



RIORGANIZZARE I PERCORSI DI ASSISTENZA: AREE DI INTERVENTO E MODELLI OPERATIVI

3.1 I PERCORSI TERRITORIALI

LA SITUAZIONE ATTUALE

La rilevazione delle attività delle UOP e dei DSM attraverso il Sistema Informativo Regionale (*Psiche*) mette in risalto le seguenti evidenze (*vedi capitolo 1*):

- il 54 % degli utenti in contatto con i Centri Psicosociali (CPS) riceve nel corso di un anno meno di 6 interventi, il 32 % riceve tra 6 e 20 interventi e il 15 % riceve più di 20 interventi in un anno;
- il 65% degli interventi erogati dai CPS è costituito da visite specialistiche, il 10% da interventi di riabilitazione/risocializzazione, il 6% da interventi rivolti alla famiglia, il 5% da interventi di supporto. Sul totale, il 9% degli interventi è erogato a domicilio.
- la percentuale di utenti delle UOP stabilmente in contatto con i CD non supera il 3%;
- gli utenti dei CPS con diagnosi di schizofrenia ricevono in media (valore mediano) 11 interventi in un anno, gli utenti con diagnosi di disturbo depressivo 4 interventi, gli utenti con disturbo bipolare 7 interventi, gli utenti con diagnosi di sindrome nevrotica 3 interventi.

**GLI ASPETTI
CRITICI**

I dati disponibili riguardo all'attività dei DSM sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa. Dal punto di vista metodologico, l'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio. Per superare tale difficoltà è opportuno identificare alcuni modelli clinico - organizzativi che consentano di governare il processo assistenziale.

Il PSSR 2002-2004 propone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi: i) **la consulenza**: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche; ii) **l'assunzione in cura**: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali; iii) **la presa in carico**: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi".

Lo sviluppo del modello proposto richiede di affrontare alcune tematiche organizzative fondamentali:

i) organizzazione di una funzione di accoglienza / valutazione della domanda e delle richieste che giungono ai servizi psichiatrici. La funzione di accoglienza appare cruciale poiché rappresenta l'accoglimento del soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio. La fase di valutazione della domanda (successiva all'accoglimento della richiesta) può concludere l'intervento di per sé, oppure generare l'attivazione del percorso di cura ritenuto più idoneo. La fase di accoglienza/valutazione deve comunque concludersi con una risposta appropriata alla richiesta ricevuta;

ii) coinvolgimento "forte" del MMG, da attuarsi fin dalle prime fasi del contatto del paziente col servizio. In questo senso occorre che il DSM gestisca in modo strategico e non occasionale il rapporto con il MMG, sia come lavoro sui singoli casi sia nel senso di una più forte integrazione tra contesti (medicina generale e salute mentale). Il lavoro di collegamento tra servizi psichiatrici e medicina generale deve rappresentare una funzione permanente del Dipartimento di Salute Mentale in un dato territorio;

iii) definizione e organizzazione dei percorsi di cura nel rispetto dei principi di competenza e libertà di scelta degli utenti e, al contempo, nel rispetto dei principi di "territorialità" e di responsabilizzazione dei servizi erogatori come elementi inscindibilmente connessi alla pratica della psichiatria di comunità;

iv) centralità del Centro Psicosociale (CPS) come perno dell'organizzazione territoriale dell'assistenza psichiatrica, sia riguardo al coordinamento dei programmi di assistenza, sia nella risposta all'acuzie e nell'intervento di emergenza sul territorio;

v) definizione di programmi di intervento per patologie emergenti caratterizzate da nuovi bisogni nelle quali le manifestazioni psichiche acute si accompagnano a disturbi di tipo comportamentale (sintomi da discontrollo degli impulsi, aggressività);

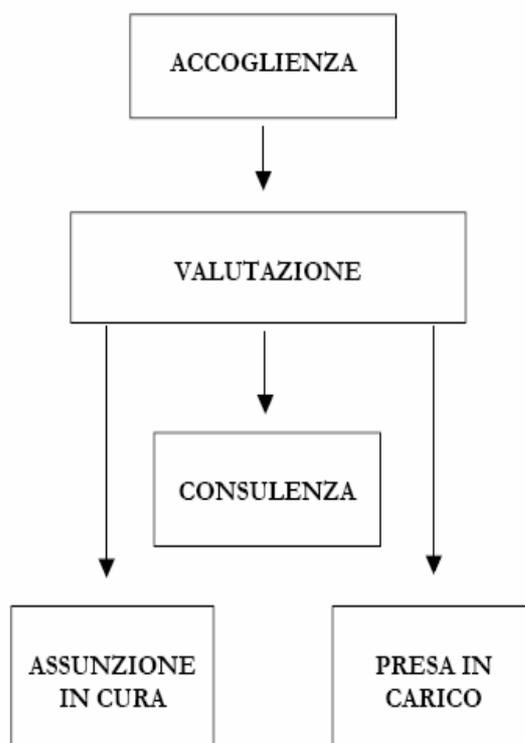
vi) definizione di modelli organizzativi per il trattamento dei soggetti affetti da disturbi psichici che per la loro diffusione sono assimilabili ai disturbi comuni. Il trattamento di queste patologie necessita del collegamento con la medicina generale e con altre agenzie del territorio in modo tale che sia comunque garantito il coordinamento degli interventi a livello territoriale presso i Centri Psicosociali (CPS);

vii) monitoraggio dei percorsi territoriali attuato tramite i flussi informativi del sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia (*Psiche*). L'attivazione di un percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico) deve essere rilevata sul sistema informativo, insieme con le possibili modificazioni. Nelle fasi successive il sistema informativo permette la verifica e il monitoraggio della congruenza tra piano di cura e pattern di trattamento erogato. In quest'ottica, il sistema informativo *Psiche* deve essere esteso a tutte le strutture psichiatriche accreditate (comprese le case di cura e le attività ambulatoriali a loro collegate) al fine di monitorare in modo valido le attività erogate.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

In accordo con il PSSR 2002-2004, il modello organizzativo per sviluppare i percorsi territoriali è rappresentato nella figura 1.

Figura 1



Accoglienza e Valutazione

La fase di **accoglienza** è una **attività organizzata** per il soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio psichiatrico. Il soggetto che pone una richiesta può essere altro rispetto al soggetto portatore di bisogni; può essere un soggetto istituzionale oppure chi, come familiare, parente o altro, pone la richiesta di occuparsi di una persona che non sia già conosciuta dal servizio. La funzione di accoglienza gestisce la prima fase di rapporto con il soggetto che pone una richiesta. L'obiettivo è quello di definire la posizione del servizio rispetto alla domanda di intervento.

La fase di **valutazione** è una **attività organizzata** di approfondimento del caso, successiva alla fase di accoglienza. Essa è primariamente, ma non esclusivamente, organizzata per il soggetto portatore di disagio. Può concludere l'intervento di per sé, oppure può attivare il percorso di cura ritenuto più idoneo.

Dal punto di vista clinico, l'**attività di valutazione** deve giungere, rispetto al caso individuale, a una **diagnosi clinica** e a una **valutazione funzionale**, considerando le diverse aree che concorrono a definire un "profilo di salute": diagnosi nosografica, funzionamento psicosociale, caratteristiche del contesto familiare e sociale. La diagnosi e la valutazione funzionale permettono di rendere esplicito e condivisibile il percorso di cura e verificabile nel suo sviluppo.

Dal punto di vista organizzativo, ogni DSM deve esplicitare nell'organizzazione dei propri servizi territoriali (**Centri Psicosociali**) un processo di **accoglienza/valutazione** e le modalità di una prima restituzione all'utente/inviante. A seguito della verifica di appropriatezza rispetto alla necessità di intervento, deve definire la procedura per giungere ad una diagnosi funzionale del soggetto portatore di bisogni, e alla proposta di un percorso di cura. La procedura deve contenere le azioni concrete, la durata e gli operatori coinvolti. La cartella in uso presso i CPS deve essere formulata in modo da contenere obbligatoriamente i dati salienti del suddetto processo, così come il programma "*Psiche*" ne rileverà l'esito in termini organizzativi (dimissioni o invio ad uno dei percorsi di cura definiti).

Nel caso l'invio sia effettuato dal MMG la fase di accoglienza / valutazione può già strutturarsi come una consulenza con l'attivazione di un percorso di cura definito che si pone l'obiettivo di formulare e restituire un'indicazione e/o un parere. Questo percorso è ottimale per quelle condizioni, in genere di moderata gravità, in cui è necessario un inquadramento diagnostico e terapeutico a supporto delle conoscenze del paziente e del suo medico per rispondere adeguatamente al problema clinico presentato.

Consulenza

La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi psichiatrici, principalmente i Centri Psicosociali (CPS) e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica.

Per rendere efficace il percorso di consulenza, deve esistere una modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG (nell'ambito delle modalità descritte dalla convenzione con i MMG). Tale modalità deve essere esplicitata in una procedura definita congiuntamente dai MMG e dal servizio psichiatrico nell'ambito di specifici progetti di collegamento costruiti anche attraverso il coordinamento della ASL.

Un percorso di consulenza efficace si basa su una relazione stabile tra MMG e DSM. Ciò configura una nuova funzione specifica del DSM che necessita di personale dedicato. Essa deve essere attuata attraverso azioni che implementino un modello organizzativo strutturato: esempi di tali azioni sono: incontri semestrali organizzati dal DSM per i MMG del territorio di competenza (es: aggiornamento di protocolli di trattamento, discussioni di casi clinici), organizzazione di una linea di comunicazione diretta per contattare lo specialista (telefono, posta elettronica) ed avere un parere in tempo reale, gruppi integrati di lavoro specialisti – MMG.

Assunzione in cura (Trattamento specialistico)

Nel percorso dell'assunzione in cura rientrano i percorsi terapeutici previsti per gli utenti dei DSM portatori di bisogni prevalentemente di tipo specialistico e comunque che non necessitano del trattamento complesso e multiprofessionale tipico della presa in carico. Tale percorso terapeutico viene erogato principalmente nei **Centri Psicosociali (CPS)** e non si esaurisce necessariamente in un trattamento ambulatoriale. Per rispondere a bisogni specifici richiede l'erogazione di prestazioni da parte di tutti gli operatori del CPS. Il percorso dell'assunzione in cura è compatibile con il trattamento in day-hospital o con episodi di ricovero per il trattamento di riacutizzazioni sintomatologiche.

I punti qualificanti del percorso di **assunzione in cura** sono:

- negoziazione e consenso informato fra medico e paziente sulla base della conoscenza del percorso terapeutico e degli obiettivi della terapia proposta e sulla necessità di collaborazione attiva. Si può connotare questo come un "contratto" di cura che sarà contenuto nella cartella clinica e, previo accordo dell'utente, sarà comunicato al MMG;
- informazione da dare all'utente e, previo consenso, ai suoi familiari circa la natura del disturbo di cui l'utente soffre, utilizzando strategie di tipo psicoeducativo. Tale informazione deve avere l'obiettivo di rendere l'utente più consapevole del suo disturbo e di comprendere il tipo di terapia che gli viene proposta

- libertà di scelta da parte dell'utente riguardo a dove svolgere le cure necessarie. La valutazione dei bisogni e la definizione degli obiettivi e del piano terapeutico consente all'utente di esercitare l'opzione di scelta del contesto pubblico o dei soggetti privati accreditati in cui seguire il percorso terapeutico;
- proposta terapeutica che si estende in un arco di interventi farmacologici e psicologici di tipo prevalentemente ambulatoriale basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate. In caso di bisogni specifici è prevista l'erogazione di prestazioni da parte di tutti gli operatori dei CPS. Inoltre, è previsto l'utilizzo di day-hospital o di ricovero ospedaliero in caso di episodi acuti di malattia;
- nel caso di proposta di psicoterapia definizione di un **piano di psicoterapia**. Pur senza costituire un fattore vincolante, deve essere favorito l'utilizzo di quelle terapie psicologiche che abbiano acquisito una rilevanza negli esiti. E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dai pazienti con disturbi psichici che richiedono trattamento specialistico ma non necessitano della presa in carico. Tale strategia deve riguardare prioritariamente l'organizzazione e la prassi di lavoro dei **Centri Psicosociali (CPS)**. Nell'ambito dell'organizzazione delle attività dei CPS, la strategia per il trattamento di tali utenti può indirizzarsi anche verso forme innovative di assistenza:
- partecipare all'attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche per soggetti affetti da disturbi quali depressione, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare;
- stabile collegamenti con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità. Questo oltre a stimolare una logica competitiva sulla qualità delle cure proposte, permette di poter rispondere a un numero maggiore di richieste di aiuto sia per psicoterapie sia per trattamenti integrati medico - psicologici. E' compito del DSM attivare protocolli e procedure per i percorsi di cura e per la valutazione degli esiti dell'assistenza erogata.

Presa in carico (Trattamento integrato)

Il percorso territoriale della **presa in carico** è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni "complessi". La realizzazione della **presa in carico** del paziente grave e multiproblematico, in una prassi costantemente orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro, rappresenta una *mission* specifica del DSM. L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il "profilo di salute":

- diagnosi nosografica (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
- gravità clinica
- funzionamento sociale
- caratteristiche della rete familiare e psicosociale
- precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici

Per gli utenti dei DSM che presentano bisogni complessi, ovvero che presentano una diagnosi di disturbo psichico grave e che presentano deficit nel funzionamento psicosociale e nella rete familiare e sociale, la **presa in carico** rappresenta il modello di buona pratica clinica. Il coordinamento del percorso di cura della **presa in carico** ha sede nei **Centri Psicosociali (CPS)**.

Tra gli utenti dei DSM affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi rientrano principalmente i soggetti affetti da disturbi psicotici. Le condizioni degli utenti affetti da disturbi psicotici richiedono alcune considerazioni specifiche:

- l'esperienza dei soggetti con gravi disturbi psicotici può essere caratterizzata dalla negazione del bisogno, la paura della relazione, la diffidenza angosciata nei confronti di approcci vissuti come intrusivi e minacciosi;
- le caratteristiche della patologia psicotica impongono una specificità di indirizzo dell'offerta sanitaria, i cui principi informativi devono essere l'attribuzione di valore ad ogni individuo ed il riconoscimento del suo inalienabile diritto di cittadinanza;
- la condizione psicotica può compromettere una reale possibilità di scelta, intesa come esercizio di critica e pienezza di progettualità esistenziale; la "presa in carico" deve tendere verso il recupero di questa progettualità esistenziale, nei modi e nei tempi consentiti dal rispetto dell'individuo e delle sue difese;
- nel trattamento di un soggetto affetto da psicosi si adottano tutte le strategie per costruire un rapporto di collaborazione con l'utente inserito nel suo contesto familiare e sociale, in quanto lo stabilirsi di una relazione di fiducia (alleanza di lavoro) tra la persona malata e gli operatori costituisce la condizione di base della cura e il fondamento di un programma di trattamento efficace protratto nel tempo;
- la metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici, dell'offerta di interventi differenziati e integrati e della garanzia della continuità terapeutica rappresenta il modello di lavoro appropriato per la psichiatria di comunità.

L'attuazione del principio di continuità terapeutica e la necessità di integrazione sociosanitaria indispensabili per la cura dell'utente affetto da disturbi psichici gravi e portatore di bisogni complessi, rende necessario il rispetto del principio della **territorialità**, intesa come prioritario investimento nell'organizzazione di congrue offerte di cura in stretta correlazione con il contesto socioambientale dell'individuo. L'ambito territoriale per la pianificazione complessiva delle offerte di cura per la salute

mentale viene indicato in una dimensione di **macroarea** coincidente, di norma, con il territorio delle ASL. Tali macroaree si intendono anzitutto come riferimenti funzionali e di buona accessibilità. La coincidenza con la ASL consente di agevolare sia i meccanismi amministrativi, sia le azioni relative all'offerta, programmazione, valutazione e controllo dei servizi.

L'ambito più appropriato per la programmazione degli interventi per il percorso dell'utente grave e multi-problematico va identificato nel territorio del **distretto socio-sanitario**, ove diventa immediato il coinvolgimento della rete naturale, dei Comuni (Piani di zona), dei medici di famiglia e la realizzazione delle idonee integrazioni con il lavoro delle UOP, attraverso i CPS, le strutture residenziali e semiresidenziali. Per i casi nuovi, in situazione di emergenza, deve comunque essere considerato come riferimento la UOP locale. Il livello di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nei programmi di tutela e di assistenza per la salute mentale (ASL, Enti Locali., DSM, MMG, altri soggetti erogatori accreditati) viene trovato nell'istituzione di un **organismo di coordinamento per la salute mentale** (vedi capitolo 2), concepito come momento istituzionale di integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello di ASL e di distretto socio-sanitario.

La **presa in carico** si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la **titolarità** della **presa in carico** di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) ed assumere la responsabilità di tutte le fasi del trattamento. Il servizio psichiatrico che assume la **titolarità di un progetto di presa in carico** di un utente residente al di fuori dell'ambito territoriale della propria ASL dovrà darne **comunicazione scritta alla ASL** di residenza dell'utente che lo trasmette all'organismo di coordinamento per la salute mentale.

Compito del DSM che assume la **titolarità di un percorso di presa in carico** è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);

- flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un **registro dei casi gravi presi in carico** (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali **drop out** (i cosiddetti "persi di vista").

Dal punto di vista operativo un **percorso di presa in carico** si fonda sull'integrazione di **attività specifiche**:

- **attività clinica** : attività psichiatrica e psicologica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia), ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione e del contratto terapeutico.
- **attività riabilitativa** : attività di riabilitazione, risocializzazione, reinserimento nel contesto sociale; attività semiresidenziale (o di *Centro Diurno*) che favorisca un ancoraggio forte al progetto di cura attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi)
- **attività di assistenza** : attività di sostegno al paziente nei suoi aspetti deficitari, attività finalizzata a sostenere e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.
- **attività di intermediazione** : attività per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: i) utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); ii) individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; iii) sostegno e informazione alla famiglia
- **attività di coordinamento** : attività sul singolo caso che garantisca integrazione delle diverse aree di attività, dei diversi erogatori che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale

Dal punto di vista organizzativo, **la presa in carico**, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, si fonda su progetti individuali. Il percorso di **presa in carico** assume valenza amministrativa (risulterà nel sistema informativo regionale "*Psiche*") ed è fondato su un piano di trattamento individuale. Il **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** deve essere contenuto nella cartella clinica e deve essere regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento del percorso clinico. Al massimo entro un anno dalla precedente stesura deve essere rinnovato per ogni utente.

Il **Piano di Trattamento Individuale (PTI)**, strumento operativo della presa in carico, avrà i seguenti requisiti:

- indicazioni delle motivazioni psicosociali che hanno evidenziato la necessità di una presa in carico;
- tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe, nell'ambito delle funzioni sopra indicate:
 - trattamento psichiatrico e psicologico;
 - iniziative volte a garantire un supporto assistenziale (iniziative volte al recupero di "cittadinanza" nel proprio contesto socioambientale, visite domiciliari, attività di supporto sociale, lavoro di rete);
 - iniziative riabilitative (programmi di Centro Diurno, inserimenti lavorativi, iniziative volte a incrementare i livelli di autonomia)
 - iniziative volte a sostenere e coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente;
 - attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semiresidenziale;
 - verifiche periodiche dell'andamento del progetto;
 - composizione della microéquipe titolare del progetto;
 - individuazione del referente complessivo del progetto (**case manager**), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione.

La **scheda sintetica di PTI**, presentata in appendice, rappresenta la sottoscrizione di un "accordo/impegno di trattamento". Essa contiene gli elementi principali del programma di cura, e deve essere rinnovata al massimo entro un anno per ogni utente. La scheda rappresenta l'impegno del DSM alla cura dell'utente secondo il modello della "**presa in carico**". La scheda è firmata dal case manager e dal medico referente del progetto, viene vista dal direttore della UOP (o da un suo delegato) e sottoscritta dall'utente (anche se non obbligatoriamente).

Nell'ambito del percorso territoriale della **presa in carico** risulta rilevante l'adozione di **strategie di valutazione dell'esito e della soddisfazione degli utenti** attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica. La valutazione degli esiti dei programmi di cura, ripetuta nel tempo, rappresenta un requisito indispensabile per un confronto in ambito scientifico, economico e organizzativo.

Il percorso territoriale della **presa in carico**, per la sua specificità e rilevanza, necessita di un adeguamento del sistema di finanziamento in modo coerente con l'implementazione di programmi di cura centrati sul piano di trattamento individuale. Nel caso del percorso di "**presa in carico**" la revisione del sistema di finanziamento rappresenta una leva di responsabilizzazione dei soggetti erogatori ed uno stimolo per orientare l'attività territoriale verso criteri di qualità.

Il percorso di **presa in carico** si configura come progetto caratterizzato da: elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale, capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria. La realizzazione di questo percorso comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare una accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata.

A tal fine è indispensabile che la dotazione organica dei CPS sia adeguata, in termini di operatori e di professionalità disponibili, in stretta correlazione con la possibilità di assumere realmente le funzioni indicate.

**L'INTERVENTO NEI
DISTURBI PSICHICI
COMUNI**

Ansia e depressione

Il PSSR 2002-2004 indica i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore come un'area prioritaria di intervento a causa dell'elevata prevalenza nella popolazione generale. Secondo le stime di prevalenza di questi disturbi nella popolazione generale è ipotizzabile che, nel corso di un anno, circa il 10% della popolazione presenti una condizione diagnosticabile come disturbo depressivo o d'ansia. Anche se tali dati non sono indicatori attendibili del bisogno di trattamento⁸, indicano una problematica di assoluto rilievo nei termini di sanità pubblica.

Rispetto alla situazione attuale si può indicare che:

- solo una percentuale ridotta dei soggetti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore è in cura nei servizi psichiatrici;
- la medicina generale rappresenta l'ambito principale di riferimento per questa utenza;
- rispetto a queste problematiche la medicina generale ha una interlocuzione debole con i servizi psichiatrici.

In termini clinici i disturbi dell'umore e disturbi d'ansia possono manifestarsi all'interno di quadri estremamente diversificati. In questa utenza vi sono soggetti per i quali possono essere indicati tutti i percorsi di cura indicati precedentemente, anche se più frequentemente si tratta di soggetti per i quali sono appropriati i percorsi della **consulenza** o **l'assunzione in cura**.

⁸ Regier DA et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Archives General of Psychiatry 55, 109-115, 1998; Spitzer RL. Diagnosis and need for treatment are not the same. Archives of General Psychiatry 55, 120, 1998; Ustun TB et al. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain need. Archives of General Psychiatry 55, 1145-1146, 1998.

E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dagli utenti con disturbi d'ansia e dell'umore, anche attraverso la definizione di protocolli di collegamento fra servizi psichiatrici, medicina generale, reti formali e informali di comunità con particolare attenzione al volontariato, alle associazioni di utenti, familiari e di advocacy. La collaborazione del DSM con soggetti non istituzionali e con il privato sociale può dar luogo all'organizzazione di punti di ascolto il più possibile prossimi ai luoghi di vita abituale del cittadino. Tali progetti di collaborazione devono avere la sede di coordinamento nel DSM, più specificatamente nei **Centri Psicosociali**.

Si identificano due linee prioritarie di intervento:

Progetti di collegamento con la medicina generale

Progetti strutturati di collegamento con la medicina generale costruiti in accordo con le ASL che garantiscano:

- contributi professionali alla definizione e adozione di percorsi diagnostico - terapeutici nella medicina generale;
- supporto alle iniziative di formazione dei medici di medicina generale;
- percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG ;
- procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e medici di medicina generale anche attraverso forme di sperimentazione che prevedano forme associative di medicina generale.

Progetti di trattamento specialistico (assunzione in cura)

Progetti che riguardano prioritariamente l'organizzazione e la prassi di lavoro dei **Centri Psicosociali (CPS)**. Nell'ambito dell'organizzazione delle attività dei CPS, le strategie per il trattamento specialistico di ansia e depressione può indirizzarsi anche verso forme innovative di assistenza quali :

- attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche;
- collegamento con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità.

Ogni DSM, nell'ambito della strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti da questi utenti ha il compito di definire percorsi diagnostico-terapeutici per la depressione e i disturbi d'ansia attraverso le seguenti iniziative:

- definizione e/o adozione di linee guida e procedure per il trattamento dei diversi disturbi;
- validazione dei percorsi attraverso *consensus conference* locali che garantiscano il coinvolgimento dei professionisti, delle aziende e dei diversi soggetti sociali;

- diffusione del contenuto dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle relative linee guida a tutti i professionisti coinvolti e interessati;
- monitoraggio delle attività erogate per una valutazione dei livelli di adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici e revisione annuale delle procedure e delle linee guida sulla base delle problematiche emerse;
- definizione di protocolli di collegamento fra i servizi psichiatrici, medicina generale, reti formali e informali di comunità con particolare attenzione al volontariato, alle associazioni di utenti, familiari e di advocacy;
- attivazione di gruppi di auto-aiuto per sostenere l'utente e i familiari durante il percorso di cura.

Infine, sono da considerarsi prioritarie linee di intervento centrate sulla prevenzione dei disturbi depressivi e d'ansia e sulle loro possibili complicanze.

In particolare:

- progetti per aumentare la conoscenza e l'informazione sulla realtà dei disturbi depressivi e d'ansia, sulla loro diffusione e sui trattamenti con l'obiettivo di ridurre pregiudizi e stigma;
- progetti finalizzati alla prevenzione dei comportamenti suicidari;
- progetti finalizzati alla prevenzione della depressione nei pazienti a rischio con particolare attenzione alla prevenzione della depressione nella gravidanza e nel post-partum grazie anche alla collaborazione tra specialisti di diverse discipline (psichiatria, ginecologia, ostetricia, Neuropsichiatria Infantile, psicologia) e con il privato sociale (associazioni di volontariato / advocacy).

I disturbi alimentari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie di sempre maggior riscontro nella pratica clinica. A fronte di un costante aumento della incidenza e quindi della richiesta d'interventi terapeutici, c'è una sostanziale carenza di strutture idonee alla terapia. Sul territorio nazionale sono attualmente presenti poche strutture specializzate nella terapia dei DCA, la maggior parte delle quali non attuano trattamenti multidisciplinari ma solo trattamenti in regime ambulatoriale o di day hospital non intensivo oppure procedono a ricoveri di breve durata per gestire le complicanze mediche dei DCA.

L'intervento di un solo specialista è insufficiente poiché la compresenza nello stesso paziente di alterazioni fisiche e disturbi psichici, indipendentemente dal loro movente etiopatogenetico, rende indispensabile una cooperazione pluridisciplinare per un corretto inquadramento diagnostico e per un adeguato indirizzo terapeutico.

E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dagli utenti con disturbi psichici che richiedono trattamento specialistico. Tra le strategie indicate nell'ambito del percorso territoriale dell'**assunzione in cura** vi è

L'attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche sovra (inter)-dipartimentali e il collegamento con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità.

Riguardo all'organizzazione di centri o servizi specialistici per i DCA vengono indicati i seguenti criteri:

- la direzione e l'organizzazione dei centri per i DCA compete al DSM, vista la prevalenza psichiatrica del problema;
- i servizi che devono cooperare ed integrarsi con il DSM sono in primo luogo l'UONPIA, la Dietologia ed inoltre servizi come Ginecologia, Endocrinologia e Medicina Interna. Inoltre deve essere considerata la possibilità di collaborazione con le associazioni di utenti (es: organizzazione di gruppi di auto-aiuto);
- le procedure dell'integrazione devono avvenire seguendo dei protocolli ben definiti che considerino la fase dell'accoglienza, il trattamento ambulatoriale, il Day Hospital diagnostico e/o terapeutico con la partecipazione di più figure professionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili, dietologi e dietisti), e quando necessario l'invio in reparti ospedalieri per il ricovero ordinario con i quali sia definita una collaborazione strutturata definita da procedure sia per l'invio che per la dimissione;
- la sede di intervento deve essere identificata con l'obiettivo di favorire l'accesso dei giovani utenti e di organizzare una microequipe multidisciplinare all'interno della quale gli operatori delle diverse discipline possano apportare il loro contributo;
- i programmi di cura devono essere monitorati con strumenti di verifica delle attività e di controllo degli esiti. Con l'obiettivo di offrire programmi terapeutici in funzione dei bisogni degli utenti, una seconda strategia per il trattamento dei DCA è quella di collegarsi a strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi. In tale prospettiva vengono identificati i seguenti requisiti per il trattamento dei DCA in ambito residenziale per i casi più gravi o con bisogni specifici:
 - utilizzo, applicazione e revisione annuale dei protocolli di accoglimento, trattamento e dimissione descritti nel capitolo relativo alle strutture residenziali psichiatriche;
 - accoglimento e dimissione su base volontaria con invio motivato nell'ambito dei percorsi di cura definiti precedentemente in questo capitolo;
 - alta intensità terapeutica dei programmi di cura;
 - lavoro terapeutico-riabilitativo multidisciplinare in equipe mista (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere, dietologo/dietista, internista);
 - durata massima di degenza di 6 mesi;
 - programmi di sostegno per le famiglie

Appendice

SCHEDA PER IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE

SCHEDA SINTETICA PER IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Nome..... Cognome.....

Motivazioni della presa in carico:

- diagnosi (ICD 10)
- funzionamento psicosociale: ottimo
buono
moderatamente deficitario
gravemente deficitario
- rete sociale/familiare: presente
deficitaria
assente
- precedenti trattamenti psichiatrici: presenti
assenti

Obiettivi del progetto di PTI:
.....
.....

Micro-equipe:

Psichiatra: Psicologo

Infermiere: Educatore:

Assistente sociale

Referente del PTI (case manager):

Programma di cura

- Colloqui psichiatrici : SI NO (frequenza mensile:)
- Colloqui psicologici: SI NO (frequenza mensile.....)
- Farmacoterapia SI NO
- Psicoterapia : SI NO
- Interventi domiciliari SI NO
- Coinvolgimento / sostegno ai familiari SI NO
- Interventi sociali SI NO
- Attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici,
privato sociale, volontariato) SI NO
- Interventi riabilitativi SI NO
- Interventi di inserimento lavorativo SI NO
- Inserimento al CD SI NO (sede del CD)
- Inserimento in Struttura Residenziale SI NO
- se SI: tipo di SR Sede della SR
- Sede di eventuali ricoveri ospedalieri :

Data compilazione PTI : Data prevista revisione PTI

Firma del case manager:

Firma del medico referente per il progetto:

Visto Direttore dell'UOP (o suo delegato) :

Sottoscrizione da parte dell'utente :