

Allegato 1

Assetti organizzativi, criteri e metodi per la presa in carico dei PTRP

1. Premessa

Con l'espressione salute mentale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico grazie al quale l'individuo è in grado di valorizzare le proprie capacità cognitive ed emozionali per esercitare una funzione attiva all'interno della società, rispondere alle esigenze della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e adattarsi alle condizioni esterne e interiori.

Anche in Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di costo sociale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale, che dipendono molto dal pregiudizio, ma allo stesso tempo dall'assenza di politiche specifiche, da aspettative non mantenute e dalla mancanza di evidenze riconosciute dell'efficacia degli interventi.

Per un più precoce riconoscimento dei problemi e l'affinamento delle pratiche di cura da parte dei Servizi di Salute Mentale del DSM sono indispensabili progetti riabilitativi efficaci con esiti misurabili, non esclusivi delle aree diagnostiche classiche, ma aperti a bisogni complessi, a cui rispondere con strumenti innovativi, diversi e soprattutto modulabili in base al cambiamento dei bisogni espressi.

I disturbi mentali producono un disagio sociale esteso, caratterizzato da un'alta complessità che non può essere affrontata con strumenti di puro stampo clinico e pratiche ridotte alle prestazioni medico-infermieristiche, ma richiedono un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Le situazioni emergenti richiedono in modo sempre più significativo l'intervento di un sistema integrato dei servizi sociosanitari che si rivolga a persone che affrontano condizioni di precarietà di vita, con fragilità anche nuove sia in termini individuali che collettivi. Per queste persone le risposte tradizionali, basate esclusivamente sull'assistenza, risultano parzialmente, se non del tutto, inappropriate.

La rarefazione di relazioni personali e comunitarie capaci di accogliere e sostenere le difficoltà derivanti da un'emergenza sociale sempre più accentuata contribuisce a rendere più pesanti gli esiti delle condizioni di disturbo psichico.

Alla luce di queste evidenze risulta necessario definire modalità di intervento che, pur nel rispetto del principio della progettazione personalizzata, riescano a garantire risposte sociosanitarie appropriate e diversificate ad un numero sempre maggiore di persone che si affacciano ai servizi di salute mentale.

Non c'è salute mentale senza un processo di ricostruzione dei diritti di cittadinanza, attraverso nuove forme di inclusione, riguadagnando i ruoli perduti e trovando nuove appartenenze, puntando al conseguimento del massimo grado di autonomia possibile e alla guarigione sociale.

Secondo il National Institut of Mental Health (USA), il concetto di riabilitazione psicosociale si fonda sul presupposto che la persona può sviluppare e realizzare il miglioramento della propria qualità di vita attraverso un percorso integrato che lo aiuti a sviluppare il massimo delle proprie potenzialità psicofisiche, affettive e relazionali, nonostante la sofferenza e la disabilità che sono indotte dalla malattia. L'approccio si rivolge all'individuo come persona, piuttosto che come paziente, stimolando la responsabilità individuale, il controllo, il senso

di autostima ed incoraggiando la partecipazione al processo riabilitativo, così come richiamato più volte nella Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità.

La riabilitazione di persone con esperienza di disturbo mentale richiede il potenziamento delle risorse e delle abilità sociali residue, la riacquisizione di quelle perse, l'acquisizione di nuove (se possibile), lavorando anche sull'ambiente. In particolare, il lavoro sul contesto si propone di favorire il reinserimento sociale e/o lavorativo della persona, cercando di far sì che tutti i fattori ambientali non siano barriere ma elementi facilitatori. Esistendo una stretta interazione tra individuo ed ambiente, ogni modificazione di uno dei due elementi produce un cambiamento sull'altro.

La riabilitazione, quindi, mette in atto un processo di adattamento reciproco secondo due strategie fondamentali: lo sviluppo delle risorse e delle abilità del soggetto, a partire dall'identificazione dei bisogni; lo sviluppo e la trasformazione delle risorse dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato a favore dell'individuo.

Un valido percorso riabilitativo deve condurre alla guarigione sociale della persona, portandola a raggiungere un proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità e a reinserirsi dignitosamente e con successo nell'ambiente socio-lavorativo, anche in assenza della risoluzione della patologia, facendo leva sulle abilità esistenti residue. Un cambiamento che è in linea con il concetto di recovery così come definita da Robert Liberman, non solo nella sua accezione di guarigione, "ritorno ad una condizione precedente", ma anche come una nuova condizione che implichi dei cambiamenti rispetto alla precedente. Una condizione che significa ritrovare e mantenere la speranza, capire le proprie abilità e disabilità, impegnarsi nella vita attiva, recuperare autonomia personale, identità sociale, senso e scopo della propria vita e un'immagine di sé positiva. Recovery non è quindi sinonimo di guarigione clinica (cure), ma, così come richiamato nel documento dell'OMS Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, fa riferimento sia alla condizione interiore vissuta dalle persone che si descrivono nel loro percorso di recovery (speranza, ripresa, empowerment e recupero dei rapporti), sia ai fattori esterni che agevolano la recovery (rispetto dei diritti umani, cultura positiva della ripresa e servizi incentrati sulla recovery).

Per rendere concreto questo modello di riabilitazione si richiede un approccio basato su un welfare locale comunitario e generativo, come sintesi teorica e pratica per un modello di cure territoriali e inclusione sociale nelle aree dell'integrazione sociosanitaria, attraverso l'attivazione e la gestione di tutte le risorse disponibili, sia formali che informali. Si tratta di pratiche che richiedono un forte incremento della flessibilità organizzativa e la ricerca di strumenti gestionali che assicurino l'appropriatezza degli interventi, la qualità professionale, la sostenibilità del sistema e l'efficacia degli interventi stessi. Quest'ultima può essere incrementata solo garantendo una reale partecipazione e un effettivo protagonismo degli utenti nei programmi di cura che li riguardano, valorizzando la natura relazionale dei servizi alla persona e rendendo gli utenti coproduttori e covalutatori del servizio di cui sono fruitori.

Il sistema di gestione dei servizi per la riabilitazione psicosociale basato su Budget Individuali di Salute si ispira ai principi sopra richiamati e mira a creare un modello in grado di rispondere ai bisogni concreti delle persone, alle esigenze organizzative dei Servizi, alle istanze dei partner privati con i quali il servizio verrà co-gestito.

2.Assetto organizzativo dei Servizi di Salute Mentale nella Regione FVG

A differenza di altri territori, il modello regionale di presa in carico e cura del disturbo psichico non si basa sulla delega del servizio dal pubblico al privato e sul conseguente affidamento della persona a strutture che ne prendono in carico l'intero percorso riabilitativo; al contrario, il sistema dei Servizi di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia mira a realizzare percorsi di vita e di salute per le persone con disturbi mentali, costruiti e gestiti congiuntamente dai servizi sanitari (nell'ambito dei generali meccanismi di integrazione con il sociale), dal privato coinvolto nella cogestione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati, dai beneficiari di tali progetti.

In tale contesto, i servizi sanitari svolgono le attività afferenti alla sfera clinica psichiatrica, attraverso visite psichiatriche, colloqui, psicoterapie, gestione di terapie farmacologiche ed altre attività correlate, anche all'interno delle strutture messe a disposizione o comunque gestite dal privato sociale.

All'interno di tale sistema, la persona presa in carico aumenta la propria contrattualità nei confronti dei servizi e diventa partecipe della costruzione delle risposte ai corrispondenti bisogni prioritari di cui è portatrice. Può quindi chiedere, scegliere e costruire le modulazioni possibili in base alle risorse esistenti, collaborando con i servizi alla costruzione del proprio progetto di vita.

Nel Friuli Venezia Giulia i Dipartimenti di Salute Mentale strutturali:

- definiscono le politiche generali di programmazione del Servizio e delle sue articolazioni, unitamente alle modalità di gestione e realizzazione delle stesse, tenuto conto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti nell'ambito della programmazione Aziendale;
- svolgono funzioni di supervisione delle attività, nonché di valutazione e di controllo sull'andamento delle stesse e provvedono al monitoraggio dei costi e all'utilizzo delle risorse;
- promuovono momenti formativi congiunti su specifiche tematiche;
- promuovono e facilitano le attività che si inseriscono trasversalmente in aree particolari e significative;
- garantiscono la continuità terapeutica (per le competenze socio sanitarie proprie del mandato);
- vigilano sul rispetto delle norme di sicurezza e sulle garanzie di tutela della privacy;
- valutano e approvano formalmente i BIS.

Il CSM 24 ore è il luogo "al posto dell'ospedale", il più simile alla vita normale, dove la persona resta dentro la sua comunità, ed esercita il diritto ad essere assistita 24 ore su 24 se è il caso, anche in TSO. Un luogo dove non vi sia concentrazione di gravità ma apertura a tutte le forme di disagio, dove si attui una relazione terapeutica multiprofessionale, ma raggiungendo la più alta qualità tecnica e producendo una ricchezza di senso. Si tratta di strutture necessarie per innescare dei processi, dotate di risorse adeguate e parametrize ai bisogni, con una dimensione di piccola scala.

Nel Friuli Venezia Giulia i CSM 24 ore sono titolari della presa in carico dell'utenza di proprio riferimento territoriale, riconducibile alle seguenti ipotesi di bisogno: problemi clinici, rete familiare e sociale scarsa o assente, scarsa autonomia nelle attività quotidiane, insufficienza di risorse economiche, discontinuità nella cura o frequenti ricadute, problemi con la legge.

All'interno del percorso di presa in carico i CSM:

- individuano le persone con disturbo mentale a favore delle quali avviare un PTRP e indicano l'incontro di valutazione e analisi del caso, formalizzando l'avvio del percorso di co-progettazione del PTRP;
- specificano e declinano nel PTRP le competenze del Servizio (programma farmacologico, rapporti con i MMG, con i familiari, circostanze verso cui prestare maggior attenzione, periodicità delle verifiche, integrazione con altri servizi) e l'adeguato supporto che deve essere garantito dal Partner;
- verificano e monitorano l'aderenza del BIS agli obiettivi posti;
- individuano all'interno del servizio pubblico il case manager di progetto;
- formalizzano e rappresentano periodicamente e, comunque, almeno una volta all'anno alla Direzione del DSM l'avvio del BIS con il relativo impegno economico;
- garantiscono e mantengono con gli operatori del Partner costanti relazioni di informazione, scambio, ascolto e orientamento;
- favoriscono e promuovono lo sviluppo e il coordinamento di un lavoro di rete;
- forniscono al Partner tutte le informazioni inerenti il trattamento di cura, acquisendo il consenso del destinatario dell'intervento al trattamento dei dati (anche sensibili);
- vigilano affinché la persona con disturbo mentale non sia mai oggetto di sfruttamento, pregiudizio e abuso;
- promuovono e favoriscono progetti/percorsi riabilitativi, formativi personalizzati finalizzati all'emancipazione della persona con disturbo mentale;
- sostengono ed investono su attività e azioni affinché la persona in cura acquisisca maggiori abilità e competenze sociali;
- sostengono, favoriscono e promuovono percorsi emancipativi e di sostegno all'autonomia con lo sviluppo di habitat sociale;
- sviluppano la presa in carico e la cura della persona con lo sguardo rivolto all'esercizio di responsabilità e socialità;
- predispongono programmi di cura e assistenza nelle situazioni particolarmente complesse e critiche privilegiando progetti alternativi al ricovero/ospitalità nei servizi sanitario, coprogettando e cogestendo alcuni progetti riabilitativi (a supporto degli interventi di cura e prevenzione) ricercando la collaborazione e di altri soggetti/risorse del territorio;
- mantengono il ruolo di "facilitatore e di garante" verso tutti i servizi aziendali coinvolti nel progetto e verso altri soggetti pubblici e privati (rete formale e rete informale);
- sostengono, favoriscono e sviluppano la riconversione di risorse ed abilità (formali ed informali);
- aiutano la crescita culturale della comunità per lo sviluppo di una cultura critica ed inclusiva finalizzata alla riduzione dello stigma;
- promuovono progetti di sostegno con le famiglie e di auto mutuo aiuto;
- favoriscono, progettano e attuano per l'ambito territoriale di propria competenza, tenuto conto delle linee di indirizzo aziendali e di quanto indicato dal Direttore del DSM, iniziative finalizzate al miglioramento della qualità della vita e quindi di salute, su tematiche specifiche ed individuali e ogni altro progetto di promozione di una cultura di solidarietà e di integrazione.

3. Percorso di presa in carico e predisposizione del PTRP

La presa in carico è un insieme di azioni istituzionali e non, procedure, scelte e modelli operativi messi in atto da un servizio, in modo integrato con altri servizi e soggetti, la cui

finalità è l'erogazione della risposta più adeguata possibile ad un bisogno o ad un insieme di bisogni, non sempre di salute, a volte non esplicitati, che devono essere riconosciuti, decodificati, definiti nelle priorità e a cui vanno date risposte in termini ragionevoli di tempo.

Nel sistema dei Servizi di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia, il processo di presa in carico avviene attraverso il CSM territorialmente competente, al quale la persona, o un altro soggetto, rappresenta un bisogno. L'equipe multidisciplinare operante presso ciascun CSM, integrata da personale del Partner, valuta la necessità e predispone un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), che deve essere costruito con l'assistito e condiviso con i suoi familiari.

Il PTRP è un documento che comprende sia la componente clinica che quella riabilitativa, redatto dal CSM e dal Partner all'esito di valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, che pone al centro la persona con disabilità psichica e i suoi bisogni, definendo gli obiettivi, le modalità, le procedure e le risorse necessari a favorirne l'inclusione, l'abilitazione e la reintegrazione sociale. Il PTRP include tutti i trattamenti/prestazioni propri della presa in carico multidisciplinare territoriale nella salute mentale comprese quelle erogate direttamente dal CSM titolare del caso: visite psichiatriche, prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche, colloqui psicologico-clinici, psicoterapia. Il partner privato designa un responsabile generale dei PTRP il cui nominativo viene comunicato alla direzione del DSM. Tale responsabile è una figura di interfaccia con la direzione del DSM e con i CSM ed è garante della adeguata realizzazione di quanto di competenza.

Il PTRP ha una temporalità limitata ed è soggetto a revisione almeno semestrale promuovendo, tendenzialmente, il passaggio da una tipologia di budget ad un'altra in vista dell'uscita dal percorso riabilitativo, operando ed investendo sui tre assi dell'abitare, del lavoro e della socialità.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- a) Raccolta delle informazioni relative a:
 - dati anagrafici;
 - diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
 - motivo dell'invio da parte del CSM.
- b) Valutazione multidimensionale del bisogno, suddiviso per problematiche relative:
 - area psicopatologica;
 - area della cura di sé/ambiente;
 - area della competenza relazionale;
 - area della gestione economica;
 - area delle abilità sociali;
- c) 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:
 - terapia farmacologica;
 - psicoterapia;
 - interventi psicoeducativi;
 - interventi abilitativi e riabilitativi;
 - interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa.

- d) Individuazione del livello di intensità del BIS a sostegno di ciascun PTRP attraverso uno strumento di valutazione condiviso fra le parti.
- e) Individuazione delle risorse necessarie al soddisfacimento dei bisogni: operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato.
- f) Individuazione della durata del programma, delle fasi temporali e delle scadenze dei monitoraggi attraverso strumenti di valutazione condivisi (che potranno essere indicati successivamente dalla Regione)

Il Budget Individuale di Salute (BIS) è l'insieme delle attività realizzate dal soggetto privato a favore delle persone in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale beneficiarie di un PTRP, consistenti in:

- a) coprogettazione dell'intervento
- b) costruzione di opportunità nei tre assi abitare, lavoro e socialità
- c) sostegno competente alla fruizione delle opportunità, attraverso:
 - interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire la ripresa dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
 - la promozione di gruppi di sostegno tra persone destinatarie degli interventi;
 - promozione di interventi di rete

4. Valutazione di esito dei PRP

Una volta attivato il PTRP, l'Azienda e il Partner provvedono, nell'ambito delle dinamiche di cogestione di cui all'articolo 5, a valutare i risultati conseguiti nel corso dell'esecuzione dello stesso.

La valutazione avviene a partire dalla conoscenza del contesto e dei bisogni delle persone in carico, utilizzando come strumento valutativo indicatori di processo che saranno definiti dalle parti, anche sulla scorta delle proposte indicate nell'offerta, e che dovranno, in ogni modo, essere coerenti con l'impianto progettuale definito per il singolo caso. Tali indicatori saranno riferibili alla valutazione della qualità della vita, alla soddisfazione dell'utente, al carico familiare e al funzionamento sociale.

L'attivazione di momenti di verifica e di valutazione è condizione necessaria per il corretto svolgimento del PTRP, in quanto permette di stabilire l'adeguatezza e la consistenza delle attività operative svolte dal Partner e, conseguentemente, calibrare gli obiettivi, le azioni e le modalità operative predisposte nel progetto. Si tratta quindi di privilegiare una visione dinamica del PTRP che miri, altresì, a riconoscere la necessità di eventuali modifiche o cambiamenti di rotta, consoni ai bisogni della persona.

In tal senso la valutazione in itinere deve considerare le seguenti dimensioni:

- l'adeguatezza degli obiettivi e delle azioni individuate promuovendo eventualmente la ridefinizione parziale o totale degli stessi;
- la realizzazione da parte del Partner delle azioni previste dal PTRP nonché l'adeguatezza dell'operare da parte del personale predisposto per la realizzazione delle attività previste;
- l'adeguatezza in termini quantitativi e qualitativi delle risorse impegnate;
- il coinvolgimento, la partecipazione attiva e la condivisione del progetto da parte del soggetto interessato e dei familiari.

A partire dai momenti di verifica in itinere può individuarsi la necessità di modificare quanto stabilito nel PTRP e conseguentemente riformulare la struttura dello stesso.