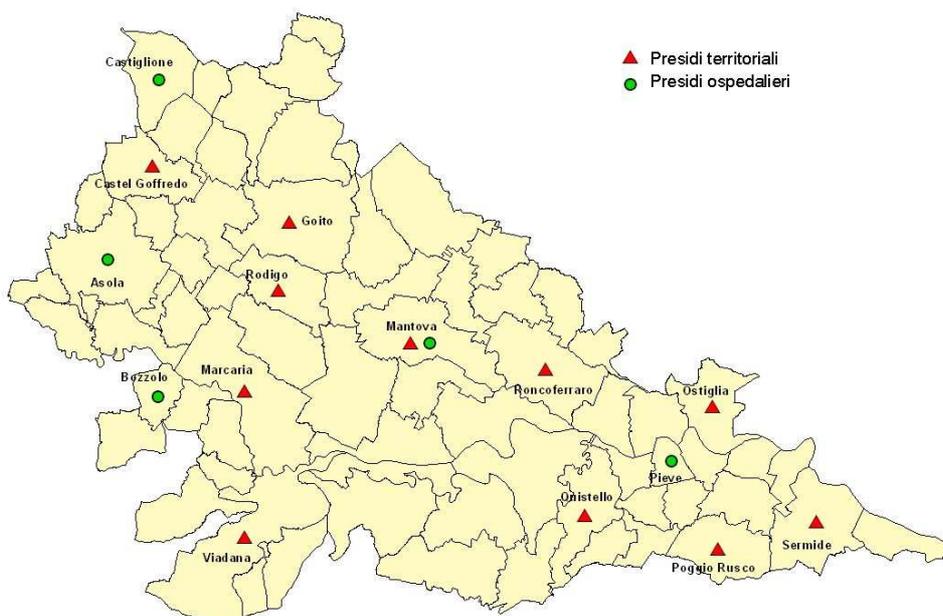




PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Azienda Ospedaliera di Mantova - Localizzazione dei presidi



PREMESSA

La necessità di rivedere l'organizzazione dipartimentale nasce dall'esigenza di *sperimentare* un nuovo assetto finalizzato ad impostare una modalità operativa che sviluppi l'attività territoriale, intesa come governo del bisogno psichiatrico, attraverso l'implementazione e lo sviluppo di buone pratiche condivise:

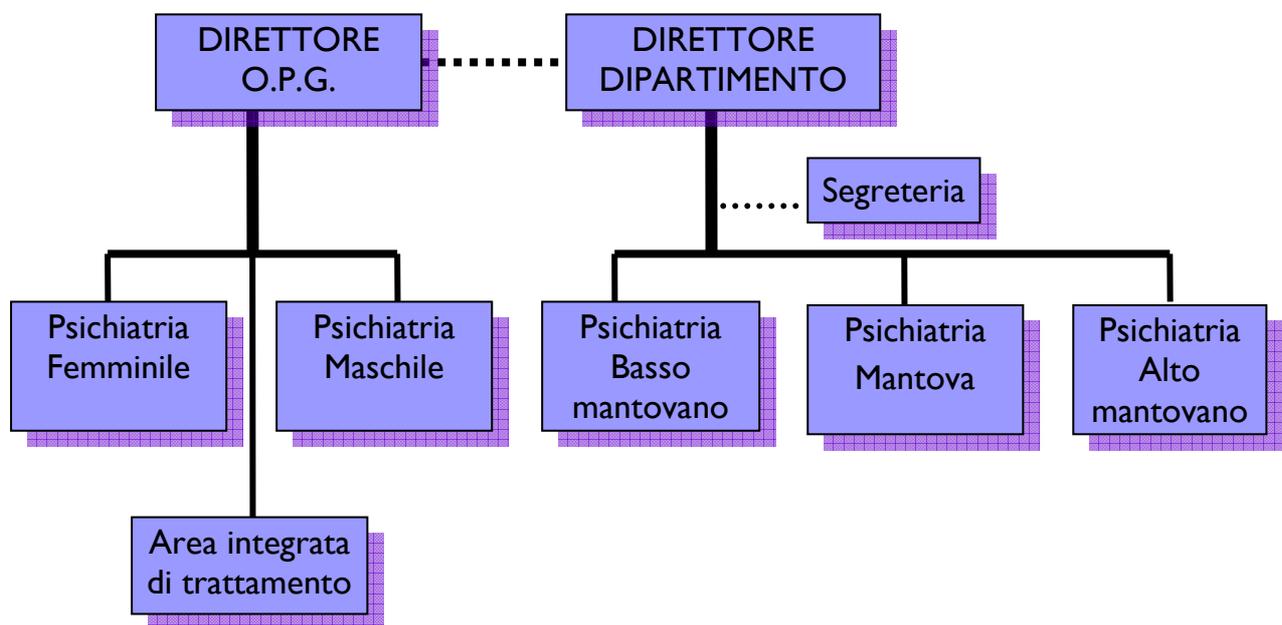
- analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali, nonché ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;
- individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, anche al fine di verificare il livello di personalizzazione degli interventi e la promozione di iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;
- valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;
- ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;

- utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per assistiti, al fine di consentire una più completa assistenza al malato e una razionalizzazione dei costi.
- rispettare il principio di territorialità della cura: ciò comporta congrua distribuzione dei servizi e loro accessibilità, costruzione di percorsi terapeutici fondati sulla continuità terapeutica, della presa in carico del paziente portatore di bisogni complessi, implementando il ruolo del case manager e del lavoro di rete sul territorio.

Il bisogno di mettere in rete l'area ospedaliera in termini di risposta all'acuzie ed al post acuzie, così come indicato nel documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) per il coordinamento e l'integrazione delle politiche regionali a favore delle persone con disabilità, porta a rivedere l'impianto organizzativo dell' SPDC Castiglione delle Stiviere; tale struttura è da intendersi come struttura deputata ad erogare trattamenti riabilitativi di medio periodo e assistenza post acuzie in alternativa o in prosecuzione degli SPDC, così da garantire il miglioramento dell'offerta.

Nel nuovo assetto organizzativo sperimentale, il DSM sarà costituito da 2 UOP ridistribuendo il territorio provinciale in due aree: **MANTOVA 1 e MANTOVA 2**

Il Dipartimento di salute mentale *ieri*



L'area psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma coincide con il territorio dell'intera provincia mantovana, articolandosi su molteplici livelli di assistenza, diversificati in Centri Residenziali Terapeutici, in Comunità Protette, in Centri Psicosociali con i percorsi di residenzialità leggera, in Centri Diurni, in Ambulatori Territoriali e in Strutture di Degenza.

Le tre Strutture Complesse che danno vita al DSM servono un bacino d'utenza di 328.600 soggetti così ripartiti: Psichiatria Alto Mantovano 93.400 abitanti; Psichiatria Basso Mantovano 93.700 abitanti e Psichiatria Mantova 141.500 abitanti.

Dall'anno 2008 il DSM è arricchito della relazione funzionale con l'O.P.G.. Scopo di tale implementazione è assolvere al mandato del recente DPCM, teso al marcato raccordo tra O.P.G. e "territorio", da intendersi come istituzioni, comunità, aziende sanitarie. Il fine di questa riorganizzazione è garantire ai pazienti O.P.G. piani individualizzati di cura, e soprattutto, di reinserimento sociale e continuità del trattamento a livelli di intensità e controllo differenti.

Struttura Complessa Psichiatria Alto Mantovano

La Struttura lavora per la valorizzazione di strategie di intervento specifiche per area, finalizzate al coinvolgimento "del territorio" nel percorso di cura del paziente affetto da malattie psichiche.

La struttura svolge la propria competenza territoriale sui distretti di Asola e Guidizzolo che fanno capo a seguenti comuni: Acquanegra sul Chiese - Asola - Canneto sull'Oglio - Casalmoro - Casaloldo - Casalromano - Castel Goffredo - Castiglione delle Stiviere - Cavriana - Ceresara - Gazoldo degli Ippoliti - Goito - Guidizzolo - Mariana Mantovana - Medole - Monzambano - Piubega - Ponti sul Mincio - Redondesco - Solferino - Volta Mantovana

E' finalizzata agli interventi di *prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione* delle persone portatrici di un disagio psichico e *all'organizzazione degli interventi* rivolti alla promozione e alla tutela della salute mentale ed emozionale della popolazione generale.

Principio irrinunciabile per una corretta operatività psichiatrica in ottemperanza agli indirizzi sanciti dalla legislazione vigente, è rappresentato da un forte investimento sull'attività territoriale nel rigoroso rispetto della continuità terapeutica: la presa in carico sul territorio di competenza della Struttura secondo il modello integrato multi professionale dei pazienti gravi, consente di lavorare in direzione dell'integrazione sociale e di ridurre lo stigma e la necessità di istituzionalizzazione protratta, con fenomeni impliciti di regressione e di emarginazione.

Struttura Complessa Psichiatria Mantova

La Struttura complessa promuove la salute mentale ed emozionale dei cittadini di Mantova e delle aree limitrofe, garantendo la cura con modalità soddisfacenti, appropriate e non restrittive.

La struttura svolge la propria competenza territoriale sui distretti di Mantova e Viadana che fanno capo a seguenti comuni: Bagnolo San Vito - Bigarello - Borgoforte - Castelbelforte -

Castel d'Ario - Castellucchio - Curtatone - Mantova - Marmirolo - Porto Mantovano - Rodigo - Roncoferraro - Roverbella - San Giorgio di Mantova - Villimpenta - Virgilio Viadana, Sabioneta, Rivarolo Mantovano, Pomponesco, Dosolo e Commessaggio San Martino dell'Argine, Marcaria, Gazzuolo e Bozzolo.

Il servizio prestato dalla Struttura è orientato al cittadino/utilizzatore, come soggetto portatore di diritti, oltre che persona sofferente, di cui si valorizza il punto di vista sia nella fase di definizione del trattamento, acquisendone il consenso, dopo aver effettivamente fornito adeguate informazioni sia sul trattamento proposto che sulle alternative possibili, sia nella fase di valutazione dei risultati, acquisendone con regolarità il giudizio di soddisfazione. Come tutto il dipartimento, trovano spazio presso la Struttura le associazioni di volontariato, in particolare nella fase di definizione dei programmi di attività.

Struttura Complessa Psichiatria Basso Mantovano

La Struttura mira ad alla qualità della salute mentale ed emozionale dei cittadini dell'area di competenza del basso mantovano, nella libertà e nella condivisione della persona, in una rete territoriale soddisfatta, collaborante e di piena integrazione, in assenza di stigma.

La struttura svolge la propria competenza territoriale sui distretti di Ostiglia e Suzzara che fanno capo a seguenti comuni: Borgofranco sul Po - Carbonara di Po - Felonica - Gonzaga - Magnacavallo - Moglia - Motteggiana - Ostiglia - Pegognaga - Pieve di Coriano - Poggio Rusco - Quingentole - Quistello - Revere - San Benedetto Po - San Giacomo delle Segnate - San Giovanni del Dosso - Schivenoglia - Sermide - Serravalle a Po - Sustinente - Suzzara - Villa Poma

La Struttura garantisce cura, offrendo le migliori prestazioni possibili, per appropriatezza e soddisfazione, nel rispetto dei diritti della persona e del superamento dello stigma. Le cure, non restrittive, vedono coinvolti ed attivamente partecipi, oltre agli utenti e gli operatori, la famiglia, gli Enti locali, tutte le agenzie del territorio e le organizzazioni del volontariato, al fine di offrire la miglior soddisfazione possibile a tutti gli elementi del sistema e realizzare una "Psichiatria di Comunità" come previsto dal Piano Socio Sanitario.

Missione e valori sono condivise con il dipartimento e la Struttura si integra con le altre strutture psichiatriche per l'ottimizzazione delle prestazioni e della soddisfazione in un'ottica Aziendale.

Di seguito la sintesi della rete di Strutture Psichiatriche Territoriali:

Alto Mantovano

CASTIGLIONE d. STIVIERE
Centro Psico Sociale
SPDC
CPA "Piccola Opera"
Ambulatorio Ansia e Depressione

CASTEL GOFFREDO
Centro Diurno
CRA
Ambulatorio Ansia e Depressione
Ambulatorio presso C.D.

VOLTA MANTOVANA
Ambulatorio Ansia e Depressione
Ambulatorio
presso Ospedale Volta M.

ASOLA
Ambulatorio Ansia e Depressione
Ambulatorio
presso Ospedale Asola

Basso Mantovano

QUISTELLO
Centro Psico Sociale
Comunità Riabilitativa
Alta Assistenza

PIEVE DI CORIANO
SPDC
Ambulatorio disturbi
ansiosi e depressivi

OSTIGLIA
Centro Diurno
Ambulatorio

SUZZARA
Centro Diurno
Ambulatorio
Ambulatorio disturbi
ansiosi e depressivi

RIVA di SUZZARA
Comuni Protetta
a Media Protezione
"Loghino Marzole"

SAN BENEDETTO
Ambulatorio

Mantova

Centro Psico Sociale, V. Repubblica
Centro Psico Sociale, V. Cavour
SPDC
Centro Diurno, V. Repubblica
Comunità Protetta ad Alta Protezione "Corte
Maddalena"
Comunità Protetta ad Alta Protezione "San
Cataldo"
Comunità Protetta ad Alta Protezione "Fondo
Ostie"
Comunità Protetta ad Alta Protezione
"Grazie"
Comunità Protetta Bassa Protezione- Casa
Alloggio, V. Facciotto
Casa Alloggio, V. Visi
Casa Alloggio, V. Grioli
Atelier Taglio e Cucito, V. Risorgimento
Ambulatorio, V. Bonoldi
Ambulatorio, V. Nuvolari
Ambulatorio, V. Falcone, Cerese
Ambulatorio, V. Solferino
Ambulatorio disturbi alimentari, V. Repubblica
Ambulatorio ansia e depressione, V.
Repubblica

ooo

La mission del DSM si fonda su:

a) valorizzazione e il rispetto costanti del paziente come persona, a cui devono essere attribuite centralità e titolarità del progetto terapeutico, nonché diritto reale di cittadinanza nel proprio contesto sociale.

b) sviluppo di una specificità di prassi terapeutiche, a cui è necessaria premessa l'individuazione di uno "specifico psichiatrico", che si contrappone alla indiscriminata e confusiva committenza e la conseguente aspecifica e antiterapeutica assistenza, proprie delle vecchie strutture manicomiali.

Per conseguire tale mission è necessario che il governo della pratica clinica sia fondato sulla condivisione multidisciplinare, la responsabilizzazione e la partecipazione.

➤ *Condivisione multidisciplinare*: la complessità dell'intervento psichiatrico comporta ineludibilmente che per il buon esito di un progetto terapeutico non è sufficiente l'abilità professionale di singoli operatori, se non inserita all'interno di una buona e coerente prassi

terapeutica erogata dall'Unità operativa nel suo insieme o da più Unità operative, quando la complessità del caso richiede necessariamente l'intervento coordinato e sinergico di più Servizi quali, ad esempio, il SeRT., Enti locali, MMG, agenzie presenti sul territorio, ecc.

- *Responsabilizzazione degli operatori*: poiché una buona assistenza può essere garantita da una buona équipe multiprofessionale, più che da un singolo buon operatore, essa rappresenta un obiettivo perseguibile se ciascun operatore si sente realmente parte dell'équipe, operando attivamente in questo senso e rinunciando a prospettive sterilmente individualistiche: il confronto e la costruzione condivisa di una buona prassi assistenziale rappresentano un passo significativo in tal senso.
- *Partecipazione*: la partecipazione dell'utenza e dei familiari dei pazienti rappresenta un importante riconoscimento dell'indispensabile alleanza di lavoro, affinché i progetti terapeutici possano il più possibile essere elaborati con i pazienti, non sui pazienti.

Il Nuovo Dipartimento di Salute Mentale

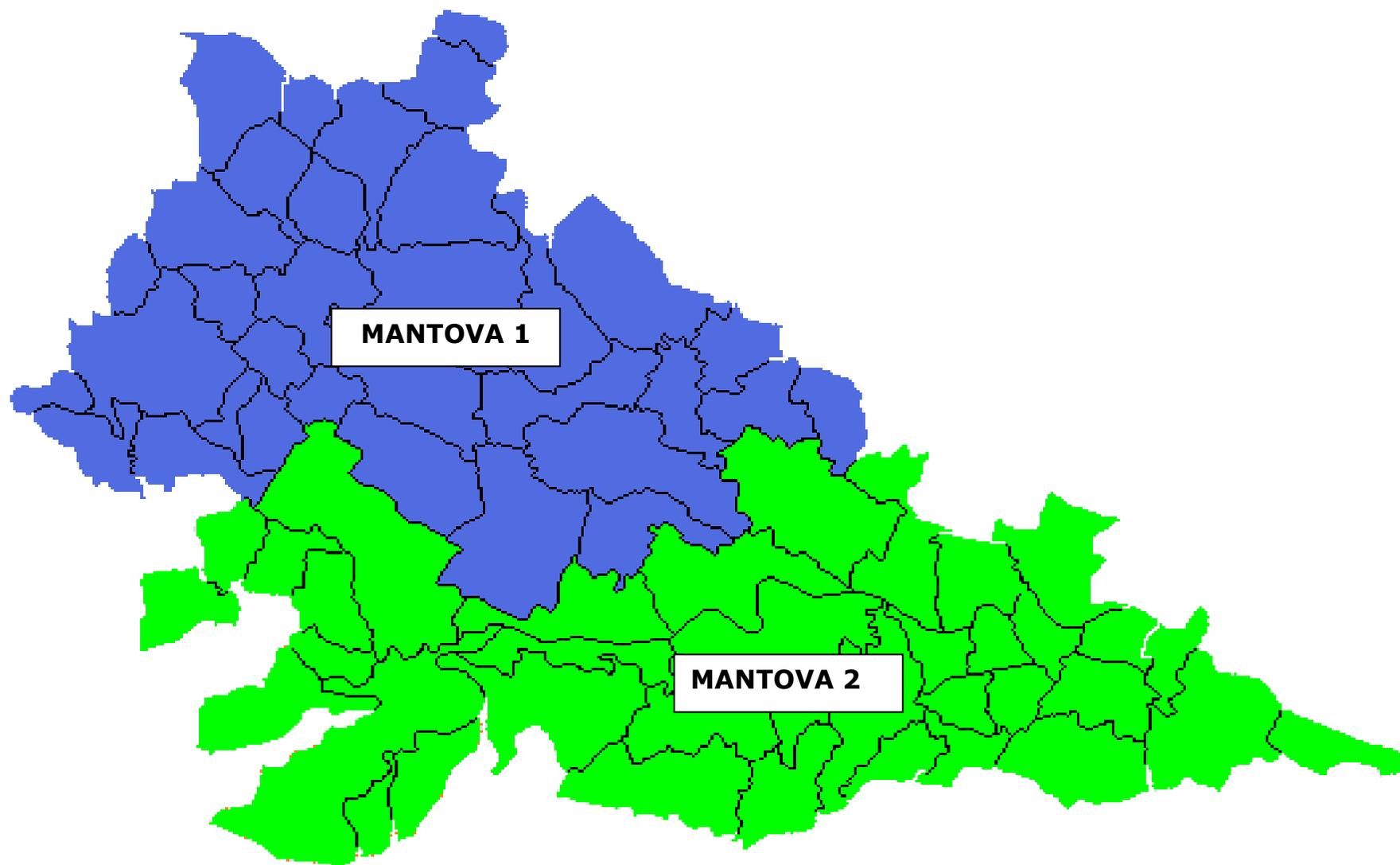
La riorganizzazione del DSM prevede una suddivisione del territorio della Provincia di Mantova in **due Unità Operative**: tale suddivisione oltre a tenere in considerazione l'estensione del territorio (molto più allungata e dispersa nel basso mantovano), ha attentamente valutato la politica sanitaria, nonché la cultura e le prassi operative che nel corso degli anni hanno caratterizzato la psichiatria di comunità di quel territorio. Si è cercato inoltre di trovare modalità operative che potessero fare riferimento a modelli condivisi di intervento territoriali in cui la gestione del paziente portatore di bisogni complessi, potesse trarre giovamento da riferimenti legislativi e raccomandazioni regionali quali il modello integrato di intervento, la continuità terapeutica, la presa in carico, il case manager, il lavoro di rete.

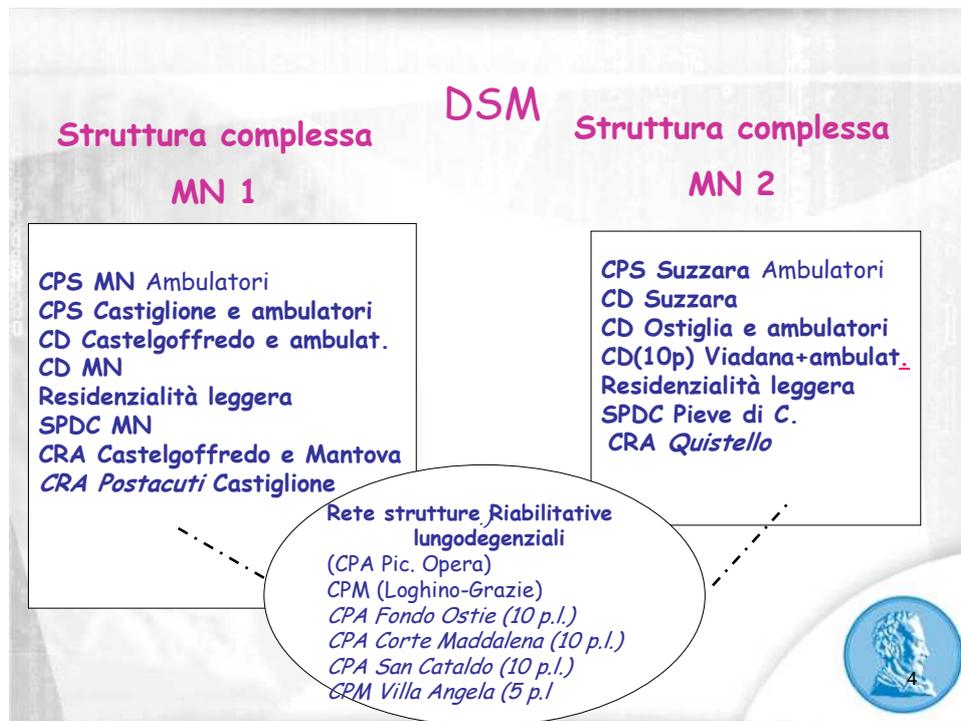
Le due unità operative così definite: Struttura Complessa di Psichiatria MANTOVA 1 e Struttura Complessa di Psichiatria MANTOVA 2, faranno riferimento ai rispettivi e sotto indicati Comuni:

MANTOVA 1: Acquanegra sul Chiese - Asola - Canneto sull'Oglio - Casalmoro - Casaloldo - Casalromano - Castel Goffredo - Castiglione delle Stiviere - Cavriana - Ceresara - Gazoldo degli Ippoliti - Goito - Guidizzolo - Mariana Mantovana - Medole - Monzambano - Piubega - Ponti sul Mincio - Redondesco - Solferino - Volta Mantovana - Bigarello - Castelbelforte - Castel d'Ario - Castellucchio - Curtatone - Mantova - Marmirolo - Porto Mantovano - Rodigo - Roverbella - San Giorgio di Mantova - Virgilio. -

MANTOVA 2 : Borgofranco sul Po - Carbonara di Po - Felonica - Gonzaga - Magnacavallo - Moglia - Motteggiana - Ostiglia - Pegognaga - Pieve di Coriano - Poggio Rusco - Quingentole - Quistello - Revere - San Benedetto Po - San Giacomo delle Segnate - San Giovanni del Dosso - Schivenoglia - Sermide - Serravalle a Po - Sustinente - Suzzara - Villa Poma - Viadana - Sabbioneta - Pomponesco - Dosolo - Commessaggio - Gazzuolo - San Martino dell'Argine - Marcaria - Bozzolo - Rivarolo Mantovano - Borgoforte - Bagnolo S. Vito - Roncoferraro - Villimpenta - Campitello.

Ripartizione area provinciale





Struttura Complessa MANTOVA 1

CPS Mantova -Ambulatori periferici –Residenzialità Leggera
 CPS Castiglione delle Stiviere ambulatori periferici –Residenzialità Leggera
 CD Castelgoffredo (18 posti)
 CD MN (20 posti)
 SPDC Mantova (15 posti letto)
 CRA Castelgoffredo (12 posti letto)
 CRA Postacuti Castiglione (9 posti letto)
 CRA Mantova (14 posti letto)
 CPA(Pic. Opera) (16 posti letto)
 CPM (Grazie) (9 posti letto)
 Strutture residenziali Convenzionate con Cooperativa Ippogrifo

- CPA Fondo Ostie (10 p.l.)
- CPA Corte Maddalena (10 p.l.)
- CPA San Cataldo (10 p.l.)
- CPM Villa Angela (5 p.l.)

Struttura Complessa MANTOVA 2

CPS Suzzara Ambulatori periferici –Residenzialità Leggera
 CD (10p) Viadana+ambulatori
 CD Ostiglia+ambulatori (10 posti)
 CD Suzzara+ ambulatori (10 posti)
 SPDC Pieve di Coriano (11 posti letto)
 CRA Quistello (13 posti letto)
 CPM (Loghino Marzole) (9 posti letto)

Struttura Complessa di Psichiatria MANTOVA 1

(bacino di utenza 225.000 abitanti)

AREA DEGENZIALE/RESIDENZIALE

SPDC Mantova

L'SPDC è deputato al trattamento in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria (TSO), delle condizioni di acuzie psicopatologiche .

Obiettivi del trattamento ospedaliero sono:

- Riduzione della sintomatologia acuta, mediante un trattamento psico e farmacoterapico individualizzato;
- Allontanamento del paziente da input stressanti o psicogeni;
- Osservazione e rilevamento dei bisogni, della significatività degli elementi di deficit o di conflitto;
- Elaborazione della condizione di "crisi" del paziente, condividendo con l'équipe del CPS una opportuna rivalutazione del progetto terapeutico.

Il reparto si può configurare pertanto come funzionale al bisogno di contenimento e di risposta alle istanze regressive o velleitarie del paziente, attraverso una modalità di gestione che, partendo dall'osservazione e dall'individuazione dei bisogni prioritari, porti alla costituzione di una alleanza nell'ambito di una progettazione delle tappe del percorso terapeutico.

E' possibile concettualizzare, come ruolo terapeutico dello staff, quello del contenitore simbolico: una funzione di presenza rassicurante, non frammentata, partecipe e disponibile all'ascolto dei messaggi contenuti nelle esperienze proiettive.

L'SPDC di Mantova dispone di 15 posti letti.

CRA-postacuti di Castiglione delle Stiviere (9 pl): l'attuale SPDC di Castiglione subisce la riconversione in CRA, struttura ad alta assistenza (h24) deputata ad accogliere specialmente utenti post acuti (durata massima di degenza 3 mesi), con programmi di trattamento ad hoc.

Questi programmi, ad alta intensità, comprendono specificamente interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di breve medio-termine.

Sono dunque tipologie specifiche di attività per tali programmi quelli definiti nei punti seguenti:

Interventi per la valutazione clinico-diagnostica e il piano di trattamento

Interventi di risocializzazione: attività individuali e di gruppo in sede

Interventi sulle abilità di base interpersonali e sociali.

Interventi di trattamento residenziale post-degenziale, finalizzati ad un passaggio graduale tra SPDC domicilio quando la situazione familiare-abitativa risultasse particolarmente critica

La riconversione della struttura comporta l'adeguamento ai requisiti di accreditamento previsti dall'allegato B alla DGR n. VIII/4221 del 28.02.2007 (come per ex CRT).

Tale riconversione della struttura comporterà una razionalizzazione della risorsa umana sia per quanto riguarda il personale di assistenza (1 inf+1 OSS/turno) sia per quanto riguarda il personale medico (presenza di 1 medico/8 ore), dovendo garantire gli standard di accreditamento previsti per i CRA.

Presso l'attuale l'SPDC di Castiglione operano 12 infermieri; la riconversione in CRA post-acuti consente il recupero di 6 unità infermieristiche che andranno potenziare l'attività territoriale dei CPS (Mantova e Castiglione delle Stiviere)

AREA TERRITORIALE

CPS Mantova – CPS Castiglione delle Stiviere: integrazione per lo sviluppo di buone pratiche condivise.

Il CPS è la sede in cui viene formulato il progetto terapeutico riabilitativo del singolo utente : è proprio l'equipe del CPS ad essere deputata alla realizzazione di tale progetto, garantendo una integrazione degli interventi tra le varie strutture della UOP (SPDC, CRA, CD, CPA-CPM-RL).

Questo ruolo centrale del CPS mira ad impedire che "l'intervento" sull'utente si realizzi in modo frammentato.

Premessa necessaria per la realizzazione della continuità terapeutica è la "presa in carico".

cioè l'assunzione di responsabilità da parte di un gruppo di lavoro verso un individuo e la sua sofferenza".

Tale assunzione di responsabilità si rende indispensabile nei confronti di quelle situazioni in cui il disturbo mentale tende a persistere nel tempo ed estrinsecarsi nelle sue forme più gravi.

L'utente psichiatrico ha un rapporto distorto coi propri bisogni, in quanto la malattia interferisce con un loro adeguato riconoscimento: egli non è pertanto in grado autonomamente di soddisfarli congruamente; ha scarsa consapevolezza di malattia; solitamente è più vulnerabile sia allo stress proprio per la scarsa capacità di adattamento sia alla difficoltà di relazione derivate dal disturbo di cui è affetto. In base a ciò è lo stesso paziente psicotico che richiede essenzialmente una continuità, che si potrà anche articolare attraverso interventi diversi, ma che sembra necessaria per garantirgli un sostegno ed un punto di riferimento stabili, contrastando così la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l'evoluzione del suo disturbo. La presa in carico da parte dell'equipe multi professionale del CPS si propone di sostenere il paziente in funzioni in lui deficitarie, costruendo insieme, gradualmente, una alleanza di lavoro, che consenta una progettualità più realistica, ma al tempo stesso commisurata sui bisogni reali del paziente stesso.

La presa in carico da parte della micro équipe referente si traduce pertanto nell'elaborazione di un progetto fondato sulla rilevazione dei bisogni (PTI) contestualizzati nella fase evolutiva contingente del paziente.

Le aree problematiche individuate e gli obiettivi definiti sono oggetto di periodica verifica per un necessario monitoraggio e conseguente adattamento a movimenti evolutivi del paziente stesso.

La presa in carico del paziente e del suo contesto può prevedere:

- terapia farmacologica;
- colloqui psicoterapici (area conflitto);
- modalità di attuazione della funzione assistenziale/riabilitativa (area deficit);
- visite domiciliari;
- contatti con i familiari;
- contatti con Comune di residenza e agenzie territoriali;

Per ogni paziente che richieda una presa in carico, dopo la fase di osservazione, è buona cosa, la costituzione di una *microéquipe* multi professionale referente che provvede a predisporre il relativo progetto (PTI), sintetizzandolo sull'apposita scheda; il progetto viene quindi discusso nella riunione del CPS, a cui la microéquipe si rivolge anche in caso di "difficoltà" nella gestione del caso.

Comunità Riabilitativa alta assistenza (CRA) di Castelgoffredo (12 posti letto)

Comunità Riabilitativa alta assistenza (CRA) di Mantova (14 posti letto)

Presidio sanitario, ma non ospedaliero, è deputato a realizzare i programmi terapeutico-riabilitativi a medio termine, che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura di tipo abitativo assistita 24 ore su 24; può attuare anche programmi terapeutici in regime di semiresidenzialità. I pazienti che fruiscono di tale struttura, vengono inseriti su proposta dell'équipe del CPS, con progetti terapeutici individuali (PTI - PTR secondo le normative regionali). Vengono realizzati i seguenti interventi:

- Interventi riabilitativi e di risocializzazione finalizzati al consolidamento dell'Io, all'acquisizione/riacquisizione delle competenze di base quali:

* *cura del sé* (aspetto personale, cura fisica);

* *abilità relazionali* (difficoltà nelle relazioni familiari, affettive, sociali e interpersonali in generale);

* *ruoli sociali* (difficoltà nella gestione domestica, nell'uso del denaro, indipendenza economica).

- Interventi di trattamento residenziale post-degenziale, finalizzati ad un passaggio graduale tra SPDC domicilio quando:

* il paziente non è ancora ristabilito;

* la famiglia non è in grado di accoglierlo o diviene elemento scatenante i crisi.

Interventi di osservazione in ambiente residenziale protetto con una presa in carico consistente e contenitiva in grado di porsi quale "oggetto di fiducia" per pazienti psicotici. Tali interventi hanno lo scopo di approfondire la diagnosi ed impostare una adeguata terapia.

CD Castel Goffredo

CD Mantova

Le équipes di queste strutture semiresidenziali realizzano:

- Interventi di risocializzazione in ambiente protetto.
- Interventi riabilitativi mirati all'acquisizione/riacquisizione di abilità di base (cura di sé, del proprio spazio di vita e della quotidianità, gestione del denaro, utilizzo dei mezzi di comunicazione in genere e dei trasporti), interpersonali (ruoli parentali, rapporti di amicizia, abilità di relazione in genere), sociali (cittadino, lavoratore/studente, consumatore/utente, ruolo nel volontariato/associazionismo).
- Interventi di accompagnamento relazionale di pazienti che necessitano di un aiuto per attivare un percorso di auto esplorazione, finalizzato ad aumentare il proprio coinvolgimento e la propria motivazione al cambiamento, tramite l'utilizzo del modello "Relazione di Aiuto".
- Contenimento del paziente in una prima fase di crisi: sub-eccitamento, stato depressivo, disturbo del comportamento con scarsa gestibilità del paziente da parte della famiglia, quando l'équipe del CPS non ritiene opportuno l'allontanamento del paziente dal suo contesto familiare e sociale .
- Coinvolgimento nella stesura e realizzazione dei progetti riabilitativi individuali elaborati dall'équipe del CRA per pazienti inseriti in regime residenziale: l'individuazione, al termine del periodo di osservazione da parte dell'équipe del CRA, di aree di specifica significatività per il PTR (rilevate anche mediante la somministrazione di test quali il V.A.D.O.) è la necessaria premessa per l'avvio di specifici programmi realizzati dall'équipe del CD attraverso attività strutturate gestite dalla stessa.

Obiettivi di tale coinvolgimento sono:

- *Realizzare un livello di osservazione differenziata dal contesto residenziale;*
- *Integrare il trattamento comunitario realizzato dal CRA con approcci atti a congruamente stimolare risorse evolutive;*
- *Favorire una alleanza di lavoro con il paziente, preziosa premessa per la continuità del trattamento dopo la dimissione dal CRA.*

ooo

Struttura Complessa Psichiatria Mantova 2

(bacino di utenza 170.000 abitanti)

AREA DEGENZIALE/RESIDENZIALE

SPDC Pieve di Coriano

L'SPDC è deputato al trattamento in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria (TSO), delle condizioni di acuzie psicopatologiche .

Obiettivi del trattamento ospedaliero sono:

- Riduzione della sintomatologia acuta, mediante un trattamento psico e farmacoterapico individualizzato;
- Allontanamento del paziente da input stressanti o psicogeni;
- Osservazione e rilevamento dei bisogni, della significatività degli elementi di deficit o di conflitto;
- Elaborazione della condizione di "crisi" del paziente, condividendo con l'équipe del CPS una opportuna rivalutazione del progetto terapeutico.

Il reparto si può configurare pertanto come funzionale al bisogno di contenimento e di risposta alle istanze regressive o velleitarie del paziente, attraverso una modalità di gestione che, partendo dall'osservazione e dall'individuazione dei bisogni prioritari, porti alla costituzione di una alleanza nell'ambito di una progettazione delle tappe del percorso terapeutico.

E' possibile concettualizzare, come ruolo terapeutico dello staff, quello del contenitore simbolico: una funzione di presenza rassicurante, non frammentata, partecipe e disponibile all'ascolto dei messaggi contenuti nelle esperienze proiettive.

L'SPDC di Pieve di Coriano dispone attualmente di 9 posti letti: con la nuova riorganizzazione passerà a 11 PL.

Comunità Riabilitativa alta assistenza (CRA) Quistello (13 posti letto)

Presidio sanitario, ma non ospedaliero, (dodici posti letto) è deputato a realizzare i programmi terapeutico-riabilitativi a medio termine, che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura di tipo abitativo assistita 24 ore su 24; può attuare anche programmi terapeutici in regime di semiresidenzialità. I pazienti che fruiscono di tale struttura, vengono inseriti su proposta dell'équipe del CPS, con progetti terapeutici individuali (PTI - PTR secondo le normative regionali). Vengono realizzati i seguenti interventi:

- Interventi riabilitativi e di risocializzazione finalizzati al consolidamento dell'Io, all'acquisizione/riacquisizione delle competenze di base quali:

* *cura del sé* (aspetto personale, cura fisica);

* *abilità relazionali* (difficoltà nelle relazioni familiari, affettive, sociali e interpersonali in generale);

* *ruoli sociali* (difficoltà nella gestione domestica, nell'uso del denaro, indipendenza economica).

- Interventi di trattamento residenziale post-degenziale, finalizzati ad un passaggio graduale tra SPDC domicilio quando:

* il paziente non è ancora ristabilito;

* la famiglia non è in grado di accoglierlo o diviene elemento scatenante i crisi.

Interventi di osservazione in ambiente residenziale protetto con una presa in carico consistente e contenitiva in grado di porsi quale "oggetto di fiducia" per pazienti psicotici. Tali interventi hanno lo scopo di approfondire la diagnosi ed impostare una adeguata terapia.

AREA TERRITORIALE

CPS *Suzzara* ed Ambulatori territoriali (Quistello, Ostiglia, Viadana): Ottimizzazione delle risorse ed integrazione dei servizi per lo sviluppo di buone pratiche condivise.

Il CPS è la sede in cui viene formulato il progetto terapeutico riabilitativo del singolo utente : è proprio l'equipe del CPS ad essere deputata alla realizzazione di tale progetto, garantendo una integrazione degli interventi tra le varie strutture della UOP (SPDC, CRA, CD, CPA-CPM-RL). Questo ruolo centrale del CPS mira ad impedire che "l'intervento" sull'utente si realizzi in modo frammentato.

Premessa necessaria per la realizzazione della continuità terapeutica è la "presa in carico". cioè l'assunzione di responsabilità da parte di un gruppo di lavoro verso un individuo e la sua sofferenza".

Tale assunzione di responsabilità si rende indispensabile nei confronti di quelle situazioni in cui il disturbo mentale tende a persistere nel tempo ed estrinsecarsi nelle sue forme più gravi.

L'utente psichiatrico ha un rapporto distorto coi propri bisogni, in quanto la malattia interferisce con un loro adeguato riconoscimento: egli non è pertanto in grado autonomamente di soddisfarli congruamente; ha scarsa consapevolezza di malattia; solitamente è più vulnerabile sia allo stress proprio per la scarsa capacità di adattamento sia alla difficoltà di relazione derivate dal disturbo di cui è affetto. In base a ciò è lo stesso paziente psicotico che richiede essenzialmente una continuità, che si potrà anche articolare attraverso interventi diversi, ma che sembra necessaria per garantirgli un sostegno ed un punto di riferimento stabili, contrastando così la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l'evoluzione del suo disturbo. La presa in carico da parte dell'equipe multi professionale del CPS si propone di sostenere il paziente in funzioni in lui deficitarie, costruendo insieme, gradualmente, una alleanza di lavoro, che consenta una progettualità più realistica, ma al tempo stesso commisurata sui bisogni reali del paziente stesso.

La presa in carico da parte della micro équipe referente si traduce pertanto nell'elaborazione di un progetto fondato sulla rilevazione dei bisogni (PTI) contestualizzati nella fase evolutiva contingente del paziente.

Le aree problematiche individuate e gli obiettivi definiti sono oggetto di periodica verifica per un necessario monitoraggio e conseguente adattamento a movimenti evolutivi del paziente stesso.

La presa in carico del paziente e del suo contesto può prevedere:

- terapia farmacologica;
- colloqui psicoterapici (area conflitto);
- modalità di attuazione della funzione assistenziale/riabilitativa (area deficit);
- visite domiciliari;
- contatti con i familiari;
- contatti con Comune di residenza e agenzie territoriali;

Per ogni paziente che richieda una presa in carico, dopo la fase di osservazione, è buona cosa, la costituzione di una *microéquipe* multi professionale referente che provvede a predisporre il relativo progetto (PTI), sintetizzandolo sull'apposita scheda; il progetto viene quindi discusso nella riunione del CPS, a cui la *microéquipe* si rivolge anche in caso di "difficoltà" nella gestione del caso.

CD Ostiglia - CD Suzzara – CD Viadana: integrazione con il CPS per garantire la presenza sul territorio.

Le équipes di queste strutture semiresidenziali realizzano:

- Interventi di risocializzazione in ambiente protetto.
- Interventi riabilitativi mirati all'acquisizione/riacquisizione di abilità di base (cura di sé, del proprio spazio di vita e della quotidianità, gestione del denaro, utilizzo dei mezzi di comunicazione in genere e dei trasporti), interpersonali (ruoli parentali, rapporti di amicizia, abilità di relazione in genere), sociali (cittadino, lavoratore/studente, consumatore/utente, ruolo nel volontariato/associazionismo).
- Interventi di accompagnamento relazionale di pazienti che necessitano di un aiuto per attivare un percorso di auto esplorazione, finalizzato ad aumentare il proprio coinvolgimento e la propria motivazione al cambiamento, tramite l'utilizzo del modello "Relazione di Aiuto".
- Contenimento del paziente in una prima fase di crisi: sub-eccitamento, stato depressivo, disturbo del comportamento con scarsa gestibilità del paziente da parte della famiglia, quando l'équipe del CPS non ritiene opportuno l'allontanamento del paziente dal suo contesto familiare e sociale .
- Coinvolgimento nella stesura e realizzazione dei progetti riabilitativi individuali elaborati dall'équipe del CRA per pazienti inseriti in regime residenziale: l'individuazione, al termine del periodo di osservazione da parte dell'équipe del CRA, di aree di specifica significatività per il PTR (rilevate anche mediante la somministrazione di test quali il V.A.D.O.) è la necessaria premessa per l'avvio di specifici programmi realizzati dall'équipe del CD attraverso attività strutturate gestite dalla stessa.

Obiettivi di tale coinvolgimento sono:

- *Realizzare un livello di osservazione differenziata dal contesto residenziale;*
- *Integrare il trattamento comunitario realizzato dal CRA con approcci atti a congruamente stimolare risorse evolutive;*
- *Favorire una alleanza di lavoro con il paziente, preziosa premessa per la continuità del trattamento dopo la dimissione dal CRA.*

Inoltre, i Centri diurni, integrati con le attività ambulatoriali del CPS, garantiscono la presenza territoriale del servizio con risposte attive ed immediate alla cittadinanza, fornite dal personale in servizio.

Ciò premesso, la creazione sul territorio di Viadana di un CD consente di offrire alla popolazione uno spazio relazionale particolarmente significativo che consente di rafforzare l'alleanza terapeutica con il paziente e di riconoscere i bisogni specifici del paziente psicotico, condizioni indispensabili per iniziare un percorso di cura o riabilitativo con il paziente.

Governo dell'offerta residenziale-lungodegenza

La rete residenziale, pur configurandosi nel suo insieme come adeguata, richiede alcuni interventi di miglioramento.

Lo scopo principale è quello di migliorare la qualità riabilitativa delle residenze e razionalizzare l'offerta attuale.

Per questo è opportuno collocare a livello dipartimentale il coordinamento di tutta la rete residenziale-lungodegenza, così da assicurare livelli differenti di intensità riabilitativa.

La messa in rete delle residenze-lungodegenziali costituisce presupposto per favorire la costante collaborazione e integrazione dei percorsi riabilitativi con il CPS, sede della presa in carico del paziente grave e al tempo stesso differenziare i percorsi di cura avendo particolare attenzione anche alle patologie emergenti compresi gli esordi.

Afferiscono alla rete tutte le strutture:

CPM (Loghino Marzole) (9 posti letto)

CPA (Pic. Opera) (16 posti letto)

CPM (Grazie) (9 posti letto)

Strutture residenziali convenzionate con Cooperativa Ippogrifo

- *CPA Fondo Ostie (10 p.l.)*
- *CPA Corte Maddalena (10 p.l.)*
- *CPA San Cataldo (10 p.l.)*
- *CPM Villa Angela (5 p.l.)*

La rete residenziale dovrà mantenere rapporti funzionali con strutture post acuti e CRA.

Gestione dell'urgenza/emergenza territoriale

Durante tutto l'orario di apertura del CPS, (apertura: ore 8.00 – 20.00 dal lunedì al venerdì, ore 8.00 – 14.00 il sabato) è attivo un servizio di front office, garantito di norma dal personale infermieristico: tale servizio consente un immediato ascolto (anche per via telefonica) a problematiche, segnalazioni, richieste da parte degli utenti/MMG/famigliari.

Gli interventi di emergenza/urgenza sulle 24 ore sono assicurati attraverso due distinti istituti :

- 1) il servizio per le emergenze psichiatriche territoriali
- 2) guardia attiva dipartimentale

1. Servizio per le emergenze psichiatriche territoriali.

- E' attivo nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 14.00 al sabato.
- Viene garantito dal personale medico dell'U.O.P. ed infermieristico del CPS.
- Le richieste devono essere rivolte al CPS: l'intervento viene garantito, nel più breve tempo possibile, presso la sede del CPS, di altre strutture della struttura Complessa, o al domicilio del paziente, in collaborazione con il Medico di MG.

2) Guardia dipartimentale

Viene istituita un' unica **guardia attiva psichiatrica dipartimentale**, operante presso il Presidio Ospedaliero di Mantova, dal lunedì alla domenica in fascia notturna (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 del giorno successivo), ed il sabato dalle ore 14.00 alle ore 20.00 e la domenica ed i giorni festivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

La guardia verrà garantita attraverso la turnazione di tutti i medici del DSM.

Nella fascia oraria di attività della guardia dipartimentale tutte le urgenze territoriali SARANNO INDIRIZZATE AL MEDICO DI GUARDIA DIPARTIMENTALE.

Qualora l'utenza autonomamente si recasse al PS di Pieve di Coriano sarà cura del medico di guardia del PS contattare lo psichiatra di guardia e congiuntamente valutare se predisporre eventuale ricovero presso SPDC di Pieve.

Eventuali ricoveri psichiatrici durante le ore di guardia notturna-festiva vengono eseguiti presso la struttura SPDC di Mantova.

Successivamente, sulla base delle condizioni psicopatologiche, tipologia di utenza, percorso riabilitativo risocializzante, territorio di appartenenza, i pazienti saranno, **trasferiti con trasporti interni**, nelle ore di funzionalità ordinaria, presso l'SPDC di Pieve di Coriano.

Presso il Pronto Soccorso di Mantova verrà istituito uno spazio **dedicato** per gli interventi psichiatrici.

Presso il Presidio Ospedaliero di Mantova verrà predisposto un apposito spazio per accogliere il medico di guardia attiva dipartimentale.

Sull'SPDC di Pieve di Coriano verrà mantenuta la pronta disponibilità notturna (20.00-8.00), festiva (h24) e il sabato dalle 14.00 alle 20.00, a garanzia della continuità assistenziale per il solo SPDC. Sarà attivata ESCLUSIVAMENTE dallo psichiatra di guardia

La stessa sarà garantita, di norma, dal personale medico che attualmente è in servizio presso la struttura Psichiatria Mantova 2.

Gestione dell'urgenza/emergenza territoriale e strutture non in diretta gestione (Suzzara –Castiglione delle Stiviere).

Sul territorio provinciale esistono due strutture in sperimentazione gestionale dotate di PS.

Fascia oraria diurna (L-V 8.00-20.00; S-8.00-14.00) l'emergenza è garantita dal Servizio per le emergenze psichiatriche territoriali.

Dopo valutazione dello psichiatra (servizio per le emergenze territoriali), se necessita di ricovero, il paziente verrà accompagnato, a carico del PS che ha in gestione il paziente stesso (trasporti secondari non tempo dipendenti) al PS dell'ospedale di Mantova .

Fascia oraria notturna (20.00-8.00), sabato 14.00-20.00 e giorni festivi

L'utenza che si reca nei PPSS delle strutture in sperimentazione gestionale, dopo valutazione del medico di guardia, se necessario verrà accompagnata, a carico del PS che ha in gestione il paziente (trasporti secondari non tempo dipendenti) al PS dell'ospedale di Mantova per la valutazione di competenza psichiatrica.

Territorio distretto Bozzolo-Viadana e collegamento SPDC Oglio- Po

Per ragioni di vicinanza territoriale, l'utenza presente sul territorio provinciale coincidente con il distretto ASL Bozzolo-Viadana, troverà risposta, per quanto attiene l'eventuale esigenza di ricovero psichiatrico, presso la struttura SPDC del Presidio Oglio-Po, come da piano di cura.

Tale prassi, ormai consolidata e documentata da protocollo, nasce dall'esigenza di mantenere il paziente nella propria realtà distrettuale.

Percorsi di cura: esordi psicotici e disturbi Comportamento alimentare

Nell'ambito dei percorsi di cura trovano governo la diagnosi e il trattamento degli esordi psicotici e dei disturbi del comportamento alimentare.

I percorsi devono basarsi su procedure, di sensibilizzazione, *informazione e formazione*, e *soprattutto di partecipazione in alcuni momenti chiave delle attività di prevenzione/protezione dalla malattia e di quelle di cura e assistenza.*

La realizzazione di detti percorsi nell'ambito del DSM richiede necessariamente la collaborazione di tutte le strutture territoriali coinvolte nei problemi della salute,

dell'educazione, della vita sociale e del mondo giovanile: UONPIA, medici di medicina generale, scuole, agenzie di volontariato e varie forme di associazionismo (es: sportivo, ricreativo). Verranno garantite le indicazioni contenute nel documento regionale (prot. H1.2012.0004748 del 13.02.2012) predisposto dal GAT sul trattamento dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, integrandolo con l'esperienza in corso presso questa Azienda Ospedaliera in collaborazione con l'UONPIA, i MMG, e i PLS.