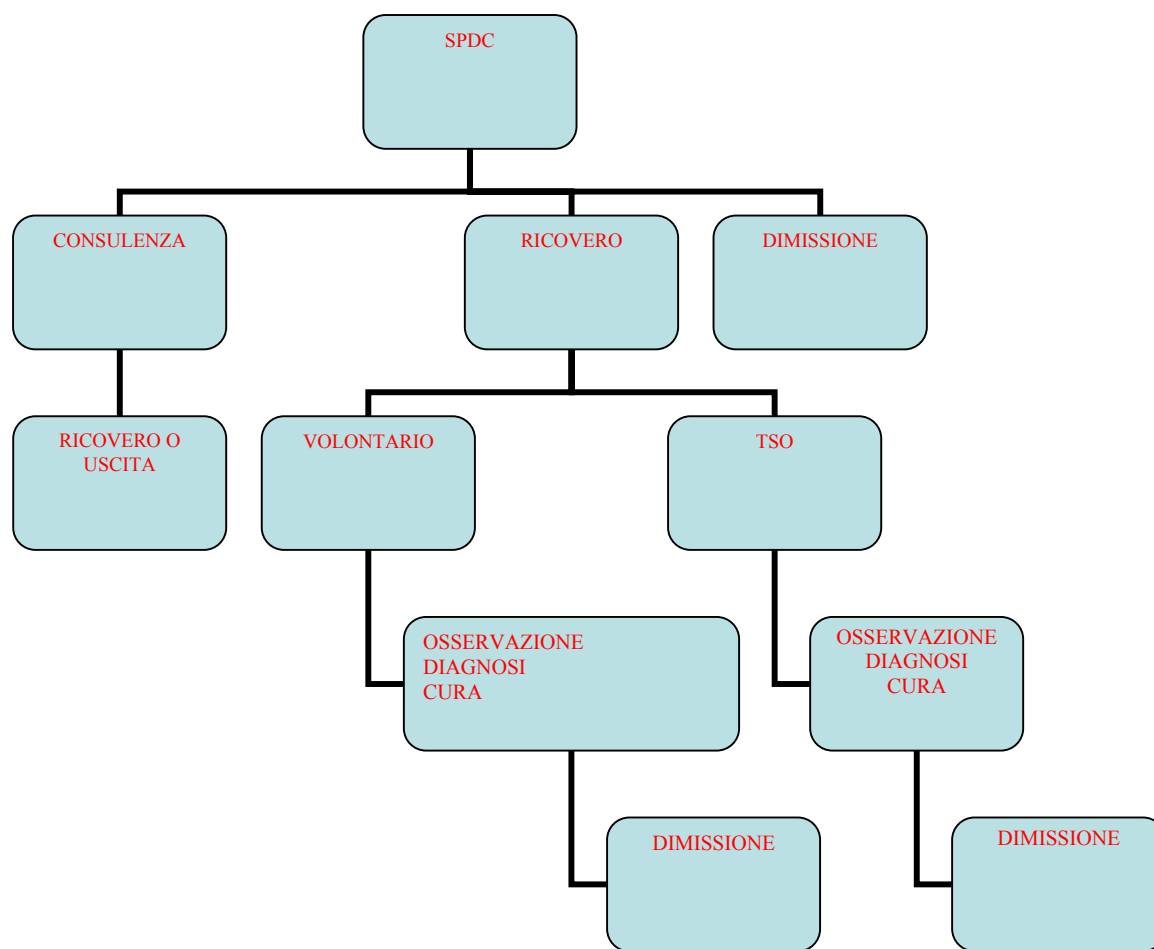
Di recente esperienza è anche la partecipazione congiunta a seminari per la formazione e l'aggiornamento di base. Sono gli stessi operatori dell'SPDC 1 che assumono il ruolo di formatori per operatori di altre equipe .

Inoltre per dar corso a quella che era una indicazione aziendale di lavorare con obiettivi per il miglioramento della qualità , si sono costituiti piccoli gruppi a cui partecipano :

- Un medico
- Degli infermieri
- Degli OSS

Questo per affrontare tematiche trasversali la gestione dell'SPDC 1 e poter così proporre linee operative comuni .Tra i vari gruppi vi è quello che si occupa di comunicazione e informazione.

In questo ambito si sono confrontate le esperienze dei due SPDC afferenti al policlinico che per contiguità di sede logistica si trovano facilmente ad interagire .Questo gruppo ha affrontato il problema della comunicazione come aspetto trasversale a tutto il processo di diagnosi di cura e di dimissione.



In tutte le fasi interagiscono tutte le figure professionali: Infermieri, Medici, OSS a diversi livelli. I destinatari sono da una parte i pazienti (in quanto clienti) ma, anche il contesto che ruota intorno al paziente stesso.

In ogni fase del processo c'è e ci deve essere comunicazione.

Elementi che caratterizzano la comunicazione in tali ambiti sono :

coerenza: rispetto al prodotto erogabile, rispetto ricovero, rispetto ai diversi interlocutori (C.S.M. famiglia, comunità ecc).

contenuti: chiari rispetto agli obiettivi ai vari livelli di comunicazione che ciascuno degli interlocutori può recepire. Il tutto con attenzione al

contesto tenuto conto che l' SPDC 1 svolge un segmento dell'intervento globale in una fase critica, ma che il ricovero non coincide con tutta la cura.

La comunicazione deve prevedere : l'acquisizione di informazioni del paziente stesso la famiglia o contesto di riferimento ;al momento dell'ingresso in reparto e, qualora possibile, dai colleghi del C.S.M. dal Medico di Medicina generale.

Fondamentale risulta essere la capacità di acquisire le informazioni e di decodificarle dandosi così priorità rispetto agli obiettivi e al contesto della cura per poter giungere quanto prima alla fase diagnostica e quindi di cura ,

fasi che in psichiatria sono strettamente correlate e che sono state esemplificate in questo contesto.

Anche per quanto concerne la dimissione sarà fondamentale :

- La coerenza
- La chiarezza
- Il contesto

Rispetto alle informazioni fornite ed agli interlocutori a cui si forniscono le informazioni (paziente, famiglia, colleghi esterni.).

Lo strumento classico per fornire informazioni alla dimissione è rappresentato dalla “lettera di dimissione”atto medico comune in tutta la medicina ma è necessaria una alta attenzione all’esplicitazione di contenuti della stessa, compito sia medico che infermieristico.

Questo gruppo di lavoro ha considerato dunque che l’SPDC per la sua collocazione nell’ambito del D.S.M., ha fondamentalmente come clienti interni al SSN per almeno il 90% il C.S.M.; nel restante 10% si situano gli altri per cui sono tutti questi i clienti destinatari dell’informazione.

Sulla base di questo modo culturale di concepire funzione ed obiettivi dell’SPDC il gruppo operativo per la comunicazione ha realizzato un incontro con i coordinatori infermieristici di tutti C.S.M. afferenti per informare del lavoro in atto e per acquisire informazioni su quali tipologie di contenuti siano ritenuti importanti per il lavoro dei C.S.M.

Tale meccanismo operativo aveva inoltre l’obiettivo implicito di ribadire il rispettivo posizionamento delle singole sottorganizzazioni del D.S.M. e per favorire una processualità di condivisione e di costruzione di strumenti comunicativi.

Vi è l’ ipotesi di presentare il materiale costruito, ad un livello di definizione medio-alta, anche alle associazioni di pazienti e familiari presenti nel nostro contesto e al Tribunale dei Malati e al personale dell’URP, ciascuno per la sfera di influenza .

Sempre all’interno di questo gruppo di lavoro sono stati progettati e poi realizzati alcuni semplici strumenti comunicativi rivolti rispettivamente :

- Al paziente
- Alla famiglia
- Agli operatori dei C.S.M.

Tra i moduli progettati ed attuati per favorire la comunicazione vi sono:

- Modulo norme per la sicurezza in reparto
- Modulo lista effetti personali da portare al momento del ricovero
- Modulo permessi di uscita
- Modulo gestione sigarette
- Modulo gestione denaro
- Modulo schede informative
- Modulo informazioni per il ricovero in T.S.O.
- Modulo ricevimento informazioni.

Tutti questi strumenti comunicativi è bene ribadire sono tutti stati creati dal personale dell'SPDC 1 e si integrano con le modalità aziendali già esistenti, quindi sono strumenti aggiuntivi per favorire la comunicazione, l'informazione, la divulgazione che tengono conto dei bisogni specifici degli utenti sofferenti di disturbi mentali. Faremo qualche esempio di modulo e schema utilizzati quotidianamente; sono estremamente semplici e sintetici ma hanno dimostrato essere utilissimi nella pratica quotidiana di approccio al paziente psichiatrico.

L'utilizzo di questi strumenti, tanto semplici quanto utili, nel corso degli ultimi mesi nell'SPDC1; ha favorito l'informazione a diversi livelli:

- Paziente/famiglia
- Famiglia/operatori
- Pazienti /operatori.



Modulo sicurezza N 1

Destinatari : pazienti/famiglia

SPDC 1 Modena.

NORME PER LA SICUREZZA IN REPARTO.

Per tutelare la sicurezza dei visitatori, dei degenti, e degli operatori del Reparto è opportuno che, per tutta la durata della permanenza in reparto, i visitatori si attengano alle seguenti regole:

- 1) NON INTRODURRE ALCUN TIPO DI FARMACO IN REPARTO.
- 2) NON FUMARE IN NESSUNO DEI LOCALI DEL REPARTO
- 3) NON CONSEGNARE DIRETTAMENTE AI PAZIENTI, MA ESCLUSIVAMENTE AL PERSONALE, SIGARETTE ED ACCENDINI.
- 4) NON INTRODURRE CIBO, FATTA SALVA ALTRA DISPOSIZIONE MEDICA.
- 5) NON SODDISFARE MAI DIRETTAMENTE EVENTUALI RICHIESTE DEI DEGENTI E RIFERIRLE PRONTAMENTE AL PERSONALE DEL REPARTO.
- 6) NON ENTRARE IN REPARTO CON OGGETTI POTENZIALMENTE LESIVI, IN PARTICOLARMENTE TAGLIANTI O APPUNTITI.
- 7) NON LASCIARE INCUSTODITO DENARO ED OGGETTI PREZIOSI
- 8) DISATTIVARE EVENTUALI TELEFONI CELLULARI
- 9) ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE AD EVENTUALI INDICAZIONI FORNITE VERBALMENTE DAL PERSONALE DI REPARTO NELLE SINGOLE CIRCOSTANZE.



Modulo sicurezza n 2
Destinatari :pazienti / famiglia
SPDC 1

EFFETTI PRSONALI DA PORTARE AL MOMENTO DEL RICOVERO

BIANCHERIA INTIMA

PIGIAMA O CAMICIA DA NOTTE

CIABATTE COMODE E SENZA LACCI

VESTITI COMODI DA USARE DI GIORNO

**ASCIGAMANI VISO/CORPO/ACCAPPATOIO (SENZA CINTURA)
OCCORRENTE PER L'IGIENE**

**RASOI ELETTRICI O MONOUSO DA CONSEGNARE AGLI OPERATORI
SIGARETTE DA CONSEGNARE AL PERSONALE**

**SOLDI(PER PICCOLE NECESSITA') DA CONSEGNARE AL
PERSONALE**

SCHEDA TELEFONICA O CELLULARE

**SI PRECISA CHE TUTTE LE CONFEZIONI PER L'IGIENE
DEVONO ESSERE DI PLASTICA.**

Nel caso il paziente sia sprovvisto di tali effetti o la condizione ne impedisce l'approvvigionamento il personale cercherà di sopperire per quanto possibile alle necessità dello stesso.

All'ingresso in reparto tutto quanto non ritenuto consono alle norme di sicurezza interna verrà custodito dagli operatori e riconsegnato al momento della dimissione



Modulo sicurezza 3
Destinatari pazienti/famiglia
SPDC 1

PERMESSI DI USCITA

I Permessi di uscita vengono stabiliti solo ed esclusivamente dal medico di riferimento .

I pazienti che hanno il permesso di uscita devono rispettare rigorosamente gli orari. Inoltre non devono:

- introdurre nulla dall'esterno (cibi, bevande, sigarette, ecc)
- allontanarsi dal perimetro interno del Policlinico
- acquistare nulla per altri pazienti ricoverati
- Devono consegnare eventuali oggetti o cibi acquistati agli operatori del reparto.

Eventuali permessi a domicilio devono sempre essere stabiliti dal medico di riferimento e hanno una durata massima di settantadue ore.



Modulo sicurezza 4
Destinatari pazienti/famiglia
SPDC1

GESTIONE SIGARETTE

I pazienti ricoverati devono consegnare agli operatori le sigarette che verranno poi distribuite nell'arco della giornata nel seguente modo:

- Nove sigarette al mattino
- 10 sigarette al pomeriggio
- 1 sigaretta la sera

Nell'arco della giornata non si possono fumare più di venti sigarette .

I pazienti per fumare devono recarsi nella stanza apposita.

I parenti devono consegnare rigorosamente agli operatori eventuali pacchetti di sigarette introdotte dall'esterno.



Modulo SICUREZZA5.
Destinatari pazienti/famiglia
SPDC1

GESTIONE DENARO /OGGETTI PREZIOSI

E' consigliato a tutti i pazienti di introdurre in reparto solo piccole quantità di denaro .

Il denaro dovrà essere poi consegnato agli operatori la quale lo depositeranno nell'apposita cassetta di sicurezza e verrà quotidianamente distribuito dal personale alle ore 9:00.

Eventuali grosse quantità di denaro o oggetti preziosi potranno essere custoditi dal personale di reparto in apposita cassaforte previa firma del paziente e restituiti alla dimissione sempre previa firma del paziente.



**SCHEDA INFORMATIVA PER LA DIMISSIONE
DESTINATARI :PAZIENTI/OPERATORI/PARENTI**

TIPO DI RICOVERO	VOL	T.S.O.
UTENTE INVIATO	<i>SOLIDA TRASPARENZA</i>	<i>MADONNINA</i>
ALIMENTAZIONE	<i>REGOLARE</i>	<i>DIETA</i>
ALVO	<i>REGOLARE</i>	<i>STIPSI</i>
		<i>USO LASSATIVI</i>
CURA ED IGIENE	<i>AUTONOMA</i>	<i>CON AIUTO</i>
DEAMBULAZIONE	<i>AUTONOMA</i>	<i>CON AUSILI</i>
SONNO	<i>REGOLARE</i>	<i>INSONNIA</i>
		<i>RISVEGLIO PRECOCE</i>
PORTATORE DI PROTESI	<i>NO</i>	<i>SI</i> _____
UTENTE FUMATORE	<i>NO</i>	<i>SI</i>
UTENTE GIA' IN CARICO AL SERVIZIO		<i>NO</i>
		<i>SI</i> _____
UTENTE IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI		<i>NO</i>
		<i>SI</i> _____
TEL. FAMILIARE DI RIFERIMENTO	_____	
TERAPIA DEPOT ESEGUITA IN SPDC IL	_____	
CONSEGNATO	OGGETTI DI VALORE _____	
CREDITO _____	EURO _____	BANCOMAT _____ CARTA _____ DI
NOTE	_____	
DIAGNOSI MEDICA ALLA DIMISSIONE	_____	
DATA	FIRMA	

SCHEMA DI ACCOGLIMENTO

DATA _____ ORA _____ M.D.G. _____ INF. _____

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N. _____ TEL. _____

TIPO DI RICOVERO : TSV ☐ TSO ☐

MODALITA' D' ACCESSO IN REPARTO :

ACCESSO DIRETTO

ACCESSO INDIRETTO

IL PZ. E ACCOMPAGNATO DA _____

INVIANTE _____ SEGUITO DAL S.S.M.

M.D.R. _____ OP. RIF. _____

RICOVERI PRECEDENTI

TP. DEPOT _____

VILLA IGEA

VILLA ROSA

P.D.C.

TP. PSICHIATRICA IN CORSO _____

IL PZ. SI PRESENTA : _____

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO : _____

PROBLEMI ORGANICI URGENTI : _____

INTERVENTI URGENTI : _____

DISPOSIZIONI PARTICOLARI : _____

VISITE DEI FAMILIARI _____

OGGETTI RITIRATI : _____

L

LA RETE :INTERNET/INTRANET

Accanto a queste semplici strategie interne vi è l'utilizzo quotidiano nell'unità operativa di mezzi informatici classici quali Internet e da qualche tempo anche della rete Intranet; quale straordinaria possibilità di comunicazione fra persone. Queste modalità non rappresentano solo la possibilità di fruire di un nuovo strumento , ma la creazione di una nuova possibilità di comunicare , di una nuova filosofia basata sulla comunicazione.

La rete Internet assume un ruolo fondamentale nello scambio di informazioni, progettazione, collaborazione fra centri di assistenza psichiatrica, ricerca, aggiornamento nel campo della Salute Mentale con coinvolgimento fattivo e costruttivo di differenti realtà socio-assistenziali. Internet può rappresentare lo strumento che può favorire l'attuazione più rapida di quelle attività integrate a favore dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie.

Con la legge 180 del 1978, l'assistenza psichiatrica del nostro paese si è liberata dalla logica custodialistica che aveva caratterizzato la prima metà del nostro secolo, giungendo ad esprimere una nuova concettualizzazione della sofferenza psichica, incentrata sulla persona sofferente e sui suoi bisogni e non sulla malattia in quanto tale.

E' in un tale contesto culturale che molti Dipartimenti di salute Mentale tra cui anche il DSM di Modena si sono attrezzati per mettere su sistemi informativi , basati su Reti Intranet, che offrono la possibilità di gestire le risorse organizzative e di corrispondere alla richiesta di informazioni sulle malattie mentali provenienti dagli utenti che afferiscono ai vari distretti, sia essi singoli pazienti, siano essi familiari di pazienti con gravi patologie psichiche.

Lo sviluppo di Reti Internet/Intranet in ambito psichiatrico, della formazione del personale e della ricerca è, quindi, mezzo indispensabile nel lavoro quotidiano di molte figure professionali dell'area della salute mentale, a fronte di una sempre maggiore richiesta di informazioni e prestazioni di supporto da parte dell'utenza interessata.

Il Dipartimento di Salute Mentale viene articolato per unità operative omogenee per area di intervento e dotate di strutture specifiche , rappresentando la forma organizzativa che meglio risponde alle esigenze di garantire l'unitarietà della programmazione e della gestione delle attività in psichiatria; la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi di intervento. Peraltro la rete psichiatrica intreccia i suoi legami anche al di fuori del D.S.M.



La natura complessa della problematica legata alla tutela della salute mentale , comporta la collaborazione come abbiamo visto tra i diversi servizi di assistenza e necessita di un livello di integrazione con le altre agenzie socio-sanitarie.



La rete offre la possibilità di creare e condividere le informazioni di un tale sistema.

Una caratteristica dei pazienti psichiatrici è quella di ricevere cure in numerosi diversi contesti, dal day hospital al CSM, dalla CTRP al servizio di diagnosi e cura. In generale quanto più il paziente appare cronicamente disabilitato , tanto più numerosi sono gli elementi coinvolti. E frequentemente questi sono collocati in posti diversi . In termini ideali dovrebbe esserci una coordinazione , assicurata dai momenti di incontro e di revisione dei casi delle equipe.

In termini realistici questo non sempre avviene con facilità, portando a non passaggio delle informazioni , per non parlare dell'aspetto spesso inutile della replicazione della documentazione.

Un altro aspetto rilevante è la possibilità di riuscire a trasmettere materiale importante tra le varie sedi del dipartimento o di metterlo a disposizione degli operatori.

E' perfino inutile sottolineare quanto risparmio questo possa comportare in termini di tempo che necessita all'equipe per ottenere dati precisi dalle fonti consuete e quindi a livello della razionalizzazione del risparmio dei costi gestionali.

Già questi elementi sottolineano la assunzione chiave: lo sviluppo di tecnologie della informazione è essenziale nelle scelte organizzative della Psichiatria.

INTRANET.

Uno degli aspetti che limita il grado di qualità assistenziale degli attuali servizi psichiatrici è rappresentato dalla mancanza di un rapido scambio di informazioni tra i vari DSM e tra le strutture che debbono gestire situazioni di urgenza psichiatrica come appunto gli SPDC. Un primo notevole vantaggio di una rete Intranet in questi servizi è proprio quello di avere, in tempo reale, informazioni utili per la migliore gestione possibile di pazienti seguiti da servizi lontani di cui normalmente non si hanno notizie precise su diagnosi ed eventuali terapie eseguite.

Ma cosa è concretamente una Intranet? Intranet è il collegamento tra varie strutture sviluppato utilizzando le stesse modalità impiegate per Internet.

La differenza fondamentale risiede nel fatto che Intranet rappresenta una rete interna ad una organizzazione. Peraltro i due sistemi non sono necessariamente isolati reciprocamente, aprendosi possibili spazi comuni.

Intranet

Interfaccia Grafica

Comunicazione
Inter-azione

- agire
- costruzione comune

WEB

- Grafica
- Iper testo (struttura tridimensionale)
- Facilità d'uso
- Multimediale



Intranet ha ovviamente una interfaccia regolabile negli accessi, valida sia per l'interno che per contattare l'esterno tramite Internet.

Intranet è più rapido a gestire dati che non Internet, per questo ampiamente utilizzata nel reparto.

Come abbiamo detto Intranet rappresenta una straordinaria possibilità di comunicazione tra persone, che rende contemporaneamente disponibili gli strumenti convenzionali di comunicazione quali il fax, la posta, il telefono, ponendoli però anche in una prospettiva diversa, che di fatto li supera.

Intranet può utilizzare le pagine costruite secondo modalità Web come interfaccia molto amichevole, servizi di strutture ipertestuali, dare accesso allo scaricamento di dati.

Intranet non è solamente la connessione , cioè lo strumento , ma è un luogo virtuale ove incontrarsi.

Le connessioni offerte dalle Reti , Interne/intranet rappresentano non solo un nuovo modo di accedere al sapere , ma proprio di come apportarsi ad esso e crearlo. Sia chiaro che queste modalità non sono fuori dalle contraddizioni; garantiscono però una nuova straordinaria possibilità.

A parte tutte le straordinarie possibilità che la rete offre all' interno dell'SPDC 1 viene utilizzata ormai da qualche anno la cartella infermieristica informatizzata ; che è sempre una consegna scritta ma ha semplificato moltissimo il lavoro dell'operatore in quanto permette l'accesso immediato a tutti i dati relativi al paziente in questione dal momento del ricovero alla dimissione. Ovviamente ci sono stati dei problemi dal momento in cui è stata utilizzata questa nuova procedura di trasmissione non convenzionale di informazioni; soprattutto per quegli operatori che non avevano molta dimestichezza con il computer , ma dopo quasi due anni di utilizzo è diventato uno strumento alla quale nessun operatore riesce più a rinunciare da un lato perchè permette di reperire tutte le informazioni desiderate; dall' altro; perchè permette un notevole risparmio di tempo.

CONCLUSIONI

Al di là della logica scrupolosa e coerente dei calcoli , i problemi della psichiatria e del paziente psichiatrico non possono esaurirsi con l'erogazione di una singola o di alcune prestazioni, ma richiedono una cultura della presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni e questo può avvenire mantenendo fermi due principi etici fondamentali che riguardano la relazione : la libertà e la responsabilità.

La libertà è un qualcosa che il terapeuta costruisce e coincide con una reale accettazione della infinità dei modi e delle esistenze possibili .

Vi è la necessità di una consapevolezza della priorità di comprendere da cui poter rinunciare alle sicurezze di un sapere illusorio, per poter mettere in discussione un mondo di diagnosi e di terapie scontate e decise per processi automatici. Ciò può avvenire solo con la continua disponibilità a rileggere analiticamente il proprio sapere e la propria stessa stabile esistenza, la propria identità di operatore ricollocandola nella relazione.

Parallela alla libertà è la responsabilità . Ossia la forma consapevole della “presa in carico del paziente” , ove non è in gioco la pura assegnazione , istituzionale appunto, di un punto di riferimento, ma l'essere consapevoli del compito di una progettazione quanto più possibile comune di un futuro , ove anche la malattia e la terapia abbiano trovato un loro senso. In tale consapevolezza non può avere spazio solo una gestione attuale del paziente, magari ripetuta ad ogni incontro, eventualmente per anni, ma deve costruirsi una dimensione temporale, un destino che appartiene certo al fato , ma anche alla costruzione comune.

Necessario è un confronto e una verifica della capacità delle teorie di funzionare. Di essere di conforto e di sostegno per le capacità terapeutiche degli operatori e di fornire strumenti di conoscenza , verifica e ampliamento di tali capacità. Perciò è importante che una riflessione complessiva comprenda la consapevolezza delle proprie attitudini culturali e scientifiche , la loro comunicazione, la messa in comune.

La necessità in tale contesto è la possibilità per gli operatori di costruire un linguaggio comune comprensibile a tutti gli interlocutori utilizzando tutti gli strumenti a disposizione , da dove possano nascere criteri di validità e attendibilità per l'operare psichiatrico.

Vi è la necessità di creare uno spazio comune , una trama di legame, ove si concretizzi la possibilità di una comunicazione costante ed immediata e la possibilità di fare, dare, ricevere.

BIBLIOGRAFIA

- Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria. Ferrata Anna. Franco Angeli. 2004.
- Servizi psichiatrici. Diagnosi e cura. Le funzioni, le cure, gli operatori . Evidenze, criticità, prospettive. Mencacci C. CIC Edizioni Internazionali . 2004.
- Aspetti dell'agire psichiatrico. Contesti, norme, responsabilità, etica. Giuffrè 2002.
- La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi. Carozza Paola. Franco Angeli. 2003
- Storia della psichiatria. Zilboorg Gregory; Henry Gorge W. Nuove Edizioni romane . 2002.
- Costruire servizi in psichiatria. Franco Angeli. 1998.
- Clinica e nursing in psichiatria. Spazio di incontro tra operatori e pazienti. Drigo M. L. Cea. 1993.
- Elementi teorico-pratici di psichiatria per infermieri ed operatori di base. Garzotto Nicola; Lattanti Marcello. Piccin-Nuova Libreria. 1989.

