



Diagnosi e Cura Psichiatrico di Ravenna

in collaborazione con tutto il personale assistenziale
Bologna, 28 febbraio 2017

Diagnosi e Cura di Ravenna

Come eravamo fine anni '90:

- **Struttura:**

- porte chiuse
- finestre con sbarre metalliche
- telecamere
- regole rigide
- carrello contenzioni in guardiola

Diagnosi e Cura di Ravenna

Come eravamo fine anni '90:

- Equipe assistenziale:
 - incentrata sul rispetto delle regole
 - distanza fisica dall'utente
 - approccio alla psicopatologia

Questo tipo di organizzazione strutturale e approccio assistenziale determinavano:

- aumento delle situazioni di conflitto gestite:
 - intervento farmacologico
 - intervento coercitivo

Con conseguente:

- n. elevato di contenzioni
- n. elevato di infortuni

Che cosa è cambiato:

riflessione da parte dell'equipe in merito al modello assistenziale in uso che ha condotto ad un cambiamento a favore dei bisogni dell'utente, non identificato solo nella sua patologia ma nella sua complessità

“Il Paziente al centro della assistenza”

Empatia

- Osservazione attenta ai bisogni espressi e non
- Valutazione di tipo Bio-Psico-Sociale finalizzata ad evidenziare su quali abilità intervenire in collaborazione con i referenti territoriali e contesto familiare
- Stesura di un piano di trattamento individuale qualora non sia già esistente al momento del ricovero
- Proseguimento e rimodulazione di piano di trattamento individuale se presente al momento di ricovero

- Dal punto di vista strutturale sono state **rimosse dalle stanze di degenza le telecamere, le sbarre alle finestre e** effettuata una **apertura della porta di accesso al reparto;**
- Sono state **tolte alcune regole rigide** all'interno del reparto relativamente al fumo, all'accesso alle macchine erogatrici di bevande, all'orario di accesso per le visite, alla possibilità di utilizzo di telefoni-computer;
- E' stato **ampliato l'orario di visita dei parenti** (con flessibilità in base alle esigenze).

Per i professionisti vi è stata:

- Crescita professionale con la formazione specifica in merito a “Gruppi Cognitivo Comportamentali”
- Formazione del personale ampliata verso “gruppi psico-educativi” che ad oggi riscontrano attenzione da parte dell’utenza
- Formazione specifica nella gestione dell’aggressività
- Formazione del personale in merito a ginnastica posturale e tecniche di rilassamento
- Sensibilizzazione riguardo gli stili comunicativi
- Implementazione di tutto ciò nelle attività di reparto

- Nel tempo e nonostante le resistenze al cambiamento da parte dell'equipe queste modifiche sono state elaborate, metabolizzate ed introiettate riconoscendo in questo nuovo approccio la **dignità del paziente** ed il valore fondamentale nel **riabilitare alla vita sociale**
- In contemporanea è stata introdotta una formazione specifica EB finalizzata all' Illness Management e Recovery che ha permesso il riconoscimento di **ruolo attivo da parte dell'utente e della rete familiare**

- Introduzione in U.O. modello organizzativo per **piccole equipe** nel 1998 ed ancora funzionale ad oggi riconoscendo solo pochi professionisti referenti per ogni utente
- Verso il 2002 introduzione in U.O. della **cartella infermieristica con Diagnosi e Pianificazione** degli interventi seguendo il modello N.A.N.D.A.

Queste le diagnosi i. NANDA maggiormente presenti per persone ricoverate in SPDC

- **AUTOGESTIONE DELLA SALUTE MENTALE** inefficace, modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento della malattia mentale e delle sue sequele che risulta insoddisfacente per il raggiungimento di specifici obiettivi di salute.
- **AUTOSTIMA/AUTOEFFICACIA** scarsa, autovalutazione e sentimenti costantemente negativi su di sé e sulle proprie capacità/insufficiente convinzione della propria capacità di riuscire a conseguire l'obiettivo prefissato in un determinato tempo.
- **CADUTE**, rischio di aumentata probabilità di cadute che possono essere causa di danni fisici.
- **COPING/PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'** inefficace, incapacità di fare un'adeguata valutazione degli agenti stressanti e di gestirli adeguatamente, inadeguatezza delle scelte di risposte pratiche/incapacità di organizzare una serie di azioni in un tempo preciso a determinate condizioni, di attivare strategie appropriate e inibire risposte non adeguate.
- **COMPROMISSIONE DELLA FUNZIONE COGNITIVA**, diminuita capacità di interpretare gli stimoli ambientali e di svolgere i processi intellettivi, che si manifesta con disturbi che riguardano l'attività cognitiva: • attenzione, • concentrazione, • memoria, • psicomotricità, • orientamento, • comunicazione, • comportamento, • stato di coscienza.
- **CURA DI SE'**, compromissione della capacità di svolgere adeguatamente o completare in autonomia le attività relative all'aspetto, al vestirsi, all'igiene personale e alla propria unità.
- **DEGLUTIZIONE** compromessa, anormale funzionamento del meccanismo della deglutizione.
- **DOLORE** (Acuto, Cronico), stato in cui la persona ha e riferisce un fastidio, sensazione di disagio, dolore.

Queste le diagnosi i. NANDA maggiormente presenti nelle persone ricoverate in SPDC

- **ELIMINAZIONE URINARIA COMPROMESSA**/♦ **RISCHIO DI INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA**, disturbo dell'eliminazione urinaria a rischio di involontaria perdita di urina associata a una forte e improvvisa sensazione di urgenza minzionale; ♦ **STIPSI**/♦ **DIARREA**, diminuzione della normale frequenza della defecazione, accompagnata da un'emissione fecale difficoltosa o incompleta e/o con feci eccessivamente dure e asciutte/ emissione di feci liquide non formate.
- **INTERAZIONI SOCIALI compromesse**, relazioni sociali di quantità insufficiente o di qualità inefficace.
- **MOBILITA'/ESERCIZIO FISICO**, compromissione, limitazione del movimento fisico.
- **NUTRIZIONE SQUILIBRATA\ LIQUIDI**, assunzione di nutrienti in quantità non adeguata al fabbisogno metabolico\ volume di liquidi non adeguato al fabbisogno necessario.
- **PROCESSI FAMILIARI DISFUNZIONALI**, presenza di disorganizzazione dell'unità familiare che provoca conflitti, negazione o inefficace soluzione di problemi, resistenza al cambiamento e situazioni di crisi che tendono ad auto-perpetuarsi.
- **SALUTE**, inefficace mantenimento della, incapacità di identificare e gestire la propria salute: • abuso di alcol, tabacco, droghe; • esperienze sessuali a rischio; • patologia organica scarsamente trattata; • gioco d'azzardo.
- **SONNO**, disturbato modello di, alterazione limitata nel tempo della durata e della qualità del sonno.
- **VIOLENZA RIVOLTA A SE STESSI**, a rischio di comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere dannosa per se stessa.
- **VIOLENZA ETERO DIRETTA IMMINENTE**, a rischio di comportamenti con i quali la persona dimostra di essere fisicamente, emotivamente violenta nei confronti dell'ambiente

- **PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE**
- **INDIVIDUAZIONE** di: comportamento disfunzionale-disorganizzato-socialmente incompetente, situazione e/o problema di salute che esiste in un preciso momento, potenziale problema che può svilupparsi in futuro
- **DEFINIZIONE** di: fattori correlati, situazioni a cui è associata la diagnosi i. e causa di fallimenti della persona sul piano personale e sociale aiuta ad individuare gli interventi infermieristici più appropriati; fattori di rischio descrittivi situazioni e comportamenti che pongono la persona a rischio
- **APPROCCIO RELAZIONALE DI COACHING** • abilitare la persona ad acquisire l'autonoma capacità di diventare attiva (verso obiettivi della persona e non del coach)
- **TRAINING DI ABILITA', ESERCIZI per aumentare l'EMPOWERMENT**
 - nuova identità degli interventi assistenziali

A LIVELLO PREVENTIVO:

- **RICERCA DEI FATTORI CHE HANNO DETERMINATO L'AGGRESSIVITA'**
- **RICERCA EVENTI STRESSANTI**
- **SEGNI PREMONITORI**
- **STRATEGIE DI FRONTEGGIAMENTO**
- **MOTIVAZIONE ALLA PREVENZIONE**
- **COINVOLGIMENTO DELLE FAMIGLIE**

Costruzione ed uso di strumenti di supporto
sia per l'utente che per gli operatori
referenti

“CRISIS CARD”

Come è cambiato il “clima di reparto”:

Utente, partecipe attivamente nel processo di cura, non vive più il ricovero come evento negativo e traumatico bensì come sostegno.

Ciò ha portato alla riduzione delle situazioni di conflitto e se presenti gestite con strategie comunicative e relazionali.

Diminuzione del senso di impotenza e frustrazione sia per l'utente che per il personale

PUNTI DI FORZA

- Stesura di un protocollo d'intesa con le forze dell'ordine
- Tempestività dei loro interventi e struttura favorevole in merito all'agibilità per poterla raggiungere in tempi brevi in caso di necessità
- Procedura Dipartimentale per la gestione degli statati di intossicazione da parte del P.S.
- Numero di operatori in turno proporzionato al numero di degenti
- Possibilità di incremento del personale in caso di necessità (supporto da parte del CSM)

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Difficoltà nel passaggio di informazioni con distorsioni
- Difficoltà nell'applicare la teoria appresa in merito alla gestione dell'aggressività durante la formazione alla pratica
- Diniego della situazione da parte dell'equipe: non viene visto l'escalation del comportamento

BIBLIOGRAFIA

- “*NANDA* Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014”, edizione italiana a cura di Carlo Calamandrei, Casa Editrice Ambrosiana
- Manuale Moorhead S., Johnson M., Maas M., “*Nursing outcomes classification (NOC)*”, III edizione, Mosby, St. Louis, 2004
- McCloskey Dochterman J., Bulechek G.M., “*Nursing Interventions Classification (NIC)*”, IV edizione, Mosby, St. Louis, 2004

Il confronto con altre realtà affini e
l'aggiornamento continuo e
l'assimilazione delle buone pratiche
possono contribuire ad aumentare la
qualità dell'assistenza erogata e
permettere il raggiungimento di obiettivi
quali la riduzione/azzeramento del numero
di contenzioni annue.

Grazie per l'attenzione!