

	<b>PROCEDURA</b>	<b>Titolo procedura L'accoglimento dell'utente e la presa in carico</b>
	Azienda Ulss n. 8 <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>	U.O. di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Servizio Psichiatrico Territoriale dei DSS 1 e 2
Preparato Data 22.11.2009 Da: Dr. Stefano Sanzovo Prot. n.2010/42961	Verificato Data 02.03.2010 D.ssa Anna Vallerini, Dr.Giuseppe Salce, Dr. Osvaldo M. Galvano	Revisione n.0 Prossima revisione prevista per: marzo 2013

## PREMESSA

Chiunque ritenga di avere bisogno di una consultazione con uno specialista psichiatra o uno psicologo può rivolgersi al Dipartimento di Salute Mentale.

Sono presenti un Servizio Psichiatrico presso l'ospedale di Montebelluna ed un Centro di Salute Mentale è presente in ogni distretto e vi si accede preferibilmente per invio del proprio Medico di Medicina Generale ma anche per accesso diretto, cioè rivolgendosi direttamente per una visita.

L'appuntamento per la visita può essere richiesto telefonicamente o direttamente. Nel caso di richiesta di prestazione urgente da parte del Medico di Medicina Generale la visita sarà erogata il giorno stesso. La richiesta può essere posta al Centro di Salute Mentale competente per territorio direttamente dalla persona interessata e/o da terzi coinvolti a vario titolo.

L'intervento si svolge nel rispetto dei diritti di riservatezza e privacy dell'utente. Quando sono altri a formulare la richiesta, verrà intrapreso ogni tentativo affinché l'interessato rivolga direttamente al Servizio. E' importante che anche i familiari vengano coinvolti a questo scopo.

### Definizione della procedura

Trattasi di specificare come l'utente può arrivare alle strutture psichiatriche e l'operatività che ne consegue.

### Campo di applicazione

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centri di Salute Mentale, Day Hospital Territoriale, Centro Diurno, Comunità Terapeutica, Ambulatorio

### Scopo della procedura

Uniformare le modalità di accesso al Servizio e definire le condizioni per la presa in carico.

### Modalità operative:

- operatori coinvolti (autorizzati a seguire la procedura)  
Medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, addetti all'assistenza, personale amministrativo.
- materiale occorrente  
Cartaceo ed informatico
- sequenza delle operazioni da effettuare

1) Le modalità di contatto sono le seguenti:

- ☐ *accesso diretto in orario di apertura, per richiedere l'appuntamento e/o la consulenza;*
- ☐ *intervento a domicilio,*
- ☐ *richiesta telefonica di colloquio e/o consulenza;*
- ☐ *richiesta di intervento tramite il medico curante.*

2) A tutti i pazienti verrà chiesto di firmare il consenso informato scritto di cui copia all'**allegato A**. Il consenso prevede l'accettazione delle terapie proposte e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali, esclusivamente a fini di diagnosi e cura, prevenzione e ricerca – in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi.

3) Nel corso del primo contatto verranno decodificate la domanda e le motivazioni, verrà valutata la necessità di trattamento psichiatrico e l'appropriatezza delle richieste nel rispetto della legislazione vigente.

L'accoglienza consentirà una prima valutazione delle problematiche e potrà esitare nelle seguenti indicazioni:

- ☐ Non continuità delle cure: 1) nel caso non si ravvisi una malattia psichiatrica o 2) nel caso di invio ai servizi di competenza (dipendenze, minore età e handicap, ecc.);
- ☐ ulteriori visite

4) presa in carico.

Per *presa in carico* si intende: "...l'insieme delle operazioni complesse che un'équipe multiprofessionale mette in atto quando un paziente che è andato incontro ad un episodio di malattia mentale grave si rivolge direttamente o tramite terzi al CSM per chiedere aiuto. La complessità riguarda il fatto che i singoli atti di carattere tecnico-professionale vengono svolti da più operatori sia con il paziente sia con i familiari, e più in generale con chiunque sia considerato soggetto in causa, e che tutti questi atti debbano essere raccordati da una funzione gruppale che determina le coordinate spazio-temporali dell'intervento e restituisce ai singoli la posizione e il senso delle loro azioni tecnico-professionali..." (Ferranini, 1999).  
Componenti costitutivi della *presa in carico* sono:

1) il concetto di responsabilità, intesa come responsabilità attiva ed attenta alla complessa relazione tra Servizio Pubblico e soggettività di ogni singolo cittadino, nel rispetto dei diritti fondamentali di cittadinanza e della dignità personale;

- 2) la continuità, intesa come coerente modulazione di azioni tra loro articolate nel tempo, nella prospettiva di una possibile dimissione;
- 3) l'attenzione a contrastare, anche all'interno della continuità, l'inerzia come determinante della cronicizzazione dell'intervento.

La presa in carico si esercita secondo ordini di priorità che hanno come referente primario:

- ☐ la gravità, che è clinica (in relazione a diagnosi e sintomatologia), ma anche legata ad elementi di contesto e di storia personale (fatti, ambiente personale, ecc.);
- ☐ la competenza, che può essere pertinente/di confine/impropria, rispetto alla specificità; sotto questo profilo va valutata l'assunzione in termini di "titolarità" o "complementarità" sul caso, in relazione ad altre agenzie con cui eventualmente operare.

I criteri della presa in carico.

La presa in carico è un "progetto terapeutico riabilitativo complesso" che richiede la multidisciplinarietà (a livello di equipe), la continuità e la coerenza (a livello di equipe e di articolazione intra-dipartimentale), la diversificazione e modulazione degli interventi (a livello di equipe e di articolazione sia intra- che extra-dipartimentale).

Il lavoro di rete è il momento qualificante della presa in carico, espressione della complessità della dimensione territoriale e di una progettualità che non può prescindere dalla qualità di vita in generale, al di là della guarigione clinica.

I programmi e gli interventi sono indirizzati primariamente alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali (valutati secondo i criteri dell'ICD10, come da disposizioni ministeriali).

Nei casi di minore gravità il rapporto con il Dipartimento di Salute Mentale può risolversi in una sola consultazione o in un numero limitato di incontri; altre volte, con modalità diverse, può durare per periodi lunghi o anche molto lunghi (rimanendo il percorso comunque permanentemente soggetto a verifiche da parte dell'équipe curante, con la possibilità di modulare nel tempo gli interventi, ottimizzare il programma, rivederne gli obiettivi) .

Nel caso sia necessario o richiesto un ricovero del paziente in SPDC, ciò può avvenire:

- 1) per invio dello psichiatra territoriale

per invio del m.m.g.

per invio dei medici del pronto soccorso

per accesso diretto.

Negli ultimi tre casi sarà compito del medico di guardia che accoglie il paziente valutare la necessità e l'opportunità del ricovero e predisporre lo stesso.

L'organizzazione dipartimentale prevede la suddivisione dei comuni presenti nel territorio dell'ulss fra gli psichiatri che operano nei distretti secondo un criterio di equa ripartizione del lavoro (vedi allegato). Nel corso del ricovero sarà garantita la continuità terapeutica con lo psichiatra territoriale che provvederà a visitare il paziente nel corso della degenza e, di concerto con i colleghi del reparto, a formulare il programma terapeutico post-dimissione e a renderne edotti gli operatori coinvolti del territorio di competenza. Il progetto post-dimissione sarà concordato, pur nel rispetto della normativa vigente sulla privacy, anche con i familiari e con la rete territoriale interessata. Del progetto stesso verrà data informazione anche al medico di m.g. attraverso la lettera di dimissione e per contatto diretto. Al momento del ricovero il paziente ed eventualmente i familiari vengono informati, qualora il paziente non fosse ancora in carico, del nominativo dello psichiatra a cui farà riferimento.

Eventuali collegamenti con protocolli assistenziali

- ☐ Procedure sulle emergenze
- ☐ Procedure liste di attesa e criteri di priorità
- ☐ Procedura rapporti Enti Locali
- ☐ Procedura visita domiciliare

La mancata presentazione agli appuntamenti

Nel caso di mancata presentazione agli appuntamenti previsti le modalità di intervento differiscono da caso a caso.

In linea di massima, se il paziente è affetto da una patologia da trattare ambulatorialmente, a seconda del caso:

- 1) si potrà fare al paziente una telefonata di richiamo e fissare un nuovo appuntamento;
- 2) se il compenso clinico è stabilizzato e il paziente aveva già palesato l'intenzione di sospendere gli incontri, non verrà attivata alcuna procedura, fermo restando la piena disponibilità del Servizio ad incontri futuri con le modalità prescritte.

Se invece il paziente è affetto da patologia più grave, a seconda della stabilizzazione del quadro, si potrà procedere con una telefonata all'interessato per fissare un nuovo appuntamento, oppure con una visita domiciliare.

Nel caso di un diniego, a seconda della gravità e del compenso clinico, si potranno avvisare il MMG ed i familiari.

Il Servizio in questi casi si impegna a mantenere attivi i contatti con il paziente, adoperandosi perché egli rimanga in carico e possa beneficiare del percorso terapeutico impostato.

Abbandono da parte di pazienti gravi

Se il paziente grave decide autonomamente di non presentarsi più agli appuntamenti e di non seguire i programmi riabilitativi del Servizio, si metteranno a disposizione tutti i mezzi necessari e tutto il personale disponibile per motivare la continuazione del programma. Qualora i tentativi attivati falliscano, si contatteranno, se presenti e disponibili, i familiari. Verrà, inoltre, informato il MMG del paziente per concordare eventuali altre strategie. Solo in casi di estrema gravità e qualora ne sussistano le condizioni, il Servizio potrà mettere in atto procedure coattive (ASO, TSO).

Conclusione dei trattamenti

Il concetto di dimissione può essere perfezionato intendendolo anche come conclusione di un percorso di cura, con un'attribuzione di senso che apra una prospettiva reale di autonomia e benessere per il paziente. Deve essere differenziata dal concetto di:

- 1) abbandono: rinuncia di presa in carico da parte del Servizio per passività rispetto alle proprie competenze;
- 2) perdita di vista: cessazione della presa in carico per comportamenti attivi di allontanamento da parte del paziente e/o della sua famiglia;
- 3) *drop out*: perdita del paziente per difficoltà a trattenerlo da parte della rete del Servizio.

Più specificamente:

- 1) nei casi di patologia più lieve, si può parlare di conclusione del percorso di cura (o “dimissione”), in seguito alla risoluzione del quadro clinico;
- 2) nei casi di patologia grave (p. es., “psicosi”), si intende la dimissione se presente una duratura stabilizzazione del compenso clinico con accettabile funzionamento globale.

Rientro dei pazienti ospitati presso strutture residenziali fuori regione.

Questi casi verranno sottoposti a specifica valutazione dell'équipe del CSM.

Gli operatori potranno mettere in atto la procedura di presa in carico (v . sopra) e stabilire, in accordo con il paziente ed eventualmente i suoi familiari, il percorso terapeutico più opportuno.

Il Servizio metterà a disposizione tutte le sue professionalità, compatibilmente con le risorse disponibili al momento.

## ALLEGATI

Foglio di consenso informato.

Cartella socio-riabilitativa ed ambulatoriale (in corso la versione informatizzata)

Schema suddivisione territoriale.