



Università degli Studi di Padova

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“La domiciliarità come supporto all’abitare nella pratica della
psichiatria di comunità”**

Relatore:

Prof.re RIOLO ANTONINO

Correlatore:

Prof.ssa SGNAOLIN LORETTA

Laureanda:

BERTACCHE MARTINA

Matricola n. 1047431

Anno Accademico 2014-2015

ABSTRACT

PROBLEMA: secondo uno studio effettuato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si stima che 450 milioni di persone nel mondo soffrono di malattie mentali, in particolare in Italia vi è una prevalenza annuale nella popolazione generale dell'8% circa. nei paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale, provocando importanti ripercussioni sugli individui, sulle famiglie e la comunità di appartenenza.

IPOTESI: valutare l'approccio infermieristico assistenziale più efficace per far permanere il più a lungo possibile l'assistito psicotico al suo domicilio, riducendo i ricoveri nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

METODI: è stata effettuato uno studio di tipo retrospettivo presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di San Donà di Piave (VE) e di Portogruaro (VE), nel quale sono stati inclusi i pazienti con disturbi psicotici e lungo assistiti a domicilio. Sono stati individuati quali sono i bisogni dei pazienti prima della presa in carico presso i servizi, attraverso la scheda Barthel Index e la scheda IADL e sono stati valutati gli interventi infermieristici, tramite le cartelle infermieristiche, che venivano effettuati a domicilio dei pazienti.

RISULTATI: il campione reclutato per lo studio è stato di 75 utenti lungo assistiti presso i rispettivi CSM, con un'età media di 40-60 anni (± 1). Sono stati analizzati statisticamente due rapporti, quello tra interventi eseguiti a domicilio e i ricoveri e tra gli interventi non eseguiti a domicilio e i rispettivi ricoveri. Nella prima analisi statistica è emerso che vi è una forte correlazione positiva tra i due rapporti ($r_{xy}=0,91$). In seguito è stata effettuata l'analisi tra questi due rapporti eliminando gli interventi eseguiti in un numero minore di 10 volte, la correlazione tra questi rapporti è diminuita del 10% ($r_{xy}=0,81$; $r_{xy}=0,82$). Nella seconda analisi statistica la differenza tra i rapporti è minima, solamente dell'1%.

CONCLUSIONE: sulla base dei risultati dello studio si è trovata significatività statistica tra gli interventi a domicilio e i ricoveri. Gli interventi domiciliari eseguiti dagli infermieri dei CSM non riducono le ospedalizzazioni in SPDC. Ma nonostante ciò sono un elemento importante della presa in carico dell'utente psichiatrico poiché comportano un miglioramento della qualità di vita, in ambito fisico, psichico, sociale, lavorativo, del paziente e della famiglia che vive con esso.

Parole chiave/Key Words: intervento domiciliare (home care), paziente psichiatrico (patient psychiatric), famiglia (family), psichiatria di comunità, (community psychiatry).

INDICE

INTRODUZIONE	pag.1
<u>CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA</u>	
1.1 – Problema	pag.3
1.2 – Scopo e obiettivo dello studio	pag.4
1.3 – Ipotesi di ricerca	pag.5
1.4 – Quesiti di ricerca	pag.5
<u>CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO</u>	
2.1 – Salute mentale e psicosi	pag.6
2.2 – Presa in carico a domicilio	pag.8
2.3 – La casa e l’abitare	pag.13
<u>CAPITOLO III: MATERIALI E METODI</u>	
3.1 – Disegno dello studio	pag.17
3.2 – Campionamento	pag.17
3.3 – Setting	pag.17
3.4 – Attività e strumenti di raccolta dati	pag.17
3.5 – Affidabilità della raccolta dati	pag.19
3.6 – Analisi dei dati	pag.19
<u>CAPITOLO IV: RISULTATI</u>	
4.1 – Descrizione del campione	pag.21
4.2 – Risultati in rapporto ai quesiti	pag.21
<u>CAPITOLO V: DISCUSSIONE</u>	
5.1 – Discussione	pag.27
<u>CAPITOLO VI: CONCLUSIONI</u>	
6.1 – Limiti dello studio	pag.29

6.2 – Implicazioni per la pratica

pag.29

6.3 – Conclusioni

pag.29

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

La legge 180 del 13 maggio 1978 impone la chiusura definitiva dei manicomi e il divieto di ricoverare in quelli ancora esistenti, l'assistenza e la cura devono essere erogati dai Centri di Salute Mentale sia nel territorio che nel presidio ospedaliero tramite l'SPDC, secondo il principio di continuità terapeutica. La riforma ha portato un cambiamento culturale ed organizzativo a tutti i livelli istituzionali nel settore psichiatrico, optando per una nuova metodologia d'intervento, dal modello centrato sul manicomio al modello della cura a livello territoriale.

In questo modo la psichiatria esce definitivamente dal suo statuto speciale, diventando un'istituzione medico-sanitaria equiparata, anche dal punto di vista giuridico e amministrativo, alle altre istituzioni di governo della salute (Gallio,2008).

In questa fase vi è il ritorno dei pazienti dal manicomio alla famiglia o il passaggio in strutture residenziali con finalità terapeutiche e riabilitative. La prevenzione, l'assistenza, la cura e la riabilitazione, tramite le strutture presenti nel territorio come il centro diurno, il gruppo appartamento, le comunità sostituiscono la funzione meramente custodialistica dell'ospedale psichiatrico, restituendo all'internato manicomiale la possibilità dell'abitare sia come diritto in sé per la persona che come pieno e attivo reinserimento nella società civile, preclusi dalla legislazione psichiatrica allora vigente.

Si creano così spazi e situazioni quotidiane anche diverse da quelle familiari, in cui diventa possibile, tramite programmi di intervento "finalizzati in un processo di riacquisizione dell'identità personale e delle capacità di autonomia e socializzazione" (Giacanelli,1982).

Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), vi è un aumento della prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione dell'8%, in tutte le classi d'età, comportando una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2013).

Visto l'importanza degli interventi territoriali in quest'ambito e la scarsità di materiale documentate, si è deciso di intraprendere questo progetto di tesi nel CSM di San Donà di Piave e di Portogruaro, Regione Veneto, per valutare quali interventi infermieristici a domicilio sono più efficaci per la continuità abitativa del paziente psicotico.

La conoscenza di tale fenomeno permetterebbe agli infermieri di pianificare gli interventi a domicilio, così da prevenire i momenti di criticità e riducendo i ricoveri in SPDC, attraverso un diverso monitoraggio.

CAPITOLO I

PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 - Problema

Il disturbo mentale è un' affezione patologica che colpisce la sfera affettiva, relazionale, comportamentale e cognitiva di una persona, tale da rendere problematico il suo inserimento nella società e la creazione di rapporti sociali.

I disturbi mentali possono colpire uomini e donne, in qualunque fase della loro vita, sono universali e si osservano in qualsiasi regione, paese o società. E' falso pensare che questi disturbi siano problemi propri dei paesi industrializzati, causati dallo stile di vita accelerato della vita moderna, poiché sono presenti anche nei paesi rurali.

Secondo uno studio effettuato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si stima che 450 milioni di persone nel mondo soffrono di malattie mentali, in particolare in Italia vi è una prevalenza annuale nella popolazione generale dell'8% circa (Ministero della Salute, 29 gennaio 2014). In termini di DALYs¹ rappresentano lo 0,8% del totale del carico che le malattie e i fattori di rischio hanno sulla salute della popolazione italiana; questa percentuale varia tra le diverse fasce di età, passando dallo 0,7% nella fascia 20-24 anni al 2,4% in quella 35-39 anni. Misurando la disabilità in termini di YLDs², i disturbi psicotici rappresentano l'1,6% del totale, passando dal 0,9% della fascia 20-24 anni al 3,1% della fascia 40-44 anni. In sintesi tali disturbi rappresentano un problema significativo di salute pubblica, soprattutto per la disabilità che generano durante l'età adulta.

Infatti nei paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale, provocando importanti ripercussioni sugli individui, sulle famiglie e la comunità di appartenenza. Alcuni di questi costi sono evidenti e quantificabili, altri invece impossibili da misurare. Si è calcolato, principalmente nei paesi industrializzati, il costo economico totale dei disturbi mentali; negli Stati Uniti d'America il costo totale annuale rappresenta il 2,5% del prodotto nazionale lordo; in Europa la cifra stimata è del 20% in rapporto al costo totale dei servizi sanitari.

¹DALYs: una misura che combina gli anni di vita persi a causa di una morte prematura, insieme con gli anni di vita vissuti in stato di disabilità

² YLDs: anni vissuti con disabilità

L'andamento dei ricoveri in Italia dovuti a disturbi psichici è piuttosto costante: nel 2002 il numero totale delle dimissioni è stato di 339.000, pari a 593 per 100.000 residenti, contro le 341.000 del 1999 (600 per 100.000), nel 2006 il numero totale di dimissioni è stato di 318.043, pari a 539,59 per 100.000 abitanti, questo indica che il numero di ricoveri si è ridotto negli anni. Inoltre i ricoveri per disturbi psichiatrici rappresentano il 2,7 del totale e l'80% avviene nelle strutture pubbliche. La degenza media è di 7 giorni, sale a 9 per disturbi dovuti alla dipendenza di droghe e alcool, arriva a 21 giorni nel caso di disturbi legati alla schizofrenia. Sono però in aumento i ricoveri effettuati in regime di day hospital: la percentuale sul totale è salita dal 19% del 2002 al 23,78% del 2006 (Istat, 2006).

Per quanto riguarda la distribuzione demografica, i tassi più alti di dimissioni sono stati registrati in Abruzzo (964 per 100.000), provincia di Bolzano (944), Liguria (887), Valle d'Aosta (855), Sicilia (750) e Lazio (710). Mentre i tassi più bassi sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia, Umbria, Campania e Puglia, dove il tasso di dimissioni era nettamente inferiore alla media nazionale. Al Sud, nel Lazio e nelle Marche, i ricoveri di uomini sono più numerosi rispetto a quelli delle donne, al contrario i ricoveri delle donne sono più numerosi rispetto a quelli degli uomini nelle regioni di Veneto, Toscana, Lombardia e Umbria (Istat, 2001-2002).

1.2 – Scopo e obiettivo dello studio

Questo studio ha lo scopo di valutare quali e quanti interventi, effettuati a domicilio, portano ad un miglioramento della qualità di vita degli assistiti, tramite la riduzione delle ospedalizzazioni in SPDC.

In particolare gli obiettivi specifici sono:

- determinare i bisogni di vita quotidiana (ADL), tramite la scala di Barthel Index modificato;
- determinare i bisogni di vita quotidiana strumentali (IADL), tramite la scheda di accertamento della dipendenza nelle attività di vita quotidiana intermedie o strumentali;
- valutare gli interventi effettuati a domicilio dall'infermiere, tramite la scheda di Attività di supporto a domicilio dall'infermiere registrata nelle cartelle infermieristiche.

1.3 – Ipotesi di ricerca

L'ipotesi effettuata all'inizio dello studio è stata quella di valutare se vi è uno specifico approccio infermieristico assistenziale in grado di far permanere più a lungo possibile l'assistito psicotico al suo domicilio, riducendo i ricoveri nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), quindi rilevare l'approccio più efficace.

1.4 – Questi di ricerca

I quesiti ai quali si vorrà rispondere attraverso la realizzazione dello studio sono:

- quali interventi, effettuati a domicilio, comportano un miglioramento delle attività di vita quotidiana degli assistiti?
- gli interventi che vengono effettuati seguono le linee guida presenti in letteratura?
- esiste un approccio specifico infermieristico assistenziale per la tipologia degli assistiti presi in carico a domicilio?

CAPITOLO II

TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 – Salute mentale e psicosi

Con “salute mentale” si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l’individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all’interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell’ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni (OMS, 2013).

Il disturbo psicotico è un disturbo psichiatrico grave, caratterizzato da distorsioni del pensiero e della percezione, così come inappropriata o ridotta gamma di emozioni. Possono essere presenti:

- alterazioni del comportamento: comportamento disorganizzato, agitato, vi possono essere stati di eccitazione o iperattività e stati depressivi;
- allucinazioni: visive o uditive;
- deliri: false credenze o sospetti fermamente mantenuti;

Una persona che presenta sintomi psicotici può non essere in grado di affrontare le responsabilità relative al lavoro, scuola, attività domestiche o sociali, poiché i suoi pensieri non scorrono in maniera chiara e fluida e la persona pensa che siano influenzati da qualcuno o qualcosa (World Health Organization, 2010).

I codici diagnostici delle Classificazioni Internazionali delle Malattie dell’OMS (ICD-9 CM e ICD-10) classifica i tipi clinici di psicosi e schizofrenia, quali:

- disturbi deliranti persistenti: il paziente è affetto da una singola preoccupazione delirante, che può variare nel tempo ma che persiste per anni, senza altre caratteristiche di sviluppo di schizofrenia;
- disturbo schizotipico: si riferisce ad un soggetto strano, eccentrico e distaccato, con peculiari schemi del pensiero;
- disturbi psicotici acuti e transitori: sono disturbi brevi e hanno una presentazione clinica spesso rapida e variabile;

- disturbi schizoaffettivi: si presentano nello stesso periodo sia sintomi dei gravi disturbi dell'umore (episodio maniacale, episodio depressivo maggiore, episodio ipomaniacale, disturbo bipolare, disturbo ciclotimico), sia quelli della schizofrenia;
- schizofrenia: sindrome caratterizzata da alterazioni del pensiero, della percezione e dell'affettività che può essere inappropriata o appiattita, viene sotto classificata in paranoide, ebefrenica, catatonica, simplex.

L'eziologia dei disturbi mentali, come per le altre patologie, è influenzata da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali.

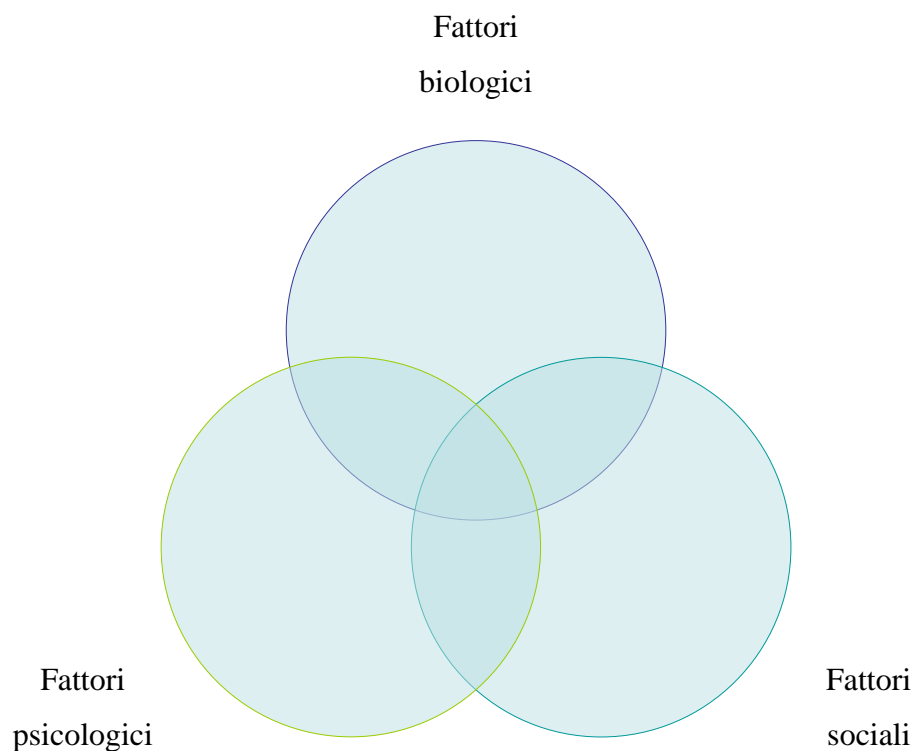


Figura 1.1 Interazione dei fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo dei disturbi mentali

2.2 – Presa in carico a domicilio

Nel 1978 viene istituita la legge n°180, la quale impone la chiusura definitiva dei manicomi e il divieto di ricoverare utenti in quelli ancora esistenti. Con la legge n°833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ispirata ad una dimensione solidaristica della società, viene restituita alla psichiatria il suo fine sanitario di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici.

Attraverso queste due leggi, gli interventi di prevenzione e terapeutici vengono garantiti tramite i Centri di Salute Mentale nel territorio ed i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in ospedale, introducendo anche come fine sanitario la riabilitazione del paziente psichiatrico, finora mai citata.

Viene istituito il Dipartimento di Salute Mentale, che diviene l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria Locale (Asl).

In questa fase vengono meglio definite, sia attraverso numerose proposte legislative inviate alla Commissione Igiene e Sanità Pubblica (nel 1985 sono stati redatti 11 disegni di legge, riguardanti la materia dell'assistenza psichiatrica e proponenti modificazioni o integrazioni alla Legge 180), sia attraverso le linee programmatiche regionali, le funzioni e gli ambiti operativi dei servizi mirati alla tutela della salute mentale. Viene innanzitutto sottolineata e riconosciuta come essenziale la focalizzazione della “presa in carico” sul territorio e vengono definiti gli interventi di base della “presa in carico” territoriale: ambulatoriale, domiciliare ed ambientale. L'ambito di intervento è quindi costituito dal domicilio, dal contesto familiare e sociale del paziente e dallo spazio di relazioni che lo caratterizza.

Uno dei primi esempi di servizio psichiatrico centrato sulla gestione della crisi a domicilio e sul lavoro con la famiglia è stato quello del comprensorio londinese di Barnet (Scott, 1982) che rimane a tutt'oggi un riferimento e un esempio importante. L'intervento domiciliare racchiude l'idea di un ruolo attivo del servizio laddove la presa in carico mira alla conoscenza approfondita del contesto di vita del paziente e la comprensione del significato della sua sofferenza. Rappresenta quindi un setting privilegiato dell'intervento e uno dei luoghi della psichiatria.

Il lavoro fatto a casa dell'utente può arricchire di nuovi elementi le nostre conoscenze e consentire di cogliere elementi che nel corso della raccolta dell'anamnesi erano stati trascurati.

Per identificare cosa si intende e come viene effettuato l'intervento domiciliare, occorre definire:

Destinatario:

- pazienti per i quali l'assistenza risulti temporaneamente inattuabile in ambulatorio per la loro scarsa disponibilità a presentarsi (psicotici oppositivi per diverse ragioni al trattamento, o con compliance parziale o incompleta);
- pazienti acuti per i quali spesso la visita domiciliare è richiesta da familiari o vicini di casa o forze dell'ordine ed è diretta alla risoluzione di uno stato di crisi. Rientrano tutti gli interventi sull'emergenza-urgenza, interventi che possono concludersi con il ricovero, o proseguire con la gestione domiciliare della crisi, spesso attraverso il coinvolgimento della famiglia;
- pazienti psicotici, depressi e inibiti, fobici e ossessivi che hanno difficoltà a lasciare il domicilio o a rispettare programmi terapeutici per gravi disabilità personali e sociali temporanee o permanenti, che si accompagnano a scarsa disponibilità o assenza della famiglia.

Contesto operativo:

- carattere sanitario: ha come modello teorico quello medico, tiene conto di elementi nell'ambito della medicina generale, ma tiene anche conto di altri aspetti utili per esaminare le condizioni del paziente, si occupa di osservare e raccogliere informazioni circa le sue condizioni ambientali soprattutto in relazione al legame tra condizioni ambientali stesse e salute del soggetto. Rientrano in questa tipologia di visite anche gli interventi domiciliari effettuati dagli infermieri per la somministrazione di farmaci Depot;
- carattere assistenziale: interventi mirati alla qualità della vita e per favorire l'adattamento del paziente con gli altri;
- carattere istituzionale: presente nel contesto teorico del periodo manicomiale, è basata sulle funzioni di controllo sociale, ha e ha avuto come obiettivo quello di salvaguardare l'assistenza psichiatrica dal possibile rischio di essere accusata di negligenza a causa della delega sociale di controllo affidatale. Attualmente

potremmo dire che in questo gruppo rientrano gli Accertamenti Sanitari Obbligatorii e si evidenziano molto gli aspetti difficili e spiacevoli dell'operare a domicilio, elevando il rischio di intrusività;

- carattere relazionale: oggetto dell'intervento non è tanto l'utente, ma le sue relazioni in famiglia o col vicinato, quindi l'obiettivo diviene quello di conoscere le relazioni personali del paziente, questo tipo di intervento ha importanti valenze emotive caratteristiche dell'analisi di gruppo che hanno come punti di vista teorici sia la teoria dei sistemi che quella psicodinamica (Lastrucci, 1989);
- carattere riabilitativo: è attenta al recupero delle abilità sociali e da un punto di vista funzionale si occupa di apprendimento e sostegno ambientale, situata all'interno della messa in atto di un progetto;
- carattere di urgenza o programmata: la prima ha sempre una componente oggettiva e una soggettiva legata alle emozioni di chi deve valutarla, la seconda può essere richiesta dal paziente, dalla famiglia, dal medico di medicina generale, da altre istituzioni o dal servizio psichiatrico stesso quale tappa prevista di un monitoraggio continuo;
- carattere sporadico o essere inserita in un programma di più visite domiciliari, rappresentando una possibile alternativa al ricovero ospedaliero o all'istituzionalizzazione. Questi due modelli possono rappresentare un dispositivo terapeutico e assistenziale, per evitare al paziente il trauma del ricovero.

Vi sono numerose situazioni per cui si interviene a domicilio, ma ci soffermiamo su 3 opportunità:

1. l'intervento domiciliare nel trattamento del primo episodio psicotico, nel quale sono necessari dei fattori chiave, che sono: fattori individuali, familiari e attinenti l'équipe. Tra i fattori individuali vi sono pensieri e comportamenti suicidari, abuso di sostanze psicoattive, indisponibilità ad un accordo con familiari ed équipe sulle strategie di trattamento. Per quanto riguarda la famiglia, occorre prendere in considerazione il grado di stanchezza e frustrazione accumulato, la possibilità di accedere a risorse alternative in termini di nuovi nuclei di convivenza, dosare un grado ottimale di coinvolgimento emotivo che eviti sia l'ipercoinvolgimento che la freddezza e la possibilità di sostenere l'autorevolezza dei familiari nella gestione di aspetti pratici di vita che devono spesso essere contrattate con il paziente. L'équipe

dovrà essere multi professionale ed essere composta da almeno uno psichiatra, uno psicologo, un'assistente sociale e un infermiere; per la gestione domiciliare del primo episodio Kulkarni (2001) suggerisce fino a 3 visite giornaliere, evitando l'alternanza di un numero troppo grande di persone, le quali divengano le stesse che assisteranno il paziente anche nella fase successiva. Inoltre è indispensabile informare ciascun interlocutore (paziente, famiglia, singoli operatori) sul piano terapeutico da mettere in atto (durata, frequenza degli interventi, disponibilità nell'urgenza).

Secondo Kulkarni (2001), il principale vantaggio del trattamento domiciliare è la riduzione dello stigma e della morbilità secondaria.

2. L'intervento domiciliare sulla crisi, che diviene un intervento su una situazione complessa, non necessariamente clinica ma anche di tensioni contestuali e/o di rischio.
3. L'intervento domiciliare inserito in un progetto a medio-lungo termine, per superare l'isolamento del paziente e della famiglia. Occorre effettuare inizialmente un'analisi e una valutazione delle condizioni di base del paziente e della situazione attuale della famiglia, così da poter individuare i bisogni e sulla base di questi progettare l'intervento e le strategie operative.

Modalità d'intervento

L'équipe che effettua l'intervento è composta da almeno due operatori, per poter effettuare al meglio le funzioni di osservazione, comprensione, interazione, contenimento, decisione, gestione e valutazione, ma anche per poter supportare la famiglia. L'operatore che affianca il medico, svolge un ruolo importante (Ambrosi & Berlincioni, 1987), nell'osservazione della scena, si avvicina con il paziente che può sceglierlo come persona di riferimento o si rapporta con i familiari per evitare che con il loro carico emotivo compromettano la riuscita dell'intervento, se viene effettuato un Accertamento Sanitario Obbligatorio, collabora nel coordinare i diversi attori, come la polizia municipale, i vicini, il medico di medicina generale.

Nell'attuare la visita domiciliare, occorre tener presente alcune caratteristiche del luogo d'intervento (Rossi Monti, 1994) :

- si è a casa altrui, evitare quindi di dare all'utente o alla famiglia la sensazione di invasione, occupazione, de-privatizzazione, perdita di diritti e potere in casa

propria. Kulkarni (2001) sottolinea la perdita di controllo dello spazio per l'operatore, poiché non vi è più all'interno di un ambiente protetto come può essere l'ospedale.

“La casa, come spazio vissuto, rappresenta il conosciuto contrapposto all'ignoto. È il massimo della sicurezza spaziale”. (Heidegger, 1969);

- occorre saper evitare atteggiamenti di intrusione, curiosità, violazione del “privato”. Bisogna limitarsi al tentativo di percepire quegli aspetti della realtà che ci sarà utile osservare per i fini che sono stati proposti;
- occorre tener presente i problemi di sicurezza, sia per l'operatore che per l'utente;
- occorre sapersi ritirare quando la propria presenza suscita nel paziente emozioni negative;
- occorre saper sfuggire all'attribuzione del ruolo giudiziario o inquisitorio.

Motivo dell'intervento:

- quando è il paziente ad invitarci, per mostrarci i problemi che ha a casa o in famiglia, oppure mostrarci interessi, progetti, capacità che solo in quel momento vuole far vedere. L'utente vuole manifestare la sua capacità o meno di fronte agli operatori, o per dare sostegno o riconoscimento al suo tentativo di organizzare la giornata, ordinare la casa, eseguire piccole riparazioni indispensabili;
- per agire da argine ed elemento di assicurazione nei confronti di familiari o vicini di casa, fornire delle chiarificazioni, per assumere responsabilità quando necessario;
- per capire meglio una situazione difficilmente comprensibile attraverso il racconto, approfondendo l'osservazione diretta delle modalità di relazione interne alla famiglia e il ruolo che il paziente svolge;
- per interagire con i conviventi, raccogliendo le loro lamentele, il carico emotivo, incoraggiarli a mantenere interessi alternativi all'assistenza e attenuarne i sensi di colpa e la vergogna. A domicilio può divenire più difficile la gestione della riservatezza, sia come esigenza medico-legale che come esigenza clinica, in alcuni casi si può effettuare il colloquio con il paziente anche all'esterno del proprio domicilio in qualsiasi spazio del territorio circostante;
- per aiutare a far decollare un progetto riabilitativo, sostenendo le potenzialità evolutive e le capacità adattative al disturbo. Si possono svolgere interventi attivi

sulla quotidianità, a partire dai bisogni primari (alimentazione, igiene personale, vestizione) per poi arrivare al soddisfacimento dei bisogni più evolutivi come quelli relativi alla socializzazione.

2.3 – La casa e l’abitare

In Italia, con la scuola fenomenologica, si è posto l’accento sul valore ed il significato dell’abitare cercando di trovare collegamenti tra gli aspetti sociologici, antropologici e quelli psico-patologici (Bovi, 1967). Con la legge 180 del 1978, vi fu una prima denuncia della qualità abitativa degli ospedali psichiatrici e della psico-patogenicità delle cattive condizioni abitative, dopo la riforma vi fu un’enfasi sull’attività assistenziale domiciliare e sulla creazione di case protette e comunità alloggio per i pazienti con disturbo psichiatrico. La casa entra a far parte dell’identità dell’uomo in quanto spazio abitativo pieno di una storicità soggettiva che genera significato e valori. Dal punto di vista psicologico, la casa rappresenta uno spazio di individuazione, un luogo attraverso cui la persona si definisce e si dà dei confini.

Le case sono il luogo della propria identità e ciò diviene il campo di azione terapeutico-riabilitativa che definisce l’intenzionalità trasformativa della casa da semplice possesso a elemento vivificante e qualificante lo stare nel mondo delle persone con disagio psichico.

Ci sono case buie, case aerate e case dove l’aria ristagna e il cattivo odore opprime le narici, ci sono case dove per abitudine si grida e altre dove si sussurra, case dove si parla dialetto e altre dove si parla in italiano, ci sono case che accolgono e case che respingono.

Ma la casa è un luogo impregnato della storia e della cultura delle persone e delle famiglie. L’identità personale è infatti una costruzione della memoria (Galimberti, 1987), una memoria che è fatta anche di case vissute. Trattando il complesso legame esistente tra paziente psichiatrico e la propria abitazione, si è reso evidente che il comportamento umano nei confronti della casa dipende dal significato che ciascuno vi attribuisce, rispecchiando le vicende serene e drammatiche della vita.

In base ai bisogni dei pazienti, l’équipe multidisciplinare pianifica le priorità d’intervento, ponendo in correlazione le disfunzioni dell’abitare con il disturbo psichico e gli effetti sul piano sociale e sulla qualità della vita.

In particolare, gli operatori sanitari offrono assistenza pratica aiutando il paziente a fare la spesa, a cucinare e a fare le pulizie. Vi sono pazienti con gravi difficoltà motivazionali,

fisiche o comportamentali e che ricevono con regolarità assistenza domiciliare, comunque l'obiettivo rimane la riabilitazione e la responsabilizzazione del paziente.

Alcuni problemi sono quelli relativi a riparazioni e guasti, l'operatore di riferimento sarà facilmente in grado di consigliare e aiutare il paziente a cambiare una lampadina guasta o a riparare una tenda strappata.

Molte difficoltà nella gestione della casa sono di natura economica, un altro intervento che effettua l'infermiere con il team multidisciplinare è quello di aiutare il paziente a pianificare e gestire le spese. La gestione del denaro può essere semplificata riducendo tale pianificazione a una somma prestabilita da spendere ogni giorno. Ad esempio se la somma che il paziente ha a disposizione per l'intera settimana è di 100euro, allora potranno essere spesi 25euro al giorno.

L'esercizio sul campo delle competenze necessarie alle attività quotidiane è il metodo più efficace per insegnare al paziente la gestione quotidiana delle finanze. Ciò significa accompagnare l'utente a fare la spesa e aiutarlo a risolvere il problema di quali beni acquistare con un budget limitato. Riuscire a scegliere alimenti di prima necessità e acquistarli in determinati negozi, incoraggiarlo a stabilire una lista di priorità e rimandare la gratificazione derivante da alcuni acquisti.

Quando il paziente è incapace di gestire le proprie finanze, un'altra persona viene delegata come amministratore dei contributi assistenziali che riceve. L'amministratore di sostegno può fare richiesta di contributi, ricevere o incassare i pagamenti e spendere il denaro a nome del paziente. La persona delegata può essere un parente, un amico, un amministratore di un ospedale o di un ente locale, oppure l'operatore di riferimento (è meglio separare la figura dell'amministratore di sostegno da quella dell'infermiere di riferimento, dal momento che insorgono inevitabilmente dei problemi quando al paziente viene limitata la possibilità di spendere denaro). L'amministratore è incaricato di pagare l'affitto e le bollette, di ritirare i contributi, di informare l'ente assistenziale di eventuali cambiamenti e di affidare al paziente il denaro che può spendere.

I vantaggi dell'amministratore di sostegno sono considerevoli, soprattutto quello di garantire al paziente una certa stabilità economica e abitativa. L'eliminazione di queste due potenziali fonti di stress e di complicazioni permettono all'infermiere e all'utente di concentrarsi su aspetti più importanti, che possono migliorare la qualità di vita di quest'ultimo.

Molti pazienti con disturbi psicotici gravi hanno difficoltà a trasferire le competenze acquisite in un ambiente terapeutico nel loro ambiente domestico, familiare, comunitario. La capacità di ricordare istruzioni o informazioni, sia a breve che a lungo termine, è necessaria per imparare nuovi compiti e competenze. I problemi di elaborazioni delle informazioni spesso causano difficoltà di comunicazione e nei rapporti sociali. Prima di iniziare ad effettuare interventi individuali, si esegue una valutazione diretta e prolungata per valutare punti di forza e limiti dosando e personalizzando l'intervento. Lo scopo della valutazione è quello di guidare il processo di cambiamento.

In base ai bisogni prioritari descritti da Maslow (1954), le competenze più importanti per la vita all'interno di una comunità sono la capacità di cucinare e nutrirsi da soli, conservare un alloggio stabile e sicuro e un certo benessere economico.

Molte persone non hanno voglia di cucinare, per sopperire a tale necessità esistono i cibi pronti e da asporto che costituiscono spesso una dieta poco salutare, soprattutto quando rappresentano l'unica fonte di nutrimento. A volte è sufficiente aiutare semplicemente l'utente a fare le proprie scelte e a servirsi di risorse locali come negozi di alimentari, supermercati, servizi da asporto e di consegna a domicilio. Incoraggiarlo a riconoscere che saper cucinare rappresenta una competenza piacevole e che gli permette di risparmiare, utilizzando i principi del colloquio motivazionale, può essere il punto di partenza per avviarlo alla preparazione di un pasto.

Nel caso di alcuni utenti, è necessaria la consegna dei pasti a domicilio, oppure si può decidere di servirsi dell'assistenza domiciliare una o più volte a settimana per pulire casa, fare la spesa, ritirare i contributi assistenziali,...

La cura della salute fisica per il paziente psicotico viene sovente trascurata ed è lo stesso paziente che tende a non lamentarsi di disturbi fisici. Le persone affette da disturbi mentali gravi soffrono più frequentemente di problemi fisici rispetto al resto della popolazione, con un'aspettativa media di vita inferiore alla norma e le cause principali dell'aumento del tasso di mortalità sono dovute ad affezioni respiratorie e cardiovascolari, spesso correlata al tabagismo. Kendrik (1996) ha condotto uno studio su 106 pazienti con malattie mentali gravi, analizzati in 16 centri ambulatoriali di medicina generale, e ha riscontrato che, tra questi, un quarto era obeso, più della metà era costituito da fumatori abituali, 11 erano ipertesi, 21 presentavano tosse persistente con espettorato e 24 avevano problemi pneumologici gravi.

Le cause maggiori dei disturbi fisici per pazienti con patologie psichiatriche sono:

- *trascuratezza*: le conseguenze più ovvie sono rappresentate da problemi dentali, perché non hanno l'abitudine di spazzolarsi, laddove il rischio di carie aumenta. Trascurare l'igiene orale può portare anche all'emarginazione sociale. Un altro problema è l'obesità a causa dell'aumento dell'appetito provocato dai farmaci e anche dalle cattive abitudini alimentari, fino anche a portare all'isolamento a causa dei vestiti che diventano troppo piccoli, determinando un'ulteriore perdita di autostima da parte del paziente. Infine vi sono i problemi respiratori, i pazienti psicotici iniziano a fumare e raramente smettono, spesso viene ignorato questo problema perché si pensa che sia troppo difficile aiutarli a smettere e anche una volta diagnosticato il disturbo e prescritta una terapia adeguata, gli utenti si rifiutano di rispettarla;
- *uso di farmaci psichiatrici*: provocano numerosi effetti collaterali tra cui secchezza delle fauci, aumento dell'appetito, un grado variabile di sedazione, problemi renali e tiroidei (in modo particolare l'assunzione di litio), discinesia tardiva,...;
- *patologie concomitanti*: l'uso di alcol e droga nei soggetti psicotici provoca numerose patologie fisiche come malattie infettive, HIV ed epatite, rischio di traumi da intossicazione e conseguenze a lungo termine come neuropatie, deterioramento cognitivo, danni a livello di funzionalità epatica.

Il ruolo dell'infermiere di riferimento è quello di saper riconoscere quando il paziente ha un disturbo fisico e successivamente incoraggiarlo o accompagnarlo alle visite mediche di controllo. Allo stesso modo con cui viene controllato per quanto riguarda l'assunzione di farmaci per le patologie psichiatriche, può essere effettuato anche per l'assunzione di farmaci per problematiche fisiche.

CAPITOLO III

MATERIALI E METODI

3.1- Disegno dello studio

E' stato condotto uno studio clinico descrittivo osservazionale per un periodo di 4 settimane (dal 15/06/2015 al 12/07/2015), realizzato presso i Centri di Salute Mentale di San Donà di Piave e di Portogruaro, della regione Veneto.

Il protocollo di ricerca è stato strutturato per valutare, nei pazienti psicotici lungo assistiti dai CSM a domicilio, quali interventi vanno a ridurre i ricoveri presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC):

- individuare in base alla scala di Barthel alla scala IADL i bisogni degli assistiti;
- individuare quali interventi vengono effettuati ai pazienti seguiti a domicilio;
- quali interventi vanno a ridurre i ricoveri in SPDC.

3.2 – Campionamento

Il campione dello studio ha compreso i pazienti assistiti a domicilio presso i CSM, durante il periodo compreso tra il 15/06/2015 e il 12/07/2015.

I criteri che hanno condotto al reclutamento dei pazienti nello studio sono stati i seguenti:

- **criteri di inclusione:** pazienti con disturbi psicotici; pazienti lungo assistiti presso i CSM a domicilio;
- **criteri di esclusione:** pazienti residenti negli appartamenti protetti; pazienti residenti presso le comunità alloggio; pazienti residenti presso la comunità terapeutica residenziale protetta.

3.3 – Setting

Lo studio è stato condotto presso i CSM di San Donà di Piave (VE) e di Portogruaro(VE).

Il CSM è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei pazienti con patologie psichiatriche.

3.4 – Attività e strumenti di raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta nel periodo dal 15/06/2015 al 12/07/2015, seguendo il protocollo di ricerca riportato di seguito:

- a) selezionare gli utenti eleggibili, che comprendevano coloro che erano lungo assistiti a domicilio con diagnosi di psicosi;

- b) tramite le cartelle infermieristiche valutare i bisogni dei pazienti, con la scala di Barthel e con la IADL, se necessario l'informazione veniva richiesta all'infermiere di riferimento dell'utente;
- c) tramite le cartelle infermieristiche e le cartelle mediche identificare gli interventi messi in atto a domicilio, con la scheda "Attività di supporto a domicilio dall'infermiere registrata nelle cartelle infermieristiche", e i ricoveri effettuati per ogni paziente.

Di seguito si riporta una breve descrizione degli strumenti utilizzati per la valutazione dei bisogni dei pazienti:

- l'indice di Barthel modificato (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989) è considerato la migliore scala di valutazione delle attività di vita quotidiana (activity of daily living o ADL). Va ad indagare le reali capacità del paziente di realizzare autonomamente le ADL. L'indice di Barthel esamina complessivamente 10 parametri (igiene personale, capacità di lavarsi, alimentazione, abbigliamento, continenza intestinale e urinaria, capacità di realizzare trasferimenti dal letto alla sedia, toilette personale, capacità di salire e scendere le scale, capacità di spostarsi con la carrozzina). Il punteggio viene valutato in 100esimi, i punteggi sono compresi tra:
 - 71 e 100 indicano l'autosufficienza della persona;
 - 36 e 70 indicano uno stato di dipendenza parziale;
 - 0 e 35 significano una dipendenza totale.
- La scala IADL (Lawton, & Brody, 1969), viene utilizzata per valutare le attività di vita quotidiana intermedie o strumentali (self-maintaining and instrumental activities of daily living o IADL). Va ad indagare le capacità della persona nelle attività considerate necessarie per il mantenimento della propria dipendenza, in base a 8 parametri (usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governo della casa, fare il bucato, uso dei mezzi di trasporto, assunzione di farmaci, uso del denaro). Il punteggio va da 0 a 8, dove 0 indica che la persona è dipendente nelle IADL, mentre un punteggio uguale o superiore a 6 indica l'autonomia nelle IADL.

- La scheda “attività di supporto a domicilio dall’infermiere registrata nelle cartelle infermieristiche” è stata creata in base agli interventi che devono essere effettuati, secondo la letteratura, dall’infermiere per la presa in carico dell’utente. In questa scheda viene valutato se l’intervento messo in atto dall’infermiere a domicilio viene effettuato (si/no). E’ diviso in 5 aree, l’area della gestione della salute fisica e psichica che comprende 7 interventi, l’area della cura di sé che comprende 6 interventi, l’area dell’autonomia abitativa che ne comprende 9, l’area della relazione familiare, affettive, sociali che comprendono 3 interventi e l’area delle attività produttive e attività socialmente utili che ne comprendono 2.

3.5 – Affidabilità della raccolta dati

La raccolta dei dati per identificare gli interventi messi in atto ai pazienti, tramite le cartelle infermieristiche e cliniche, è stata effettuata dalla scrivente, con la collaborazione del personale infermieristico, agli utenti presi in carico a domicilio presso i CSM di San Donà di Piave e Portogruaro (VE).

La scelta del campione è stata scelta nel rispetto dei termini di inclusione/esclusione, nel rispetto della privacy degli utenti, con l’aiuto dei coordinatori infermieristici delle strutture. Il rispetto del protocollo dello studio e la collaborazione del personale infermieristico hanno garantito la raccolta dati completa per ogni utente. Si può quindi affermare che l’affidabilità della raccolta dati sia garantita.

3.6 – Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati usando l’indice di correlazione lineare prodotto-momento di Pearson. Si utilizza l’analisi della correlazione per misurare l’intensità dell’associazione tra due variabili quantitative.

La covarianza è una misura del legame lineare tra due caratteri quantitativi X e Y. È data dalla media aritmetica del prodotto degli scarti di due caratteri delle loro rispettive medie. Se gli scarti sono positivi/negativi del carattere X tendono ad associarsi a scarti positivi/negativi del carattere Y, allora i loro prodotti saranno positivi e la covarianza risulterà positiva; quando scarti positivi di X si associano a scarti negativi di Y (o viceversa), allora i loro prodotti saranno negativi e la covarianza risulterà negativa.

$$\sigma_{xy} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \mu_x)(y_i - \mu_y)$$

Dove μ_x è il valore medio della variabile X e μ_y è il valore medio della variabile Y.

I valori tra parentesi diventano quindi i rispettivi scarti dalla propria media.

La correlazione è un indice che misura la relazione lineare tra due caratteri quantitativi X e Y. È espresso dal rapporto tra la covarianza tra i due caratteri ed il prodotto dei rispettivi scarti quadratici medi.

$$r_{xy} = \frac{\sigma_{xy}}{\sigma_x \sigma_y} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \mu_x)(y_i - \mu_y)}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \mu_x)^2} \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \mu_y)^2}}$$

Il coefficiente di correlazione (r_{xy}) è compreso tra -1 e +1, se $r_{xy}=0$ allora non vi è relazione di tipo lineare tra i due caratteri, se $r_{xy}=\pm 1$, allora esiste un legame lineare perfetto positivo ($r_{xy}=+1$) o negativo ($r_{xy}=-1$).

Date due variabili quantitative, diremo che sono:

- correlate positivamente se variano in modo concorde, cioè direttamente proporzionale;
- correlate negativamente se variano in modo discorde, cioè inversamente proporzionale.

CAPITOLO V

RISULTATI

4.1 – Descrizione del campione

Nello studio sono stati presi in esame 75 utenti dei rispettivi CSM di San Donà di Piave e di Portogruaro (età media 40-60(± 1)).

Di questi la distribuzione per genere era caratterizzata da 38 femmine (50,6%) e 37 maschi (49,4%).

Analizzando i dati in base alla scala di Barthel il 100% dei pazienti è autonomo nelle ADL. Dalla valutazione tramite la scheda delle IADL risulta che il 64% degli utenti seguiti a domicilio non sono autonomi nelle IADL, di cui il 35% ha un punteggio di 4, mentre il 36% è risultato autonomo.

4.2 – Risultati in rapporto ai quesiti

Tramite le rilevazioni dei 75 pazienti assistiti a domicilio, si è voluto ricercare se da un punto di vista statistico emergeva un legame tra interventi e ricoveri diverso in relazione all'esecuzione dell'intervento: a domicilio, non a domicilio.

Se era facilmente intuibile che in presenza di un numero elevato di interventi sarebbero stati numerosi anche i ricoveri, l'analisi visiva dei valori riscontrati non permette una valutazione immediata di quanto forte sia tale legame. Inoltre la molteplicità delle aree rilevate rende difficile valutare se tale legame è più forte in presenza degli interventi a domicilio o viceversa. Se da una parte covarianza e correlazione non forniscono un'informazione del tipo causa-effetto, dall'altra consentono di misurare l'effettiva esistenza di un legame tra i due dati e con la misura dell'indice di correlazione stabilire anche quanto forte esso sia.

Sarebbe legittimo sospettare che la presenza o meno di interventi a domicilio possa avere un'influenza sul numero dei ricoveri: in presenza di una maggiore assistenza a domicilio i pazienti potrebbero avere minor necessità di essere ricoverati. Se così fosse il legame misurato attraverso l'indice di correlazione tra intervento-ricovero dovrebbe risultare più debole rispetto a quello non intervento-ricovero.

La raccolta dati è stata effettuata tramite le cartelle infermieristiche, per rilevare che interventi venivano eseguiti a domicilio e a quanti ricoveri il paziente è stato sottoposto.

Gli interventi sono stati raggruppati in base al numero di pazienti a cui venivano effettuati, questi sono stati messi in relazione al numero di ricoveri di questi pazienti.

In base all'analisi dei dati raccolti nei CSM è emerso che:

- gli interventi a domicilio che vengono effettuati maggiormente sono: i colloqui con l'infermiere di riferimento (82,6%), monitoraggio ed effettuazione di programmi socio-riabilitativi (gruppo uscite/gite) (62,6%), somministrazione e/o supervisione di trattamenti psicofarmacologici per via orale (57,3%), introdurre il paziente nell'ambito lavorativo attraverso un programma di "lavoro protetto" (48%), sostegno alla famiglia (45,3%), valutazione dello stato nutrizionale attuando interventi di educazione alimentare (40%) e valutazione del grado di dipendenza e cura di sé del paziente (37,3%);

		INTERVENTI A DOMICILIO	RICOVERI	NON INTERVENTI A DOMICILIO	RICOVERI
		X_i	Y_i	X_i	Y_i
GESTIONE DELLA SALUTE FISICA E PSICHICA	1	22	108	53	124
	2	24	80	51	152
	3	43	207	32	25
	4	8	13	67	219
	5	19	63	56	169
	6	47	120	28	112
	7	62	215	13	17
CURA DI SE'	1	30	101	45	131
	2	28	94	47	138
	3	14	52	61	180
	4	9	42	66	190
	5	1	0	74	232
	6	1	7	74	225
AUTONOMIA ABITATIVA	1	21	105	54	127
	2	0	0	75	232
	3	14	61	61	171
	4	9	35	66	197
	5	23	115	52	117
	6	17	92	58	140
	7	25	116	50	116
	8	19	72	55	160
	9	20	141	54	91

RELAZIONE, FAMILIARE, AFFETTIVE, SOCIALI	1	34	134	41	98
	2	24	80	51	152
	3	13	67	62	165
ATTIVITA' PRODUTTIVE E ATTIVITA' SOCIALMENTE	1	36	112	39	120
	2	2	17	73	215

Tabella I - Comparazione interventi a domicilio con ricoveri e non interventi a domicilio con ricoveri

- le tabelle sono state prese singolarmente per effettuare la misura degli indici statistici di covarianza e correlazione, inoltre sono stati calcolati μ_x e μ_y che sono le medie dei rispettivi X_i e Y_i .

INTERVENTI A DOMICILIO	RICOVERI					
		X_i	Y_i	$X_i - \mu_x$	$(X_i - \mu_x)^2$	$Y_i - \mu_y$
22	108	1,1	1,2	24,7	610,3	26,53360768
24	80	3,1	9,4	-3,3	10,9	-10,13305898
43	207	22,1	487,3	123,7	15302,6	2730,644719
8	13	-12,9	167,1	-70,3	4941,6	908,6447188
19	63	-1,9	3,7	-20,3	411,9	39,08916324
47	120	26,1	679,9	36,7	1347,2	957,0150892
62	215	41,1	1687,1	131,7	17345,9	5409,607682
30	101	9,1	82,3	17,7	313,4	160,6447188
28	94	7,1	50,0	10,7	114,6	75,71879287
14	52	-6,9	48,0	-31,3	979,5	216,7558299
9	42	-11,9	142,2	-41,3	1705,4	492,4965706
1	0	-19,9	397,0	-83,3	6938,3	1659,75583
1	7	-19,9	397,0	-76,3	5821,1	1520,274348
21	105	0,1	0,0	21,7	471,1	1,607681756
0	0	-20,9	437,9	-83,3	6938,3	1743,052126
14	61	-6,9	48,0	-22,3	497,1	154,4224966
9	35	-11,9	142,2	-48,3	2332,5	575,9780521
23	115	2,1	4,3	31,7	1005,1	65,7558299
17	92	-3,9	15,4	8,7	75,8	-34,17009602
25	116	4,1	16,6	32,7	1069,5	133,2373114
19	72	-1,9	3,7	-11,3	127,6	21,7558299

20	141	-0,9	0,9	57,7	3329,7	-53,42935528
34	134	13,1	170,9	50,7	2570,9	662,9039781
24	80	3,1	9,4	-3,3	10,9	-10,13305898
13	67	-7,9	62,8	-16,3	265,6	129,1632373
36	112	15,1	227,2	28,7	823,9	432,6817558
2	17	-18,9	358,2	-66,3	4395,2	1254,718793
$\mu_x=20,9$	$\mu_y=83,3$	$\sigma_{xy}=713,5$		$r_{xy}=0,91$		
$\sigma_x=14,5$	$\sigma_y=54,3$	$\sigma_x \cdot \sigma_y=786,2$				

Tabella II - Analisi statistica, indici di covarianza e correlazione

NON INTERVENTI A DOMICILIO		RICOVERI				
X_i	Y_i	$X_i - \mu_x$	$(X_i - \mu_x)^2$	$Y_i - \mu_y$	$(Y_i - \mu_y)^2$	$(X_i - \mu_x) \cdot (Y_i - \mu_y)$
53	124	-1	1	-24,7	610,3	24,7037037
51	152	-3	9	3,3	10,9	-9,888888889
32	25	-22	484	-123,7	15302,6	2721,481481
67	219	13	169	70,3	4941,6	913,8518519
56	169	2	4	20,3	411,9	40,59259259
28	112	-26	676	-36,7	1347,2	954,2962963
13	17	-41	1681	-131,7	17345,9	5399,851852
45	131	-9	81	-17,7	313,4	159,3333333
47	138	-7	49	-10,7	114,6	74,92592593
61	180	7	49	31,3	979,5	219,0740741
66	190	12	144	41,3	1705,4	495,5555556
74	232	20	400	83,3	6938,3	1665,925926
74	225	20	400	76,3	5821,1	1525,925926
54	127	0	0	-21,7	471,1	0
75	232	21	441	83,3	6938,3	1749,222222
61	171	7	49	22,3	497,1	156,0740741
66	197	12	144	48,3	2332,5	579,5555556
52	117	-2	4	-31,7	1005,1	63,40740741
58	140	4	16	-8,7	75,8	-34,81481481
50	116	-4	16	-32,7	1069,5	130,8148148
55	160	1	1	11,3	127,6	11,2962963
54	91	0	0	-57,7	3329,7	0
41	98	-13	169	-50,7	2570,9	659,1481481
51	152	-3	9	3,3	10,9	-9,888888889
62	165	8	64	16,3	265,6	130,3703704

39	120	-15	225	-28,7	823,9	430,5555556
73	215	19	361	66,3	4395,2	1259,62963
$\mu_x=54$	$\mu_y=148,7$		$\sigma_{xy}=715,2$		$r_{xy}=0,91$	
$\sigma_x=14,5$	$\sigma_y=54,3$		$\sigma_x \cdot \sigma_y=785,9$			

Tabella III - Analisi statistiche, indici di covarianza e correlazione

Dall'analisi statistica risulta che l'indice di correlazione è fortemente positivo e identico in entrambe le tabelle;

- vi può essere la presenza di alcuni dati distanti dalla media (μ) che possa influenzare l'indice di correlazione (r_{xy}). Per evitare una distorsione dei dati, sono stati rivalutati escludendo gli interventi che vengono effettuati meno di 10 volte.

INTERVENTI A DOMICILIO		RICOVERI				
X_i	Y_i	$X_i - \mu_x$	$(X_i - \mu_x)^2$	$Y_i - \mu_y$	$(Y_i - \mu_y)^2$	$(X_i - \mu_x) \cdot (Y_i - \mu_y)$
22	108	-4,75	22,5625	1,25	1,5625	-5,9375
24	80	-2,75	7,5625	-26,75	715,563	73,5625
43	207	16,25	264,063	100,25	10050,1	1629,0625
19	63	-7,75	60,0625	-43,75	1914,06	339,0625
47	120	20,25	410,063	13,25	175,563	268,3125
62	215	35,25	1242,56	108,25	11718,1	3815,8125
30	101	3,25	10,5625	-5,75	33,0625	-18,6875
28	94	1,25	1,5625	-12,75	162,563	-15,9375
14	52	-12,75	162,563	-54,75	2997,56	698,0625
21	105	-5,75	33,0625	-1,75	3,0625	10,0625
14	61	-12,75	162,563	-45,75	2093,06	583,3125
23	115	-3,75	14,0625	8,25	68,0625	-30,9375
17	92	-9,75	95,0625	-14,75	217,563	143,8125
25	116	-1,75	3,0625	9,25	85,5625	-16,1875
19	72	-7,75	60,0625	-34,75	1207,56	269,3125
20	141	-6,75	45,5625	34,25	1173,06	-231,1875
34	134	7,25	52,5625	27,25	742,563	197,5625
24	80	-2,75	7,5625	-26,75	715,563	73,5625
13	67	-13,75	189,063	-39,75	1580,06	546,5625
36	112	9,25	85,5625	5,25	27,5625	48,5625
$\mu_x=26,75$		$\mu_y=106,75$		$\sigma_{xy}=418,88$		$r_{xy}=0,81$
$\sigma_x=12,1$		$\sigma_y=42,23$		$\sigma_x \cdot \sigma_y=511,08$		

Tabella IV - Analisi statistica, indici di covarianza e correlazione, con interventi >10

NON INTERVENTI A DOMICILIO	RICOVERI					
X_i	Y_i	$X_i - \mu_x$	$(X_i - \mu_x)^2$	$Y_i - \mu_y$	$(Y_i - \mu_y)^2$	$(X_i - \mu_x) \cdot (Y_i - \mu_y)$
53	124	4,85	23,5225	-1,25	1,5625	-6,0625
51	152	2,85	8,1225	26,75	715,563	76,2375
32	25	-16,15	260,823	-100,25	10050,1	1619,0375
56	169	7,85	61,6225	43,75	1914,06	343,4375
28	112	-20,15	406,023	-13,25	175,563	266,9875
13	17	-35,15	1235,52	-108,25	11718,1	3804,9875
45	131	-3,15	9,9225	5,75	33,0625	-18,1125
47	138	-1,15	1,3225	12,75	162,563	-14,6625
61	180	12,85	165,123	54,75	2997,56	703,5375
54	127	5,85	34,2225	1,75	3,0625	10,2375
61	171	12,85	165,123	45,75	2093,06	587,8875
52	117	3,85	14,8225	-8,25	68,0625	-31,7625
58	140	9,85	97,0225	14,75	217,563	145,2875
50	116	1,85	3,4225	-9,25	85,5625	-17,1125
55	160	6,85	46,9225	34,75	1207,56	238,0375
54	91	5,85	34,2225	-34,25	1173,06	-200,3625
41	98	-7,15	51,1225	-27,25	742,563	194,8375
51	152	2,85	8,1225	26,75	715,563	76,2375
62	165	13,85	191,823	39,75	1580,06	550,5375
39	120	-9,15	83,7225	-5,25	27,5625	48,0375
$\mu_x=48,2$		$\mu_y=125,25$		$\sigma_{xy}=418,86$		$r_{xy}=0,82$
$\sigma_x=12,04$		$\sigma_y=42,23$		$\sigma_x \cdot \sigma_y=508,84$		

Tabella V - Analisi statistica, indici di covarianza e correlazione, con interventi > 10

L'indice di correlazione dell'analisi statistica prendendo in considerazione tutti gli interventi rispetto a quella con interventi > 10 cambia del 10%. Tuttavia mentre nelle prime tabelle (tabella 2 e 3) le correlazioni sono identiche, nelle altre vi è una differenza minima dell'1%. Questo rafforza il fatto che non vi sia una diminuzione dei ricoveri con la presa in carico a domicilio del paziente.

CAPITOLO V

DISCUSSIONE

5.1 – Discussione

Lo studio è stato condotto per valutare se vi è uno specifico approccio infermieristico assistenziale in grado di far permanere più a lungo possibile l'assistito psicotico al suo domicilio, evitando i ricoveri presso l'SPDC. Secondo l'analisi dei dati raccolti presso le strutture del CSM, si è valutato che gli interventi a domicilio effettuati dal personale infermieristico sono fortemente correlati ai ricoveri, ma dall'analisi statistica è emerso che gli interventi non riducono le ospedalizzazioni in SPDC.

In questo studio è stato preso in esame il rapporto tra gli interventi a domicilio e i ricoveri, confrontandolo con la non esecuzione degli interventi a domicilio e i rispettivi ricoveri, è emerso che i rapporti sono entrambi positivi ($r_{xy}=0,91$), cioè che vi è una forte relazione tra gli interventi e i ricoveri. Inoltre sono state effettuate le analisi statistiche su questi rapporti, ma utilizzando solamente gli interventi con numero di esecuzioni maggiore di 10, questo perché i numeri inferiori avrebbero potuto modificare i dati (in particolare le medie). La relazione tra questi due rapporti ha una differenza del 10% ($r_{xy}=0,81;0,82$), rispetto alla correlazione dei rapporti utilizzando tutti gli interventi. In particolare vi è una differenza minima dell'1% tra i due rapporti, vale a dire che non vi sono riduzioni delle ospedalizzazioni tra l'attuazione di interventi a domicilio e la non attuazione degli interventi.

Dalla letteratura emerge che gli interventi effettuati a domicilio sono gli stessi che vengono eseguiti nei rispettivi CSM, come la gestione della salute fisica e psichica, gestione della casa, del lavoro, della vita quotidiana e i rapporti con la famiglia e il vicinato (Burns, & Firn), ma vi sono numerosi fattori che vanno ad incidere sulla decisione dell'ospedalizzazione del paziente psicotico.

Vi possono essere numerose cause che portano a questo risultato, essendo il paziente una persona con caratteristiche bio-psico-sociali uniche, vi sono infatti vari motivi che possono influenzare la scelta più appropriata dell'intervento; per esempio la scelta per il tipo di percorso in borsa lavoro; oppure la scelta tra diverse attività socio-riabilitative come la palestra, la piscina, le gite, il teatro, effettivamente sostenibili dal soggetto.

Questi interventi, effettuati direttamente a casa degli assistiti, vengono maggiormente favoriti da essi, diventando nel tempo ciò che viene ricordato meglio e che garantisce di strutturare migliori alleanze terapeutiche (Brandolin, Lusina, Pasquazzo, Riolo, Rossi & Samar). Questa valutazione deve essere supportata da maggiori studi controllati, verificando il maggiore o minore grado di soddisfazione dell'individuo, in funzione dell'intervento messo in atto e da come si rende evidente anche in questo studio non è possibile effettuare interventi standardizzati per tipologie di pazienti, ma è necessario programmarli in base alle specificità individuali.

Gli interventi domiciliari non devono avere lo scopo esclusivo di ridurre i ricoveri, ma divengono, soprattutto nel paziente psichiatrico, uno strumento per migliorare la sua qualità di vita, come specchio del miglioramento dell'abitare che contrasta i percorsi di re-istituzionalizzazione.

Lo scopo principale che si intende raggiungere con la presa in carico del paziente è quella di garantire il raggiungimento e il mantenimento di adeguate condizioni di vita e permettere l'instaurarsi di autonomia e integrazione sociale, grazie all'avvento di una psichiatria basata sulla presenza costante e continua dei servizi psichiatrici territoriali.

L'infermiere si propone di accertare e 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 (Ceglie, Landini, Mercone, Nante & Tartaglione,).

È necessario quindi che ogni intervento messo in atto abbia caratteristiche di specificità, flessibilità e che siano personalizzati in base ad ogni paziente (Linea Guida, 2007).

Con questo studio non è stato possibile quindi affermare una riduzione dei ricoveri in relazione agli interventi domiciliari, tuttavia la domiciliarità, ovvero la concretizzazione della presa in carico nel mondo reale della persona, appare funzionale all'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali severi, scongiurando fenomeni di abbandono e di marginalizzazione, ponendo al centro il soggetto, la sua storia, senza riduzionismi biologici che finiscono con il determinare il confine a casa del malato e, senza volerlo, nuove forme di segregazione, di separatezza, di esclusione. Sussiste, infatti, il rischio che la casa diventi luogo di reclusione, un "cattivo ritiro" dal mondo e non già spazio proteso verso il contesto sociale, scrigno progettuale per investire nel mondo della vita.

CAPITOLO VI

CONCLUSIONI

6.1 – Limiti dello studio

Lo studio è stato effettuato nei CSM di un'unica Ulss, questo va a limitare la ricerca poiché entrambi i CSM hanno lo stesso approccio al paziente psicotico a domicilio. Non potendo aver effettuato il confronto con CSM di altre strutture o regioni conduce a pensare che i dati non sono generalizzabili ma si riferiscono solamente ad un solo sistema.

Potrebbe essere opportuno replicare lo studio in altre strutture di altre regioni e individuare altri fattori che vanno ad influenzare la scelta del ricovero.

Un ulteriore limite è stato quello di aver creato una scheda per la raccolta dei dati e non aver utilizzato una scheda situata in letteratura, poiché non presente.

A causa del limitato tempo per la raccolta dati non si è potuto effettuare un follow up dei pazienti coinvolti nello studio.

Vi è inoltre la necessità di effettuare un'analisi dei dati prendendo in considerazione anche il fattore tempo, verificando quando vengono effettuati i ricoveri secondo la temporalità in relazione ai rispettivi interventi.

6.2 - Implicazioni per la pratica

I risultati dello studio, rispetto all'argomento affrontato con la ricerca, hanno una notevole significatività statistica tra le associazioni realizzate, anche se i singoli interventi presi in esame non possono essere predittivi per i ricoveri, ma vi sono numerosi fattori che vengono valutati e che influenzano la scelta dell'ospedalizzazione.

Per la presa in carico totale del paziente è necessario che gli interventi a domicilio diventino non solamente interventi di cura, assistenza e riabilitazione degli utenti ma che diventino uno strumento per prevenire episodi acuti e quindi anche il ricovero, in maniera tale da rilevare precocemente delle alterazioni, reali o potenziali, del suo stato psichico e pianificare un piano d'interventi con l'équipe per prevenire futuri ricadute o drop-out.

6.3 – Conclusioni

Lo studio condotto ha permesso di poter affermare come dato di sintesi finale, pur con tutti i limiti metodologici ipotizzabili, che non è emersa una diminuzione effettiva dei ricoveri legati agli interventi domiciliari effettuati dagli infermieri del CSM. Vi è solamente una

differenza statistica dell'1% tra gli interventi domiciliari e i ricoveri e la non esecuzione degli interventi e i relativi ricoveri.

Permane comunque lo scopo che è quello non solo di ridurre gli accessi all'SPDC, che sono influenzati da molteplici variabili non tutte modificabili, causate dalla patologia psichiatrica in sé, ma anche quello del miglioramento della vita del paziente, oltre che l'inserimento in contesti lavorativi e sociali per un cambiamento positivo della qualità di vita sia del paziente che dei familiari che convivono con esso.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosi, P., & Berlincioni, V. (1987). *Fare e pensare in psichiatria. Relazione e istituzione*. "Il servizio di salute mentale e la visita domiciliare". Milano: Raffaello Cortina.
- Ba, G. (2003). *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: Franco Angeli editore. 442-443.
- Brandolin, C., Lusina, A., Pasquazzo, G., Riolo, A., Rossi, M., & Samar, D. (2013). *Riabilitare al proprio abitare. Per una metodologia d'intervento*. Congresso Nazionale WAPR Italia.
- Bravi, G., Cocchi, A., Contini, A., & Pittini, G. (1978). *Istituzione, famiglia, équipe curante*. L'evoluzione e il significato delle visite domiciliari nell'esperienza dell'ospedale psichiatrico di Parabiago. Milano: Feltrinelli
- Burns, T., & Firn, M. (2002). *La presa in carico intensiva. Un manuale per gli operatori di salute mentale*. Roma: Il pensiero scientifico editore.
- Caggio, F., & Cremonesi, L. (2010). Andare a casa d'altri; si può? *Errepiesse, IV(3)*. 3-19.
- Ciambrello, C., Cantelmi, T., & Pasini, A. (2001). *Infermieristica clinica in igiene mentale*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Dati Istat (2001-02). Dimissioni dagli istituti di cura in Italia.
- Dati Istat (2006). L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici.
- Ferro, A., Peloso, P., & Moretti, D. (2002). L'intervento domiciliare: uno strumento prezioso della psichiatria di comunità. *Psichiatria di comunità, (1)2*. 47-56.
- Galimberti, U. (1987). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gallio, G. (2008). *L'ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento (1908-2008)*. "La distruzione dell'ospedale psichiatrico". Milano: Electa.
- Giordano G. (1997). *La casa vissuta. Percorsi e dinamiche dell'abitare*. Milano: Giuffrè editore.
- Giacomelli, F. (1982). Nuovi spazi e nuove strutture della psichiatria. Atti del seminario: i presidi semiresidenziali e residenziali in psichiatria. Dipartimento sicurezza regione Emilia Romagna.
- Heidegger, M. (1969). *Essere e tempo*. Torino: Utet.

Kendrick, T.(1996). Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patient with long-term mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 169(6). 733-739.

Kulkarni, J. (2001). *Riconoscere ed affrontare la psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*. "Trattamento del primo episodio psicotico". Torino: Centro Scientifico Editore.

Ministero della Salute. (2007). Linea guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia.

Ministero della Salute. (2013). I servizi di salute mentale.

Ministero della Salute. (2014). Definizione di "salute mentale" secondo l'OMS.

Piano nazionale di azioni per la salute mentale. (2013). Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi della personalità. Conferenza Stato Regioni. 5-11.

Rossi Monti, M. (1994). *Manuale di psichiatria nel territorio*. "Interventi "senza rete": la visita domiciliare". Firenze: Nuova Italia.

Scott, R. D. (1982). *L'ospedalizzazione psichiatrica e le alternative al ricovero*. "Una terapia orientata alla famiglia nell'ambito della comunità e servizi di intervento sulla crisi: principi fondamentali". Roma: Il pensiero scientifico.

World Health Organization (2010). MhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. *Psychosys*. 18-22.

SITOGRAFIA

La casa e l'abitare, reperito al sito web:

http://www.villesansecondo.it/altravoce/1/la_casa_e_labitare.htm

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). Global Burden of Disease 2010.

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

ALLEGATI

Allegato N°1 - Scala Barthel Index modificato

Allegato N°2 - Scheda IADL

Allegato N°3 - Attività di supporto a domicilio dall'infermiere registrata nelle cartelle infermieristiche

Allegato N°4 - Autorizzazione Direttore Generale Ulss 10

ALLEGATO N°1

SCALA BARTHEL INDEX MODIFICATO

SHAH S., VANCLAY F., COOPER B. (1989), *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*, in "Journal Clinical Epidemiology", 42, pp. 703-9

Igiene personale

- (0) incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
- (1) necessita di aiuto per tutte le operazioni
- (3) necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene
- (4) in grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni
- (5) capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli)

Bagno/doccia (lavarsi)

- (0) totale dipendenza nel lavarsi
- (1) necessita di aiuto per tutte le operazioni
- (3) necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure per lavarsi o asciugarsi
- (4) necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)
- (5) capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato

Alimentazione

- (0) dipende per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.
- (2) capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto
- (5) capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate (versare latte nel tè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata)
- (8) indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il coperchio di un vasetto ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona
- (10) capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di applicarlo. Tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro ecc.

Abbigliamento

- (0) dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora
- (2) capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti
- (5) necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
- (8) necessita solo di minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci, scarpe
- (10) capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi

Continenza intestinale

- (0) incontinente
- (2) necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie

(5) capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.

(8) può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enteroclismi, occasionali perdite

(10) controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario

Continenza urinaria

(0) incontinente o catetere a dimora. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni

(2) incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno

(5) in genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario uso parziale dei dispositivi

(8) generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni

(10) controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni

Trasferimenti letto o sedia

(0) non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico

(3) collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento

(8) necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento

(12) necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza

(15) capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi

Toilette

(0) completamente dipendente

(2) necessita di aiuto per tutti gli aspetti

(5) necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani

(8) necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla

(10) capace di trasferirsi sul e dal gabinetto. gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o il pappagallo ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla

Scale

(0) incapace di salire o scendere le scale

(2) necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)

(5) capace di salire/scendere le scale ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza

(8) in genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza o a causa di rigidità mattutina, dispnea ecc.

(10) in grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare un corrimano, bastone o stampelle se necessario ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa

Questo punteggio viene attribuito anche nel caso l'incapacità dipenda dalle condizioni generali del paziente o comunque da qualsiasi patologia

Deambulazione

- (0) non in grado di deambulare
- (3) necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
- (8) necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
- (12) indipendente nella deambulazione ma con autonomia (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
- (15) capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione

Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)

Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "0" nella deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina

- (0) dipendente negli spostamenti con la carrozzina
- (1) capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
- (3) necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.
- (4) capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette
- (5) capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, WC, ecc.). L'autonomia deve essere superiore a 50 metri

PUNTEGGIO TOTALE: _____/100

LEGENDA: da 5 a 35 = dipendenza totale

da 36 a 70 = dipendenza parziale

da 71 a 100 = autosufficienza

ALLEGATO N°2

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLA DIPENDENZA NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA INTERMEDIE O STRUMENTALI – I.A.D.L. (instrumental activities of daily living)

Lawton M.P., Brody E.M. (1969), Assessment of the older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, in "Gerontologist", 9, pp. 179-86

	ATTIVITÀ	
A) USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
	3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
	4) Non è capace di usare il telefono	0
B) FARE LA SPESA	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
	2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
	4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
C) PREPARARE IL CIBO	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
D) GOVERNO della CASA	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente	1
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
E) FARE IL BUCATO	1) Fa il bucato personalmente e completamente	1
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
F) MEZZI di TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
	5) Non si sposta per niente	0
G) ASSUNZIONE FARMACI	1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
	2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
	3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
H) USO DEL DENARO	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
	2) E' in grado di fare piccoli acquisti	1
	3) E' incapace di maneggiare i soldi	0
	TOTALE	

Punteggio uguale o superiore a 6 = AUTONOMIA

ALLEGATO N°3

*Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro*



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**ATTIVITA' DI SUPPORTO A DOMICILIO DALL'INFERMIERE
REGISTRATA NELLE CARTELLE INFERMIERISTICHE**

ETA': <25 anni da 25 a 40 anni da 40 a 60 anni >60 anni

GENERE: M F

	INTERVENTI	EFFETTUATI A DOMICILIO	
		SI	NO
GESTIONE DELLA SALUTE PSICHICA E FISICA	1 - Esecuzione prelievi ematici		
	2 - Somministrazione terapia long acting		
	3 - Somministrazione e/o supervisione di trattamenti psicofarmacologici per via orale		
	4 - Monitoraggio ed effettuazione di programmi socio-riabilitativi: gruppo teatro/arte		
	5 - Monitoraggio ed effettuazione di programmi socio-riabilitativi: gruppo piscina/palestra		
	6 - Monitoraggio ed effettuazione di programmi socio-riabilitativi: gruppo uscite/gite		
	7 - Colloquio con infermiere referente		
CURA DI SE'	1 - Valutazione dello stato nutrizionale attuando interventi di educazione alimentare		
	2 - Valutazione del grado di dipendenza/cura di sé del paziente		
	3 - Aiutare il paziente nel fare il bagno		
	4 - Aiutare il paziente nel vestirsi e nella scelta degli abiti più adeguata		
	5 - Aiutare il paziente nella deambulazione		
	6 - Aiutare il paziente nell'alimentarsi		
AUTONOMIA ABITATIVA	1 - Accompagnare il paziente a fare la spesa e nella preparazione dei pasti		
	2 - Aiutare il paziente nell'uso del telefono		
	3 - Aiutare il paziente nel fare il bucato e nel governo della casa (pulizia della casa)		

	4 - Aiutare il paziente nel prendere l'autobus o uso di mezzi propri		
	5 - Valutazione della necessità di richiedere per il paziente un amministratore di sostegno		
	6 - Aiutare il paziente nella gestione del denaro		
	7 - Accompagnare il paziente dal Medico di Medicina Generale o per visite specialistiche		
	8 - Attivazione dell'assistenza domiciliare		
	9 - Valutazione ambiente domestico		
RELAZIONE FAMILIARE, AFFETTIVE, SOCIALI	1 - Sostegno alla famiglia		
	2 - Educazione alla famiglia		
	3 - Informare la famiglia o caregivers sul problem solving da attuare per ridurre il tasso di recidiva e ridurre gli oneri famigliari		
ATTIVITA' PRODUTTIVE E ATTIVITA' SOCIALMENTE UTILI	1 - Introdurre il paziente nell'ambito lavorativo attraverso un programma di "lavoro protetto"		
	2 - Lavoro presso il Centro di Salute Mentale		

ALLEGATO N°4



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.

Alla dr.ssa Elsa Labelli
direttore didattico
Corso di Laurea in Infermieristica
Via Seminario, n.35
30026 PORTOGRUARO

Con riferimento alle richieste da parte degli studenti del CLI, di cui all'allegato elenco, finalizzate alla somministrazione dei questionari per la compilazione della tesi di Laurea in Infermieristica, rilevato che per le predette richieste vi sono già i pareri favorevoli dei direttori delle UU.OO. e strutture interessate, si autorizza alla raccolta dati e si chiede alla S.V. di darne comunicazione agli interessati.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Bramezza

Direzione Sanitaria
Unità Operativa Professioni Sanitarie
Dirigente: Dott. Mauro Filippi
Referente Istruttoria: Sonia Chinellato

e-mail: sinf.dir@ulss10.veneto.it
Tel. 0421 228155
Fax 0421 228156

www.ulss10.veneto.it