

La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

Infermiera Maria Grazia Castoldi e Infermiera Sandra Tomanin – Azienda Ospedaliera Legnano – Unità Operativa di Psichiatria Legnano – Centro Psicosociale di Cuggiono.

Promuovere la salute mentale del paziente e della sua famiglia per l'infermiere significa sviluppare delle strategie efficaci per rispondere alle esigenze immediate o potenziali del paziente.

Per raggiungere tali obiettivi, anche in ambito psichiatrico, l'infermiere si avvale del processo del nursing: accertamento, diagnosi, programmazione, attuazione, valutazione.

La fase dell'accertamento psichiatrico è un processo scientifico d'identificazione dei problemi psicosociali, dei punti di forza e delle apprensioni del paziente. Comporta: il colloquio psichiatrico, la valutazione dello stato mentale, l'esame obiettivo e le verifiche diagnostiche.

Il Centro Psicosociale di Cuggiono utilizza questo primo passo del processo del Nursing per la presa in carico da parte del servizio dei nuovi utenti. Prende il nome di "Prima Visita" e si prefigge:

- 1) un'accoglienza immediata del paziente, che viene ricevuto ed ascoltato in tutti i giorni di apertura del Servizio senza prenotazione.
- 2) Triage (valutazione dell'urgenza). Chi si rivolge per la prima volta ad un servizio di salute mentale territoriale è frequentemente spinto da un disagio che avverte come molto intenso e come tale da accogliere subito (urgenza soggettiva) anche se l'obiettività clinica (urgenza oggettiva) potrebbe consentire una risposta in tempi ragionevoli ma non immediati.
- 3) Informazione all'utente. L'operatore presenta il Servizio ed informa l'utente rispetto le procedure burocratiche (ticket, esenzioni ecc.).

Il *colloquio psichiatrico* infermieristico, in "Prima Visita", fornisce informazioni sulle anomalie comportamentali, sull'anamnesi sociale ed emotiva e sullo stato mentale del paziente.

L'utente viene accolto in un ambiente che rispetti la sua privacy, invitato ad accomodarsi, rassicurato sulla riservatezza e sulle modalità di svolgimento del colloquio. Se lo desidera potrà essere supportato da una persona di fiducia. Si preoccuperà, l'infermiere, di rispettare i tempi del paziente, ascoltandolo in modo obiettivo e rispondendo in modo empatico.

Affinché il colloquio possa raccogliere obiettivamente ed in modo completo i dati soggettivi ed oggettivi è auspicabile che sia guidato da alcuni accorgimenti:

- 1) si stabiliscono degli obiettivi chiari – il colloquio dura circa mezz'ora, deve raccogliere il più possibile tutte le informazioni, non deve disperdersi in una conversazione afinalistica
- 2) saranno da evitare giudizi personali, anche se richiesti, e formulazioni d'ipotesi
- 3) si osserveranno segni d'ansia e di disagio suscitati dagli argomenti trattati (comunicazione non verbale)
- 4) l'infermiere dovrà controllare reazioni personali e valutarle (meccanismo di transfert)

Nel Centro Psicosociale di Cuggiono l'infermiere si avvale di tre strumenti durante il colloquio.

- 1) CARTELLA ANAMNESTICA - nella quale vengono raccolti i dati anagrafici generali, parziale anamnesi familiare, personale (scolarità, attività lavorativa, stato civile, composizione del nucleo familiare), alcuni dati di rilevanza sociale (sistemazione abitativa, pensione).
- 2) INTERVISTA DI PRIMA VISITA – composta da una serie di domande aperte sulla storia recente e passata che ha condotto l'utente al Servizio nonché le sue aspettative.



- 3) Face – (TRIAGE ASSESSMENT, P.Clifford) – scala di valutazione finalizzata all'impostazione degli interventi ed alla definizione dei livelli d'assistenza occorrenti.

In questo articolo vogliamo prendere in esame l'INTERVISTA DI PRIMA VISITA che a nostro modo di vedere ci guida validamente in un colloquio sistematico all'accettazione del paziente.

Tabella 1 - SCHEMA DI PRIMA VISITA

- Com'è avvenuto l'invio al nostro Servizio?
- Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?
- Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?
- Com'è il rapporto con la famiglia e/o gli altri in generale?
- In passato ci sono stati altri episodi di disagio psichico?
- Ci sono stati tentativi di cura precedenti?
- Con quali aspettative il paziente è giunto al nostro Servizio?

Come si vede nella Tabella 1 essa è composta da quesiti essenziali, concisi e come tali volti a contenere e precisare il colloquio. Esaminiamo ora punto per punto i quesiti dello schema.

Come è avvenuto l'invio al nostro Servizio?

Ha lo scopo di interpretare la domanda d'aiuto. Si valuta chi richiede l'intervento per capire se il disagio psicologico e quindi la richiesta è stata espressa dal paziente stesso, dai familiari, dal medico curante che segnala il caso, da persone o strutture esterne. In questo senso la presenza del paziente è importante perché indica la sua disponibilità a farsi curare. A volte la segnalazione può arrivare all'insaputa del paziente (familiari, autorità pubbliche, vicini) in questo caso le difficoltà sono maggiori perché investono la sfera della privacy.

Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?

Serve all'infermiere per identificare e stabilire il problema principale del paziente e ciò che di fatto l'ha indotto a chiedere aiuto ora. Spesso i pazienti non identificano un problema prevalente o possono sostenere di non averlo imputando la richiesta a terzi.

Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?

L'infermiere rileva la sintomatologia attuale, la sua gravità, le modalità d'insorgenza: frequenza, modo e tempo. Registra le eventuali terapie in corso, il ritmo sonno-veglia, l'alimentazione, l'abuso di alcool, fumo, droga e farmaci.

Com'è il rapporto con la famiglia e gli altri in generale?

In questa fase l'infermiere raccoglie l'anamnesi psicosociale e familiare: dovrà portare informazioni sui rapporti interpersonali, lo stile di vita, strategie di adattamento; potranno emergere informazioni sulla scuola, sul lavoro, pratiche religiose, hobbies, attività sessuale.

Si valuterà anche il modo in cui il paziente ha affrontato eventuali cambiamenti della sua vita (eventi stressanti): morti, divorzi, licenziamenti, promozioni, nascite, cambi di domicilio ecc.

Per quanto riguarda l'anamnesi familiare verranno analizzate le abitudini familiari e le relazioni emotive recenti e passate. Si raccoglieranno informazioni sulla salute fisica ed emotiva dei membri della famiglia (storie di abuso di sostanze, di alcolismo, violenza, malattie come diabete, ecc.).

IN PASSATO CI SONO STATI ALTRI EPISODI DI DISAGIO PSICHICO?

Questa domanda riguarda l'anamnesi psicologica e psichiatrica, se si siano verificati altri episodi di disagio psicologico pregresso e come sono stati superati. Questo ci potrà permettere di valutare eventuali punti di forza e capacità di trovare sostegno emotivo.

Ci sono stati tentativi di cura precedenti?

Qui verranno messe in evidenza le strategie che il paziente ha messo in atto per cercare di contrastare la sintomatologia attuale.

Con quale aspettativa il paziente è giunto al nostro servizio?

Valutare quali sono le aspettative che sottendono la richiesta di intervento aiuta nell'elaborazione di un progetto personalizzato.

ANALISI DELLO STATO MENTALE

Questo genere di analisi permette di accertare il livello di coscienza del paziente, l'aspetto generale, il comportamento, il linguaggio, l'umore e lo



stato d'animo, le capacità intellettuali, di giudizio, di introspezione, di percezione e il tipo di pensieri. Durante la prima visita l'infermiere dovrà valutare il livello di coscienza: coerenza e contenuto del linguaggio verbale qualità e grado dei movimenti (postura, andatura), contatto dello sguardo.

L'aspetto: colorito, condizioni della cute, odore, peso. Questi dati permettono all'infermiere di valutare la cura di sé del paziente e il suo grado di consapevolezza. Alterazioni in questo campo possono essere sintomatiche di patologie emotive ma anche somatiche.

Comportamento. Bisognerà osservare come il paziente si pone nella relazione con l'operatore. Collabora rispondendo alle domande? In che modo lo fa: difensivo, troppo aperto, ostile, imbarazzato; qual è il linguaggio del corpo? Teso, rigido, irrequieto, rilassato, comodo.

Il linguaggio è sintono e coerente?

Comportamenti bizzarri possono indicare presenza di allucinazioni, idee deliranti, disturbi ossessivi.

Linguaggio. Il contenuto e la coerenza del linguaggio possono rivelare anomalie del pensiero, un modo di parlare logorroico stati d'ansia o maniacalità, un modo troppo lento o un tono e volume troppo bassi con risposte monosillabiche un umore depresso o una degenerazione organica.

Umore e stato d'animo. L'infermiere dovrà chiedere al paziente come si sente e valutarne la mimica.

Prestazioni intellettuali. Riguardano la capacità del paziente di astrarre, formulare giudizi ed ipotesi, strategie di coping. L'infermiere valuterà durante il colloquio il livello d'attenzione, di comprensione, formulazione dei concetti, nonché le sue conoscenze generali.

Il giudizio. Riguarda l'abilità del paziente di scegliere e giudicare le soluzioni ai problemi.

L'introspezione. Valuta la capacità del paziente di autoanalisi realistica (molto utile nel determinare un eventuale indirizzo psicoterapeutico)

La percezione. La prima visita dà un quadro all'operatore su come il paziente interpreta la realtà (nelle psicosi è nettamente distorta).

La valutazione dello stato mentale sommata al colloquio di prima visita permettono all'infermiere di valutare deviazioni o mutamenti dei consueti modelli comportamentali. I segni e sintomi chiave comprendono alterazioni dell'appetito, del livello energetico, della motivazione, dell'igiene, della propria immagine, dell'autostima, del sonno, dell'impulso sessuale e delle capacità.

Comportamenti auto ed etero distruttivi andranno tenuti in debita considerazione ed incideranno sulla formulazione di un piano di gestione del rischio.

Abbiamo notato che la Prima Visita oltre a raggiungere gli obiettivi che si era prefissata (accoglienza, triage, informazione) porta un effetto di sollievo che si può definire "terapeutico": il paziente durante il colloquio ha modo di "sfogarsi" e placare lo stato d'ansia. Il confronto con la visita successiva mette in evidenza, spesso, una riduzione dell'urgenza soggettiva.

Al nostro Servizio la Prima Visita ha portato una migliore gestione delle risorse, infatti, l'Intervista Infermieristica viene sempre discussa in équipe permettendo un miglior indirizzo agli specialisti (psichiatri e psicologi) in tempi appropriati.

Non di minor conto è la gratificazione infermieristica che ne deriva. Il poter applicare quotidianamente, su un numero maggiore di pazienti, la fase di accertamento psichiatrico ci ha permesso di esprimere e rendere visibile la nostra professionalità.

Una carenza dell'Intervista di Prima Visita, in alcuni casi, si è riscontrata nel gestire l'impatto emotivo suscitato dalle problematiche del paziente (ad. es. il paziente che minaccia il suicidio), di qui la necessità di individuare uno strumento in grado di "depurare" il primo contatto e di obbiettivare in modo più preciso i bisogni del paziente.

Si è così ritenuto opportuno migliorare la qualità di questo delicato momento clinico, dando ad esso un assetto meno approssimativo e più strutturato con l'utilizzo della Face Triage Assessment di Clifford.

BIBLIOGRAFIA

1. Mario Betti e Mario Di Fiorino, Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere, Mc Graw-Hill
2. Face Core Assessment (P. Clifford)- Versione italiana a cura del Dottor Spilogatti- Unità Operativa Psichiatria Azienda Ospedaliera Cremona.

