



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Competenze e funzioni specifiche
dell'infermiere di salute mentale
e dell'infermiere di comunità**

Relatore: Chiar.mo

Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di:

Zaira Colombo

A.A. 2020/2021

Indice

Abstract.....	1
INTRODUZIONE	2
1. RUOLI E COMPETENZE	5
1.1. Compiti dell'infermiere di salute mentale.....	5
1.2. Compiti dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.....	6
2. OBIETTIVI E QUESITI DI RICERCA.....	9
2.1. Obiettivi	9
2.2. Quesiti di ricerca.....	9
3. MATERIALI E METODI.....	11
3.1. Disegno di ricerca	11
3.2. Campione.....	11
3.3. Strumenti utilizzati.....	11
3.4. Procedura e raccolta dati.....	12
3.5. Ricerca bibliografica.....	12
4. RISULTATI E DISCUSSIONE DELLO STUDIO.....	13
4.1. Descrizione del campione.....	13
4.2. Analisi del questionario	13
4.3. Discussione	26
4.4. Limiti dello studio.....	29
5. CONCLUSIONE.....	31
Bibliografia	32
Sitografia.....	33
Allegato.....	34

Abstract

Introduzione: L'assistenza infermieristica sul territorio è un'area importante nelle funzioni espletate dai Dipartimenti Salute Mentale. L'infermiere di famiglia e di comunità può avere un ruolo importante nella salute mentale e supportare l'infermiere con formazione specifica in varie occasioni. Visto il suo contatto diretto con la società, può svolgere attività di promozione della salute mentale con il fine di ridurre l'incidenza della malattia attraverso l'identificazione precoce della popolazione potenzialmente interessata. Può anche intervenire in ambito scolastico ed in altri momenti di integrazione del territorio. Una volta raggiunta la recovery, il soggetto torna nel suo contesto di vita. In tutti questi casi l'infermiere di comunità ha la funzione di monitorare le fragilità, le difficoltà e la ricomparsa di sintomatologia nell'assistito.

Obiettivo: Lo scopo principale di questo studio è stato quello di capire se fosse possibile affiancare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità a quella dell'infermiere del centro di salute mentale e quali e quante competenze possono, dunque, essere delegate.

Materiale e metodi: Somministrazione di un questionario per valutare le percezioni del personale infermieristico. Gli infermieri a cui è stato chiesto di compilare il questionario ricoprono il ruolo dell'infermiere di Famiglia e di comunità oppure dell'infermiere del centro di salute mentale.

Risultati: In quasi tutti i campi di risposta, osserviamo che i compiti più "generici" dagli intervistati sono delegati all'infermiere di comunità. Mentre ciò che riguarda più nello specifico l'assistenza alla persona affetta da disagio psichico è assegnato all'infermiere del CSM o delegabile a quello di comunità ma con consulenza.

Conclusioni: Analizzando le competenze e funzioni specifiche dell'infermiere di famiglia e di comunità e dell'infermiere del CSM (Capitolo 2) osserviamo come questi due professionisti sanitari abbiano diversi punti in comune. Laddove gli infermieri di famiglia e comunità riscontrassero problemi sulla gestione dell'assistito potrebbe essere utile una consulenza specialistica o telefonica e visti i risultati del questionario risulta fondamentale il lavoro d'equipe grazie all'integrazione tra queste due figure professionali.

INTRODUZIONE

La scelta di trattare la salute mentale come campo di intervento infermieristico nasce dall'osservazione durante l'esperienza di tirocinio di una realtà che presenta ancora, nonostante i molti anni passati dalla divulgazione della legge 180, diverse criticità.

L'obiettivo di questo elaborato è stato quindi quello di dare un proprio contributo nella speranza che l'interesse per queste tematiche conduca verso momenti di approfondimento delle conoscenze scientifiche, senza perdere di vista quello che è l'aspetto specifico dell'essere infermiere, cioè l'attenzione verso le persone e per le persone in tutti i suoi aspetti.

La legge 180 del luglio 1978, impone la definitiva chiusura delle porte di accesso degli Ospedali Psichiatrici. Questa fase storica assunse un carattere specifico, in quanto si venne a collocare nell'ambito della riforma sanitaria generale; pertanto i problemi che durante il periodo precedente erano delegati alla gestione esclusiva e totalizzante dell'assistenza manicomiale, devono invece ora trovare una risposta integrata ed articolata da parte di un insieme di agenzie sanitarie e sociali presenti nel territorio.

Per la prima volta, si incominciano a definire le strutture intermedie come parte di un sistema complesso, non in posizione autonoma, ma subordinata alle strategie complessive del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), che di volta in volta utilizza la struttura intermedia in modo programmato per interventi a breve, medio o lungo termine. Il personale (medici psichiatri, medici specializzandi in psichiatria, psicologi clinici, infermieri professionali, infermieri psichiatrici, infermieri generici, operatori tecnici ed ausiliari) si è trovato, quindi, a dover passare da un'assistenza di tipo custodialistico ad una territoriale integrata per fornire risposte adeguate agli effettivi bisogni, portando la persona con disagio psichico a vivere la sua quotidianità nel contesto comunitario. L'assistenza infermieristica sul territorio è un'area importante nelle funzioni espletate dai Dipartimenti Salute Mentale. Gli Infermieri dei centri salute mentale che lavorano nella comunità e nei servizi domiciliari, oltre alle prestazioni specialistiche, forniscono servizi di prevenzione della salute mentale al fine di ridurre i rischi legati al disagio mentale. Le attività, quindi, aspirano a ridurre la sofferenza che molte persone sperimentano come risultato di malattie fisiche, disturbi mentali, sociali e svantaggi emotivi.

Ciò che oggi rende difficile garantire la presa in carico e un'adeguata assistenza alle persone con disagio psichico è l'inadeguata distribuzione territoriale dei centri di salute mentale (i valori variano da un minimo di 0,8 strutture territoriali / 100.000 ab. in Basilicata ad un massimo di 5,4 in Toscana. – Valore di riferimento nazionale: 2,2 / 100.000 residenti), lo scarso numero di operatori (i valori variano da un minimo di 20,6 operatori / 100.000 ab. in Molise ad un massimo di 109,3 in Valle D'Aosta. Valore di riferimento nazionale: 57,7 / 100.000 residenti) ed anche il sottofinanziamento da parte dello stato italiano per la salute mentale (la spesa per la Salute Mentale sul totale del Fondo Sanitario Nazionale varia da un minimo di 2,2% in Basilicata ad un massimo di 6,3% nella PA di Trento, assestandosi sul piano nazionale al 3,5%).

Ed è così che la figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità può supportare in questo tipo di lavoro l'infermiere della salute mentale.

L'infermiere di famiglia e di comunità può, quindi, avere un ruolo importante nella salute mentale e supportare l'infermiere con formazione specifica in varie occasioni. Visto il suo contatto diretto con la società, può svolgere attività di promozione della salute mentale con il fine di ridurre l'incidenza della malattia attraverso l'identificazione precoce della popolazione potenzialmente interessata indirizzandola verso stili e modi di vita che evitano l'instaurarsi di un disagio mentale.

Può anche intervenire in ambito scolastico ed in altri momenti di integrazione del territorio, ma anche intercettare situazioni di rischio potenziale in famiglie fragili o per soggetti svantaggiati in momentanea difficoltà. L'attivazione precoce in questi casi evita situazioni di ricovero, anche in regime di TSO, e numerosi studi hanno dimostrato che più precoce è il trattamento migliore la prognosi, sia come mantenimento delle capacità cognitive e funzionali sia come riduzione della sintomatologia negativa e positiva.

Oltre al momento iniziale di promozione/prevenzione l'infermiere di comunità ha il compito di intervenire anche nel percorso di cura e riabilitazione della persona con disagio psichico.

Una volta raggiunta la recovery, ovvero una condizione stabile della patologia con assenza di aggressività ed un trattamento farmacologico di mantenimento, il soggetto torna nel suo contesto di vita. Quest'ultimo potrebbe essere rappresentato da strutture

residenziali più o meno protette, da esperienze di co-housing con altre persone oppure con un rientro a casa nelle ore notturne e nei fine settimana (partecipando comunque ad attività riabilitative diurne). In tutti questi casi l'infermiere di comunità ha la funzione di monitorare le fragilità, le difficoltà e la ricomparsa di sintomatologia nell'assistito. Così come ipotizzato da Franco Basaglia, la persona con disagio psichico è una persona che necessita aiuto come altri soggetti, e deve poter contare sugli strumenti assistenziali previsti per le altre patologie, disabilità e fragilità.

Ed è con queste premesse che nasce l'idea del seguente elaborato.

Tale analisi è stata ritenuta importante per capire quindi, attraverso le risposte date al questionario erogato agli infermieri di salute mentale e a quelli di famiglia e di comunità, se fosse possibile delegare alcuni compiti specifici dell'infermiere del CSM in ambito dell'assistenza domiciliare agli infermieri di comunità.

1. RUOLI E COMPETENZE

In questo capitolo si è cercato di delineare brevemente alcune delle principali competenze specifiche dell'Infermiere di Salute Mentale e dell'Infermiere di famiglia e di comunità.

1.1. Compiti dell'infermiere di salute mentale

Come si evince dal profilo professionale e dal documento elaborato dalla Federazione Nazionale IPASVI già nel 2002, “Linee guida per il Master di 1° livello. Infermieristica in salute mentale-psichiatria”, l’infermiere di Salute Mentale si occupa di:

- elaborare modelli di presa in carico finalizzati al miglioramento della qualità di vita dell’utenza, misurandone gli esiti;
- attuare una “presa in carico” della persona con disagio psichico e il suo sistema d’appartenenza (famiglia, lavoro, rete sociale), anche nelle situazioni di crisi;
- promuovere la riabilitazione e il reinserimento sociale di individui o gruppi di persone con disagio psichico;
- favorire la consapevolezza di malattia del soggetto con disturbo psichico e potenziarne l’adesione al trattamento complessivo;
- prevenire e gestire situazioni patologiche o di disagio sociale in contesti multiculturali;
- gestire nella globalità una situazione complessa, a livello intra ed extraistituzionale;
- sviluppare e gestire progetti di prevenzione primaria e di educazione sanitaria nell’ambito della Salute Mentale in collaborazione con enti, scuole, associazioni e altri professionisti;
- svolgere attività di ricerca al fine di prevedere i cambiamenti degli scenari socio-psichiatrici e di adattarvi le risposte terapeutiche e di prevenzione;
- fornire consulenza specialistica e sostegno a persone, enti o gruppi di lavoro;

- contribuire con il resto dell'quipe a una costante riflessione sull'attivit clinica erogata e sulla sua efficacia.

L'infermiere  chiamato ad avere la capacit di essere ancor prima che ad avere la capacit di fare, soprattutto in Salute mentale, dove  la stessa relazione empatica a diventare strumento di caring.  chiamato ad esercitare costantemente la conoscenza ed un pensiero/ragionamento critico, che possa contrastare le sensazioni suscitate dalle emozioni, con un sapere sicuro e coerente ed una buona consapevolezza di s.

1.2. Compiti dell'Infermiere di Famiglia e di Comunit

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunit  estremamente innovativa. A questa figura sono legati concetti come quello di autonomia, indipendenza e appropriatezza di intervento in un contesto nuovo per l'Italia: quello al di fuori della prescrizione medica.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunit acquisisce, attraverso la formazione universitaria post base, competenze avanzate per:

- rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuazione delle eventuali soluzioni migliorative;
- la promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- la presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'et;
- pianificare, attuare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e comunit nell'ambito delle proprie competenze;
- promuove la salute di individui, famiglie e comunit;
- applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza degli individui e delle famiglie;
- alleviare la sofferenza della persona assistita nelle cure di fine vita;

- coordinare ed essere responsabile dell'attribuzione delle attività al personale di supporto per gli interventi assistenziali rivolti alla comunità;
- documentare e valutare in modo sistematico l'esercizio della propria professione;
- coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni che riguardano la loro salute e benessere;
- partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare al fine di rispondere ai problemi di salute e di malattia;
- dimostrare capacità di valutazione analitica, competenza culturale, pianificazione dei programmi assistenziali, e analisi delle caratteristiche della comunità al fine di perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare;
- monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella stessa comunità in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare;
- utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili;
- collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio (distretto, ospedale di comunità, servizi sociali e strutture residenziali).

L'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione italiana rende urgente l'adozione di soluzioni innovative per garantire la sostenibilità e la qualità delle risposte del Servizio Sanitario Nazionale. L'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) integra con un ruolo nuovo, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Possiamo osservare quindi come le due figure abbiano diversi punti in comune sulla gestione e presa in carico degli assistiti. Si evince come entrambi i professionisti sanitari

non si limitano alla sola gestione dell'individuo, ma anche della famiglia e del contesto sociale in cui si trova.

Inoltre collaborano anche con i membri del team multidisciplinare e si occupano di attività di promozione/prevenzione della salute nella comunità.

2. OBIETTIVI E QUESITI DI RICERCA.

Lo scopo principale di questo studio è stato quello di capire se fosse possibile affiancare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità a quella dell'infermiere del centro di salute mentale e quali e quante competenze possono, dunque, essere delegate.

2.1. Obiettivi

Gli obiettivi specifici prefissati con questo studio sono:

- Apprendere e riportare, grazie alla ricerca in letteratura, le competenze e le funzioni specifiche dell'infermiere di salute mentale e dell'infermiere di famiglia e di comunità.
- Indagare le percezioni degli infermieri che lavorano in questi due ambiti in merito ad una collaborazione tra le due figure.
- Proporre possibili soluzioni ai problemi eventualmente riscontrati tramite la presente indagine esplorativa.

2.2. Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca formulati sono i seguenti:

- Perché delegare delle competenze dall'Infermiere del CSM all'Infermiere di Comunità?
- Alcune competenze specifiche potrebbero essere delegate se l'Infermiere del CSM potesse fornire una consulenza, anche telefonica, al collega di Comunità?
- Quali tra le seguenti competenze specifiche possono essere delegate dall'Infermiere del CSM all'Infermiere di Famiglia e di Comunità?

Quest'ultimo quesito è diviso in cinque aree, ciascuna di esse rappresenta un momento specifico dell'assistenza infermieristica. Esse sono:

- Competenze necessarie per effettuare la diagnosi infermieristica

- Competenze necessarie per la gestione del Percorso Assistenziale e della Terapia
- Nell'ambito delle Dipendenze Patologiche
- Aiutare la persona assistita
- Valutare

3. MATERIALI E METODI.

3.1. Disegno di ricerca

Si tratta di un'indagine di tipo esplorativo attraverso la quale si vogliono ricavare informazioni sulle conoscenze e le percezioni degli infermieri di famiglia e di comunità e degli infermieri di salute mentale in merito ad un possibile affiancamento delle due figure. Nello specifico l'indagine è volta a capire quali e quante competenze possono essere delegate dall'Infermiere del Centro Salute Mentale all'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

3.2. Campione

Il campionamento scelto è di tipo non probabilistico, in quanto gli infermieri a cui è stato chiesto di compilare il questionario dovevano necessariamente ricoprire il ruolo dell'infermiere di Famiglia e di comunità oppure dell'infermiere del centro di salute mentale.

3.3. Strumenti utilizzati

Ai fini dello studio è stato deciso di redigere un questionario per valutare le percezioni del personale infermieristico. Il questionario è composto da 11 domande a scelta multipla che verranno analizzate nello specifico nel capitolo 4 del presente elaborato.

Si riportano di seguito le aree di indagine del questionario:

- dati demografici e professionali;
- percezioni e opinioni del personale infermieristico;
- conoscenze e consapevolezze degli infermieri.

3.4. Procedura e raccolta dati

In ogni questionario è stata riportata una breve introduzione con illustrati gli obiettivi dello studio e le modalità con cui si sarebbero raccolti i dati. È stato distribuito attraverso le piattaforme online (Facebook, Instagram e Whatsapp) e inviato via email ai coordinatori infermieristici del Presidio distrettuale di Monte Granaro, del Presidio distrettuale di Porto Sant'Elpidio, del Presidio distrettuale di Porto San Giorgio, del Presidio distrettuale di Petritoli, del DSM-Area residenziale e CSM e del SPDC di Fermo, ai quali è stato chiesto di distribuirlo agli infermieri delle rispettive U.O.

Il questionario è stato redatto grazie alla collaborazione del relatore (Dott. Maurizio Ercolani).

La compilazione del questionario è avvenuta nel seguente periodo: 15 Gennaio 2022 – 30 Marzo 2022

3.5. Ricerca bibliografica

Per redigere il questionario e la parte di ricerca presente in questo studio, è stato utilizzato materiale bibliografico (del quale autori e titoli sono riportati in bibliografia), articoli ottenuti mediante ricerche in banche dati specifiche oltre a informazione ricavate da sitografia (anch'essa riportata in bibliografia).

4. RISULTATI E DISCUSSIONE DELLO STUDIO.

4.1. Descrizione del campione

Hanno risposto al questionario 40 infermieri così suddivisi:

- Infermieri di salute mentale > 26 (65%)
- Infermieri di famiglia e di comunità > 14 (35%)

4.2. Analisi del questionario

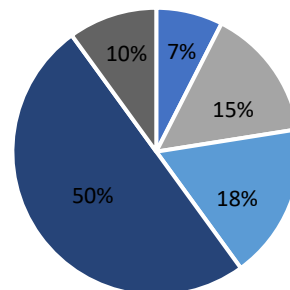
Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande.

1. Genere

- Maschi > 13 (32,5%)
- Femmine > 27 (67,5%)

2. Età

- Tra i 20 e i 30 anni > 3 (7,5%)
- Tra i 31 e i 40 anni > 6 (15%)
- Tra i 41 e i 50 anni > 7 (17,5%)
- Tra i 51 e i 60 anni > 20 (50%)
- Tra i 61 e i 70 anni > 4 (10%)

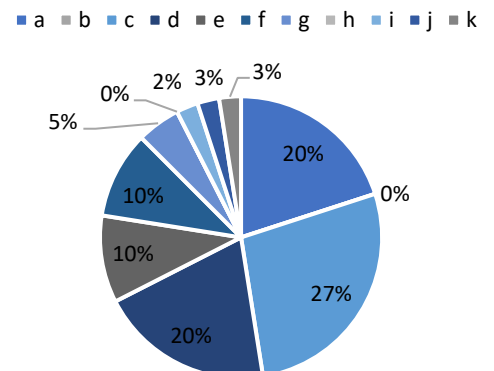


La media di età tra gli intervistati è di 49 anni.

■ 20 - 30 ■ 31 - 40 ■ 41 - 50 ■ 51 - 60 ■ 61 - 70

3. Livello formativo

- Diploma regionale > 8 (20%)
- Diploma universitario > 0
- Laurea triennale > 11 (27%)
- Laurea magistrale > 8 (20%)
- Master in coordinamento > 4 (10%)
- Altro master di I livello > 4 (10%)
- Master di II livello > 2 (5%)



h) Dottorato di ricerca > 0

Altro:

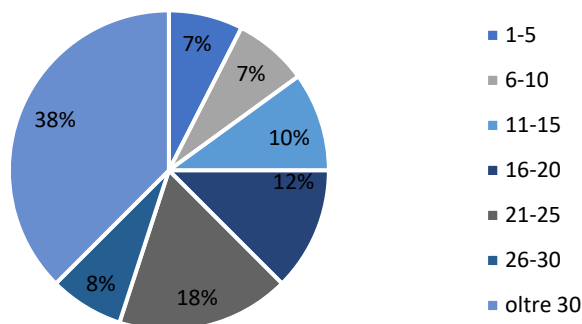
i) Diploma di maturità > 1 (2,5%)

j) Counseling sistemico relazionale > 1 (2,5%)

k) Assistente sanitario e specializzazione in psichiatria > 1 (2,5%)

4. Anni di lavoro nel profilo professionale

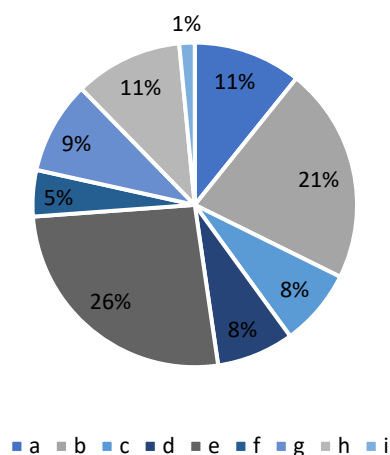
- 1-5 anni > 3 (7,5%)
- 6-10 anni > 3 (7,5%)
- 11-15 anni > 4 (10%)
- 16-20 anni > 5 (12,5%)
- 21-25 anni > 7 (17,5%)
- 26-30 anni > 3 (7,5%)
- Oltre i 30 anni > 15 (37,5%)



La media degli anni di lavoro degli intervistati è di 23 anni.

5. Perché potrebbero essere delegate delle competenze dall'infermiere del CSM all'infermiere di Comunità?

A	Gli Infermieri del CSM non sono sufficienti per seguire gli assistiti a domicilio	7	15%
B	Gli Infermieri del CSM dovrebbero concentrarsi sui casi più complessi	14	35%
C	Gli Infermieri del CSM non riescono a raggiungere alcuni territori distanti e poco popolosi	5	12,5%
D	Gli Infermieri di Comunità devono trovare una loro area di competenza	5	12,5%
E	Gli Infermieri di Comunità monitorano le fragilità, comprese quelle psichiche	17	42,5%
F	Gli Infermieri di Comunità sono più vicini "emotivamente" all'assistito	3	7,5%
G	Gli Infermieri di Comunità riescono ad interagire meglio con il territorio di appartenenza	6	15%
H	Non dovrebbe essere delegata nessuna competenza	7	17,5%
I	Altro...	1	2,5%

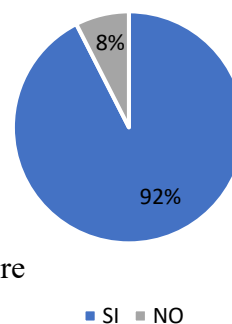


La domanda numero 5 indaga sui possibili motivi per i quali potrebbero o no essere delegate delle competenze dall'infermiere del CSM a quello di comunità. La percentuale più alta è nella risposta E (42,5%) dove si afferma che potrebbero essere delegate delle competenze in quanto gli infermieri di comunità riescono a monitorare le fragilità e tra queste sono comprese quelle psichiche. A questa domanda segue la seconda risposta con percentuale più alta, la B (35%), dichiara che, delegando delle competenze, l'infermiere del CSM si potrebbe concentrare sui casi più complessi. A seguire in ordine decrescente abbiamo le risposte H (17,5%), G e A (15%), C e D (12,5%), F (7,5%) e I (2,5%). In quest'ultima opzione era richiesto di esprimere un parere differente dalle opzioni offerte, la risposta è stata: "Ho il master in Infermiere di comunità, mi ha indubbiamente aiutato nella progettazione di progetti per rispondere ai bisogni degli utenti psichiatrici."

6. Alcune competenze specifiche potrebbero essere delegate se l'Infermiere del CSM potesse fornire una consulenza, anche telefonica, al collega di Comunità?

- Si > 37 (92,5%)
- No > 3 (7,5%)

La domanda numero 6 chiede se fosse possibile delegare alcune competenze tramite una consulenza, anche telefonica, dall'infermiere del CSM all'infermiere di comunità. La maggioranza ha risposto si (92,5%) contro il 7,5% dei no.

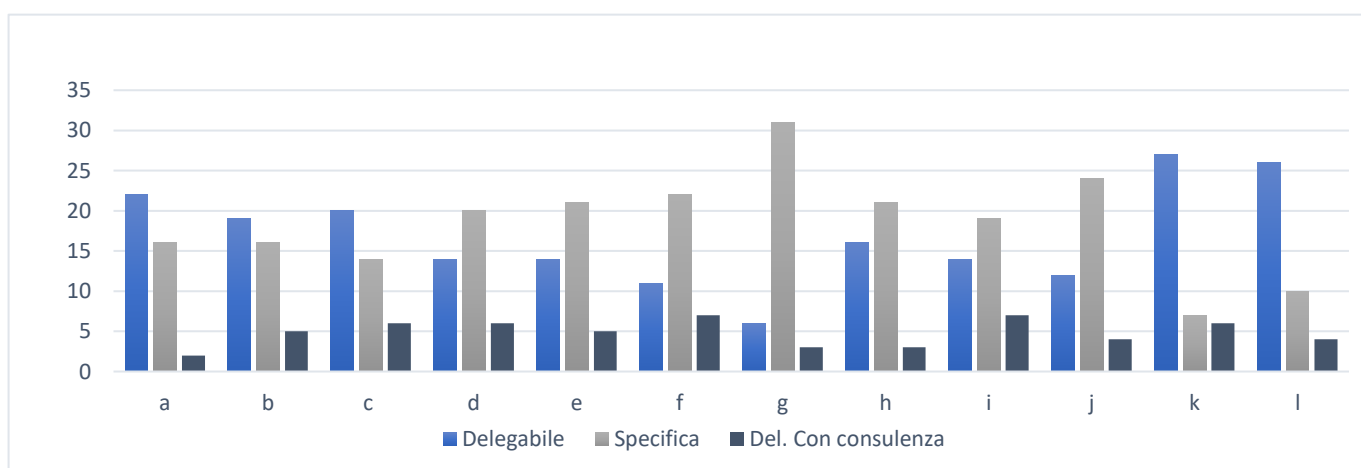


7. Quali tra le seguenti competenze specifiche possono essere delegate dall'Infermiere del CSM all'Infermiere di Famiglia e di Comunità?

Competenze necessarie per effettuare la diagnosi infermieristica;

		Delegabile all'Infermiere di Comunità	Specificata dell'Infermiere del CSM	Delegabile con consulenza
A	Instaurare una relazione di aiuto con la persona assistita/famiglia per supportare la presa di coscienza dello stato di salute.	22	16	2
B	Valutare la consapevolezza e la necessità di sostegno nell'impatto con la malattia e il trattamento.	19	16	5
C	Utilizzare strumenti di valutazione.	20	14	6
D	Condurre colloqui/interviste con la persona assistita e i familiari.	14	20	6
E	Valutare la priorità per l'intervento medico in presenza di protocolli codificati.	14	21	5
F	Gestire, tramite protocolli condivisi anche farmacologici, segni/sintomi che espongono la persona assistita a pericoli immediati.	11	22	7
G	Definire il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-	6	31	3

	riabilitativo nell'ambito dell'equipe multiprofessionale.			
H	Valutare capacità ed abilità attuali e potenziali della persona assistita.	16	21	3
I	Far emergere nella persona assistita elementi utili alla crescita personale (relazione terapeutica) facilitando la verbalizzazione di sensazioni relative alla patologia.	14	19	7
J	Scegliere l'approccio adeguato alla persona assistita in base alle caratteristiche cliniche e personologiche.	12	24	4
K	Attuare interventi di educazione sanitaria e promozione della salute.	27	7	6
L	Gestire la terapia su protocolli concordati.	26	10	4



Nella domanda numero 7 viene chiesto quali delle competenze specifiche dell'infermiere del CSM possano essere delegate all'infermiere di comunità. In questa sezione vediamo

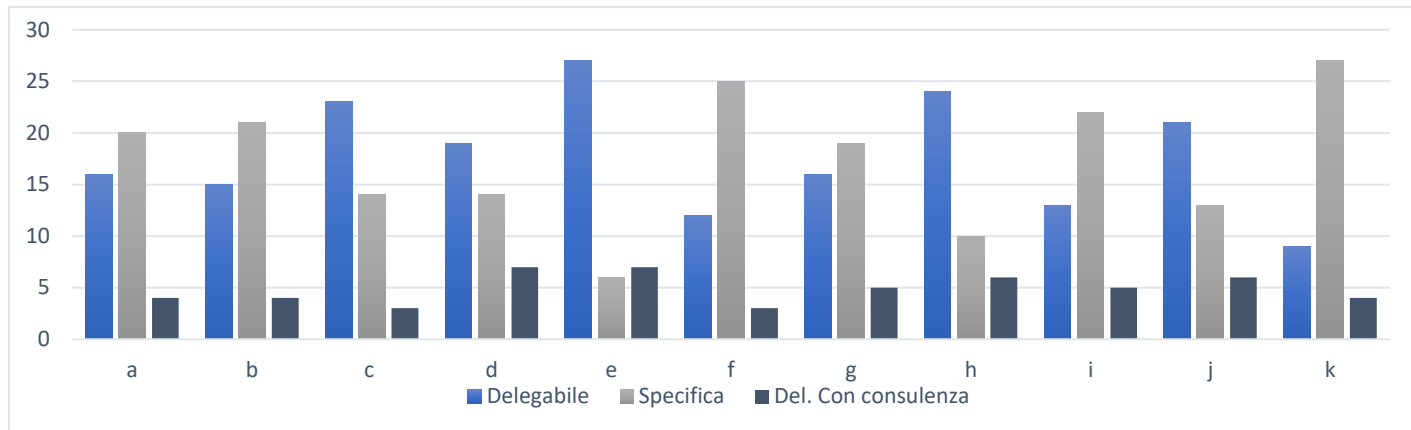
raggruppate le conoscenze e abilità riguardanti le diagnosi infermieristiche. Le possibili opzioni di risposta sono 3: “delegabile all’infermiere di comunità”, “specifica dell’infermiere del csm” e “delegabile con consulenza”. La media più alta di voti la troviamo nell’opzione numero 2 (specifica dell’infermiere del csm) che è di 18,41, seguita dall’opzione numero 1 (delegabile all’infermiere di comunità) con una media di 16,75 voti e infine l’opzione numero 3 (delegabile con consulenza) con una media di 4,83 voti. Emerge quindi che le competenze riguardanti la stesura di una diagnosi infermieristica secondo gli intervistati siano per il 46% competenza specifica dell’infermiere del CSM, per il 42% delegabili all’infermiere di comunità e per il 12% delegabili con consulenza.

Nello specifico gli infermieri ritengono che il compito di “Definire il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo nell’ambito dell’equipe multiprofessionale” (domanda G) sia di pertinenza specifica dell’infermiere del CSM in quanto vediamo 31 voti nell’opzione 2. Mentre nella domanda K “Attuare interventi di educazione sanitaria e promozione della salute” la maggioranza pensa che possa essere delegata all’infermiere di comunità in quanto vediamo 27 voti nell’opzione 1.

8. Competenze necessarie per la gestione del Percorso Assistenziale e della Terapia;

		Delegabile all'Infermiere di Comunità	Specifica dell'Infermiere del CSM	Delegabile con consulenza
A	Sviluppare la coesione del gruppo professionale nel la gestione della persona assistita.	16	20	4
B	Collaborare nell’attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici individuali o di gruppo.	15	21	4
C	Collaborare nella conduzione di progetti di riabilitazione a	23	14	3

	domicilio o in comunità e nello sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto.			
D	Favorire l'alleanza terapeutica e la compliance farmacologica.	19	14	7
E	Monitorare le condizioni cliniche.	27	6	7
F	Coordinare i vari interventi socio-sanitari nella gestione della presa in carico della persona assistita secondo protocolli condivisi.	12	25	3
G	Individuare criteri e modalità per l'attivazione di altri professionisti e di mediatori culturali.	16	19	5
H	Educare il contesto sociale di riferimento della persona assistita.	24	10	6
I	Utilizzare strategie volte al superamento degli ostacoli all'apprendimento di comportamenti adattivi.	13	22	5
J	Decodificare l'intervento rispetto alla richiesta sociale o istituzionale.	21	13	6
K	Valutare le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio psichico in collaborazione con altri profili.	9	27	4



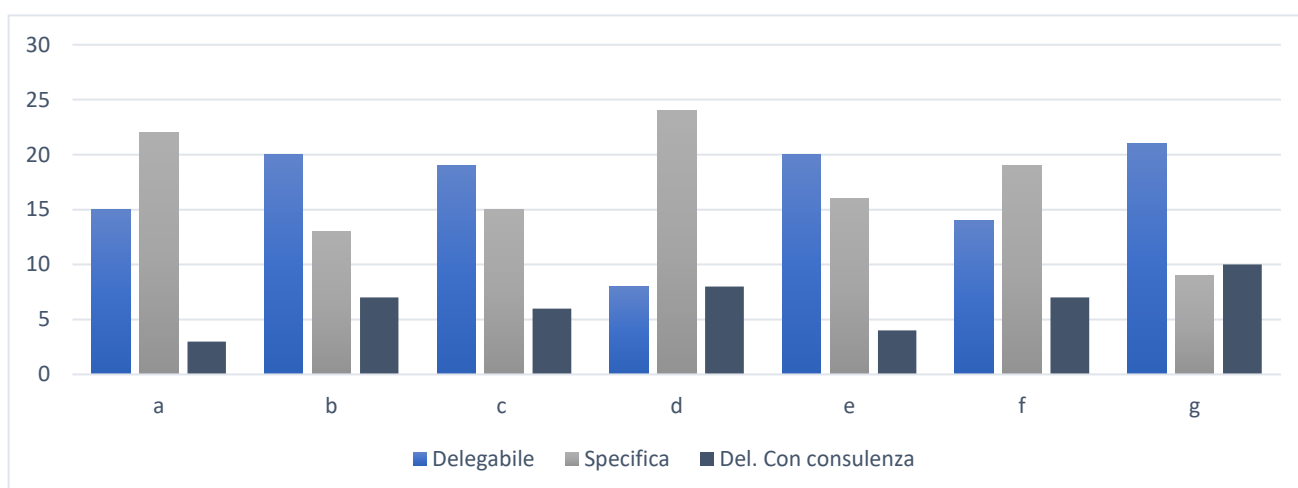
Nella domanda numero 8 viene chiesto quali delle competenze specifiche dell'infermiere del CSM possano essere delegate all'infermiere di comunità. In questa sezione vediamo raggruppate le conoscenze e abilità riguardanti la gestione del percorso assistenziale e della terapia. Le possibili opzioni di risposta sono 3: "delegabile all'infermiere di comunità", "specifica dell'infermiere del csm" e "delegabile con consulenza". La media più alta dei voti la troviamo nelle prime due opzioni, la prima con 17,73 voti e la seconda con 17,36. Segue la terza opzione con una media di 4,9 voti. Emerge quindi che le competenze riguardanti la gestione del percorso assistenziale e della terapia secondo gli intervistati siano per il 44,35% delegabile all'infermiere di comunità, per il 43,4% competenza specifica dell'infermiere del CSM e per il 12% delegabili con consulenza.

Nello specifico gli infermieri ritengono che il compito di "Valutare le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio psichico in collaborazione con altri profili." (domanda K) sia di pertinenza specifica dell'infermiere del CSM in quanto vediamo 27 voti nell'opzione 2. Mentre nella domanda E "Monitorare le condizioni cliniche." la maggioranza pensa che possa essere delegata all'infermiere di comunità in quanto vediamo 27 voti nell'opzione 1.

9. Nell'ambito delle Dipendenze Patologiche;

		Delegabile all'Infermiere di Comunità	Specifica dell'Infermiere del CSM	Delegabile con consulenza
A	Rilevare l'anamnesi tossicologica.	15	22	3
B	Valutare sintomi astinenziali	20	13	7
C	Utilizzare tecniche di counselling.	19	15	6

D	Effettuare screening su psicopatologia utilizzando scale strutturate.	8	24	8
E	Effettuare accertamenti sull'uso di sostanze.	20	16	4
F	Gestire affidi di terapie sostitutive.	14	19	7
G	Proporre accertamenti sullo stato di salute.	21	9	10



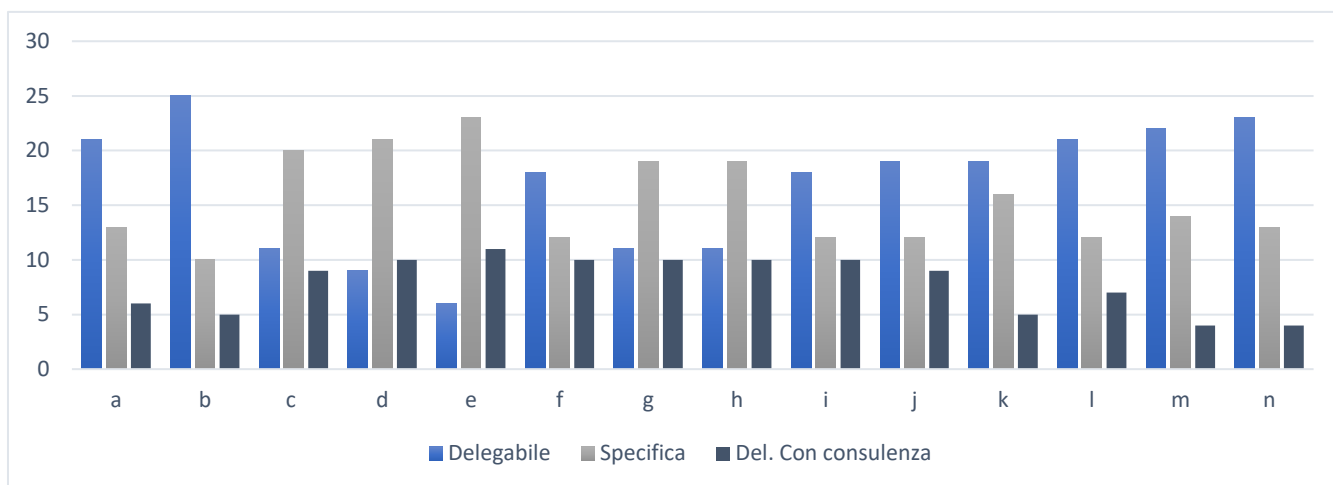
Nella domanda numero 9 viene chiesto quali delle competenze specifiche dell'infermiere del CSM possano essere delegate all'infermiere di comunità. In questa sezione vediamo raggruppate le conoscenze e abilità riguardanti l'ambito delle dipendenze patologiche. Le possibili opzioni di risposta sono 3: "delegabile all'infermiere di comunità", "specifica dell'infermiere del csm" e "delegabile con consulenza". La media più alta dei voti la troviamo nelle prime due opzioni, la prima con 16,71 voti e la seconda con 16,86. Segue la terza opzione con una media di 6,43 voti. Emerge quindi che le competenze riguardanti l'ambito delle dipendenze patologiche secondo gli intervistati siano per il 42,2% competenza specifica dell'infermiere del CSM, per il 41,8% delegabile all'infermiere di comunità e per il 16% delegabili con consulenza.

Nello specifico gli infermieri ritengono che il compito di “effettuare screening su psicopatologia utilizzando scale strutturate” (domanda D) sia di pertinenza specifica dell’infermiere del CSM in quanto vediamo 24 voti nell’opzione 2. Mentre nella domanda G “proporre accertamenti sullo stato di salute” la maggioranza pensa che possa essere delegata all’infermiere di comunità in quanto vediamo 21 voti nell’opzione 1.

10. Aiutare la persona assistita;

		Delegabile all'Infermiere di Comunità	Specifica dell'Infermiere del CSM	Delegabile con consulenza
A	Nella comprensione delle terapie e/o dei trattamenti proposti.	21	13	6
B	Nell'assunzione di terapie e/o nel seguire trattamenti.	25	10	5
C	Nel riconoscere segni, sintomi e fattori scatenanti episodi di crisi.	11	20	9
D	Nell'identificare gli atteggiamenti e/o comportamenti funzionali a fronteggiare le situazioni di stress.	9	21	10
E	Nel definire strategie di autocura alternative.	6	23	11
F	Nello scegliere e agire con comportamenti congrui al recupero, mantenimento o miglioramento del proprio benessere.	18	12	10

G	Nello scegliere e attuare azioni adeguate per affrontare situazioni difficili.	11	19	10
H	Nel valutare il proprio disagio.	11	19	10
I	Nel valutare e manifestare le proprie necessità.	18	12	10
J	Nel valutare i rischi per la salute.	19	12	9
K	Nel dare priorità.	19	16	5
L	Nella relazione con famiglia e caregiver.	21	12	7
M	Nell'ambito lavorativo/ricreativo.	22	14	4
N	Nel costruire relazioni.	23	13	4



Nella domanda numero 10 viene chiesto quali delle competenze specifiche dell'infermiere del CSM possano essere delegate all'infermiere di comunità. In questa sezione vediamo raggruppate le conoscenze e abilità riguardanti l'aiutare la persona assistita. Le possibili opzioni di risposta sono 3: "delegabile all'infermiere di comunità", "specifica dell'infermiere del csm" e "delegabile con consulenza". La media più alta dei voti la troviamo nelle prime due opzioni, la prima con 16,7 voti e la seconda con 15,4. Segue la terza opzione con una media di 7,9 voti. Emerge quindi che le competenze

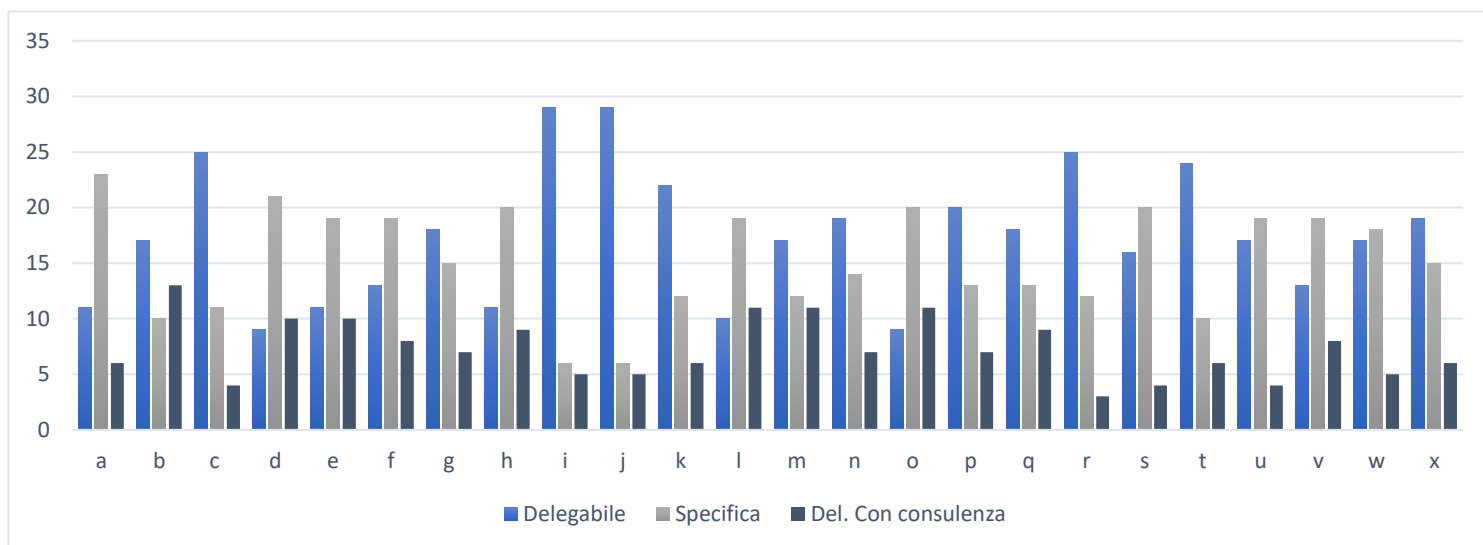
riguardanti questo ambito secondo gli intervistati siano per il 41,75% delegabili all'infermiere di comunità, per il 38,5% specifiche dell'infermiere del CSM e per il 19,75% delegabili con consulenza.

Nello specifico gli infermieri ritengono che il compito di “nel definire strategie di autocura alternative” (domanda E) sia di pertinenza specifica dell'infermiere del CSM in quanto vediamo 23 voti nell'opzione 2. Mentre nella domanda B “nell'assunzione di terapie e/o nel seguire trattamenti” la maggioranza pensa che possa essere delegata all'infermiere di comunità in quanto vediamo 25 voti nell'opzione 1.

11. Valutare;

		Delegabile all'Infermiere di Comunità	Specifica dell'Infermiere del CSM	Delegabile con consulenza
A	Insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti sulla persona per scarsa suscettibilità individuale.	11	23	6
B	Capacità non adeguate della persona/care giver nella gestione dei trattamenti.	17	10	13
C	Alterazioni del bisogno di sonno e riposo.	25	11	4
D	Alterato rapporto con il proprio corpo (anche Autolesionismo).	9	21	10
E	Alterazione della relazione corporea con gli altri.	11	19	10
F	Alterazioni del bisogno sessuale.	13	19	8

G	Consapevolezza delle azioni e conseguenze.	18	15	7
H	Alterazioni dei processi cognitivi.	11	20	9
I	Capacità di eseguire attività quotidiane.	29	6	5
J	Capacità di gestire il proprio tempo.	29	6	5
K	Capacità di gestire il denaro.	22	12	6
L	Comportamenti compulsivi.	10	19	11
M	Situazioni di rischio.	17	12	11
N	Dinamiche familiari.	19	14	7
O	Situazioni di pre-crisi.	9	20	11
P	Autostima e percezione di se.	20	13	7
Q	Capacità di costruire relazioni.	18	13	9
R	Modalità comunicative.	25	12	3
S	Consapevolezza di malattia.	16	20	4
T	Capacità di rispetto di norme e regole.	24	10	6
U	Isolamento sociale.	17	19	4
V	Aggressività.	13	19	8
W	Paura.	17	18	5
X	Sofferenza.	19	15	6



Nella domanda numero 11 viene chiesto quali delle competenze specifiche dell'infermiere del CSM possano essere delegate all'infermiere di comunità. In questa sezione vediamo raggruppate le conoscenze e abilità riguardanti la valutazione della persona assistita. Le possibili opzioni di risposta sono 3: "delegabile all'infermiere di comunità", "specifica dell'infermiere del csm" e "delegabile con consulenza". La media più alta dei voti la troviamo nelle prime due opzioni, la prima con 17,46 voti e la seconda con 15,25. Segue la terza opzione con una media di 7,3 voti. Emerge quindi che le competenze riguardanti questo ambito secondo gli intervistati siano per il 43,65% delegabili all'infermiere di comunità, per il 38,1% specifiche dell'infermiere del CSM e per il 18,25% delegabili con consulenza.

Nello specifico gli infermieri ritengono che il compito di "insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti sulla persona per scarsa suscettibilità individuale" (domanda A) sia di pertinenza specifica dell'infermiere del CSM in quanto vediamo 23 voti nell'opzione 2. Mentre nelle domande I e J "capacità di eseguire attività quotidiane" e "capacità di gestire il proprio tempo" la maggioranza pensa che possano essere delegate all'infermiere di comunità in quanto vediamo 29 voti nell'opzione 1.

4.3. Discussione

Analizzando le risposte fornite dai 40 intervistati, si delinea un quadro abbastanza chiaro. Il campione analizzato comprende 26 infermieri del centro di salute mentale (65%) e 14

infermieri di famiglia e di comunità (35%), 13 di sesso maschile e 27 di sesso femminile. L'età media è di 49 anni e tali professionisti risultano mediamente in servizio da 23 anni. Quasi la metà (19) degli intervistati risulta laureata ed il 25% ha frequentato corsi post – lauream.

Quasi la totalità del campione (37) ritiene che le competenze specifiche dell'infermiere del CSM potrebbero essere delegate all'infermiere di comunità qualora potesse fornire una consulenza, anche telefonica. La maggior parte (42,5%) ritiene che questa delega di compiti possa avvenire perché l'infermiere di famiglia e comunità ha le competenze per monitorare le fragilità, e tra queste anche quelle psichiche; il 35% ritiene che così facendo l'infermiere del CSM potrebbe concentrarsi meglio sui casi più complessi.

Successivamente è stato fatto un elenco delle competenze dell'infermiere del CSM divise per aree (Diagnosi, Gestione percorso assistenziale e terapia, Dipendenze patologiche, Aiutare e Valutare) e gli intervistati avevano tre opzioni di risposta: Delegabile all'infermiere di comunità, Specifica dell'infermiere del CSM e Delegabile con consulenza. Per quanto riguarda l'area di Diagnosi il 46% del campione pensa che sia competenza specifica dell'infermiere del CSM, il 42% delegabile all'infermiere di comunità e il 12% delegabile con consulenza. In particolare vediamo che gli intervistati affermano che compiti come: definire il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo, scegliere l'approccio adeguato alla persona assistita in base alle caratteristiche cliniche e personologiche e gestire segni e sintomi che espongono la persona a pericoli immediati siano specifici dell'infermiere del CSM. Invece funzioni che riguardano la gestione della terapia, interventi di promozione della salute ed educazione sanitaria, l'utilizzo degli strumenti di valutazione e l'instaurare una relazione di aiuto con assistito e famiglia possano essere delegabili all'infermiere di comunità. Per la seconda area (gestione del percorso assistenziale e terapia) il 44,35% pensa che sia delegabile all'infermiere di comunità, il 43,4% specifica dell'infermiere del CSM e il 12,25% delegabile con consulenza. Osserviamo che nelle competenze in cui si fa riferimento alla collaborazione nell'attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici individuale o di gruppo, al coordinamento dei vari interventi socio-sanitari nella gestione della presa in carico dell'assistito e alla valutazione delle fasi di reinserimento lavorativo e sociale, sempre in collaborazione con altri profili, la maggioranza pensa che siano di competenza specifica dell'infermiere del CSM. Diversamente, compiti e funzioni che riguardano il

monitoraggio delle condizioni cliniche, l'educazione del contesto sociale di riferimento delle persone assistite e la collaborazione nella conduzione di progetti di riabilitazione, che essi siano a domicilio, in comunità o attraverso lo sviluppo di gruppi di auto-aiuto, potrebbero essere delegate all'infermiere di comunità. Successivamente nelle dipendenze patologiche vediamo al primo posto con il 42,2% l'opzione specifica dell'infermiere del CSM, seguita dal 41,8% che pensa sia delegabile all'infermiere di comunità e dal 16% che afferma possa essere delegata con consulenza. In particolare, le competenze che riguardano la rilevazione dell'anamnesi tossicologica e l'effettuare lo screening sulla psicopatologia si afferma siano competenze specifiche dell'infermiere del CSM. Invece, secondo gli intervistati possono essere delegate all'infermiere di comunità le funzioni che riguardano la valutazione di sintomi astinenziali, l'effettuare accertamenti sull'uso di sostanze e il proporre accertamenti all'assistito sullo stato di salute. Nella penultima area che interessa l'aiuto alla persona assistita principalmente ad essere indipendente e ad autovalutarsi vediamo che il 41,75% pensa che il compito possa essere svolto e quindi delegato all'infermiere di comunità, il 38,5% afferma invece che sia specifico dell'infermiere del CSM ed il 19,75% che possa essere delegato con consulenza. Osserviamo che nelle competenze in cui si fa riferimento al riconoscere i segni, sintomi e fattori scatenanti episodi di crisi e al definire strategie di autocura alternative, la maggioranza degli intervistati pensa siano specifici dell'infermiere del CSM. Al contrario, le funzioni che riguardano l'aiutare l'assistito nell'assunzione e nella comprensione della terapia/trattamenti, nella relazione con famiglia e caregiver e nel costruire relazioni, possono essere delegate all'infermiere di comunità. In quest'area, a differenza delle altre sopra elencate, avvertiamo una maggiore considerazione dell'opzione di risposta 3 (delegabile con consulenza). Vediamo, infatti che gli intervistati pensano che compiti come: aiutare l'assistito nell'identificare comportamenti funzionali per fronteggiare situazioni di stress, nel valutare il proprio disagio e i rischi per la salute e nel manifestare e valutare le proprie necessità, possano essere appunto delegati con consulenza. Infine nell'ultima area, che sarebbe quella di valutazione, dove si cerca di capire come l'assistito gestisce la propria malattia, il 43,65% degli intervistati pensa che il compito possa essere delegato all'infermiere di comunità, il 38,1% afferma che sia specifico dell'infermiere del CSM ed infine il 18,25% dice che è delegabile con consulenza. In quest'ultima area verificiamo che le funzioni che riguardano la

valutazione della gestione del proprio tempo e denaro, delle capacità nell'esecuzione di attività quotidiane e di rispetto delle norme e regole o ancora nella valutazione di alterazioni del bisogno di sonno e riposo, secondo gli infermieri possono essere delegabili all'infermiere di comunità. Diversamente, la valutazione degli insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti in atto, dell'alterato rapporto con il proprio corpo (es. autolesionismo), dell'alterazione dei processi cognitivi e delle situazioni pre-crisi, si afferma che siano specifici dell'infermiere del CSM. Anche in questa area vediamo una maggiore considerazione dell'opzione "delegabile con consulenza" a cui sono state assegnate i compiti di valutazione dell'inadeguatezza della persona/caregiver nella gestione dei trattamenti, dei comportamenti compulsivi e delle situazioni di rischio. Vediamo quindi che i risultati sono cambiati rispetto a quanto affermato all'inizio del questionario, dove 37 infermieri su 40 riteneva che le competenze specifiche dell'infermiere del CSM potevano essere delegate all'infermiere di comunità qualora potesse fornire una consulenza, anche telefonica. Il quadro che emerge secondo queste ultime risposte è che il 58,4% pensa che le competenze possano essere del tutto delegate o delegate con consulenza (il 42,71% delegabile all'infermiere di comunità, il 15,7% delegabile con consulenza), contro il 41,64% che afferma che invece siano competenze specifiche dell'infermiere del CSM.

In quasi tutti i campi di risposta, osserviamo che i compiti più "generici" come l'educazione alla gestione della terapia, l'instaurare una relazione di aiuto con assistito e famiglia, l'utilizzo di strumenti di valutazione e nella capacità di gestire il proprio tempo e denaro verrebbero, dagli intervistati delegati all'infermiere di comunità. Mentre ciò che riguarda più nello specifico l'assistenza alla persona affetta da disagio psichico come la valutazione dei comportamenti compulsivi, la valutazione dell'alterato rapporto con il proprio corpo e degli insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti, il riconoscimento dei segni, sintomi e fattori scatenanti episodi di crisi e raccogliere l'anamnesi tossicologica è assegnato all'infermiere del CSM o delegabile a quello di comunità ma con consulenza.

4.4.Limiti dello studio

Per questo studio sono stati identificati due limiti che vengono riportati di seguito:

- la limitata numerosità del campione;
- la possibile diversa interpretazione di alcune domande da parte dei professionisti intervistati.

5. CONCLUSIONE

Dopo aver analizzato i dati e le informazioni ottenute con questo studio è possibile trarre alcune conclusioni:

- Osserviamo che le competenze e funzioni specifiche dell'infermiere di famiglia e di comunità e dell'infermiere del CSM (vedi Capitolo 2) hanno diversi punti in comune sulla gestione e presa in carico degli assistiti. Entrambi non si limitano alla sola gestione dell'individuo, ma anche della famiglia e del contesto sociale in cui si trova. Inoltre collaborano costantemente con i membri del team multidisciplinare e si occupano di attività di promozione/prevenzione della salute nella comunità;
- Laddove gli infermieri di famiglia e comunità riscontrassero problemi sulla gestione dell'assistito, soprattutto nei casi più complessi, potrebbe essere utile una consulenza specialistica o telefonica.
- Visti i risultati del questionario emergono, nei vari ambiti indagati, le competenze e funzioni che gli intervistati ritengono delegabili e quelli invece specifici dell'infermiere del CSM. Sarebbe interessante, quindi, implementare il lavoro d'equipe grazie all'integrazione tra queste due figure professionali.

Questo studio deve essere considerato come una base di partenza per quanto riguarda la percezione dei professionisti sulla loro possibile collaborazione. La vastità dell'argomento e la necessità di personalizzare l'intervento assistenziale, suggeriscono l'opportunità di ulteriori approfondimenti, magari estendendo il campione intervistato in termini quantitativi.

Bibliografia

- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute care hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 23–37.
- Dossey, B., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing: a handbook for practice* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Erlen, J. (2003). Caring doesn't end. *Orthopaedic Nursing*, 22(5), 446–449.
- Manookian, A., Cheraghi, M. A., & Nasrabadi, A. N. (2014). Factors influencing patients' dignity: a qualitative study.
- Marini, B. (1999). Institutionalized older adults' perception of nursing caring behaviors: a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(5), 10–16.
- Stanley, K. (2002). The healing power of presence: respite from the fear of abandonment. *Oncology Nursing Forum*, 39(6), 935–940.
- Tranvag, O., Petersen, K. A., & Naden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861–880.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*.
- Williams, K., et al. (2008). Elderspeak communication: impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(1), 11–20.
- Woolhead, G., et al. (2006). "Tu" or "vous"? A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling*, 61(3)

Sitografia

- <http://hdl.handle.net/2318/55839>
- <http://siep.it/wp-content/uploads/2017/05/La-Salute-Mentale-in-Italia-SIEP-2017.pdf>
- <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2015/08/Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf>
- <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/11/LInfermiere-57-5-2020-pages-e75-e93.pdf>
- <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1767058/693678/2020%20Aimaretti%20et%20al%20Position-Paper-Infermiere-di-famiglia%20-%20I%20Luoghi%20della%20cura.pdf>

Allegato

Infermiere CSM e di Comunità

Gentile Professionista, con il presente questionario chiedo la Sua collaborazione per un'indagine volta a capire quali e quante competenze possono essere delegate dall'Infermiere del Centro Salute Mentale all'Infermiere di Comunità.

La preghiamo di leggere attentamente quanto riportato di seguito. La partecipazione a questo studio è volontaria. Se vorrà, Lei potrà ritirarsi in qualsiasi momento senza dover dare alcuna spiegazione.

Come previsto dalle attuali normative vigenti (legge 31 dicembre 1996 n.675, 676 Gazzetta Ufficiale del 08/01/1997, art.7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation - GDPR) sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, i suoi dati (ivi compresi i dati sensibili) verranno trattati in modo rigorosamente anonimo. Non le saranno richiesti dati inerenti alla Sua identità e le risposte fornite non saranno riconducibili a lei.

***Campo obbligatorio**

Area Anagrafica

1. Genere *

Contrassegna solo un ovale.

- Maschio
 Femmina

2. Età *

Contrassegna solo un ovale.

- Tra i 20 e i 30
 Tra i 31 e i 40
 Tra i 41 e i 50
 Tra i 51 e i 60
 Tra i 61 e i 70

Area Professionale

3. Livello Formativo *

Contrassegna solo un ovale.

- Diploma Regionale
- Diploma Universitario
- Laurea Triennale
- Master di Coordinamento
- Altro Master di I livello
- Laurea Magistrale
- Master di II
- livello
- Dottorato di

Ricerca Altro:

4. Anni di Lavoro nel profilo professionale * *Contrassegna solo un ovale.*

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- Oltre i 30

5. Ruolo ricoperto *

Contrassegna solo un ovale.

- Infermiere del Centro Salute Mentale
- Infermiere di Famiglia e di Comunità

6. Perché potrebbero essere delegate delle competenze dall'Infermiere del CSM all'Infermiere di Comunità *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Gli Infermieri del CSM non sono sufficienti per seguire gli assistiti a domicilio
- Gli Infermieri del CSM dovrebbero concentrarsi sui casi più complessi
- Gli Infermieri del CSM non riescono a raggiungere alcuni territori distanti e poco popolosi
- Gli Infermieri di Comunità devono trovare una loro area di competenza
- Gli Infermieri di Comunità monitorano le fragilità, comprese quelle psichiche
- Gli Infermieri di Comunità sono più vicini "emotivamente" all'assistito
- Gli Infermieri di Comunità riescono ad interagire meglio con il territorio di appartenenza
- Non dovrebbe essere delegata nessuna competenza

Altro: _____

7. Alcune competenze specifiche potrebbero essere delegate se l'Infermiere del CSM potesse fornire una consulenza, anche telefonica, al collega di Comunità? *

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

Quali tra le seguenti competenze specifiche possono essere delegate dall'Infermiere del CSM all'Infermiere di Famiglia e di Comunità?

8. Competenze necessarie per effettuare la diagnosi infermieristica; *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	delegabile all'Inf di Comunità	specificata dell'Inf del CSM	delegabile con consulenza
Instaurare una relazione di aiuto con la persona assistita/famiglia per supportare la presa di coscienza dello stato di salute;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare la consapevolezza e la necessità di sostegno nell'impatto con la malattia e il trattamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare strumenti di valutazione;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condurre colloqui/interviste con la persona assistita e i familiari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare la priorità per l'intervento medico in presenza di protocolli codificati;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestire, tramite protocolli condivisi anche farmacologici, segni/sintomi che espongono la persona assistita a pericoli immediati;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definire il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo nell'ambito dell'equipe multiprofessionale;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare capacità ed abilità attuali e potenziali della persona assistita;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far emergere nella persona assistita elementi utili alla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

crescita personale (relazione
terapeutica) facilitando

p)
verbalizzazione di sensazioni
relative alla patologia;

Scegliere l'approccio
adeguato alla persona
assistita in base alle
caratteristiche cliniche e
personologiche;

Attuare interventi di
educazione sanitaria e
promozione della salute;

Gestire la terapia su
protocolli concordati.

7. Competenze necessarie per la gestione del Percorso Assistenziale e della Terapia*

Contrassegna solo un ovale per riga.

	delegabile all'Inf di Comunità	specificata dell'Inf del CSM	delegabile con consulenza
Sviluppare la coesione del gruppo professionale nel la gestione della persona assistita;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborare nell'attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici individuali o di gruppo;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborare nella conduzione di progetti di riabilitazione a domicilio o in comunità e nello sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favorire l'alleanza terapeutica e la compliance farmacologica;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorare le condizioni cliniche;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordinare i vari interventi socio-sanitari nella gestione della presa in carico della persona assistita secondo protocolli condivisi;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Individuare criteri e modalità per l'attivazione di altri professionisti e di mediatori culturali;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educare il contesto sociale di riferimento della persona assistita;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare strategie volte al superamento degli ostacoli all'apprendimento di comportamenti adattivi;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Decodificare l'intervento rispetto alla richiesta sociale o istituzionale;



Valutare le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio psichico in collaborazione con altri profili;



9. Nell'ambito delle Dipendenze Patologiche? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	delegabile all'Inf di Comunità	specificata dell'Inf del CSM	delegabile con consulenza
Rilevare l'anamnesi tossicologica;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare sintomi astinenziali;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare tecniche di counselling;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effettuare screening su psicopatologia utilizzando scale strutturate.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effettuare accertamenti sull'uso di sostanze;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestire affidi di terapie sostitutive;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporre accertamenti sul lo stato di salute.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Aiutare la persona assistita *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	delegabile all'Inf di Comunità	specificata dell'Inf del CSM	delegabile con consulenza
nella comprensione delle terapie e/o dei trattamenti proposti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nell'assunzione di terapie e/o nel seguire trattamenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel riconoscere segni, sintomi e fattori scatenanti episodi di crisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nell'identificare gli atteggiamenti e/o comportamenti funzionali a fronteggiare le situazioni di stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel definire strategie di autocura alternative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nello scegliere e agire con comportamenti congrui al recupero, mantenimento o miglioramento del proprio benessere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nello scegliere e attuare azioni adeguate per affrontare situazioni difficili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel valutare il proprio disagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel valutare e manifestare le proprie necessità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel valutare i rischi per la salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nel dare priorità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nella relazione con famiglia e caregiver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nell'ambito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

lavorativo/ricreativo

nel costruire relazioni



12.Valutare *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	delegabile all'Inf di Comunità	specificata dell'Inf del CSM	delegabile con consulenza
Insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti sulla persona per scarsa suscettibilità individuale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità non adeguate della persona/care giver nella gestione dei trattamenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterazioni del bisogno di sonno e riposo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterato rapporto con il proprio corpo (anche Autolesionismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterazione della relazione corporea con gli altri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterazioni del bisogno sessuale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consapevolezza delle azioni e conseguenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterazioni dei processi cognitivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di eseguire attività quotidiane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di gestire il proprio tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di gestire il denaro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamenti compulsivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situazioni di rischio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinamiche famigliari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situazioni di pre-crisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autostima e percezione di se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di costruire relazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modalità comunicative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consapevolezza di malattia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di rispetto di norme e regole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolamento sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggressività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sofferenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grazie per aver compilato il questionario!

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli