ASUITs
Dipartimento di Salute Mentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

# BOZZA DI MANUALE DEL CSM 24 ORE

Dipartimento di Salute Mentale

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

2018

Versione 1.0 del 31/12/2018

# Sommario

IL CONTESTO ..... 4
Breve storia ..... 4
La situazione attuale ..... 4
LE FUNZIONI DEL CSM 24 ORE ..... 6
L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE ..... 7
Il *case manager* ..... 8
L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO ..... 8
Le funzioni dell'équipe ..... 9
Principali attività, interventi e prestazioni ..... 10
Spazi di vita e di lavoro ..... 11
Strumenti operativi ..... 12
L'ACCOGLIENZA DELLA DOMANDA E LA PRESA IN CARICO ..... 13
Campo di applicazione ..... 13
Obiettivi ..... 13
Punti cruciali ..... 14
Definizione dei ruoli ..... 14
Équipe dedicata ..... 14
Spazi di lavoro ..... 14
Accoglienza di 1° livello ..... 15
Obiettivi ..... 15
Funzioni ..... 15
Tempo di risposta alle consulenze e agli interventi richiesti ..... 15
Accoglienza di 2° livello ..... 15
Obiettivi ..... 16
Funzioni ..... 16
Procedure operative ..... 16
Accoglienza della crisi ..... 17
L'OSPITALITÀ DIURNA (OD) E DIURNO/NOTTURNA(ODN) ..... 17
Campo di applicazione ..... 17
Obiettivi ..... 17
Équipe dedicata ..... 18
Funzioni ..... 18
Procedure operative ..... 18

LE STRATEGIE PER LA GESTIONE DELLA PERSONA IN CONDIZIONI PROBLEMATICHE (CRISI) ..... 20
La relazione con la S.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ..... 21
LA CONTINUITA' TERAPEUTICA ED ASSISTENZIALE ..... 22
Campo di applicazione ..... 22
Obiettivi ..... 22
Équipe dedicata ..... 23
Funzioni ..... 23
Procedure operative ..... 23
IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO ..... 24
Criteri generali ..... 24
Attività e funzioni riabilitative ..... 25
Strumenti ..... 25
Budget Individuale di Salute (BIS) ..... 25
Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) ..... 26
Centro Diurno Diffuso ..... 26
L'ATTIVITÀ GRUPPALE PER LE PERSONE ASSISTITE ..... 26
L'ATTIVITÀ DI AGGREGAZIONE E COINVOLGIMENTO DELL'UTENZA ..... 27
GLI INCONTRI PRESSO LA SEDE DEL CSM: VISITE E ATTIVITA'AMBULATORIALE ..... 28
LE ATTIVITA' TRASVERSALI E I GRUPPI DIPARTIMENTALI ..... 29
L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI ..... 29
LE PROCEDURE AZIENDALI ..... 30
IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' ..... 30
ALLEGATI ..... 31
Allegato 1 – Flow chart dei percorsi utilizzati all'interno dei CSM ..... 31
Allegato 2– Fac simile matrice turno funzionale CSM ..... 33
Allegato 3 – Scheda di primo contatto ..... 34
Allegato 4 – Procedura in caso di allontanamento volontario ..... 36
Allegato 5 – Screening Mens Sana ..... 37
Allegato 6 – Domande ai dirigenti relative ai casi in carico ..... 38
Allegato 7 – Indicazioni organizzative per i dirigenti ..... 39
Allegato 8 – Questionario sull'accoglienza ..... 40
Allegato 9 – Domande di base ..... 41
Allegato 10 - Scheda di valutazione delle caratteristiche di base del servizio integrato CSM ..... 42
Allegato 11 – Model Fidelity Scale CSM 24 ore / servizio integrato ..... 44

# IL CONTESTO

## Breve storia

Franco Basaglia fu nominato direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste nel 1971 e iniziò il lavoro di deistituzionalizzazione dopo le esperienze di lavoro a Gorizia e Parma. A settembre dello stesso anno presentò la "nuova strutturazione" dell'assistenza psichiatrica secondo i tre criteri di "prevenzione, cura e post-cura", iniziando a trasformare l'Ospedale con una riduzione del numero dei posti letto e ristrutturando progressivamente i padiglioni in "comunità aperte". Nel febbraio 1973 dall'Ospedale Psichiatrico uscì un grande cavallo azzurro di cartapesta (Marco Cavallo), che venne portato per le strade di Trieste e rappresentò la prima grande uscita pubblica di malati e operatori assieme. Nel 1975 si aprirono i primi Centri di Salute Mentale e gli ospiti del manicomio iniziarono ad essere inseriti in gruppi-appartamento in città o nel Comprensorio di San Giovanni. Nel 1977 la provincia di Trieste deliberò la chiusura dell'ospedale psichiatrico per le funzioni di accoglienza dei ricoverati e venne attivata la guardia psichiatrica presso l'Ospedale Maggiore. Il 13 maggio 1978 la "Legge Basaglia" n. 180 (inserita poi nella Legge 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) avviò ufficialmente a livello nazionale il processo di superamento degli ospedali psichiatrici, identificando la psichiatria come un'istituzione medico-sanitaria equiparata alle altre e revocando del ricovero definitivo degli ultimi malati coatti. Impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Per quanto concerne la Regione Friuli Venezia Giulia, nel 1980 fu emanata la Legge 72, regolamento attuativo della legge 180/78 e appena nel 1999 si concluse il superamento degli ospedali psichiatrici di Udine e Sacile. I piani sociosanitari che si succedettero da allora, continuarono la spinta propulsiva all'assetto organizzativo dei servizi territoriali e promossero lo sviluppo dei CSM 24 ore.

## La situazione attuale

*Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la Struttura operativa dell'Azienda finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e all'organizzazione degli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale dei cittadini. Deve operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale e promuoverne attivamente, i pieni e completi diritti di cittadinanza. Per tale motivo deve operare secondo il principio del no restraint e della "porta aperta" nei suoi servizi e della massima accessibilità degli stessi.[…]*
*Il DSM deve così garantire che i servizi e i presidi per la salute mentale operanti nell'ASUITs costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, garantendo risposte in tempo reale, continuità terapeutica e presa in carico, in particolare delle persone a maggior rischio di deriva sociale. Il DSM pratica l'integrazione sociosanitaria a partire dai propri servizi e strutture e nel rapporto con enti e istanze del territorio, nell'ottica di un approccio multisettoriale. Esso promuove la partecipazione attiva e responsabile dei cittadini, ed in particolare di utenti e di familiari, alle attività del Dipartimento stesso.* (Atto Aziendale ASUI Ts – 2017)

L'organizzazione dei servizi di Salute Mentale a Trieste, per ottemperare alla sua *mission* di servizio proattivo, che guarda alla persona nel suo complesso e non soltanto agli aspetti clinici del disturbo mentale, ha cercato di enfatizzare la centralità del territorio, contenendo allo stesso tempo delle alternative reali al ricovero ospedaliero. Nodo cardine del sistema è il Centro di Salute Mentale (CSM), servizio titolare della responsabilità dell'assistenza psichiatrica per il territorio di competenza (circa 60.000 persone), aperto 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Il mandato dei CSM si configura nel garantire le attività di prevenzione, diagnosi,

cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e nell'organizzazione degli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale delle persone adulte del territorio di competenza, delle loro famiglie, dei loro contesti, sviluppando programmi per la presa in carico e la continuità terapeutica. Ognuno dei 4 CSM del DSM ASUI TS comprende 6 posti letto e un'équipe multidisciplinare composta da psichiatri, psicologi, infermieri, OSS, infermieri psichiatrici, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, educatori, volontari e *peer support worker*.

Dal punto di vista quantitativo lo *staff ratio* per abitante dovrebbe essere di 1:1500 per il DSM, incluso il Servizio di Riabilitazione. In accordo con il modello internazionale di lavoro territoriale *"FACT – flexible assertive community treatment"*[1] , ogni 200 utenti territoriali e in equivalenti a tempo pieno, sono necessari:

- 1 psichiatra
- 0.5 coordinatori (team leader)
- 5-7 infermieri
- 0.8 assistenti sociali
- 0.8 psicologi
- 0.6 peer support worker
- 0.5 tecnici della riabilitazione psichiatrica

A questi valori sono da aggiungere i contingenti minimi per garantire la copertura dei turni notturni (12 operatori di cui 6 infermieri).

Fondamentale per la tenuta del sistema è anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), un luogo "non ospedaliero" inserito all'interno dell'ospedale generale e in stretta sinergia con il lavoro del Pronto Soccorso da una parte e i CSM dall'altra. Il mandato del SPDC prevede il coordinamento di servizi e interventi nell'area dell'urgenza e dell'emergenza psichiatrica, sia a livello territoriale che ospedaliero, in un'ottica di intervento precoce a bassa soglia. Il SPDC favorisce la presa in carico territoriale da parte dei CSM e degli altri servizi aziendali nel tempo più rapido possibile, in modo che la persona con disturbo mentale possa essere quanto prima assistita nei suoi luoghi di vita.

Il servizio territoriale, secondo la *vision* del DSM, è un luogo attraversabile, non compartimentato nella sua fisicità e nella sua cultura istituzionale; in questo luogo la "porta aperta" non è solo l'esito di un processo storico, ma un paradigma fondamentale per creare uno spazio accogliente. La scelta organizzativa del CSM 24 ore pone al centro i bisogni della persona e dunque opera le sue funzioni di asilo, di protezione e di recupero dei soggetti deboli. Il CSM si pone come spazio di transizione e mediazione, ma saldamente radicato nella realtà dell'esperienza sociale delle persone, è un luogo di mediazione, recupero e riposo, ma in netta alternativa al ricovero ospedaliero e alla sua pratica di decontestualizzazione sociale degli utenti, che omologa le singolarità reali e che comprime le soggettività diverse in un sistema di regole e codifiche.

Nel CSM trovano spazio tutte le fasi del percorso di salute/malattia dell'utente, dalla prevenzione alla cronicità, dall'esordio alla continuità terapeutica e assistenziale, dalla crisi alla *recovery*, attraverso un approccio sempre personalizzato, condiviso e negoziato, garantito dalla presenza di un'équipe multidisciplinare aperta ad una relazione continuativa e di fiducia.

[1] Van Veldhuizen Jr, Bähler M. (2013) Manual flexible assertive community treatment. *The Netherlands FACT manual Groningen*

Per questo motivo di primo acchito l'approccio con il CSM può risultare caotico: al suo interno gli spazi vengono condivisi da persone accolte in ospitalità diurno/notturna, persone di passaggio, frequentatori del Centro diurno diffuso, parenti, amici, volontari, *peer support worker*, operatori in una commistione che volutamente minimizza le barriere create dal ruolo.

## LE FUNZIONI DEL CSM 24 ORE

Da un punto di vista organizzativo/normativo, i CSM 24 ore includono i 3 *setting* (residenziale, semi-residenziale e ambulatoriale) per gli interventi nei confronti di persone con disturbo mentale, senza dover per forza etichettarle in base alla complessità e intensità assistenziale ed in questo modo potendo garantire una migliore continuità nella presa in carico. [2]

Tali funzioni nel CSM 24 ore si coniugano in:

1. Accoglienza della domanda che si rivolge ai servizi di salute mentale territoriali;
2. Continuità terapeutica ed assistenziale;
3. Gestione della crisi, sia a domicilio che attraverso l'accoglienza presso il CSM 24 ore o il SPDC, con le modalità del Trattamento Sanitario Volontario (TSV) o Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

I criteri e i principi su cui si basa il lavoro del CSM sono:

- responsabilità per la salute mentale nell'area territoriale di riferimento;
- presenza attiva dei servizi di salute mentale territoriali e mobilità verso la domanda;
- accessibilità e continuità assistenziale e terapeutica come progetto di ripresa della propria vita e non mero programma terapeutico riabilitativo;
- centralità della crisi nel servizio territoriale;
- globalità e integrazione;
- lavoro di équipe;
- approccio di sistema, alla vita intera per la creazione di opportunità, di percorsi di ripresa ed emancipazione.

Dal punto di vista operativo, il servizio CSM 24 ore è altamente differenziato e in rete con i distretti sanitari. A seconda dei bisogni dell'utenza, si configurano 3 modalità di trattamento per le persone in carico al DSM (fonte Piano Regionale Salute Mentale 2018-2020):

- **CONSULENZA/ VALUTAZIONE:** è una modalità di lavoro integrata tra DSM, cure primarie e ospedale ed è rivolto alle persone che non necessitano di cure specialistiche continuative.
- **ASSUNZIONE IN CURA:** percorso per le persone che necessitano di trattamento specialistico, ma non di interventi complessi. In questi casi il programma di cura non è richiesto ma auspicabile.
- **PRESA IN CARICO:** percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano **bisogni complessi**, l'intervento di diversi profili professionali e che necessitano di una valutazione multidimensionale. Comporta la definizione di un programma di cura mirato ai bisogni della persona e l'individuazione di un operatore di riferimento con funzione di ***case manager***. Una persona presa in carico dal servizio verrà seguita nel tempo con interventi programmati e rivalutazioni periodiche dell'andamento del programma, fino al raggiungimento degli obiettivi concordati con la persona.

Per **BISOGNO COMPLESSO** si intende uno stato soggettivo di carenza e/o di perdita di equilibrio o di integrità biopsicosociale. Il bisogno diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge diverse dimensioni. La complessità del bisogno richiede "unitarietà" di azioni nei diversi livelli di intervento (tra

[2] Le caratteristiche di base di un servizio integrato CSM 24 sono esplicitate in un'apposita scheda, vedi allegato 10.

soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità) e "**continuità"** di risposte nel tempo.

La **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E TERAPEUTICA** va intesa come un processo atto a garantire assistenza continuativa e coerente al cittadino, nel momento di passaggio tra i diversi ambiti e livelli di erogazione delle cure e dell'assistenza, utilizzando un approccio multidisciplinare ed una presa in carico globale secondo una visione olistica del bisogno di salute e dell'utente stesso. La qualità di lavoro in CSM è imprescindibile da una forte capacità di lavoro in **équipe multidisciplinare**.

## L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

La responsabilità del CSM è in capo al Direttore di Struttura Complessa, mentre dal punto di vista dell'equipe assistenziale è presente un coordinatore d'equipe (di norma un coordinatore infermieristico) per il personale afferente all'area del comparto.

All'interno dei CSM lavorano diverse figure professionali, necessarie a costituire l'équipe multidisciplinare. La ricchezza maggiore del lavoro d'équipe all'interno del CSM è la sua natura non solo multiprofessionale per giustapposizione, adiacenza e divisione degli ambiti di lavoro, ma per l'essere un sistema continuo di scambi e di recupero dei singoli contributi professionali e personali.

Le figure presenti all'interno dei CSM sono: psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, educatori, infermieri generici, infermieri psichiatrici, operatori socio-sanitari, medici specializzandi in psichiatria.

La ricchezza e la complessità del lavoro in équipe sta proprio nel sapere condividere e mettere a disposizione i molteplici saperi scientifici e di pratiche. Solo l'integrazione e la condivisione dei saperi propri di ogni profilo professionale permette di realizzare il progetto di cura e di vita della persona, conducendola a riappropriarsi della propria vita nella società. Il lavoro d'équipe è svolto nell'ottica di ottimizzare le risorse umane e professionali del servizio, valorizzando il contributo di ciascun operatore attraverso l'assunzione di compiti o responsabilità specifiche, nel corretto rapporto tra interdipendenza e autonomia operativa. Esso si articola attraverso l'ampia circolazione dell'informazione, fermo restando l'obbligo del segreto professionale, la formulazione di progetti terapeutici attraverso approcci multidisciplinari, il coordinamento degli interventi in collaborazione tra diverse figure professionali, la formazione e la riqualificazione costante dell'équipe.

E' per questo che, seppur la normativa definisce le responsabilità professionali specifiche, si vuole che i CSM siano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni. L'integrazione parte proprio dalle figure professionali presenti nel CSM: diventa indispensabile rispettare, e quindi conoscere, le responsabilità reciproche per poter migliorare il lavoro di squadra.

Uno tra i principali aspetti da tenere conto quando si assiste una persona affetta da disturbo mentale è l'intrinseca **FRAGILITÀ,** intesa come condizione polifattoriale che comporta un alto rischio di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale e include, quindi, dimensioni fisico-biologiche, psicosociali e educative. Per questo motivo, spesso, la differenza tra assunzione in cura e presa in carico risulta molto sfumata. La presa in carico si concretizza attraverso una gestione che individua nel **case manager** la figura indispensabile per garantire la risposta di salute della persona.

## Il *case manager*

Il *case manager* è il professionista sanitario o sociale che coordina gli interventi/processi di cura/presa in carico ed è l'operatore di riferimento per la persona e la sua famiglia. Si fa carico di gestire la rete assistenziale, di monitorare il raggiungimento degli obiettivi prefissati dai programmi personalizzati previsti dal progetto individuale e di individuare eventuali ostacoli alla cura o fatti nuovi rilevanti che possono richiedere un aggiornamento del profilo di funzionamento attraverso la rivalutazione multiprofessionale e la revisione del progetto personalizzato. Si fa carico inoltre di garantire l'aggiornamento e la circolazione delle informazioni a tutti gli attori dell'équipe. L'obiettivo del case manager è la realizzazione e gestione di progetti di presa in carico multiprofessionali e integrati rivolti a persone ad alta complessità assistenziale, favorenti la continuità delle cure, l'ottimizzazione delle risorse disponibili, la qualità della vita per il recupero dello stato di salute-benessere e dell'autonomia dell'individuo favorendo le condizioni idonee al mantenimento della persona nel proprio luogo di vita. Svolge inoltre funzioni di raccordo con il volontariato formale e informale e le risorse della comunità eventualmente coinvolte nel progetto individuale. Il case manager viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra gli operatori che compongono l'équipe multiprofessionale. La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro. E' richiesta al case manager una conoscenza approfondita della rete della persona, dei servizi sociali e sanitari e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico per dare sostenibilità al progetto di vita della persona. In tal modo il case manager rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nello stesso tempo si pone anche come "sostenitore di reti".

# L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Data la natura così complessa del CSM 24 ore, l'organizzazione delle attività può risultare a prima vista caotica. Fatta salva la flessibilità connaturata dal tipo di lavoro (non solo programmato, ma anche rivolto alla risoluzione della crisi e di risposta alle urgenze), esistono dei capisaldi organizzativi imprescindibili.

- La funzione 24 ore è garantita dall'équipe nel suo insieme. L'attività diurna, non solo interna ma anche esterna, si estende dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7. Ciò riguarda anche il lavoro non programmato, tra cui la risposta alle richieste del territorio, che non necessitano di una presenza medica per essere attivate, se non nei limite delle *job description* specifiche.
- La presenza funzionale dei dirigenti, in particolare psichiatri, si articola nella settimana con almeno 1 turno di accoglienza con il personale (dalle ore 9 alle ore 18), 1 turno di visite domiciliari ed attività con l'équipe territoriale, 1 turno di attività di colloquio/visita presso la sede del distretto, la sede del servizio o altrove.
- Alle ore 8.00, in corrispondenza dell'inizio del turno di servizio del mattino, il personale in servizio (in particolare gli operatori dedicati all'accoglienza, sia dell'area del comparto che della dirigenza) è tenuto a partecipare al *briefing,* durante il quale si prende visione dell'attività programmata, la si integra con le necessità derivanti dalle accoglienze notturne in SPDC e da altre urgenze provenienti dal territorio e si decide chi fa cosa.
- Nella fascia di sovrapposizione tra il turno del mattino e quello pomeridiano, indicativamente dalle 13.30 alle 15, dal lunedì al venerdì, tutto il personale in servizio è tenuto a partecipare alla riunione generale d'équipe, in special modo il Direttore di S.C. e il Coordinatore Infermieristico, figure deputate all'organizzazione del CSM. La riunione d'equipe multidisciplinare è un momento importante per il passaggio di informazioni e la discussione delle situazioni in carico ai servizi del DSM e coinvolge tutti gli operatori in servizio in quella giornata. Il moderatore della riunione dovrebbe essere **l'operatore d'accoglienza del mattino,** coadiuvato dall'equipe di accoglienza, poiché è la figura che meglio conosce

l'attività svolta e le urgenze sopraggiunte, avendone gestito la regia. Gli argomenti imprescindibili da trattare durante la riunione sono:

- rivalutazione del programma per le urgenze / persone accolte in SPDC
- rivalutazione del programma per le persone accolte h24
- rivalutazione del programma per le persone in crisi (trattamento domiciliare)
- rivalutazione del programma per le persone in accoglienza diurna
- Al bisogno (e almeno una volta a settimana) si dovrebbe trovare spazio per la discussione organizzativa

- Settimanalmente si svolge la riunione dell' équipe territoriale per la programmazione delle attività specifiche e per la rivalutazione dei programmi per le persone presenti nelle liste della continuità monitorata.

## Le funzioni dell'équipe

Per realizzare gli interventi secondo quanto sopra descritto, seppure con la flessibilità che caratterizza i servizi di Salute Mentale, la non pianificabilità assoluta degli interventi e il carattere contingente e provvisorio della risposta che fa emergere costantemente nuovi bisogni, tutti i membri dell'équipe del CSM ruotano nella copertura delle seguenti funzioni *core*:

- **OPERATORE D'ACCOGLIENZA:** operatore dedicato che, per l'intero turno di servizio, si dedica all'accoglienza ed è libero da altri impegni (visite programmate, erogazione farmaci,...). Deve avere competenze nel decodificare le richieste in arrivo e conoscenza delle reti attivabili per l'eventuale presa in carico integrata di persone con bisogni complessi. Qualifica professionale: operatore del comparto con almeno 6 mesi di esperienza nel Centro di Salute Mentale.
- **SECONDO OPERATORE DI ACCOGLIENZA:** operatore appartenente all'area del comparto, fondamentale per garantire l'accoglienza della domanda urgente. Viene attivato dall'operatore d'accoglienza quando è necessario un colloquio più approfondito e può lavorare sia all'interno del servizio che nei luoghi del territorio necessari a svolgere gli interventi richiesti.
- **DIRIGENTE D'ACCOGLIENZA:** psichiatra/psicologo che, per l'turno di servizio si occupa di agire come filtro per gli altri colleghi che possono così organizzare il loro lavoro e quello delle équipes territoriali (*planning* o agenda di servizio) in modo programmato e di permettere che sia sempre disponibile un medico o psicologo per necessità urgenti. Il dirigente d'accoglienza resta in linea di massima disponibile in sede, dove si dedica al clima interno del servizio e deve garantire:
    - la partecipazione al briefing mattutino per la programmazione giornaliera;
    - la rivalutazione quotidiana delle persone accolte assieme agli operatori del servizio interno (colloquio, riconciliazione della terapia, monitoraggi clinici, prescrizioni esami diagnostici, relazione di fine ODN per i MMG,…);
    - il raccordo con SPDC per la valutazione delle persone ivi accolte;
    - l'accoglienza della domanda interna ed esterna assieme agli altri operatori dedicati;
    - la supervisione del lavoro dell'équipe di accoglienza e del servizio interno;
    - la disponibilità a rispondere ad eventuali segnalazioni degli operatori dell'equipe territoriale.
- **OPERATORI DEL SERVIZIO INTERNO:** équipe multidisciplinare della S.C. CSM cui afferiscono gli operatori che si dedicano prevalentemente all'attività che si svolgono all'interno del servizio. L'equipe è composta da almeno 2 operatori che per l'intero turno di devono garantire, in accordo con le rispettive *job description*:
    - l'assistenza alle persone in ospitalità diurno/notturna secondo quanto previsto dal piano assistenziale;

    - gestione della terapia delle persone accolte e non.
- **ÉQUIPE DOMICILIARE:** équipe multidisciplinare che si dedica prevalentemente alle funzioni dell'attività territoriale.

## Principali attività, interventi e prestazioni

**Ospitalità Notturna** - Per periodi di tempo variabili (da una notte a più settimane, mediamente per 14 giorni) il Centro può offrire ospitalità notturna. In ogni struttura sono disponibili 6 posti letto, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione da particolari rischi, o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente (trattamento sanitario volontario e/o obbligatorio) che alla sua famiglia. Anche il ricovero ai fini del Trattamento Sanitario Obbligatorio si realizza di norma nel Centro di Salute Mentale, in alternativa alla degenza ospedaliera presso il Diagnosi e Cura.

**Ospitalità Diurna/Day Hospital** - L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata, viene proposta per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia. L'ospitalità è inoltre indispensabile per seguire terapie farmacologiche e per il sostegno psicoterapeutico, per stimolare la partecipazione ad attività individuali e di gruppo, a programmi di orientamento, a percorsi di informazione e formazione.

**Visita ambulatoriale** - Corrisponde alla prima visita (anche come semplice consultazione) o a visite successive, di verifica dell'andamento del programma terapeutico. Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi. È in questa sede che si preparano certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche.

**Visita domiciliare** - Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato, specie nell'intervento in situazioni di crisi. Per le persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, viene utilizzata per somministrare la terapia farmacologica e portare sostegno, o accompagnare a/da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro.

**Lavoro terapeutico individuale** - Incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona. La dimensione del colloquio facilita il confronto nell'acquisizione di nuovi punti di vista, consente forme di apprendimento e di rassicurazione, stimola maggiore consapevolezza, aiuta a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri.

**Lavoro terapeutico con la famiglia** - Incontri programmati con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi, stimolare possibili cambiamenti, costruire alleanze e adesione consapevole al programma terapeutico.

**Attività in/di gruppo** - Incontri programmati, in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Il lavoro di gruppo - tra operatori/operatrici e persone con disagio e/o disturbo psichico, spesso con la partecipazione di volontari/volontarie - ha soprattutto lo scopo di attivare una rete sociale al di là della famiglia, in cui possono essere coinvolte figure significative

(amici, colleghi di lavoro, vicini di casa), o altre figure che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale. Incontri di gruppo vengono proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale, accrescere nel confronto reciproco la capacità di fronteggiare i problemi e gli stati di crisi, costruendo e ampliando la rete di relazioni su cui si basa il mutuo aiuto.

**Interventi di abilitazione e prevenzione** - Si tratta di iniziative, dirette e indirette, volte ad avviare percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo. Essenziali strumenti di queste attività sono le cooperative finalizzate, i laboratori espressivi, la scuola, le attività sportive e ricreative, i gruppi di aggregazione giovanile e di autoaiuto.

**Sostegni per l'accesso a diritti e opportunità sociali** - Interventi e programmi a favore delle persone più svantaggiate e delle loro famiglie, in cui si prevede l'attribuzione in via diretta di assegni economici (di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative) oppure, in via indiretta, inviando e/o accompagnando il paziente presso enti ed istituzioni con medesime finalità (ad es.: ATER - Azienda Territoriale Edilizia Residenziale; Tribunale; Fondazioni; INPS - Istituto Nazionale Previdenza Sociale; Ufficio di collocamento). I programmi possono inoltre attivare, in accordo con la persona, la gestione e l'amministrazione del patrimonio.

**Sostegni all'abitare** - Programmi terapeutico - riabilitativi svolti a domicilio o in condizioni di abitare assistito e/o residenzialità (gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche), mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo. I programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone.

**Attività di consulenza** - Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri ove siano ricoverati persone già in contatto con il Centro di Salute Mentale, ma anche per l'approccio con persone non note al servizio, al fine di svolgere valutazioni, approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico. La consulenza è attiva anche con il carcere, per persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici. Più intensi sono la presenza e il lavoro di raccordo e consulenza nelle sedi distrettuali, tramite la mediazione del medico di medicina generale, e nelle case di riposo pubbliche e private.

**Accoglienza telefonica:** risposta a segnalazioni, consigli, appuntamenti, verifiche e monitoraggio.

## Spazi di vita e di lavoro

Lo spazio del CSM deve essere facilmente raggiungibile, vivibile nelle 24 ore, dove la persona possa andare verso il proprio benessere; uno spazio facilmente attraversabile, largamente fruibile da parte degli utenti, familiari e visitatori. Il centro deve essere un luogo capace di accogliere la domanda anche da parte di quella popolazione che non presenta problemi e disturbi mentali gravi.

L'habitat sociale di un CSM è il prodotto di una serie di fattori e di variabili che interagiscono reciprocamente e che sono di tipo strutturale (architettonico, di design, di arredamento), di tipo umano e relazionale (includendo anche i modi in cui si giocano le variabili istituzionali, di ruolo e di potere); tali caratteristiche lo rendono capace di rispondere a molteplici funzioni specifiche senza alterare l'abitabilità del luogo e la sua qualità sociale, di promozione della comunicazione e delle relazioni, ma anzi valorizzandola in senso terapeutico, riabilitativo, inclusivo.

I fattori e le variabili che caratterizzano l'ambiente fisico di un servizio sono: l'essere facilmente raggiungibile, l'assenza di barriere architettoniche, la porta aperta, la metratura adeguata alle molteplici

funzioni (servizio territoriale e di accoglienza anche notturna), l'avere luminosità, temperatura ed aerazione adeguate, l'assenza di odori sgradevoli, la dotazione degli spazi interni necessari (cucina, sala da pranzo, locali di incontro e per attività, stanze per colloqui, sala riunioni, guardaroba-lavanderia, segreteria, *back-office*, archivio, spogliatoio per il personale etc.), l'accessibilità e polifunzionalità degli spazi comuni, la presenza di una *reception* (informazioni, accoglienza/ricevimento della domanda), di più linee telefoniche, di locali di infermeria e farmacia, di servizi igienici adeguati (per sesso e per numero, funzionanti ed equipaggiati),di spazi con privacy per le persone, di armadio e comodino personali, di attrezzature per lo svago (radio, TV, proiettori, pc, tavolo da ping-pong, etc.), di arredamento funzionale ma non ospedaliero (non troppo sanitario), di arredi gradevoli e confortevoli, di un ambiente decoroso (pulizia, condizioni igieniche e manutenzione adeguate), di una buona qualità dei pasti (con tavole apparecchiate e tutte le posate), di terrazzo e giardino, di mezzi di trasporto e di orari di visite flessibili.

La finalità di questa attenzione all'habitat comprendono il fatto che le persone non siano stigmatizzate, che si possano fare cose normali in un ambiente normale, che ci si ritrovi in un ambiente decoroso, che dia dignità alla persona, che ci sia un'atmosfera terapeutica (tollerante, affettiva, egalitaria), che le persone (utenti, visitatori, familiari ed operatori) stiano a loro agio, che si promuovano relazioni ed occasioni di incontro, che sia possibile svolgere attività socializzanti, che si favorisca lo "stare-con" e non la separazione tra le persone ed i ruoli, che siano favorite le relazioni in modo tendenzialmente paritario, che siano ridotte le barriere tra operatori ed utenti, che non ci sia la compartimentazione dei luoghi (sciogliere il nesso ruoli/spazi), che la gestione delle situazioni critiche avvenga nel rispetto della persona, che la porta rimanga aperta e non venga usata la contenzione meccanica o fisica (in spazi restrittivi), che si agisca con trasparenza garantendo il diritto di cittadinanza, che si favoriscano l'accessibilità, l'accoglienza, l'attraversabilità degli spazi e che sia valorizzata la flessibilità del servizio.

## Strumenti operativi

Al fine di garantire le numerose e complesse attività sopra descritte, all'interno del CSM vengono utilizzati molti strumenti, per lo più informatizzati.

- **POINT/PSM:** sistema gestionale digitale per documentare, a tutti i livelli, i processi quotidiani di lavoro all'interno dei servizi di Salute Mentale, in maniera integrata tra CSM, SPDC e SARR.
- **SCHEDA DI PRIMO CONTATTO:** primo strumento di *assessment*. Per la compilazione necessita del giusto *setting*, che permetta di far sentire la persona a proprio agio, per stabilire un rapporto di fiducia. Non è un momento di anamnesi, ma un momento per mettersi in gioco nella relazione. In allegato la scheda attualmente in uso.
- **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**: processo di tipo dinamico, multidisciplinare e partecipativo volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute psichica e funzionale di una persona e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e individualizzato. La valutazione multidimensionale può comportare livelli differenziati di analiticità e complessità degli strumenti da adottare.
- **LISTE DELLA CONTINUITÀ MONITORATA:** elenco dell'utenza di ogni CSM (suddivisa per sottozona),con indicazione degli operatori e dirigenti di riferimento.
- **LISTA DELLE PERSONE AD ALTA/ALTISSIMA PRIORITÀ:** elenco dell'utenza in crisi e al momento seguita in *setting* domiciliare, da aggiornare quotidianamente durante la riunione di servizio.
- **PTRI (PROGRAMMA TERAPEUTICO E RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO):** nel nostro caso è sovrapponibile al "programma di cura" della persona. Esso, redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali per ogni utente che necessiti di una presa in carico da parte del servizio, è lo strumento fondamentale

in mano alle unità multiprofessionali integrate per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione. La realizzazione del progetto personalizzato si avvale dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Assume inoltre una funzione proattiva e ricerca la realizzazione di contesti favorevoli al miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate. Si conforma costantemente a strategie di *empowerment* dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi. Il progetto individuale comprende e integra gli interventi professionali sociosanitari e educativi, le risorse della persona, della famiglia e della rete informale che possono contribuire alla risposta ai bisogni complessi e deve essere condiviso con la persona interessata e, qualora necessario con la sua famiglia o rappresentanti legali. Tale progetto chiarisce gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, la tipologia e l'intensità degli interventi previsti, la durata, le risorse dedicate istituzionali e non, i tempi e le modalità di verifica/monitoraggio e chi è il referente del progetto (*case manager*). Il progetto personalizzato viene sottoscritto dagli operatori coinvolti, dalla persona e/o dalla sua famiglia o dal legale rappresentante. Nella redazione del PTRI, il *case manager* si può avvalere di diversi strumenti operativi (Budget Individuale di Salute, FAP, attività di gruppo, centro diurno diffuso, attività di associazioni di volontariato,...).

- **PLANNING O AGENDA DEGLI INTERVENTI:** agenda condivisa dall'équipe del CSM che comprende la sintesi delle attività da svolgere nel corso della giornata (suddivisa per turno di lavoro mattina/pomeriggio) e l'indicazione dell'operatore responsabile dell'attività. D'abitudine l'assegnazione e la divisione delle attività da svolgere dovrebbe avvenire durante il *briefing* del mattino, tenendo conto del turno funzionale e degli impegni presi.
- **TURNO FUNZIONALE:** schema settimanale che identifica sia le presenze in servizio, che la funzione a cui ogni operatore (sia della Dirigenza che del Comparto) è assegnato per quel turno di lavoro.
- **RACCOGLITORE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:** raccoglitore ("guscio") dove vengono conservati i documenti sociosanitari relativi alle persone in carico.
- **REGISTRO DELL'ACCOGLIENZA:** registro scritto (meglio se informatizzato) per annotare l'attività svolta: segnalazioni, richieste, consulenze, prime valutazioni e prime decisioni prese con annotazione delle azioni avviate.
- **CONTATTI TELEFONICI DELL'ÉQUIPE E DELLE RETI:** rubrica, anche informatizzata (internet e intranet) con i contatti necessari alla realizzazione del progetto personalizzato.

# L'ACCOGLIENZA DELLA DOMANDA E LA PRESA IN CARICO

## Campo di applicazione

La funzione di accoglienza nel Dipartimento di Salute Mentale, si può definire quale snodo organizzativo necessario, essenziale e strategico nell'offerta di risposte di qualità al cittadino nell'accesso alle cure in salute mentale.

## Obiettivi

- garantire l'accoglimento e la decodifica della domanda in modo sempre più preciso e puntuale, l'appropriatezza della risposta al cittadino da parte del servizio, la connotazione della risposta stessa e la regia nella continuità nei progetti;

- perseguire obiettivi di salute, di prevenzione sia primaria che secondaria, di realizzazione concreta di buone pratiche fornendo all'utenza e agli altri servizi comunitari un punto di accesso unico al servizio dove ricevere risposte chiare evitando la dispersione delle richieste;
- assicurare il passaggio delle informazioni e delle richieste all'équipe e non solo al singolo operatore, a sostegno della cultura del lavoro multidisciplinare;
- accogliere la domanda con professionalità ed esperienza fin dal suo insorgere, mettendo in campo capacità e sensibilità nella rilevazione, da intendersi non solamente come disponibilità ad accogliere sensazioni ed emozioni, ma anche come sensibilità di operatore attento, preparato, esperto e competente in grado di discriminare e di rilevare la reale valenza della richiesta anche quando la domanda, come spesso accade, è una domanda cosiddetta "sporca", "mascherata", campanello di allarme per situazioni a volte molto critiche che, solo se accolte in tempo reale, possono evitare sviluppi più impegnativi. Spesso le richieste più critiche sono avanzate con modalità indirette e non drammatizzate. Rilevare segnali di criticità nascosti e non espressi caratterizza il lavoro del professionista in salute mentale e può segnare in modo significativo e determinante il prosieguo dell'intervento.

## Punti cruciali

### Definizione dei ruoli

Per garantire una risposta in tempo reale ed evitare ritardi nel lavoro già programmato (domiciliare o interno), è necessario e strategico prevedere due livelli di accoglienza:

- Accoglienza di 1° livello o attività di "*reception*"
- Accoglienza di 2° livello, attivata dal 1° livello per colloqui più approfonditi e per avviare la presa in carico

### Équipe dedicata

L'organizzazione dell'équipe d'accoglienza necessita della formalizzazione operativa su un turno unificato di servizio, che deve comprendere gli orari sia del personale del comparto che della dirigenza, con la presenza dell'équipe d'accoglienza sei giorni su sette (per la domenica l'accoglienza è garantita dagli infermieri in collaborazione con il medico reperibile).

L'équipe d'accoglienza deve essere garantita dalle 8 alle 20, orari in cui il CSM 24 ore è aperto al pubblico.

Dell'accoglienza di 1° livello si occupa un operatore del comparto: infermiere, tecnico della riabilitazione, assistente sociale o OSS.

Dell'accoglienza di 2° livello si occupano una coppia di operatori, di cui uno dell'area della dirigenza e uno del comparto.

### Spazi di lavoro

Gli spazi individuati devono essere adatti al tipo di lavoro.

Per l'accoglienza di 1° livello (*reception*) è necessario uno spazio dedicato all'accoglienza della domanda, dotato di sufficiente *privacy* per trattare i dati sensibili dell'utenza, ma allo stesso modo facilmente individuabile dalle persone che accedono di persona al CSM.

Per l'accoglienza di 2° livello, se si svolge presso il CSM, è necessario uno spazio per un colloquio più approfondito, confortevole e silenzioso e che rispetti la privacy dell'utente. Può svolgersi a domicilio o in un altro servizio o luogo del territorio.

## Accoglienza di 1° livello

Il ruolo dell'operatore in accoglienza di 1° livello di "snodo" fondamentale e delicato; infatti, nella maggior parte delle situazioni, il buon esito dell'intervento è determinato dalle modalità di "aggancio" e di avvio della relazione. Rappresenta la "soglia" del servizio, il bigliettino da visita. Si configura con il simbolo della porta sempre aperta, attraversabile e attraversata innumerevoli volte da ognuno. Per questo, il "regista" dell'accoglienza, impegnato su questo punto importante d'accesso, non deve abbandonare la postazione se non per periodi brevi e comunque deve essere sostituito prevedendo un passaggio di informazioni. L'operatore di accoglienza dovrà porre particolare attenzione all'aspetto comunicativo e relazionale, ponendosi in una modalità di ascolto empatico che incoraggi l'apertura della persona per poter identificare il reale motivo del contatto.

### Obiettivi

- Accogliere della domanda diretta o indiretta;
- Identificare correttamente l'utente (tramite documento di identità e tessera sanitaria il più precocemente possibile);
- Raccogliere informazioni per la definizione del problema/domanda;
- Decodificare la domanda del cittadino attraverso l'approccio multiprofessionale e d'équipe;
- Tenere la regia della comunicazione, per quanto di competenza, all'interno dell'équipe, in particolare nell'ambito della riunione quotidiana del servizio.

### Funzioni

- Valutazione delle segnalazioni e/o delle richieste di intervento, e attivazione dei canali più appropriati per la risposta, eventualmente indirizzando verso altre agenzie. Tutte le chiamate, segnalazioni, richieste e modalità di prosieguo o chiusura del contatto vanno annotate sull'apposito registro;
- Identificazione dell'utente tramite documento di identità e tessera sanitaria (da scannerizzare e inserire in Point nell'apposita sezione "Documenti") e compilazione iniziale dell'anagrafica in Point e della scheda di 1° contatto, eventualmente chiedendo il supporto dell'accoglienza di 2° livello;
- Risposta in tempo reale a richieste urgenti o non rinviabili, tramite l'attivazione degli operatori responsabili dell'accoglienza di 2° livello o di quelli già operativi e mobili sul territorio;
- Comunicazione in riunione di servizio di quanto rilevato, sui contatti "vecchi" e "nuovi", sulle richieste pervenute e sulle varie attività svolte dalle équipe;
- Connessione quotidiana con il SPDC per aggiornamenti e informazioni sulla situazione delle persone accolte e di eventuali passaggi notturni di persone in carico. Registrazione di eventuali richieste e informazioni sul registro di programmazione;
- Programmazione delle consulenze specialistiche non evase e relative al giorno precedente;

### Tempo di risposta alle consulenze e agli interventi richiesti

- In caso di urgenze risposta entro 1 – 2 ore;
- Per le risposte non urgenti entro 24 ore dalla segnalazione. In caso di consulenza programmabile, può essere concordato un appuntamento successivo alle 24 ore. Le richieste non urgenti vengono registrate sull'agenda di servizio.

## Accoglienza di 2° livello

L'équipe di accoglienza di 2° livello (un operatore appartenente all'area della dirigenza e uno all'area del comparto) è fondamentale per garantire l'accoglienza della domanda urgente, conosciuta o meno dal

servizio. Gli operatori vengono attivati da parte dell'operatore di accoglienza di 1° livello quando è necessario un colloquio più approfondito e possono lavorare all'interno del servizio oppure recarsi nel luogo del territorio necessario a svolgere gli interventi richiesti. Questa funzione permette di mantenere la programmazione calendarizzata dalle équipe mobili territoriali.

### Obiettivi

- Gestire, dopo la prima valutazione fatta dall'operatore di accoglienza 1° livello, le richieste urgenti che giungono al servizio;
- Avviare la presa in carico quando necessario, senza delegare la valutazione e rimandare l'intervento a tempi successivi;
- Permettere all'équipe di svolgere il lavoro territoriale programmato.

### Funzioni

- Risposta alle richieste urgenti in seguito all'attivazione da parte dell'operatore di accoglienza di 1°livello (colloqui approfonditi in caso di primo contatto o di situazioni emergenziali);
- Attività di consulenza urgente in risposta al servizio 112 (sul territorio o presso il Pronto Soccorso o il SPDC) e presso altre strutture socio-sanitarie e non;
- Gestione dell'accoglimento delle persone in ospitalità diurno/notturna;
- Formulazione di un primo programma per la presa in carico dell'utenza di cui l'équipe si è occupata, raccordandosi con gli operatori che conoscono più approfonditamente la persona (case manager, operatore di riferimento o membri dell'équipe di territoriale) in caso di situazioni note.

## Procedure operative

I CSM lavorano ad ACCESSO DIRETTO a BASSA SOGLIA, ossia chiunque può chiamare o presentarsi e ricevere aiuto senza bisogno di impegnative o invii da parte di altri professionisti o servizi. I CSM garantiscono l'accesso diretto 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 e l'accesso notturno è garantito dal SPDC.

In caso di chiamata telefonica, essa può giungere da parte dell'utente, di eventuali familiari, del Pronto Soccorso, delle Forze dell'Ordine, del Medico di Medicina Generale, dei Reparti ospedalieri, del Dipartimento delle Dipendenze, dei Distretti o altri. La persona può anche presentarsi direttamente presso la sede del CSM.

L'**Operatore d'accoglienza** effettuerà una valutazione della richiesta tramite un primo ascolto e di seguito:

1. identifica la persona tramite documento di identità e/o tessera sanitaria;
2. compila la **Scheda di primo contatto**;
3. compila la scheda anagrafica in POINT.

La scheda di primo contatto e copia del documento di identità dovrebbero essere inseriti in POINT nella cartella "Documenti" dell'utente.

Una volta identificato l'utente e decodificate le problematiche che presenta, l'operatore di accoglienza, condivide le problematiche con il Dirigente di accoglienza e dove necessario, si attiva un intervento immediato **(accoglienza della crisi).**

Se si ritiene invece che non ci sia necessità di un intervento immediato, la situazione viene portata in riunione di équipe / di équipe domiciliare, dove si concordano le modalità di intervento.

### Accoglienza della crisi

Alla valutazione della persona si è riscontrata una situazione di crisi o la necessità di interventi intensivi. Gli operatori in contatto con la persona (preferibilmente gli operatori di riferimento) valutano la situazione di crisi e decidono se essa può essere gestita a **domicilio**.

In questo caso, il nominativo viene inserito nella lista delle persone ad alta/altissima priorità e l'équipe domiciliare programma gli interventi intensivi. La situazione viene discussa in riunione generale per pianificare gli interventi immediati di risoluzione della crisi, identificando tutte le persone/situazioni utili alla sua risoluzione (ad es. familiari, amici, luoghi, operatori,…). Si realizza quindi un **PTRI** coinvolgendo tutti i servizi / persone utili all'obiettivo e si realizzano gli interventi come pianificato. Durante la crisi, la valutazione della situazione deve essere almeno quotidiana ed è affidata agli operatori in turno. Se si ritiene necessario, si può contattare l'accoglienza del SPDC, concordando con essa le modalità di intervento della Funzione Domiciliare del SPDC. L'équipe della Funzione Domiciliare del SPDC realizza a quel punto gli interventi come programmato congiuntamente e si rivaluta la situazione al termine del programma. Il piano di gestione della crisi viene modificato a seconda delle esigenze e la situazione è discussa quotidianamente nella riunione generale d'équipe. Quando la persona non necessita più di interventi intensivi, viene inserita nelle liste della **continuità monitorata** della domiciliarità e viene individuato il case manager, il dirigente di riferimento e gli eventuali operatori di riferimento. La presa in carico continua con la realizzazione del PTRI come sotto esplicitato.

Se alla valutazione appare che la situazione non possa essere gestita a domicilio, gli operatori propongono alla persona un **accoglimento presso il CSM** e, in caso, cercano di indirizzarla in tal senso. Se la persona non accetta l'accoglienza nel CSM, gli operatori contattano le persone significative per cercare assieme di convincere l'utente ad accettare una firma di adesione negoziata al programma terapeutico. Se dovesse essere necessario, si possono contattare altre agenzie per convincere la persona ad essere accompagnata presso il CSM qualora ricorra uno stato di necessità (112, Forze dell'Ordine,…). Solo dopo aver tentato di mettere in atto tutte le idonee misure, come ad esempio la proposta di un'ospitalità diurna, di un trattamento domiciliare intensivo col supporto della Funzione Domiciliare del SPDC, o di un'altra collocazione di "riposo" residenziale (per la *de-escalation* della crisi), si può, dopo consultazione in equipe e con il responsabile del CSM, decidere di formulare una proposta di TSO se ne ricorrono le condizioni.

# L'OSPITALITÀ DIURNA (OD) E DIURNO/NOTTURNA(ODN)

## Campo di applicazione

L'accoglienza presso il CSM (ospitalità diurna – OD o diurno/notturna ODN) si situa nella continuità di un progetto e sarà un momento di passaggio tra una presa in carico prima e dopo. È chiaro che l'ODN non limita i legami con l'ambiente (i contatti con la famiglia, con altre figure significative, l'uscire dal CSM da soli o accompagnati, il prendersi cura di specifiche necessità personali), ma anzi li favorisce in un'ottica di *recovery*. Il programma di cura della persona dovrebbe agevolare un clima di ricerca del consenso dell'utente e della contrattazione continua e per questo non si utilizza il termine "ricovero" o "*day hospital*". L'ODN può rispondere all'accoglienza anche solo per una notte per le situazioni difficili, gestendo proattivamente le altre possibili risposte.

## Obiettivi

L'ospitalità diurna o diurno/notturna è finalizzata a:

- Gestire e risolvere la crisi quando non è possibile farlo a domicilio

- Allontanare temporaneamente la persona dal contesto di vita per detendere situazioni critiche familiari/sociali
- Rimodulare/monitorare il programma terapeutico e farmacologico

## Équipe dedicata

L'ospitalità diurno/notturna necessita di un'équipe dedicata al Servizio Interno, composta dal **Dirigente d'Accoglienza** e dagli **Operatori del Servizio Interno**. Tale équipe viene identificata quotidianamente nel "**Turno funzionale**", uno schema settimanale che non identifica soltanto le presenze in servizio, ma assegna ad ogni operatore (sia della Dirigenza che del Comparto) una funzione precisa per quel turno di servizio.

In ogni CSM sono presenti in media 16 operatori "turnisti h24", ossia il cui turno di lavoro copre anche le presenze notturne. In linea generale questi operatori costituiscono gli operatori del "servizio interno", ma, data la flessibilità che caratterizza i servizi di Salute Mentale, la non pianificabilità assoluta degli interventi e il carattere contingente e provvisorio della risposta che fa emergere costantemente nuovi bisogni, tutti i membri dell'équipe del CSM ruotano nella copertura delle funzioni *core* dell'accoglienza. La modalità della rotazione tra tutti gli operatori serve ad impedire che si crei una divisione del lavoro netta nell'équipe con conseguenti dinamiche interne.

Benché l'individuazione dei turni di lavoro interno possa apparire come una rigidificazione della pratica di lavoro, essa serve ad evitare confusione, sovrapposizioni, distrazioni, scarico ed a rendere più fluida l'organizzazione del lavoro del CSM.

## Funzioni

Le funzioni dell'équipe del Servizio Interno comprendono la gestione dell'habitat interno e del clima terapeutico e la cura e assistenza globale alle persone accolte in ODN, compresa la co-programmazione delle attività e gli obblighi informativi (POINT/pSM).

## Procedure operative

- L'équipe del servizio interno verifica la cura e il decoro degli spazi interni del CSM (stanze delle persone accolte, spazi comuni e materiali utilizzati) e si attiva per risolvere eventuali problemi. E' importante favorire il benessere olistico delle persone accolte in ODN.
- Quando viene decisa una nuova ODN, l'équipe del servizio interno si prepara ad accogliere la persona valutando la situazione dei posti letto, in relazione alle stanze libere, al genere della persona da accogliere e alla problematica presentata. Quando la persona da accogliere arriva al CSM, gli operatori del servizio interno, coadiuvati dall'équipe o dalle persone che l'hanno accompagnata, si occupano di mostrarle la stanza e l'aiutano a sistemare gli eventuali effetti personali, mentre il dirigente che decide l'accoglimento h24 registra lo stesso nel supporto informatico e rivede la terapia, impostando eventualmente quella nuova. La situazione viene discussa nella riunione dell'équipe del servizio interno per pianificare gli interventi immediati di risoluzione della crisi. Vengono identificate tutte le persone / situazioni utili alla risoluzione della crisi e viene realizzato un **PTRI per l'accolto h24,** coinvolgendo tutti i servizi / persone utili all'obiettivo (in special modo il MMG). L'équipe realizza quindi gli interventi come pianificato e viene valutata la situazione dagli operatori su base quotidiana. Fintanto che la persona necessita di accoglienza h24, la situazione deve essere discussa nella riunione dell'équipe del servizio interno. Quando si concorda il termine dell'accoglienza h24, la persona viene inserita nelle liste della **continuità monitorata** della domiciliarità e si segue il percorso per la presa in carico domiciliare.

- Non appena possibile, gli operatori del servizio interno si occupano di spiegare le regole minime rispetto all'entrata e all'uscita dal CSM (chiedere/avvisare sempre gli operatori del servizio interno dell'uscita) alla persona ospitata e di fornire le informazioni utili all'utenza e ai *care giver*.
- All'inizio del turno, l'équipe del servizio interno verifica le persone presenti al CSM in OD e ODN e l'aggiornamento delle anagrafiche degli accolti in ODN nel gestionale POINT e partecipa al *briefing* con il personale d'accoglienza e l'équipe territoriale.
- L'équipe del servizio interno verifica la cura della persona per gli accolti in ODN, tenendo conto del fatto che spesso la scarsa cura di sé è una delle prime cause di stigmatizzazione della persona con disturbo mentale e che il percorso verso la risoluzione della situazione di crisi passa anche attraverso la ripresa di gesti e azioni della vita quotidiana.
- Riconoscendo il valore terapeutico dello stimolare la persona a fare da sé per quanto possibile, l'équipe del servizio interno promuoverà l'autonomia e l'*empowerment* della persona. La persona accolta in ODN dovrà essere opportunamente stimolata, sostenuta e aiutata, a seconda della capacità di quel momento, ad occuparsi della cura di sé e anche della cura della stanza in cui è accolta, ad esempio a rifarsi il letto e a tenere in ordine i propri effetti personali per quanto possibile.
- L'équipe del servizio interno accoglie le persone che arrivano in OD o per terapie ambulatoriali, provvedendo alla somministrazione della terapia farmacologica, contestualmente alla verifica dell'adesione al PTRI e della situazione generale della persona.
- L'infermiere dedicato al servizio interno si occupa di somministrare la terapia alle persone in ODN.
- Al termine del *briefing* e dopo la somministrazione delle terapie, gli operatori adibiti al servizio interno e il dirigente d'accoglienza tengono una riunione con le persone accolte in ODN. Essa serve a stabilire una relazione terapeutica e a raccogliere richieste individuali o collettive. Nella realizzazione del programma quotidiano, si terranno in considerazione le offerte del Centro Diurno Diffuso. E' importante l'idea di sciogliere la crisi attraverso la quotidianità. Tale riunione può rappresentare un vero e proprio appuntamento quotidiano a carattere terapeutico, che permette alle persone di riconoscersi e riconoscere gli operatori e lo spazio del servizio che li ospita.
- Gli operatori del servizio interno promuovono la relazione come strumento terapeutico per favorire un rapporto di fiducia ed uno scambio significativo con le persone accolte in OD e ODN.
- Gli operatori del servizio interno sono presenti durante i pasti, promuovendo un ambiente accogliente e comunitario.
- Per le persone accolte in ODN, il contatto con i propri contesti di vita deve essere sempre privilegiato, programmando azioni e interventi personalizzati.
- Gli operatori del servizio interno aggiornano quotidianamente su POINT/pSM la situazione per gli accolti, compreso l'eventuale integrazione della storia clinico-assistenziale (voce "Anamnesi" in POINT/pSM) con l'evento della ODN. Allo stesso modo riferiscono in riunione di servizio i principali fatti occorsi e le richieste degli utenti.
- In occasione di ogni OD, ODN o passaggio in SPDC è necessario realizzare/rivedere il PTRI della persona ed assegnare eventualmente il *case manager*.
- In caso di allontanamento volontario di una persona accolta in ODN, gli operatori del servizio interno mettono in atto l'apposita procedura (vedi allegati).
- L'equipe, nella programmazione degli interventi/azioni quotidiani, tiene conto del benessere e della sicurezza della persona accolta in OD o ODN.
- Il supporto/affiancamento intensivo 1:1 è considerata una modalità di lavoro eccezionale e di altissima priorità per l'intera équipe. L'eventuale necessità di supporto/affiancamento intensivo 1:1 viene concordata considerando l'organizzazione del lavoro del CSM dall'intera équipe in base alla valutazione multiprofessionale dei bisogni della persona. Quando viene stabilita tale necessità, l'affiancamento viene svolto da tutte le figure coinvolgibili intra ed extra istituzionali (operatori,

tirocinanti, *peer support worker*, familiari, *care giver*, educatori,…) secondo una programmazione collettiva ed equamente distribuita. Può richiedere l'inserimento condiviso dei dirigenti nel turno. Il ricorso all'affiancamento intensivo è da considerarsi temporaneo e puntiforme, nel rispetto della libertà della persona accolta, e si realizza anche con l'accompagnamento della stessa fuori dal CSM, a seconda dei suoi bisogni e desideri. Le responsabilità cliniche competono al Dirigente d'Accoglienza e/o al Responsabile, quelle organizzative al coordinatore infermieristico.

- In caso di TSO, l'équipe intera negozia continuamente con l'utente, per migliorare lo stato di salute della persona e tentare di guadagnarne il consenso al trattamento e recuperare la relazione.
- L'équipe del servizio interno presta l'assistenza diretta alle persone accolte in ODN, mettendo in atto il programma della giornata condiviso con l'utente e più in generale il PTRI. A tale scopo, si raccorda con gli altri servizi e agenzie, in ottica di favorire il rientro della persona al proprio domicilio il prima possibile.
- Al termine di ogni ospitalità diurno/notturna verrà consegnata una lettera di fine accoglienza, indirizzata alla persona e al medico curante / MMG.

## LE STRATEGIE PER LA GESTIONE DELLA PERSONA IN CONDIZIONI PROBLEMATICHE (CRISI)

La creazione di una relazione di conoscenza e quindi di fiducia è il primo strumento terapeutico dell'operatore di Salute Mentale, poiché essa è il cardine di ogni intervento di cura; per questo motivo le competenze relazionali sono quelle più agite nella pratica quotidiana. Una relazione significativa è fondamentale ed è a base dell'alleanza terapeutica che si deve costruire. Ogni atto in qualche modo assimilabile a forme di coazione al trattamento va per quanto possibile evitato; esso in ogni caso non deve violare i diritti fondamentali della persona, a partire dall'inviolabilità del corpo.

Se la normale contrattazione e negoziazione non dovesse funzionare, in caso di stato di agitazione con escalation, rischio di agiti, rifiuto delle cure e intenzione di allontanamento, si possono adottare le seguenti strategie:

1. Strategie interne all'équipe (non necessariamente in successione o progressione):

- Creare un focus attenzionale, richiamando e coinvolgendo più operatori, sulla persona, sulla situazione e sul contesto, evitando anomie (non ignorare ma ingaggiare, sia pure con cautela, la persona);
- Individuare le cause scatenanti il conflitto, attraverso il dialogo e la negoziazione;
- Evitare le "simmetrie" comunicative;
- Utilizzare interventi di mediazione e ambienti appartati per il colloquio per disinnescare i fattori scatenanti (pratiche di *de-escalation*);
- Somministrare farmaci al bisogno e riprendere successivamente il dialogo / confronto;
- Sciogliere l'aggressività con fermezza e persuasione, riconducendo il comportamento entro limiti accettabili;
- Valutare se, per gestire eventuali esuberanze fisiche, possa essere utile accorciare la distanza, tramite *l'holding* (almeno 2 operatori).

2. Uso di risorse esterne

- Utilizzare la capacità di relazione e negoziazione di chi conosce la persona;

- Richiedere l'intervento di figure terze, coinvolgendo le forze dell'ordine nei momenti di minaccia aperta o di violenza imminente o effettiva, ricorrendo anche allo Stato di Necessità (art. 54 Codice Penale) ed eventualmente alla proposta di TSO;

3. Desistenza e ricerca successiva

- Se non ricorrono gli estremi per l'art. 54 C.P., la specifica situazione deve essere attentamente valutata dall'équipe, non escludendo l'ipotesi di gestione in differita (permettendo un momentaneo allontanamento della persona per poi ritentare l'approccio).

## La relazione con la S.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il SPDC coordina i servizi e gli interventi nell'area dell'urgenza e dell'emergenza psichiatrica, sia a livello territoriale che ospedaliero e garantisce la risposta alla domanda, coordinandosi con il Dipartimento dell'Emergenza. Si interfaccia in maniera costante con i CSM, al fine di garantire una risposta integrata all'utenza.

Qualora il contatto con la persona avvenga presso il SPDC e quindi il CSM ne venga informato successivamente, va sempre considerato che l'utente è di competenza del medesimo centro, anche durante tutti i passaggi che possono richiedere un'osservazione o un'accoglienza presso il SPDC. In questo senso il CSM si attiva dal primo momento per la valutazione congiunta e la presa in carico immediata o, se dilazionata, ne concorda le modalità con il SPDC. È ritenuta pratica da evitare la permanenza della persona in SPDC in presenza di disponibilità all'accoglienza del CSM (posto letto) o di possibile attivazione di programmi alternativi di gestione della crisi. Di norma l'equipe del CSM si reca in SPDC al mattino, se la persona è pervenuta nel corso della notte, o comunque entro le 24 ore dall'arrivo. In caso di attivazione della Funzione Territoriale del SPDC, per autonoma iniziativa dello stesso, il CSM ne è immediatamente informato e coinvolto, sin dalla prima visita domiciliare.

La Funzione Territoriale del SPDC può essere attivata anche dal CSM per supportare alternative all'ODN, al TSO, facilitare dimissioni "protette", o nei primi casi in cui si ritenga opportuno evitare l'ODN al CSM (vedi).

Il SPDC garantisce che gli interventi di consulenza a carattere urgente nei servizi e reparti ospedalieri dell'azienda vengano svolti con tempestività, eventualmente offrendo una prima valutazione e successivamente raccordandosi col CSM di competenza territoriale per favorire la presa in carico territoriale.

Il SPDC coordina l'area crisi del DSM, comprese le alternative residenziali, e garanzia del miglioramento continuo di qualità in termini di tempestività, accessibilità, mobilità, flessibilità, continuità, in particolare privilegiando la domiciliarità ed evitando l'uso del posto letto e favorendo il passaggio o la ripresa in carico al CSM di competenza territoriale nei tempi più rapidi possibili in ragione della risoluzione della crisi.

In linea di massima i CSM possono chiedere che la persona venga accolta in SPDC in occasione di:

- Mancanza di un posto letto in CSM;
- Fase iniziale di un TSO, in determinate condizioni di complessità;
- Difficoltà di gestione all'interno del CSM;
- Necessità di un ambiente più contenuto e meno stimolante.

Ogni accoglimento in SPDC deve essere corredato di un PTRI concordato con il CSM e redatto per iscritto in POINT/pSM da un Dirigente psicologo o psichiatra referente, degli operatori chiave o *case manager* del CSM con specificazioni del programma, che deve prevedere un monitoraggio quotidiano della persona con programmazione di eventuali uscite con recupero del contesto di vita (rete sociale, famiglia, avvicinamento al CSM). Inoltre:

1. La decisione di accogliere in TSO presso il SPDC da parte di un CSM va concordata e sottoscritta dal responsabile del SPDC o, in sua assenza, dal Direttore del DSM.
2. Il TSO prevede la permanenza della persona presso il servizio (SPDC o CSM) e può prevedere l'effettuazione concordata di attività terapeutiche anche fuori dalla sede, sotto la diretta responsabilità del Direttore della Struttura che gestisce il TSO presso la sua sede.
3. Non è previsto un allontanamento dalla sede stessa se non all'interno di quanto indicato al punto 2, e comunque sempre con assistenza personalizzata.
4. Qualora, per motivi particolari, il Direttore di SC CSM decida di operare in modo differente, se ne assume la diretta responsabilità a partire della collocazione del TSO presso la sede del CSM stesso.

# LA CONTINUITA' TERAPEUTICA ED ASSISTENZIALE

## Campo di applicazione

All'interno di ogni CSM sono individuate le "équipe territoriali", articolazioni interne del servizio, atte a favorire una presa in carico che risponda a criteri di globalità e buona qualità dell'intervento. Esse non rispondono a criteri di delega assoluta o divisione rigida del lavoro, al contrario la suddivisione dell'utenza in liste affidate ai vari gruppi va intesa innanzitutto come un meccanismo di mantenimento dell'attenzione e di coordinamento degli interventi che *tutto il servizio* nel suo insieme offre alla persona.

## Obiettivi

Gli obiettivi dell'équipe territoriale possono essere così riassunti:

- gestire l'attività di *case management* individuale e di gruppo, ponendo attenzione all'approccio multidisciplinare e pluriprofessionale;
- articolare e organizzare l'attività mobile sul territorio, domiciliare e di rete, conferendole stabilità in termini di efficienza, intensività, continuità e consistenza, per utenza ad alta e media priorità identificata all'interno del CSM;
- realizzare prevenzione secondaria di ricadute, ricoveri, TSO, percorsi giudiziari e di deriva sociale per le persone ad alta e media priorità, identificate all'interno del CSM;
- favorire percorsi di recupero, riabilitazione e reinserimento sociale, cui vanno agganciati progetti individuali;
- garantire la costituzione di una rete di collegamenti con le diverse forme organizzative ed istituzionali della comunità;
- garantire, nell'ambito di un lavoro territoriale programmato in integrazione col distretto sanitario, la continuità terapeutica attraverso la costruzione di un'agenda unica del personale del CSM; la riformulazione critica delle modalità di lungo-assistenza in sede; la costruzione e la verifica sistematica dei progetti individuali a partire dai casi complessi; l'integrazione delle attività ambulatoriali nel CSM e nelle sedi distrettuali;

- favorire l'integrazione a livello territoriale e distrettuale con tutte le strutture aziendali e non, incluse le risorse informali e formali della comunità.

## Équipe dedicata

I responsabili dell'équipe territoriale sono il dirigente incaricato e il referente infermieristico che sovraintende alle funzioni assistenziali. Gli operatori dedicati alla funzione territoriale del CSM sono circa 8-10 e di norma sono rappresentati da infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e OSS che non partecipano alla copertura dei turni sulle 24 h.

## Funzioni

Il target d'utenza per l'équipe territoriale è costituito dalle persone prese in carico al CSM.

I criteri di inclusione per l'alta priorità possono comprendere:

1. Diagnosi di psicosi (schizofrenia o disturbo bipolare);
2. Alto carico per il servizio;
3. Frequente abbandono del programma terapeutico (difficoltà a mantenere il contatto);
4. Carico/Conflittualità familiare o assenza di rete (isolamento sociale) ;
5. 2 o più accoglienze al CSM negli ultimi 12 mesi;
6. TSO ripetuti nell'ultimo biennio;
7. Uso di sostanze;
8. Problemi con la giustizia.

Per le persone considerate ad alta priorità, stimabili in circa 50 per CSM, è opportuno effettuare almeno 3 contatti non solo telefonici alla settimana (al domicilio, al CSM o altrove).

Per le persone considerate a media priorità, stimabili in circa 50 per CSM, è opportuno effettuare almeno 1 contatto non solo telefonico alla settimana (al domicilio, al CSM o altrove).

Il carico complessivo dovrebbe essere di 1:20[3] (operatori/persone in carico); in questo modo ogni persona assistita potrebbe contare su 1 operatore chiave e su 1 operatore di riferimento, ma il *core* del lavoro rimarrebbe l'equipe multiprofessionale.

## Procedure operative

Il lavoro territoriale è fondato su una ricognizione dello spazio relazionale e del percorso storico della persona, vale a dire:

- La rete
  - primaria dell'utente, familiare ed extra familiare;
  - del servizio: quali risorse usa e con quali persone si relaziona;
  - costituita da altri servizi.
- La (ri)costruzione condivisa all'interno del gruppo e del servizio della storia dell'utente e del suo percorso di ripresa (*recovery*).

A partire da elementi di storia e dalle risorse della rete, si costruisce la presa in carico, che presuppone i seguenti livelli:

- La responsabilità del caso è del servizio;
- Il coordinamento del caso è affidato al gruppo;
- Per ogni persona in carico sono individuati un medico e un operatore di riferimento per il caso, all'interno del gruppo.

[3] Van Veldhuizen Jr, Bähler M. (2013) Manual flexible assertive community treatment. *The Netherlands FACT manual Groningen*

Per quanto concerne il programma della persona:

- Quando la persona viene segnalata all'équipe territoriale da parte degli operatori dell'accoglienza o del servizio interno del CSM, l'operatore controlla se la persona ha già un PTRI (Programma Terapeutico e Riabilitativo Individualizzato).
- Se la persona ha già un PTRI, il *case manager,* assieme al dirigente di riferimento, valuta se questo sia adeguato all'attuale situazione ed effettua le eventuali modifiche necessarie. L'équipe effettua poi gli interventi come pianificato, fino a revisione periodica del PTRI (decisa nel programma stesso) o a modificazione della situazione.
- Se la persona non ha un PTRI, ma se ne ravvisa la necessità, viene identificato un *case manager*, un dirigente di riferimento ed eventuali operatori di riferimento e si inserisce la persona nelle liste della continuità monitorata. Il *case manager*, assieme alla persona, redige il PTRI condiviso con le altre figure dell'équipe multidisciplinare e si attuano gli interventi come pianificato, fino a revisione periodica del PTRI (decisa nel programma stesso) o a modificazione della situazione.
- Se la persona non necessita di PTRI (perché la situazione necessitava solo una consulenza, perché la persona è assunta in cura o perché la presa in carico può considerarsi conclusa), vengono individuati il servizio o il professionista più idoneo per la prosecuzione del *follow-up* (MMG, altro,…). In ogni caso viene inviata al MMG una "relazione di dimissione" o "relazione di consulenza".

# IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

La presa in carico comporta la definizione di un programma di cura mirato ai bisogni della persona da parte dell'équipe di presa in carico del CSM. Il piano terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) si presenta come un documento che comprende sia la componente clinica che quella riabilitativa, è redatto da parte dell'équipe del CSM e dagli eventuali enti partner (sociale, terzo settore, altri soggetti), con la partecipazione attiva della persona e della famiglia, all'esito di valutazioni multidimensionali e multiprofessionali. Il PTRI pone al centro la persona con disabilità psichica e i suoi bisogni, definendo gli obiettivi, le modalità, le procedure e le risorse necessari a favorire l'inclusione, l'abilitazione e la reintegrazione sociale. Ha una temporalità limitata ed è soggetto a una revisione programmata in sede di valutazione.

Il CSM si assume la titolarità della presa in carico e deve garantire la risposta ai bisogni complessi dell'utente in tutto il percorso e monitorare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi di salute. Il Servizio individua un operatore di riferimento con funzione di *case manager*.

## Criteri generali

Il PTRI, in generale, si basa su una serie di informazioni e criteri comuni, quali:

1. Raccolta delle informazioni relative a:
    a. dati anagrafici;
    b. diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
    c. motivo dell'invio
2. Valutazione multidimensionale del bisogno, suddiviso per problematiche relative:
    a. area psicopatologica;
    b. area della cura di sé/ambiente;

   c. area della competenza relazionale;
   d. area della gestione economica;
   e. area delle autonomie e delle abilità sociali;
   f. area del funzionamento scolastico (quando indicato);
3. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, scuola, ai contesti di riferimento;
4. Definizione degli obiettivi dell'intervento, delle azioni, degli attori e dei tempi per la realizzazione degli stessi. La tipologia e il *mix* di interventi previsti possono fare riferimento alle seguenti categorie:
   a. interventi psicoeducativi;
   b. interventi abilitativi e riabilitativi;
   c. interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa e/o scolastica;
   d. interventi sugli apprendimenti;
   e. interventi sul contesto sociale;
   f. psicoterapia;
   g. terapia farmacologica;
   h. individuazione delle risorse necessarie al soddisfacimento dei bisogni: operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato;
   i. individuazione della durata del programma, delle fasi temporali e delle verifiche periodiche (con definizione di indicatori di processo e di esito) ed eventuale aggiornamento, anche attraverso strumenti di valutazione condivisi.

## Attività e funzioni riabilitative

Gli **interventi abilitativi** dei PTRI si sviluppano sui tre assi: **abitare**, **formazione** e **inserimento lavorativo** e **socialità,** con percorsi attivi di cittadinanza e protagonismo che costituiscono il cosiddetto Cento Diurno Diffuso. La S.S.D. Servizio Abilitazione, Residenze e REMS supervisiona l'offerta delle attività abilitative e ha funzione di controllo sul budget totale di riferimento.

## Strumenti

Il PTRI può essere favorevolmente sostenuto da diversi strumenti, sia dal punto di vista economico che di servizi/attività già presenti sul territorio.

### Budget Individuale di Salute (BIS)

Il PTRI può essere sostenuto da una componente economica definita Budget individuale di salute (BIS). I BIS sono determinati dal diverso grado di investimento in termini di risorse e supporti attivati per il sostegno e ripristino del funzionamento e dell'inclusione sociale.

Le finalità dei BIS sono:

- incrementare l'efficacia degli interventi riabilitativi attraverso la realizzazione di percorsi personalizzati di reintegrazione fondati sui tre assi prioritari casa, scuola/lavoro e socialità;
- garantire, all'interno dei programmi di cura, una reale partecipazione e un effettivo protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni dell'utilità sociale attive nelle comunità locali;
- privilegiare la domiciliarità come *setting* di cura e riabilitazione;
- valorizzare la natura relazionale dei servizi alla persona, rendendo gli utenti e le famiglie coproduttori e covalutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori;
- incrementare il sistema delle opportunità del territorio.

Sulla base dei bisogni di ciascuna persona, il BIS può assumere diversi livelli di intensità: altissima, alta, medio alta, media, medio bassa, bassa intensità.

### Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)

Il PTRI può essere sostenuto economicamente anche attraverso il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP). Il FAP (LR 6/2006, art. 41) è uno strumento economico rivolto a persone che, per condizioni di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto di terzi.

Gli ambiti di applicazione riguardano sia le situazioni di non autosufficienza che i progetti sperimentali della salute mentale. Essi possono essere comunque utilizzati se esiste un concomitante ricorso a servizi semiresidenziali o altre forme di domiciliarità innovativa.

I FAP a favore di persone con problemi di salute mentale hanno le seguenti caratteristiche:

- sono rivolti a persone che presentano una situazione di gravità anche in termini di deprivazione delle risorse di contesto;
- sono l'esito di una progettazione integrata sociosanitaria che vede coinvolti il DSM e il Servizio Sociale del Comune;
- sono sostenuti da un finanziamento congiunto sociosanitario, risultante dalla quota di FAP messa a disposizione dal Servizio sociale del Comune e da una quota di pari ammontare messa a disposizione dall'Azienda Sanitaria;
- sono realizzati attraverso il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie nonché delle risorse dell'associazionismo e dell'imprenditoria sociale;
- sono orientati all'effettiva riabilitazione e inclusione sociale delle persone coinvolte.

### Centro Diurno Diffuso

Le attività del Centro Diurno si articolano con le equipe dei CSM, attraverso una rilevazione dei bisogni abilitativi e l'inserimento delle persone, accompagnandole e riferendole concretamente ai programmi offerti. Essi si sviluppano in diverse sedi ma i due poli più importanti sono due: i Padiglioni I ed M del Parco di San Giovanni ed il Centro Diurno di Aurisina.

In generale il Centro Diurno Diffuso si basa su 6 obiettivi principali:

- benessere;
- aggregazione, socializzazione ed inclusione;
- espressione e lotta allo stigma;
- partecipazione;
- specificità di genere;
- formazione ed inserimento lavorativo.

Il SARR gestisce quotidianamente un'accoglienza condivisa del CD diffuso, in maniera proattiva e propositiva, che funge da stimolo ai CSM e che periodicamente aggiorna la mappa delle attività offerte dal Centro Diurno Diffuso e i contatti con i partner del progetto.

## L'ATTIVITÀ GRUPPALE PER LE PERSONE ASSISTITE

Gli interventi di gruppo a favore di persone in carico al CSM sono attuati non solo sotto forma di "gruppi di psicoterapia supportiva", articolati in "gruppi di ascolto e sostegno", oppure in "gruppi di tipo espressivo-

elaborativo" (arteterapia, teatro), ma anche attraverso la realizzazione di: "gruppi di informazione e psicoeducazione", su temi della salute mentale rivolti a utenti e familiari, "gruppi di auto mutuo aiuto" per utenti e familiari su varie tematiche, "gruppi di protagonismo dell'utenza" e "gruppi dedicati a tematiche di genere". Gli incontri di gruppo si svolgono sia nei quattro Centri di Salute Mentale che nei contesti riabilitativi (*Recovery House* e altre sedi del Centro Diurno Diffuso). Tutti i tipi di gruppo consentono ai partecipanti di affrontare argomenti e problematiche attraverso lo scambio di esperienze e la riflessione e di sviluppare stili di *coping* più adattivi.

Il *setting* gruppale fornisce un ambiente supportivo affinché i membri possano ampliare il loro repertorio di comportamenti interpersonali e migliorare anche le loro abilità sociali. Se in un primo momento i gruppi sono nati con l'intento di andare incontro all'esigenza di economizzare risorse, in un tempo successivo si è osservato come essi presentino delle particolari caratteristiche che favoriscono lo sviluppo di relazioni, la nascita di legami identificativi, la creazione di una cultura comune e soprattutto potenti meccanismi trasformativi, che permettono di utilizzare i processi psicologici di gruppo all'interno della relazione clinica e dei percorsi riabilitativi.

I vari tipi di gruppo attivi nel DSM affrontano temi riguardanti la salute come: i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore, i disturbi psicotici, gli psicofarmaci, il rapporto operatori-utente, i programmi di sostegno alla ripresa.

Sono caratterizzati dal fatto di essere "gruppi aperti" per cui si possono inserire nuovi partecipanti in determinate fasi del percorso.

Alle persone che sono momentaneamente accolte nei CSM in ODN o in OD viene proposto di partecipare al lavoro tra pari, cioè ai "gruppi di auto mutuo aiuto" gestiti dai *peer support worker*, e scegliere di proseguire tale esperienza anche dopo il rientro a domicilio. Quest'ultimo progetto si inserisce nel più ampio programma dell'OMS che fonda le pratiche di lavoro in Salute Mentale sui diritti umani e sull'*empowerment* (il rafforzamento di potere delle persone con esperienza) degli utenti come protagonisti delle cure e dei percorsi di inclusione sociale. La nuova figura del "*peer supporter*", operatore esperto per esperienza vissuta che si relaziona alla pari con gli utenti della Salute Mentale, si è sviluppata negli ultimi anni con programmi di formazione e di inserimento lavorativo nei Servizi offerti dal DSM.

L'iniziativa dell'*Empowerment College* è un cambiamento di prospettiva innovativo: i sintomi, l'esperienza di malattia, l'interruzione della formazione scolastica, altrove intesi come deficit e insufficienza, sono considerati in questo tipo di approccio come esperienze di vita e risorse da integrare nel proprio percorso di ripresa di salute.

## L'ATTIVITÀ DI AGGREGAZIONE E COINVOLGIMENTO DELL'UTENZA

Elemento fondamentale dei CSM 24ore è lo sviluppo di valenze di aggregazione per le persone che li frequentano, per rispondere alle necessità di rafforzamento delle reti di supporto sociale, inserimento in attività di gruppo (vedi sopra), partecipazione alla vita del servizio, costruzione di legami sociali e di rapporti interpersonali.

Vi possono essere riunioni di gruppi omogenei (es. gruppo giovani, donne, ecc.), finalizzati o meno ad attività "ricreative" di socializzazione, culturali e di conoscenza del territorio; assemblee generali del CSM; forum su temi specifici. Lo sviluppo di forme di partecipazione appare estremamente importante per

migliorare il rapporto operatori/utenti, anche attraverso l'introduzione di "terzi" (volontari, *peer support worker*, ecc.) e il clima generale del servizio.

Dalle riunioni all'interno del Centro si può partire per costituire attività esterne, presso associazioni, cooperative sociali, Microaree o altri luoghi del territorio, organizzate con il coinvolgimento di partner del DSM, anche al fine di stabilire ponti e connessioni con la comunità al di fuori del circuito dei Servizi di Salute Mentale. Tali attività possono afferire ai programmi del Centro Diurno Diffuso (vedi).

Da tali riunioni dovrebbe emergere una forma di partecipazione che va ad identificare i membri del CSM afferenti al Comitato di Partecipazione Dipartimentale.

## GLI INCONTRI PRESSO LA SEDE DEL CSM: VISITE E ATTIVITA'AMBULATORIALE

Il CSM 24 ore non è la sede elettiva per attività ambulatoriali in quanto tali, che vanno invece integrate all'interno della vita complessiva e della quotidianità del servizio stesso. Le visite del medico psichiatra e dello psicologo, specie in una visione monoprofessionale, non devono rappresentare l'aspetto dominante del CSM e quindi improntarne la cultura.

Il CSM va infatti pensato come un ambiente terapeutico nel suo complesso, animato dall'équipe multiprofessionale con attivazione di spazi e attività, strutturate e non, di interazione sociale, e come luogo confortevole di permanenza temporanea dell'utenza anche al di fuori di tali attività. Esso non deve essere concepito come una serie di stanze e sale d'aspetto per colloqui ambulatoriali, ma piuttosto come luogo per azioni terapeutiche di varia natura.

L'attività di visita specialistica psichiatrica, non considerata come attività autonoma, va inserita a pieno titolo nell'assunzione in cura delle persone da parte dell'équipe e della possibile presa in carico multidisciplinare e multidimensionale. La visita dello psichiatra non rappresenta di per sé la porta d'ingresso al servizio, in quanto il primo contatto non necessariamente prevede la figura del medico o dello psicologo, che pure devono entrare in gioco nella fase iniziale della valutazione.

Durante una presa in carico alcuni incontri si possono svolgere presso la sede del CSM, ma non esclusivamente. Essi devono possibilmente essere condotti da almeno una coppia di operatori, compreso il medico o lo psicologo, e devono costruire una microequipe che lavora con la persona e il suo contesto e ne riferisce poi all'équipe del CSM e/o di continuità territoriale (se la persona viene ritenuta aver bisogno di continuità monitorata). Dopo ogni colloquio, la microequipe si riunisce per una breve condivisone e analisi di quanto osservato e per un'opportuna riflessione sull'intervento appena svolto, in una logica strategica, predisponendo un piano di cura ed un progetto. Tale intervento, deve subito aprirsi alla valutazione degli aspetti abilitativi e di lavoro sul contesto, sia in senso terapeutico che psicoeducativo, e non iterare in modo automatico una sequenza di colloqui e appuntamenti col medico (o lo psicologo) come esclusivo referente terapeutico.

La centralità dell'approccio non è di tipo medico-biologico ma olistico. E' fondamentale porre estrema attenzione all'appropriatezza prescrittiva e agli aspetti di uso in sicurezza dei farmaci, ma anche alla promozione della salute e degli stili di vita.

E' opportuno spostare in sede distrettuale, in tempistiche definite e comunque limitate (come il presidio distrettuale di salute mentale), le attività più specificamente specialistiche o prevalentemente di ambito psicoterapeutico (assunzioni in cura e consulenza), specie se:

a. sono rivolte ai disturbi mentali comuni,
b. rappresentano l'aspetto principale del percorso di cura,
c. sono gestite dallo psichiatra o dallo psicologo come unico terapeuta,
d. si interfacciano direttamente, come agenti di invio o per opportuna collaborazione, col MMG o col Distretto sanitario (anziani, giovani).

La psicoterapia individuale, in qualsiasi tipo di approccio, non rappresenta di per sé, specialmente se svincolata da un progetto di cura più complessivo e prolungata nel tempo, una attività che il CSM 24 ore può garantire prioritariamente.

## LE ATTIVITA' TRASVERSALI E I GRUPPI DIPARTIMENTALI

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale sono attivi dei gruppi trasversali allo scopo di uniformare le pratiche relative a temi importanti ed in particolare agli argomenti di interesse già evidenziati dal Piano Regionale Salute Mentale.

Sono stati identificati 11 gruppi tematici (in ordine alfabetico):

1. anziani;
2. attività inter/nazionali;
3. carcere;
4. differenze di genere;
5. doppia diagnosi;
6. esordio;
7. familiari;
8. farmaci e integrazione con i Medici di Medicina Generale;
9. migranti e senza fissa dimora;
10. prevenzione, comunicazione sociale e promozione della salute.

Ogni gruppo si prefigge l'obiettivo di sviluppare programmi di precipua competenza e attività di ricerca, nell'ottica di miglioramento continuo della qualità, e di promuovere progetti sperimentali ed innovazioni tecnico organizzative.

## L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI

Uno dei punti cardine del lavoro territoriale è il lavoro in rete con altre agenzie operanti sul territorio, sia istituzionali che appartenenti all'area del privato sociale, del volontariato e in generale del terzo settore.

Per quanto concerne i rapporti istituzionali con altri servizi, il Dipartimento di Salute Mentale ha istituito i seguenti protocolli/procedure condivise, il cui testo integrale si può reperire nella cartella "Documenti Condivisi DSM" creata in occasione del percorso di miglioramento secondo *Accreditation Canada*.

- 2013 – Protocollo d'Intesa con il Dipartimento delle Dipendenze ASUITS (in revisione)
- 2014 – Protocollo clinico-diagnostico e procedura organizzativa diagnosi e gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare con Neuropsichiatria Infantile IRCCS Burlo
- 2015 – Protocollo adulti tra ASUITS e Ambiti 1.1, 1.2 e 1.3 dell'UTI Giuliana

- 2017 – Accordo di collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo e ASUITS: protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12-17 anni con problematiche socio-sanitarie complesse
- 2017 – Organizzazione e funzionamento del servizio di salute mentale per i giovani del dipartimento di salute mentale
- 2018 – Protocollo tra DSM, Distretti e DDD per la presa in carico di adolescenti e giovani con disturbi mentali o con elevato rischio
- 2018 - Protocollo di intesa per le procedure di intervento riguardanti l'effettuazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori tra Prefettura di Trieste, Forze dell'Ordine e ASUITS

## LE PROCEDURE AZIENDALI

Anche all'interno di un CSM è fondamentale conoscere le principali procedure aziendali, in particolare:

- 2013 – Procedura: igiene delle mani
- 2015 – Procedura: recepimento raccomandazione ministeriale "prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"
- Procedure Operative di Sicurezza redatte dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA)

## IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

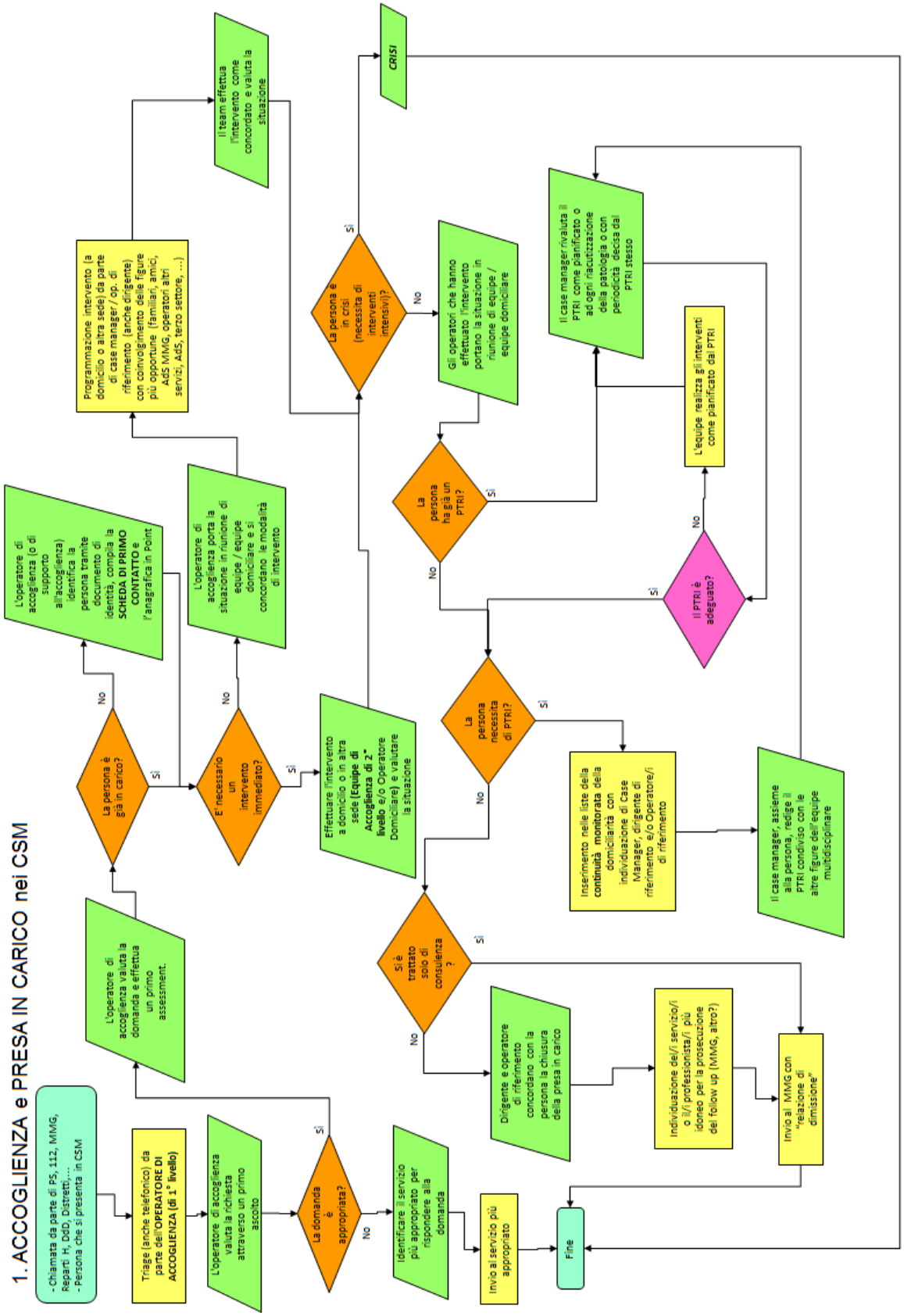
Nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti al cittadino, sono previsti audit clinici delle situazione critiche con analisi dell'evento, la determinazione delle possibili cause, le azioni di miglioramento da attuare per prevenire ulteriori situazioni di criticità. Durante questi audit sarà importante esplicitare il problema secondo la regola delle "cinque W + 1", ossia rispondere alle 6 domande: *who*? (chi?), *what*? (che cosa?), *when*? (quando?), *where*? (dove?), *why*? (perché?) e *how*? (come?). La risposta a tali domande dovrebbe essere scritta, così come le azioni di miglioramento da attuare.

Ci si è dotati inoltre di due strumenti con focus sugli snodi organizzativi principali e che rappresentano i punti strategici: il "Questionario sull'accoglienza" (vedi allegati) sintetizza la filosofia alla base di questo importante momento organizzativo e le "Domande di base" riguardano invece l'organizzazione complessiva del DSM.

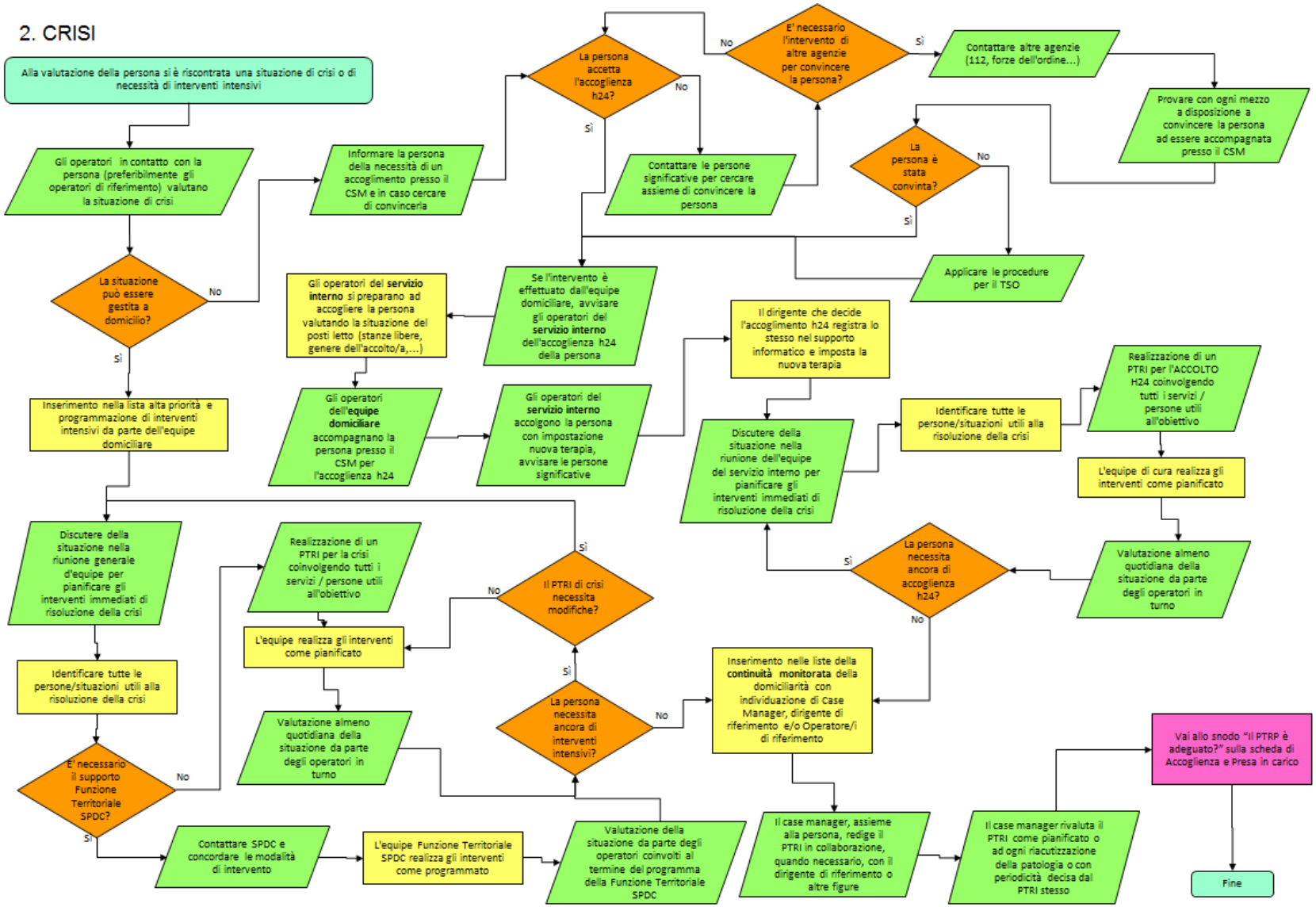
Inoltre per il miglioramento continuo risulta fondamentale la rilevazione dei bisogni formativi e la programmazione dei corsi di formazione, in special modo all'interno dei DSM si presta attenzione alla formazione sul campo degli operatori.

# ALLEGATI

## Allegato 1 – Flow chart dei percorsi utilizzati all'interno dei CSM



## 2. CRISI


Alla valutazione della persona si è riscontrata una situazione di crisi o di necessità di interventi intensivi
Gli operatori in contatto con la persona (preferibilmente gli operatori di riferimento) valutano la situazione di crisi
La situazione può essere gestita a domicilio?
No
Sì
Informare la persona della necessità di un accoglimento presso il CSM e in caso cercare di convincerla
La persona accetta l'accoglienza h24?
No
Sì
Contattare le persone significative per cercare assieme di convincere la persona
E' necessario l'intervento di altre agenzie per convincere la persona?
No
Sì
Contattare altre agenzie (112, forze dell'ordine...)
Provare con ogni mezzo a disposizione a convincere la persona ad essere accompagnata presso il CSM
La persona è stata convinta?
No
Sì
Applicare le procedure per il TSO
Inserimento nella lista alta priorità e programmazione di interventi intensivi da parte dell'equipe domiciliare
Gli operatori del **servizio interno** si preparano ad accogliere la persona valutando la situazione del posti letto (stanze libere, genere dell'accolto/a,...)
Se l'intervento è effettuato dall'equipe domiciliare, avvisare gli operatori del **servizio interno** dell'accoglienza h24 della persona
Gli operatori dell'**equipe domiciliare** accompagnano la persona presso il CSM per l'accoglienza h24
Gli operatori del **servizio interno** accolgono la persona con impostazione nuova terapia, avvisare le persone significative
Il dirigente che decide l'accoglimento h24 registra lo stesso nel supporto informatico e imposta la nuova terapia
Discutere della situazione nella riunione dell'equipe del servizio interno per pianificare gli interventi immediati di risoluzione della crisi
Identificare tutte le persone/situazioni utili alla risoluzione della crisi
Realizzazione di un PTRI per l'ACCOLTO H24 coinvolgendo tutti i servizi / persone utili all'obiettivo
L'equipe di cura realizza gli interventi come pianificato
Valutazione almeno quotidiana della situazione da parte degli operatori in turno
La persona necessita ancora di accoglienza h24?
Sì
No
Discutere della situazione nella riunione generale d'equipe per pianificare gli interventi immediati di risoluzione della crisi
Identificare tutte le persone/situazioni utili alla risoluzione della crisi
E' necessario il supporto Funzione Territoriale SPDC?
No
Sì
Realizzazione di un PTRI per la crisi coinvolgendo tutti i servizi / persone utili all'obiettivo
L'equipe realizza gli interventi come pianificato
Valutazione almeno quotidiana della situazione da parte degli operatori in turno
Il PTRI di crisi necessita modifiche?
No
Sì
La persona necessita ancora di interventi intensivi?
No
Sì
Inserimento nelle liste della **continuità monitorata** della domiciliarità con individuazione di Case Manager, dirigente di riferimento e/o Operatore/i di riferimento
Contattare SPDC e concordare le modalità di intervento
L'equipe Funzione Territoriale SPDC realizza gli interventi come programmato
Valutazione della situazione da parte degli operatori coinvolti al termine del programma della Funzione Territoriale SPDC
Il case manager, assieme alla persona, redige il PTRI in collaborazione, quando necessario, con il dirigente di riferimento o altre figure
Il case manager rivaluta il PTRI come pianificato o ad ogni riacutizzazione della patologia o con periodicità decisa dal PTRI stesso
Vai allo snodo "Il PTRP è adeguato?" sulla scheda di Accoglienza e Presa in carico
Fine

## Allegato 2– Fac simile matrice turno funzionale CSM

| | Csm | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì | sabato | domenica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mattina | ACCOGLIENZA | | | | | | | |
| | A1 | | | | | | | |
| | Servizio interno | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Continuità Zona A | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Continuità Zona B | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Ins.lavor., ass soc | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Altro (gruppi,...) | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Pomeriggio | ACCOGLIENZA | | | | | | | |
| | A1 | | | | | | | |
| | Servizio interno | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Continuità Zona A | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Continuità Zona B | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Ins.lavor., ass soc | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Altro (gruppi,...) | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Notte | Operatore 1 | | | | | | | |
| | Operatore 2 | | | | | | | |
| | Reperibile | | | | | | | |
| | Altro | | | | | | | |
| | Operatori Mattina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Operatori Pomeriggio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Operatori Notte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Allegato 3 – Scheda di primo contatto

**Dipartimento di Salute Mentale** — **CSM ____**

Azienda Servizi Sanitari

**SCHEDA DI CONTATTO**

■ **OPERATORE DELL'ACCOGLIENZA**

**Data** |__|__| |__|__| |__|__| **Ora** |__|__| |__|__|

**Profilo professionale** *(1 = assistente sociale, 2 = educatore, 3 = infermiere, 4 = OTA, OSS, 5 = psichiatra, 6 = psicologo, 7 = tecnico della riabilitazione)* |__|

**Cognome e nome** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

■ **INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE**

**Fonte di segnalazione** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Codifica fonte di segnalazione** *(1 = accesso diretto, 2= familiari, amici, vicini, 3 = servizi di salute mentale , 4 = MMG o altro specialista, 5 = altri servizi sanitari e sociosanitari (distretti, consultori familiari,ecc.), 6 = altri servizi pubblici non sanitari (servizi sociali, comuni, pubblica amministrazione), 7 = reparto ospedale generale, 8 = casa di riposo o RSA, 9 = carcere, 10=118, 11 = Altro, specificare _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _)* |__|__|

**Modalità della segnalazione** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Codifica modalità della segnalazione** *(1 = telefonica, 2 = accesso diretto, 3 = fax, 4 = altro, specificare_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ )* |__|

■ **INFORMAZIONI SULLA PERSONA - SITUAZIONE SEGNALATA**

**Precedenti contatti con i servizi di salute mentale** *(0 = no, 1 = si,)* |__|

**Cognome** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Nome** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Sesso** *(1 = maschio, 2 = femmina)* |__|

**Data di nascita** |__|__| |__|__| |__|__|

**Età** *(in anni)* |__|__|

**Indirizzo** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Città e/o località** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Telefono** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Mobile** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

■ **CONTENUTI DELLA RICHIESTA**

**Richiesta del segnalante** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Codifica richiesta del segnalante** *(0 = Nessuna richiesta specifica, 1 = Colloquio in sede, 2 = Visita domiciliare, 3 = Orientamento nella rete dei servizi sociosanitari, 4 = Altro)* |__|__|

**Situazione e/o problemi attuali** *(dopo eventuale decodifica della richiesta)* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Codifica della situazione e dei problemi attuali** *(1 = malattia organica e sue conseguenze, 2 = solitudine o isolamento, 3 = conflitti, difficoltà relazionali, vissuti dolorosi nell'ambito familiare, 4 = conflitti, difficoltà relazionali, vissuti dolorosi relativi alle relazioni sociali, 5 = preoccupazioni economiche, 6 = problemi e difficoltà nel lavoro, 7 = problemi relativi alla casa (precarietà, sfratto, vicini, mutuo), 8 = altro)* |__| |__| |__|

**Carattere della segnalazione** *(0 = programmabile da domani in poi, 1 = programmabile in giornata, 2 = urgente)* |__|

**Se urgente specificare** *(1 = fatto insolito e imprevisto, 2= comportamento disturbante, 3 = conflittualità con la rete familiare, sociale, 4 = allarme sociale, 5 = malessere psichico, 6 = altro, specificare _____ )* |__|

## ESITO DELLA RICHIESTA

**Esito della richiesta** _____
_____
_____

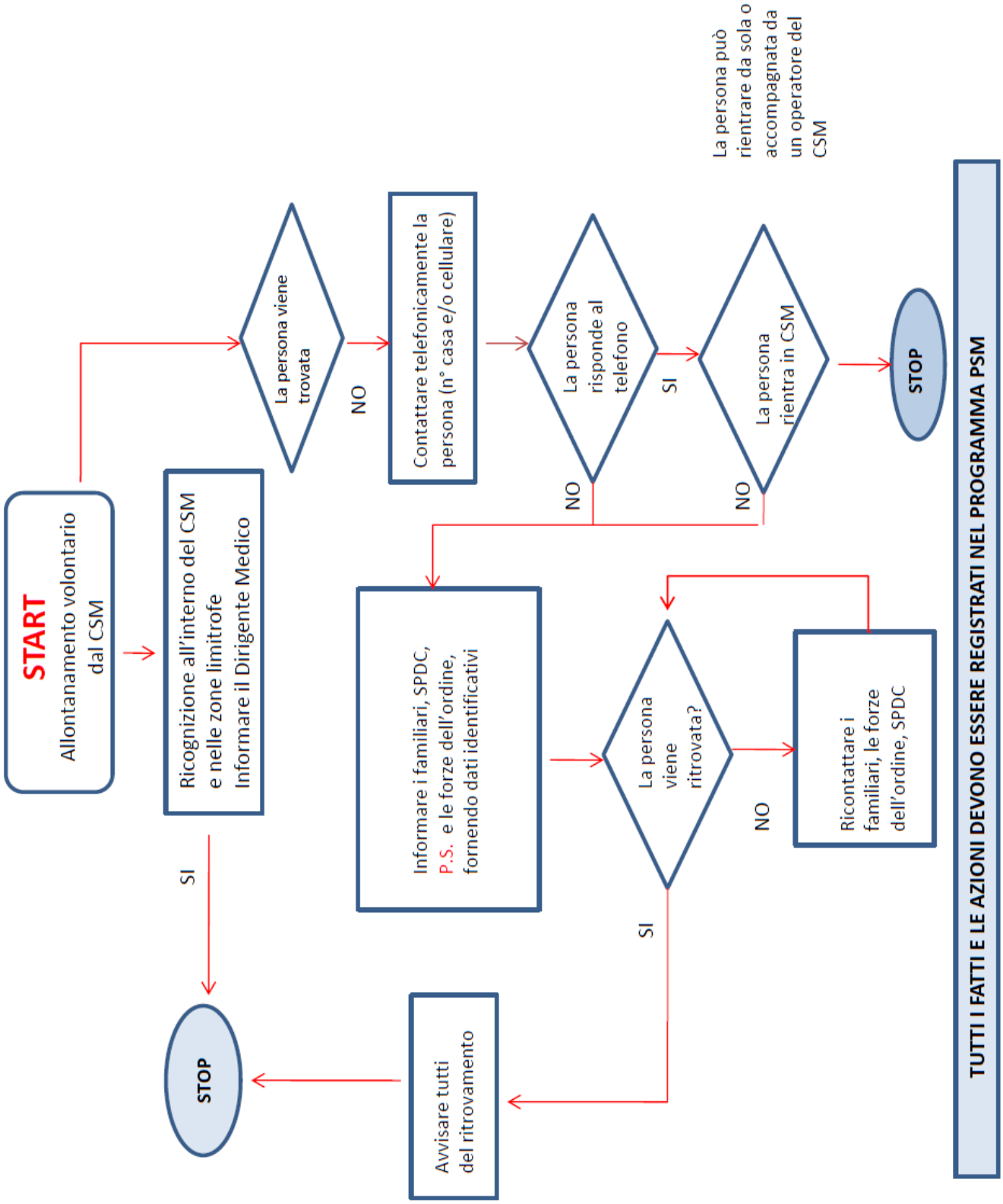
**Codifica dell'esito della richiesta** *(1 = Colloquio in sede, 2 = Colloquio in altro luogo, 3 = Invio ad altri servizi di salute mentale, 4 = Invio al distretto, 5 = Invio a servizi non ASS, 6 =Altro)* |__|__|

**In caso di invio ad altri servizi sociosanitari extra DSM, specificare com'è avvenuto l'orientamento della richiesta** _____
_____
_____
_____

**Codifica delle modalità di orientamento della richiesta verso altri servizi sociosanitari extra DSM** *(1 = fornito il recapito telefonico cui rivolgersi, 2 = contattato il servizio cui rivolgersi in presenza della persona, 3 = contattato il servizio cui rivolgersi successivamente, 4 = accompagnata la persona al servizio, 5 = altro)* |__| |__| |__|

IN AGGIUNTA COMPILATA E STAMPATA ANAGRAFICA POINT

## Allegato 4 – Procedura in caso di allontanamento volontario



## Allegato 5 – Screening Mens Sana

**Programma *"Mens Sana in corpore sano"* 2018**

**Promozione di corretti stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e la prevenzione dell'obesità**

| Cognome | | Nome | |
|---|---|---|---|
| Data | C.S.M. | Nome Medico | Nome Operatore |

**ATTIVITÀ PROPOSTE (indicare se già PRESENTE)**

**CENTRO DIURNO DIFFUSO** (vedi depliant)

**a) Benessere Aurisina Cavenove** (telefonare Loriana Frattini 348/1310281)

1. laboratorio cucina ☐
2. laboratorio orto. ☐
3. settimana benessere ☐
4. massaggi ☐

**b) Formamentis: Palestra San Giovanni** (telefonare Alessandro Guni 338/8167207)

corsi vari ☐

**c) Samarcanda** (telefonare Bruno Opatti 345/7558965)

1. attività di calcio ☐
2. escursioni in montagna ☐

**d) Polisportiva fuoric'entro** (telefonare 040/2471120)

1. calcio. ☐
2. basket. ☐
3. pallavolo ☐
4. altro ☐

**e) Progetto Snodo:** (C. San Martino al Campo – telefonare Chiara 331/7720526 o Giovanni 331/7720732)

1. passeggiate ☐
2. piscina (piscina Bianchi) ☐
3. cucinare assieme (pad. I) ☐

**ALTRE ATTIVITÀ**(vedi depliant)

1) **espressione**……

2) **partecipazione**……..

3) **specificità di genere**……..

**ATTIVITÀ FISICA SPORTIVA SVOLTE IN ALTRI LUOGHI**

……

……

**Firma per adesione**

## Allegato 6 – Domande ai dirigenti relative ai casi in carico

**Domande per i dirigenti relative ai casi in carico:**

Enumerando i casi visti negli ultimi tre mesi (dall'agenda personale), dobbiamo chiederci:

- Quanti li vedo impropriamente da solo invece possono essere allargati all'équipe?
- Quanti hanno un programma a termine?
- Quanti dimissibili con un'informazione alla rete sociale?
- Quanti possono passare utilmente ad altre forme di supporto o di trattamento all'interno del servizio?

**I guariti**

- Quelli dei "5 minuti a testa": quanti sono?
- I dimessi: quanti sono? Hanno ricadute?
- Piani di dimissione: rete sociale (richiede un lavoro individuale); MMG; gruppi di auto-aiuto
- Punto di vista del paziente: se è importante, si continua il rapporto
- Quali e quante sono le situazioni duali ineliminabili
- Che vuol dire "lo vedo con altri"? Questi "altri" fanno azioni concrete di salute?
- Quanti di questi vanno inseriti nelle liste di visite degli operatori a bassa e media priorità?
- Disciplinare tempi dei medici in riferimento all'agenda di servizio

# Allegato 7 – Indicazioni organizzative per i dirigenti

## INDICAZIONI ORGANIZZATIVE PER I DIRIGENTI (PSICHIATRI E PSICOLOGI)

Preoccupazione principale del dirigente è la gestione del servizio: il coinvolgimento "orientato" degli operatori, la dinamizzazione delle inerzie, la verifica degli abusi sugli utenti, ecc. (nella coincidenza, ad esempio, tra un colloquio con un utente che non rivesta caratteri di urgenza e una riunione operativa, privilegiare di norma la seconda).

Il clima affettivo del servizio è fondamentale, stando però attenti a rischi di vischiosità, paternalismo e invalidazione strisciante dell'utenza.

Nel lavoro d'équipe è necessario sviluppare una pratica di "intervisione" di gruppo. Va tenuto conto perciò che il responsabile del servizio è garante del risultato finale della discussione e dell'elaborazione d'équipe, ossia delle prestazioni e delle risposte che il servizio eroga.

Un dirigente deve certamente impegnarsi sul singolo caso ma mai ritenerlo "proprio". Ogni caso va socializzato nel servizio:

- coinvolgendo almeno un operatore non medico che va individuato come riferimento di base del caso;
- discutendolo nei suoi aspetti problematici nelle riunioni.

Per facilitare lo sviluppo del lavoro d'équipe, è necessario formulare in tempi medio-brevi per ogni caso un programma chiaro con la previsione di risultato e/o di obiettivi.

Ogni esordio psicotico, specie se in giovani, va affrontato come un evento sanitario grave e va impostato un trattamento e/o controlli per un tempo congruo (2 anni).

La nuova utenza non deve essere privilegiata a scapito della vecchia, specie se lungoassistita o "CAP". Ogni nuovo dirigente deve occuparsi di casi lungo-assistiti "come se fossero nuovi casi", a partire dalla ricostruzione della storia.

Ogni dirigente è titolare degli interventi di urgenza e di crisi della propria area, ma vige il principio dell'aiuto tra colleghi nelle situazioni complicate o a rischio.

Ogni rapporto terapeutico che si richiude su sé stesso è una pratica sbagliata; così pure è opportuno sostituirsi reciprocamente in casi dalle dinamiche terapeutiche ingestibili.

La gestione dei familiari dell'utente negli aspetti di carico soggettivo è obiettivo primario del programma terapeutico.

La pratica è rivolta al potenziamento delle risorse terapeutiche del servizio e/o del contesto; non sono ammessi rinvii operati deliberatamente ad altre strutture ed istituzioni psichiatriche pubbliche o private specie se di ricovero. In particolare il non-uso del SPDC è un obiettivo di una corretta pratica terapeutica territoriale.

## Allegato 8 – Questionario sull'accoglienza

| Area di intervento | Quesito | Variabili |
|---|---|---|
| Raccolta domanda / reception | Chi la fa? | L'infermiere in accoglienza |
| | Va fatta subito un'anamnesi psichiatrica e/o medica? | No, meglio una scheda di contatto con notizie e motivazioni |
| | Se vi è urgenza, cosa si deve fare? | Si decide subito nel gruppo di accoglienza cosa fare |
| | Come si deve concludere questa fase? | A seconda della situazione |
| Primo contatto | Dove e come avviene? | A seconda di chi richiede (ospedale, distretto, UOT, ...)<br>La sede non è rilevante<br>In luogo concordato con l'utente / il richiedente |
| | Chi la fa materialmente accoglienza? | Insieme, chi lavora in accoglienza |
| | Chi viene invitato? | Varia a seconda di come vuole l'utente |
| | Che strumenti sono utili in queste prime fasi? | "Guscio" cartella come traccia per l'intervista<br>Scheda primo contatto |
| Valutazione / prima valutazione, approccio e colloquio | Che cosa è importante valutare? | Appropriatezza della domanda / filtro per eventuale rinvio ad altro servizio<br>Decodifica dei bisogni (aspetti sociali, multidimensionali, complessità)<br>Presenza di allarme per incapacità di gestione da parte del contesto (criterio di crisi) |
| | Come va fatto? | Sempre in equipe |
| | Deve essere sempre approfondito e mirato alla storia della persona? | A volte può non essere opportuno, ma poi va fatto |
| Presa in carico | Che vuol dire? | Assunzione della domanda in tutti i suoi aspetti, soggettivi, oggettivi /sociali etc<br>Costruzione di un programma terapeutico-riabilitativo<br>Costruzione di una relazione terapeutica fiduciaria |
| | Chi fa la presa in carico? | L'equipe del CSM |
| | La presa in carico deve essere: | Multiprofessionale perché la domanda è sempre complessa |
| | Il progetto o programma terapeutico-riabilitativo: | Lo si deve fare e condividere con l'utente sempre |
| | Il progetto si basa su: | Soprattutto le potenzialità della persona dalla sua storia<br>Soprattutto sui tre assi casa, lavoro e socialità<br>Soprattutto i suoi obiettivi, speranze e desideri |
| | Esso è mirato a: | Obiettivi misurabili e condivisi<br>Realizzare un progetto di vita |
| Continuità terapeutica e assistenziale | Chi realizza la continuità? | Il team di sottozona guidato dai case manager |
| | Come la si deve organizzare? | Secondo una programmazione di interventi e tempistiche (es. alta, media e bassa intensità) |
| | La risposta alla crisi va compresa nel lavoro di continuità? | Riguarda tutto il CSM, quindi va organizzata una lista di situazioni temporaneamente prioritarie (es. FACT board) |
| Attenzione al complessivo del servizio /condivisione delle pratiche | Che cosa è più importante nel percorso di cura? | Il rispetto di diritti e valori<br>L'attenzione alla singola persona |

## Allegato 9 – Domande di base

### DOMANDE DI BASE

#### ACCOGLIENZA

1. C'è un punto telefonico sempre attivo?
2. Viene fatta la scheda di primo contatto?
3. Il dirigente si riunisce con gli operatori per organizzare le attività di accoglienza?
4. C'è un'agenda del servizio?
5. Viene fatta un valutazione scritta?

#### ATTIVITÀ DI CONTINUITÀ TERRITORIALE

1. Quante persone sono attribuite al sottogruppo?
2. Quante per operatore?
3. C'è almeno un giorno di lavoro programmato assieme tra medico ed equipe di sottozona?
4. Nel lavoro programmato, l'operatore va da solo almeno il 50% delle volte?
5. Quante volte va col medico a domicilio in modo programmato?
6. E tra psicologo ed equipe?
7. Quante volte si riunisce il sottogruppo?

#### CRISI

1. C'è una scheda di accoglienza nel CSM 24 ore?
2. C'è un elenco di persone in trattamento di crisi a domicilio?
3. C'è un elenco delle persone in DH?
4. Se c'è chiamata urgente, ci va l'equipe di accoglienza?
5. C'è un'attività di revisione delle persone in crisi (riunione / giro del centro)?
6. Viene offerto un primo contatto a domicilio?
7. Quante persone vengono viste non dal medico al primo contatto?

#### ACCOGLIENZA STRUTTURATA E ATTIVITÀ DI CENTRO DIURNO

1. Ci sono attività di gruppo (riunioni e terapie di gruppo) ogni giorno nel CSM?
2. Ci sono frequenti attività espressive o di apprendimento nel CSM (almeno 2 vv. alla settimana)?
3. Ci sono persone riferite alle attività di centro diurno? (almeno 10 alla settimana)

#### ATTIVITÀ AMBULATORIALI

1. Quante giornate alla settimana il dirigente fa colloqui da solo (3-5)?
2. Quanta parte del suo tempo è impegnato in colloqui da solo (20-80%)?
3. I colloqui si svolgono al CSM quasi sempre?
4. C'è un'attività ambulatoriale dislocata in distretto?

#### ATTIVITÀ COMUNI

1. Quanto tempo si passa in riunioni del CSM (20-50%)?
2. Quanto tempo si impiega nelle stanze con l'utenza e in colloqui informali? (5-20%)
3. Vi sono riunioni periodiche dedicate all'habitat?
4. Sono con l'utenza?

# Allegato 10 - Scheda di valutazione delle caratteristiche di base del servizio integrato CSM

| Caratteristica strutturale / organizzativa | Processi / procedure prescelte | Esiti | Criticità / attenzioni |
|---|---|---|---|
| **Apertura 24 ore** | • Accoglienza in tempo reale della domanda: 8h – 12h – 12h + acco nott – 14h – 24h<br>• Risposta crisi tempestiva: entro 24h – 12/24 – 8 – 4 - 1<br>• Porta aperta in condiz di crisi severa: 50% casi – 100%<br>• Bassa soglia: possono entrare in tempo reale senza invio formale 50% -100% utenti | Risposta durante tutto l'arco della giornata<br><br>Non liste d'attesa per urgenze<br><br>Accessibilità e soddisfazione utenza | 24 ore "reali" / accoglienza attiva? |
| **Sede integrata** | • Punto di riferimento unico per utenza ed istituzioni - NON in altra sede<br>• Integrazione funzioni diurne (CD, rif. sociale, ecc.)<br>• Non separazione luoghi<br>• CD interno<br>• Ambulatori distrettuali<br>• Servizio come spazio di relazione e di socialità<br>• area di aggregazione con presenza di attività collettive e riunioni | Risposta integrata, immediato accesso ai programmi riabilitativi e socializzanti (gruppalità)<br><br>Mantenere e sviluppare abilità sociali (Prevenzione terziaria)<br><br>Accessibilità e soddisfazione utenza | Disciplinare flusso domanda<br><br>Sovrastimolazione sociale per utenza? |
| **Équipe integrata** | • Integrazione operatori riunione d'equipe e/o sotto-equipe:1/sett-1/giorno<br>• Conoscenza collettiva dei CAP e crisi - ODN<br>• Relazione diretta con l'utenza: incontri 1:1 per 20% staff – 100%<br>• Continuità terapeutica anche se in ricovero SPDC o inserimento residenze: no-sia 1 che 2 | Stile di lavoro unitario, visione strategica<br><br>Formulazione e revisione progetto individuale<br><br>Flessibilità<br><br>Continuità terapeutica / adesione ai programmi<br><br>Prevenzione secondaria (ricadute)<br><br>Riduzione TSO | Focalizzare e sostenere nel tempo singoli casi od obiettivi<br><br>Complessità delle dinamiche del grande gruppo, definizione autonomie ed interdipendenze |
| **Dotazione e uso letti territoriali** | • Alternativa ricovero con letti Solo crisi lievi – crisi severe<br>• Capacità di gestione della crisi, a porta aperta v.sopra<br>• TSO decisi da equipe 0-100%<br>• TSO nell'anno >5; 3-5; 1-3; 0<br>• giornate TSO nel CSM 0-100%<br>• Uso SPDC n. giornate: 0-100 | Riduzione uso SPDC e ricoveri cliniche convenzionate ed extra-regionali<br><br>Accettabilità delle cure<br><br>Riduzione TSO<br><br>Abbreviazione tempi di accoglimento, tempo di uscita dalla crisi<br><br>Processo di cura integrato (non escludendo l'acuzie) | Abuso dell'accoglimento 24 ore – cultura del "ricovero" di ritorno |

| Caratteristica strutturale / organizzativa | Processi / procedure prescelte | Esiti | Criticità / attenzioni |
|---|---|---|---|
| **Contestualità lavoro interno / esterno** | • Rotazione mansioni interne, esterne e di accoglienza:<br>Tutto lo staff ruota<br>Solo inf<br>50% personale<br>staff notte e diviso per funzioni<br>• Definizione di attività per l'ospitalità / accoglienza:<br>Presenza di procedure definite<br>Verbali, scritte etc<br>• Proiezione esterna (outreach)<br><20-80%<br>• Team multidisciplinare | Cambiamento e contaminazione stili di lavoro<br><br>Flessibilità dei programmi / degli operatori - complessità<br><br>Riduzione / condivisione carichi e burn-out<br><br>Cultura terapeutica condivisa | Minor definizione compiti, maggior complessità<br><br>Confusione, delega<br><br>Mantenere un giusto equilibrio tra proiezione esterna e lavoro interno |
| **Case-management di gruppo e d'équipe** | • Individuazione casi ad alta priorità (CAP):<br>annuale – continua ridefinizione<br>• Definire operatori-chiave in un contesto d'équipe<br>Carico casi<br>Co-worker<br>Agenda condivisa di interventi programmati<br>• Condivisione in gruppo:<br>sottogruppi attivi secondo territorio o funzione<br>• Leadership organizzativa dirigente medico:<br>100-20% casi<br>• Rielaborazione fallimenti:<br>0-100% | Cultura della responsabilità / del "rendere conto"<br>Bilanciare autonomie e responsabilità individuali<br><br>Non abbandono utenti difficili / rielaborazione dei fallimenti | Turni – discontinuità presenze diurne<br><br>Delega al gruppo e verso l'alto (Dirigenti) |

## Allegato 11 – Model Fidelity Scale CSM 24 ore / servizio integrato

| Caratteristica strutturale / organizzativa | Processi / procedure |
|---|---|
| Definizione all'interno del DSM nell'Atto Aziendale | Non struttura autonoma / SS / somma di SS / SC senza SS / SC con SS |
| Rapporto a popolazione (almeno 1 CSM / 150.000 abitanti) | Bacino d'utenza: <50.000 <80 <100 <125.000 <150.000 ab<br>(Al crescere dalla scala, va aumentato il grado di differenziazione interna, in termini di sottoequipe e articolazioni interne – sedi etc) |
| Dotazione personale Multiprofessionale | Team multidisciplinare: n. 2 – 3 - 4 – 5 – più di 5 professionalità con "*peer specialist*"<br>Staff ratio per abitante e carico casi<br>Min. 1/1500 abitanti per DSM<br>Carico casi sec. FACT (ogni 200 utenti):<br>1 psichiatra<br>0.5 coordinatori (team leader)<br>5-7 infermieri (+6 ETP per notti)<br>0.8 assistenti sociali<br>0.8 psicologi<br>0.6 peer support worker<br>0.5 tecnici della riabilitazione psichiatrica |
| Apertura 24 ore | Accoglienza attiva della domanda:<br>8h/giorno – 12h – 12h + Ospitalità Notturna (ON) – 14h + ON – 24h<br><br>Tempo di risposta alla crisi (domiciliare):<br>entro 24h – 12/24 – 8 – 4 - 1<br><br>Porta aperta in condizioni di crisi severa:<br>nel 30% dei casi / 50% / 70% / 90% / 100%<br><br>Bassa soglia: possono entrare in tempo reale senza invio formale:<br>30% dei casi / 50% / 70% / 90% / 100% |
| Sede unica / one stop shop | Punto di riferimento unico per utenza ed istituzioni<br>SI / NO<br><br>Collocazione extra-ospedaliera SI / NO<br><br>Funzioni notturne assenti / solo rep. Notturna / ON in altra sede / ON in sede<br><br>Integrazione funzioni diurne (riferimento problemi sociali, habitat sociale o spazio di relazioni e socialità):<br>Centro Diurno interno SI / NO<br>Area di aggregazione con presenza di attività collettive e riunioni SI / NO |
| Équipe integrata | Integrazione operatori<br>riunione d'equipe :1 alla settimana / 2 / 3 / 4 / 5 o più alla settimana<br>riunione di sotto-equipe: mai / 1 al mese / 1 ogni 2 settimane / 1 alla settimana / più di 1 alla settimana<br>Conoscenza collettiva delle persone ad alta priorità e delle crisi / ODN<br><br>Relazione diretta con l'utenza: incontri 1:1 per 20% staff / 40% / 60% / 80% / 100% staff<br><br>Continuità terapeutica anche se in ricovero SPDC o inserimento residenze:<br>no-sia 1 che 2 |
| Dotazione e uso letti territoriali | 1:10.000 ab almeno (min 4, max 8)<br><br>Alternativa al ricovero SPDC: Solo per crisi lievi – case mix – solo crisi severe |

| Caratteristica strutturale / organizzativa | Processi / procedure |
|---|---|
| | Capacità di gestione della crisi, a porta aperta<br>v.sopra<br><br>TSO decisi da equipe<br>0-100%<br>TSO nell'anno<br>>5; 3-5; 1-3; 0<br>giornate TSO nel CSM<br>0-100%<br><br>Uso SPDC<br>n. giornate:<br>0-100 |
| Proiezione territoriale e bilanciamento lavoro interno / esterno | Rotazione mansioni interne, esterne e di accoglienza:<br>-Tutto lo staff ruota<br>Solo inf<br>50% personale<br>staff notte e diviso per funzioni<br><br>Definizione di attività per l'ospitalità / accoglienza:<br>Presenza di procedure definite<br>Verbali, scritte etc<br><br>Proiezione esterna (outreach)<br><20-80% |
| Case-management di gruppo e d'équipe | Individuazione casi ad alta priorità (CAP):<br>fissa - annuale – semestrale – trimestrale - continua ridefinizione<br><br>Definire operatori-chiave in un contesto d'équipe, secondo:<br>Carico casi<br>Presenza di un secondo operatore-chiave (Co-worker)<br>Agenda condivisa di interventi programmati<br><br>Condivisione in gruppo:<br>- sottogruppi attivi secondo territorio o funzione, a leadership medica – mista – non medica con consulenza medica – non medica con separazione<br><br>% Leadership organizzativa dirigente medico su totale utenza:<br>100-20% casi<br><br>Ri-progettazione sui "casi bloccati", drop-out, esiti negativi, etc.:<br>0-100% casi |
| Programmi e interventi EB | ACT o FACT si / no<br>Psicoeducazione familiari si / no<br>Inserimento al lavoro supportato si / no<br>Intervento precoce esordio si / no<br>Intervento di crisi intensivo domiciliare si / no |
| Integrazione sanitaria - mainstreaming | Integrazione con distretto su aree (anziani, giovani, handicap)<br>Parte di distretto con sede interna<br>Budget e risorse umane dip. Da distretto<br>Solo ambulatorio di distretto |