



Dipartimento  
di Salute Mentale

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Spedali Civili

# L'assistenza domiciliare agli utenti con patologia psichiatrica

---

D.ssa Lucia Laratta


Responsabile SITR DSM ASST Spedali Civili Brescia

# I PERCORSI TERRITORIALI

---

Il PSSR 2002-2004 propone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi:

1. **LA CONSULENZA:** una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche;

 2. **L'ASSUNZIONE IN CURA:** percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multi-professionali;

 3. **LA PRESA IN CARICO:** percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi"

**Trattamento  
specialistico**

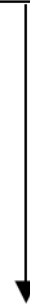
ACCOGLIENZA



VALUTAZIONE



CONSULENZA



ASSUNZIONE  
IN CURA

PRESA IN  
CARICO

**Trattamento  
integrato**

# LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE GRAVE

---

La realizzazione della presa in carico del paziente grave, ...  
... rappresenta una *mission* specifica del DSM.

È caratterizzata da un'elevata complessità organizzativa e comporta un forte investimento sul lavoro d'equipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di:

- 1.integrare i dati di osservazione
- 2.di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata.

La continuità terapeutica si configura come “costanza” della presa in carico: il DSM se ne assume l’impegno, garantendo:

---

1. l’articolazioni di interventi diversi,

2. salvaguardando l’unitarietà del progetto terapeutico per garantire al soggetto in trattamento un sostegno ed un punto di riferimento stabili, contrastando in tal modo, attraverso una coerenza di rapporto, la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l’evoluzione del suo disturbo.

# Definizione di utente «grave»

---

Ambivalenza della qualificazione:

1. **Una gravità riferibile alla acuzie e ai rischi posti dal caso clinico**, generalmente ascrivibile o all'esordio di un disturbo psicotico o alla riacutizzazione dello stesso disturbo.
1. **Una gravità riferibile alle disabilità sviluppate dal paziente nel corso della malattia e ai riflessi sociali che queste comportano**. In tale condizione l'approccio multidisciplinare integrato ha lo scopo di dare una risposta a bisogni multipli, con l'obiettivo di recuperare o mantenere competenze sociali di base (concetto di cronicità complicata; paziente "gravoso")

# Gravità e presa in carico

---

1. l'equipe multidisciplinare potrebbe attivare prese in carico cliniche, connesse a esordi, riaccensioni sintomatologiche, eventi vitali stressanti o di rottura del tessuto sociale di supporto del paziente,
1. prese in carico riabilitative, per pazienti con gravi deficit cognitivi e delle relazioni interpersonali.

# La presa in carico dell'utente grave

---

Si fonda sull'integrazione di attività specifiche (clinica, riabilitativa, assistenziale, di intermediazione e di coordinamento che si esplicano in eventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semi-residenziali) con un supporto complessivo da parte del servizio psichiatrico.



**attività clinica** : attività psichiatrica e psicologica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia), ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione e del contratto terapeutico.

---

**attività riabilitativa** : attività di riabilitazione, risocializzazione, reinserimento nel contesto sociale; attività semiresidenziale (o di *Centro Diurno*) che favorisca un ancoraggio forte al progetto di cura attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi)

**attività di assistenza** : attività di sostegno al paziente nei suoi aspetti deficitari, attività finalizzata a sostenere e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.

**attività di intermediazione** : attività per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; sostegno e informazione alla famiglia.

**attività di coordinamento** : attività sul singolo caso che garantisca integrazione delle diverse aree di attività, dei diversi erogatori che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale.

L'introduzione dei nuovi modelli organizzativi  
all'interno dei servizi psichiatrici territoriali  
La complessità della presa in carico degli utenti gravi e  
complessi



## **CASE MANAGEMENT**

generalmente, il case manager coincide con l'operatore che, avendo una  
relazione più significativa, diventa il punto di riferimento per la  
persona.

## IL CASE MANAGEMENT

**letteralmente = gestione del «caso»**

Nasce in ambito psichiatrico, circa vent'anni fa, a seguito dei processi di de-istituzionalizzazione dei malati.

### OBBIETTIVO

**Facilitare la continuità delle cure e il coordinamento degli interventi sociali e sanitari.**

**L'intervento si rivolgeva alle persone e alla loro rete sociale, i cui bisogni si orientavano attorno al mantenimento e alla re-integrazione nell'ambiente di vita e consisteva nell'assicurarsi che acquisissero o conservassero le competenze necessarie per mantenere una qualità di vita personale e sociale soddisfacente.**

**Questo tipo di intervento, si rese necessario anche per assicurare il coordinamento tra le diverse istituzioni e i differenti operatori coinvolti nell'assistenza**

L'intervento di base è l'accompagnamento della persona nel suo contesto di vita per facilitare la ri-acquisizione delle abilità legate alla vita quotidiana, quali: l'igiene personale, l'abbigliamento, i pasti, le faccende di casa, la spesa, la gestione del denaro e dell'alloggio.

Si avvale:

- supporto alla persona ed alla sua famiglia
- La costruzione di un progetto unitario, non frammentato da parte dei servizi
- L'instaurarsi di un legame che valorizzi le risorse dell'ambiente

Consente di superare la parcellizzazione specialistica e professionale mediante un progetto unitario di una presa in carico continuativa e di ridurre i costi derivanti dall'ospedalizzazione.

## **IL CASE MANAGEMENT NELLA SALUTE MENTALE**

### **FUNZIONI DELL'INFERMIERE C.M.**

- **«ACCOMPAGNAMENTO» DELLA PERSONA NEL PERCORSO DI CURA**
- **INTERMEDIAZIONE TRA LA PERSONA E «L'ESTERNO»**
- **INTEGRAZIONE SERVIZI COINVOLTI**
- **COORDINAMENTO DELLA MICRO-EQUIPE**
- **REFERENTE DEL PERCORSO DI CURA**
- **MONITORAGGIO DEL PTI/PTR**
- **VALUTAZIONE DEL PROGETTO**

# Aree di intervento assistenziale

---

- La patologia produce deficit a carico delle funzioni cognitive, emozionali, della volontà e relazionali della persona, che comportano limitazione nelle capacità di occuparsi autonomamente delle attività di vita, nel prendersi cura di sé, nell'auto conservarsi. Nei ruoli che vengono richiesti al paziente dalla famiglia e dalla società

- L'intervento assistenziale è diretto al recupero dell'autonomia compromessa, sostenendo prioritariamente la dimensione psicologica e sociale della persona, nel tentativo di riacquisire modelli comportamentali/relazionali compatibili con la vita all'interno di un contesto sociale.

Il bisogno diventa molto vasto e articolato: vi è una difficoltà nella delimitazione delle responsabilità e competenze

**Presi in carico non sono solo sanitari**



- 
- da portatore di un bisogno specifico, alla persona nella sua completezza e quindi anche nelle sue risorse e nel suo contesto familiare e territoriale.
  - dalla prestazione disarticolata, al progetto, al percorso accompagnato

La realizzazione di tutto ciò si può ottenere solo attraverso una programmazione concertata tra i servizi sanitari e sociali, strutturalmente fondata sulla “PRESA IN CARICO” complessiva del bisogno sociosanitario del cittadino; per tanto la presa in carico si concretizza nella valutazione delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l’attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci.

La presa in carico avviene attraverso la classificazione dei bisogni :

- BISOGNO SEMPLICE SANITARIO O BISOGNO SEMPLICE SOCIALE.
- 

Quando i bisogni espressi – valutati si presentano solo sul versante sociale o solo sul versante sanitario e richiedono l'attivazione di UN PROGETTO PERSONALIZZATO Di INTERVENTO MONO-DIMENSIONALE RIVALUTABILE NEL TEMPO COERENTEMENTE CON LA NATURA DEL BISOGNO.

- La complessità assistenziale è:

Un progetto di presa in carico della persona e dei care givers ad elevata integrazione in cui il progetto di vita della persona

---

– è a rischio

– è compromesso/ “invalidato”

– ha bisogno di essere riportato alla possibilità di essere gestito dalla persona/care givers

## La presa in carico si attua

---

Attivando sia le residue capacità e le competenze della persona, in modo tale che anche l'utente si prenda cura di sé stesso e partecipi come soggetto al processo di aiuto (EMPOWERMENT), e sia attuando una strategia di lavoro di rete che, coordinando i servizi sul territorio possa ottimizzare le risorse esistenti ed esprimere allo stesso tempo un servizio a misura della persona che ne fruirà.

Le principali fasi della presa in carico si possono così sintetizzare:

- Un procedimento unificato , concordato, tra sistema sociale e sanitario per l'accoglimento della presa in carico
- la valutazione delle condizioni e dei bisogni della persona
- la definizione di programmi di riabilitazione, di rieducazione e inserimento sociale,
- le verifiche e il monitoraggio delle strategie

## Tali fasi vengono poi sviluppate nel PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI)

- Il piano di assistenza individuale nella sua accezione progettuale si propone l'obiettivo di evitare di dare a tutti una risposta uguale, generalizzata, per poter invece porre l'accento sulla personalizzazione e sulla globalizzazione dell'intervento.
- Il PAI è strumento fondamentale per la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità delle cure. E' una strategia che integra l'aspetto sanitario e quello sociale, finalizzata a far evolvere la situazione attraverso un processo di presa in carico.

- 
- Poiché i bisogni non sono sempre espressi, per formulare il PAI è necessario una fase di osservazione, di accoglienza e di ascolto, di partecipazione a colloqui preliminari con utenti e familiari, e di collaborazione per la decodificazione e la raccolta dati.



Per cui il PAI avrà i seguenti requisiti:

---

- contestualizzare le azioni e gli obiettivi, ragionevolmente raggiungibili.
- tipologia delle prestazioni erogate dall'equipe.
- garantire un supporto assistenziale (attività di supporto sociale, visite domiciliari, lavoro di rete).

# L'Infermiere... e non solo

- Attività:

---

- Accoglienza/filtro della domanda di salute, presentata dalla persona stessa, dalla sua famiglia o, da altri servizi sociosanitari
- valutazione del tipo di richiesta e grado di disagio
- Interventi ambulatoriali, domiciliari e territoriali
- Interventi sulle difficoltà socio-economiche
- Interventi di ricerca programmata per inserimenti formativi, lavorativi e occupazionali in collaborazione con altri enti e/o cooperative.
- Interventi sulla crisi psichiatrica a livello territoriale

- Attività:

- 
- Collaborazione con servizi distrettuali di base sociali e sanitari e le Agenzie del territorio
  - Attività di formazione
  - Interventi di collaborazione, consulenza, formazione con medici di base, la neuropsichiatria infantile con progetti in ambito preventivo e curativo
  - Interventi di promozione della salute e di prevenzione del disagio
  - Interventi di socializzazione e di riabilitazione