

### **Ob. 3 - Aree di alta integrazione. Rapporto Dipartimento di Salute Mentale / Distretti”**

**(anziani, handicap, medicina di base e specialistica, doppia diagnosi, minori ed adolescenti, consultori)**

La psichiatria è per definizione una disciplina di confine. Ogni intervento in questo settore, se non vuol limitare la propria efficacia, deve necessariamente tener conto di un contesto generale, disciplinare ed operativo, ampio e coinvolgente più attori.

Risulta immediatamente evidente che l'integrazione operativa socio-sanitaria non può che essere uno degli obiettivi strategici prioritari del Dipartimento di Salute Mentale. In questo contesto il ruolo giocato dal Distretto Sanitario è centrale. Il distretto infatti è per definizione il crocevia delle politiche per la salute di un determinato territorio e la sua capacità d'interfacciarsi con tutti gli altri servizi sanitari e sociali è la variabile determinante di successo.

Il presente documento costituisce un primo nucleo di protocolli operativi, frutto di un lavoro collettivo, destinato a fungere da punto di riferimento operativo ed organizzativo per gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e per gli operatori dei distretti sanitari. S'intende che questo prodotto costituisce solo un primo passo verso la costituzione di una prassi integrata di tipo collaborativo che possa consolidarsi stabilmente.

Le aree d'alta integrazione sono sei:

1. Anziani
2. Handicap
3. Medicina di base e specialistica
4. Doppia diagnosi
5. Minori ed adolescenti
6. Consultori

Per ogni area d'integrazione sono definiti diversi settori d'azione entro cui far rientrare l'ampia casistica sinora riscontrata. È evidente che quanto qui riportato non può esaurire la casistica e che in futuro ogni ulteriore apporto, derivante da una pratica costruttiva, sarà il benvenuto in un'ottica di miglioramento progressivo della qualità del servizio erogato all'utenza.

I protocolli identificano dei percorsi virtuosi, condivisi e riconosciuti tali, che hanno la finalità di migliorare l'efficacia dell'intervento (esiti) attraverso il corretto impiego delle risorse disponibili (efficienza).

### **4 - Presa in carico di persone con “doppia diagnosi” (dipendenza & disturbo mentale)**

#### **Obiettivi**

Obiettivo del presente protocollo è il miglioramento delle cure per i pazienti “a doppia diagnosi”.

Ai fini del presente protocollo si definiscono i seguenti criteri diagnostici (tratti dall'ICD 10) per l'individuazione dei casi c.d. “a doppia diagnosi”, sui quali concordano gli operatori del DSM e del DD e che prevedono l'impegno di entrambe le Strutture Operative:

- a. presenza di disturbo mentale severo (identificato nelle aree diagnostiche della schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti; delle sindromi affettive; delle sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare) e /o grave disturbo di personalità (paranoide, schizoide, emotivamente instabile), che sia ritenuto o si sia già rivelato a rischio elevato di scoppio per le patologie di cui in (a).
- b. sindromi e disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe legali – in particolare alcool, stimolanti, sedativi e ipnotici – ed illegali – in particolare oppioidi e cannabinoidi, cocaina, allucinogeni e droghe sintetiche), in condizioni di intossicazione acuta, sindrome di dipendenza, stato di astinenza, sindrome psicotica, sindrome o disturbo psichico residuo o da uso tardivo.

#### **Settori d'intervento**

##### **❖ Presa in carico integrata**

Il caso può essere segnalato e riferito da operatori di ciascuno dei due Dipartimenti (o da U.O. appartenenti strutturalmente al Distretto Sanitario) e va valutato sul piano diagnostico e psico-sociale congiuntamente secondo le modalità di volta in volta concordate, verificando la concordanza della valutazione.

La formulazione di un programma terapeutico (che viene riportato per iscritto su una apposita scheda di progetto) avviene in partenariato tra entrambi i servizi prevedendo l'impiego di loro risorse differenziate graduate a seconda del bisogno dell'utente. Si promuove la costituzione di un piccolo gruppo di lavoro per la presa in carico integrata compo-

sto da operatori dei due servizi che nomina al suo interno un coordinatore del caso (case-manager) non medico appartenente al servizio segnalante, che ha il compito principale di verificare l'andamento del programma, assistito ed eventualmente sostituito da un vice-coordinatore dell'altro servizio.

Il Distretto Sanitario, in particolare quando ci siano disabilità fisiche o psichiche (con il coinvolgimento dell'U.O. Riabilitazione), problemi familiari o coinvolgenti minori (con il coinvolgimento dei consultori o delle UO. Bambini ed Adolescenti), o rilevanti patologie organiche ad andamento subacuto o cronico in atto (di concerto col Medico di Medicina Generale del paziente), deve contribuire a predisporre percorsi diagnostico-terapeutici integrati anche di natura specialistica con l'attivazione di canali preferenziali. Può pertanto individuare operatori che integrino il gruppo di lavoro del DSM e del DD. Esso potrà altresì facilitare nella propria sede il coordinamento col Servizio Sociale di base sul caso. E' prevista l'istituzione di una scheda di progetto congiunta, utile alla valutazione ed alla registrazione degli interventi, a scopi di documentazione e di ricerca epidemiologica.

In ogni fase è comunque previsto l'impiego di risorse integrate tra i due servizi, fino al superamento dell'episodio di cura e a decisioni in merito al prosieguo successivo.

A risoluzione di un episodio, o al più tardi entro tre mesi dall'inizio del programma, è prevista una valutazione degli esiti da parte del piccolo gruppo di lavoro e la formulazione di un piano a più lungo termine, che preveda follow-up e interventi di natura riabilitativa e di reintegrazione sociale, e, che, qualora cessino le caratteristiche di "doppia diagnosi", potrà essere anche affidato ad uno solo dei due servizi.

E' preferibile che dopo la risoluzione di uno stato di intossicazione da sostanze si proceda ad una rivalutazione psichiatrica per l'eventuale presa in carico di più lungo periodo in caso di disturbi psichiatrici rilevanti che dovessero persistere anche al cessare dell'uso di sostanze.

Per la disintossicazione programmata può essere prevista, in alternativa al ricovero ospedaliero ed allo scopo di limitarne l'uso, l'accoglienza in prima battuta presso le strutture e le sedi attrezzate del DD in ospitalità diurna o diurno-notturna, ed in seconda battuta o in alternativa presso il CSM con impegno di risorse di supporto del DD.

L'utilizzo di trattamenti protratti con metadone va valutato congiuntamente.

Qualora nel piano a più lungo termine sia previsto l'inserimento in una qualunque comunità, è prevista la compartecipazione alle spese del programma con le risorse proprie da parte delle due S.O.

#### ❖ **Interventi sull'acuzie e sulle urgenze**

Per i casi acuti o comunque urgenti, il tempo in cui si attiva l'attenzione e si realizza la prima valutazione ed il primo contatto congiunto deve essere il più breve possibile e preferibilmente entro le 24 ore.

Data la particolare collocazione strategica del SPDC nel circuito dell'urgenza, si ritiene indispensabile rendere operante il gruppo strategico per:

- ⇒ attivare una rilevazione aggiornata del carico dei casi, di competenza del DD, sostenuto nel corso dell'anno 2001 dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
- ⇒ valutare l'opportunità d'integrare una quota parte – ad esso commisurata – di reperibilità notturne e festive, che sia gestita da dirigenti medici del DD.

Va sottolineato che la presenza di una sindrome psicotica acuta, a prescindere da valutazioni se essa sia primitiva o secondaria ad uso di sostanze, determina l'immediata attivazione di modalità di gestione della crisi a domicilio, in day hospital o in ospitalità diurno-notturna al CSM, o in ambito ospedaliero a seconda delle opportunità valutate concordemente.

#### **Criticità**

La collaborazione tra i due Dipartimenti si fonda sul principio di reciprocità, ovvero su un impegno equo e bilanciato delle risorse e dei servizi prestati e sulla mutualità del supporto in particolare in situazioni critiche.

Tale collaborazione si realizza non soltanto tramite la messa in comune di risorse e di competenze preesistenti delle Strutture Operative del DSM e del DD (anche prevedendone l'incremento qualora risultassero insufficienti), ma anche tramite lo sviluppo di una nuova cultura terapeutica che, superando rigidità e deleghe irrazionali, sia fondata sulla sostanziale vicinanza, sussidiarietà ed inter-scambiabilità tra figure professionali equivalenti appartenenti alle due S.O. in un'area di confine del disagio psico-sociale in particolare dei giovani (ad esempio per quanto riguarda la diagnosi e la prescrizione di terapie farmacologiche; la capacità di nursing e di assistenza anche intensiva e di intervento sulla crisi; i programmi di reintegrazione sociale, la capacità di lavoro sociale sul caso e quant'altro).

Si ritiene utile a tali scopi individuare un gruppo strategico sperimentale composto da operatori di entrambi i servizi che, pur non detenendo deleghe particolari al trattamento, è volto a promuovere la collaborazione e l'avanzamento delle conoscenze e delle competenze teorico-pratiche nonché la maturazione di un atteggiamento aperto e collaborante in entrambe le S.O. e negli altri servizi del territorio, ed a verificare l'attuazione del presente protocollo.

#### **Proposte operative**

In questo quadro sono previste specifiche attività di aggiornamento professionale obbligatorio, a forte impatto applicativo e pragmatico, per operatori di entrambe le S.O. ed eventualmente dei Distretti e dell'Azienda Ospedaliera ove ritenuto utile.

Sono previsti interventi congiunti di prevenzione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri servizi sanitari e sociali, nelle scuole ed in altre situazioni di vita comunitaria del territorio, riguardanti in particolare l'interazione tra l'uso di droghe e l'incidenza della psicosi e dei disturbi mentali severi nei giovani.

Ciascun Distretto Sanitario, nel rispettivo bacino d'utenza, è tenuto a svolgere un ruolo di catalizzatore del programma stabilito con la presa in carico integrata, nonché di eventuale sede di parte degli interventi e delle riunioni operative (vedi in seguito). Sui casi particolarmente complessi esso attiverà l'Ufficio Bisogni Speciali ove presente. Il Distretto è chiamato altresì a partecipare alle attività di cui ai punti precedenti (gruppo strategico, aggiornamento professionale e prevenzione ed educazione sanitaria).

#### **Attuazione del protocollo**

L'attivazione del presente protocollo è subordinata a successivi incontri con il Dipartimento delle Dipendenze e con i Distretti sanitari allo scopo di raggiungere un accordo su tutti i punti elencati, e comunque essa si dovrà realizzare non oltre il 31 marzo 2002.

La verifica dell'attuazione sarà effettuata dal "gruppo strategico" composto da operatori del DSM, del DD ed eventualmente dei Distretti Sanitari secondo le modalità che verranno stabilite.