

**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).

**5 - Situazioni a rischio di sviluppare disagio/malattia psichica in minori conviventi in nuclei familiari di cui uno o più giovani adulti entrino in contatto con il Dipartimento di Salute Mentale e/o vengano presi in carico dello stesso e relative procedure di segnalazione ai servizi distrettuali competenti per l'età evolutiva (UOBA)**

**Obiettivi**

L'obiettivo di fondo è quello di favorire programmi di prevenzione primaria e di diagnosi precoce del disagio psichico nell'infanzia ed adolescenza mediante:

- ❖ il miglioramento dell'azione di rilevazione ed identificazione di situazioni per i minori a rischio conviventi in nuclei familiari di cui uno o più adulti entrino in contatto con il DSM e/o vengano presi in carico dallo stesso;
- ❖ il miglioramento dell'operatività integrata tra DSM e UOBA, a partire dalla modalità di segnalazione degli eventuali casi identificati fino alla modalità di partecipazione a progetti condivisi sullo stesso nucleo familiare.

Il presente documento è il risultato momentaneo, quindi perfettibile, dell'esperienza d'intreccio tra DSM e UOBA svoltesi negli ultimi tre anni con gli obiettivi aziendali; esperienza che ha posto fin dall'inizio l'accento sul duplice ruolo di prevenzione e di sostegno del Dipartimento di Salute Mentale.

**Settori d'intervento**

**Individuazione di situazioni a rischio**

La rilevazione viene fatta su tutti quegli adulti che, entrando in contatto con il Dipartimento di Salute Mentale, vengano presi in carico a breve o a lungo termine.

La rilevazione viene fatta a prescindere dall'inquadramento diagnostico dell'adulto, non essendoci al momento alcun rilievo univoco che metta in relazione certa una diagnosi psichiatrica definita con il rischio in questione.

**La rilevazione**

La rilevazione si articola in

- attori

- luoghi
- strumenti
- dati / elementi da rilevare

### **Attori**

I gruppi identificati in ogni singola UO per la specifica funzione sono costituiti dalle diverse figure professionali, dirigenti e non. Si è tenuto conto infatti di quanto sia necessario in questo ambito un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale ed inoltre dell'opportunità che ciascun soggetto del gruppo diventasse promotore e divulgatore di esperienze acquisite nei confronti dei propri colleghi all'interno della UO stessa.

Si considera attore/trice della rilevazione qualsiasi operatore/trice qualificato/a del UO che nel corso della sua attività entri in contatto con giovani adulti con prole. Lo/la stesso/a deciderà se procedere da solo/a oppure in collaborazione con altri profili professionali.

### **Luoghi**

Uno qualsiasi dei luoghi tipici dell'incontro tra UO ed utente richiedente o utente segnalato /inviato.

Colloquio/colloqui preliminari alla presentazione/individuazione del problema fino all'eventuale presa in carico.

Visita o visite domiciliari di primo contatto, di verifica, di conoscenza dell'ambiente,

Consulenza richiesta da agenti diversi (ospedale, MMG. Distretto, etc.)

### **Strumenti**

❖ Intervista, ascolto, osservazione.

L'articolazione di tali strumenti dovrà estendersi a punti specifici dai quali derivare descrizioni delle relazioni all'interno del nucleo (distinzione dei ruoli, climax, livelli di solidarietà e compartecipazione, situazione economica). Va data considerazione positiva al fatto che tali ambiti vengano descritti in modo autonomo, senza necessità di sollecitarli.

❖ Alleanza terapeutica

Si intende quella relazione tra utente ed uno o più operatori/trici del Servizio nella quale si attua un equilibrio tra il principio di beneficiabilità (dovere per il medico ed altri operatori/trici qualificati di promuovere il bene dell'utente) ed il principio d'autonomia (dovere per il medico ed altri operatori/trici qualificati di rispettare, promuovendola, la libera e responsabile volontà dell'utente, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutici ed all'espressione del consenso fino alla protesta del rifiuto).

Relazione che comprende quindi, oltre alla cura, anche il prendersi cura dell'utente e dell'ambiente in cui vive.

Senza alleanza terapeutica, qualsiasi intervista, ascolto, osservazione, per quanto attenti e ragionati, saranno inconcludenti, perché insufficienti di per sé a far partecipare consapevolmente l'utente alla rilevazione. Il costituirsi inoltre di un'alleanza terapeutica è essenziale per fare emergere una domanda ancora inespressa e fare esprimere quel consenso che è punto qualificante dell'attuazione di una presa in carico.

### **Dati / elementi da rilevare**

- ❖ Assenza di partecipazione empatica a quanto viene riferito dei propri figli/figlie o fratelli e/o sorelle;
- ❖ Assenza di condivisione partecipata a momenti ritenuti significativi (pasti, momento del congedo prima della scuola, compiti scolastici, tempo libero, etc.);
- ❖ Presenza di grosse difficoltà economiche;
- ❖ Presenza nella descrizione offerta di elementi disarmonici od inadeguati rispetto all'età, alle singole fasi di sviluppo psicomotorio, affettivo e/o relazionale;
- ❖ Presenza di aree di conflittualità tra gli adulti significativi e/o di condizione di separazione conflittuale tra coniugi;
- ❖ Chiusura al mondo circostante del nucleo familiare;
- ❖ Presenza o sospetto della stessa di condizioni di tendenza all'abbandono, maltrattamento, abuso, perpetrati direttamente sul minore o su altra persona del nucleo.

I suddetti elementi si possono distinguere tra minori (i primi tre) e maggiori (gli ultimi quattro).

### **L'interpretazione dei dati**

Da quanto premesso si potranno rilevare le condizioni seguenti:

- condizioni non a rischio
- condizioni a rischio
- condizioni da monitorare

Si ritiene sufficiente per definire una condizione a rischio la presenza di un solo dato/elemento maggiore oppure, in assenza di elementi maggiori, la compresenza dei tre elementi minori.

La rilevazione di uno o due elementi minori identifica una condizione da monitorare.

### **Proposte operative**

#### **Operatività Integrata D.S.M. – U.O.B.A.**

Qualora si rilevino le condizioni definite:

- condizioni a rischio

- condizioni da monitorare

la costituzione dell'alleanza terapeutica è atto necessario e preliminare alla segnalazione alla Struttura Distrettuale competente in quanto:

- permetterà l'accettazione consapevole alla segnalazione stessa;
- assicurerà fin dall'inizio un ruolo attivo dei componenti della famiglia in eventuali progetti terapeutico-riabilitativi.

Nella segnalazione si realizza uno snodo cruciale in termini operativi dell'integrazione tra Servizi; essa è infatti un atto complesso che comprende in sé:

- la messa in contatto dell'utente con un Servizio diverso;
- il passaggio e/o condivisione di competenza;
- l'eventuale avvio di un progetto riabilitativo.

Le modalità di segnalazione corrisponderanno alla richiesta di incontro tra D.S.M., persona/e coinvolta/e e U.O.B.A. e avrà caratteristiche precise a seconda delle condizioni rilevate.

### **Condizioni da monitorare**

L'incontro con l'U.O.B.A. dovrà:

- confermare o meno la valutazione fatta;
- e/o definire la titolarità del monitoraggio ed i tempi dello stesso.

L'incontro va svolto nei 7 giorni successivi al consenso dell'adulto e va programmato in presenza dell'adulto stesso.

### **Condizioni a rischio**

La segnalazione corrisponderà anche in questi casi alla richiesta di un incontro che si svolgerà secondo i tempi, i modi ed i luoghi di seguito definiti:

#### ➤ **Tempi:**

l'incontro dovrà svolgersi entro le 48 h successive al consenso dell'adulto e va programmato in sua presenza;

#### ➤ **Modi:**

si ritiene appropriato che l'incontro in questo tipo di condizioni si svolga alla presenza dell'operatore/trice segnalante; ciò al fine di:

- soddisfare il bisogno della persona coinvolta di avere un sostegno rappresentato dall'operatore/trice con il/la quale si è fatta già una parte del percorso terapeutico;
- costituire un continuum dell'alleanza terapeutica tra gli operatori/trici già incontrati e quelli che si vanno ad incontrare, funzionale sia che si definisca un passaggio netto di competenza, sia che si intraprenda un lavoro integrato;
- poter stabilire già nella sede dell'incontro un programma con obiettivi chiari, condivisi dai soggetti della famiglia coinvolti e suddivisi nelle competenze, qualora si definisca una compartecipazione di competenze.

#### ➤ **Luoghi :**

- C.S.M. o luogo identificato dalla U.O.B.A., a seconda vi sia o meno una presa in carico da parte del D.S.M.;
- domicilio del nucleo familiare, qualora in corso di rilevazione emerga il ragionevole dubbio che il minore abbia già sviluppato una condizione di disagio/disturbo psichico.

Lo svolgimento dell'incontro a domicilio ribadisce la centralità dell'utente (adulto o minore che sia), il ruolo attivo dei componenti familiari coinvolti e rappresenta inoltre un buon osservatorio per individuare, oltre i fattori di rischio, anche quelli di protezione che potrebbero coesistere.

### **Criticità**

Si elencano di seguito dei punti che si ritiene necessario sviluppare nel corso del processo d'integrazione tra i due Servizi in oggetto e che si riferiscono ai programmi, alla definizione di competenze ed alla presa in carico di adolescenti e di pazienti in fascia di età "di confine"

- trovare modalità idonee al coinvolgimento diretto ed attivo degli adolescenti, ricercandone il consenso e dando loro credito (la voce degli adolescenti è ancora troppo spesso quella degli operatori/trici);
- informazione nelle scuole e nei luoghi degli adolescenti di quali servizi esistano a cui poter accedere direttamente in caso di bisogno;
- trovare modalità di accesso più agili della domanda da parte degli adolescenti ai loro servizi, tenuto conto del fatto che in linea di massima gli orari di questi ultimi coincidono con quelli scolastici e/o lavorativi;
- il tempo di risposta alla domanda dovrebbe essere coerente con la fase evolutiva di chi la esprime.