

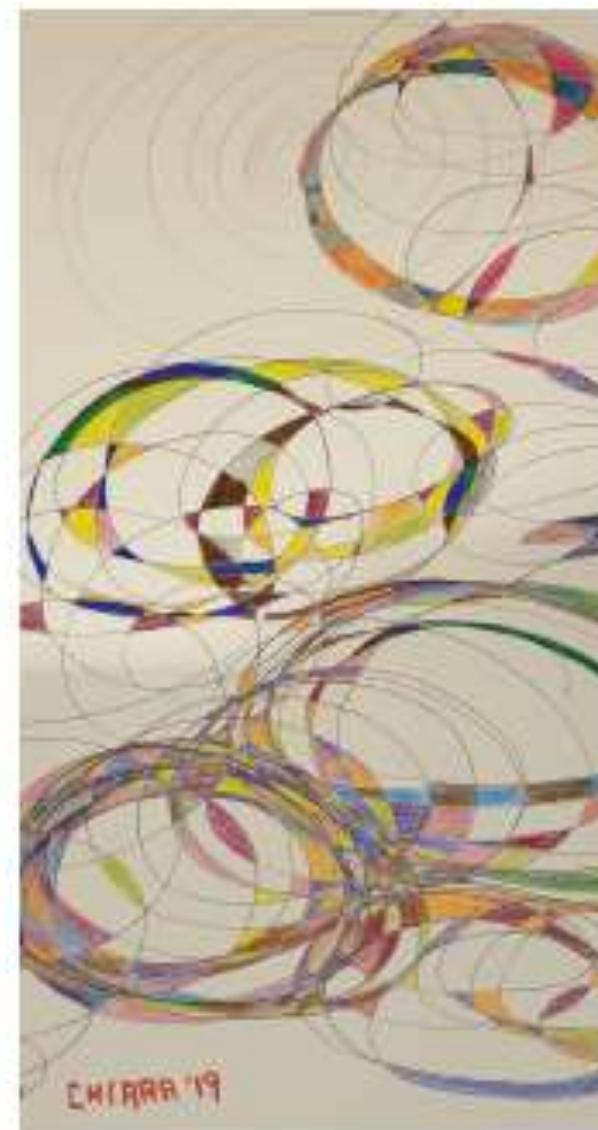


I percorsi integrati
per la salute
mentale, la disabilità
e le persone con
fragilità della ASL di
Piacenza

- **Corrado Cappa**
DSM-DP AUSL Piacenza

19 novembre 2019

**Opportunità e criticità
del progetto individuale
e del budget di salute
per la disabilità mentale
e intellettiva**



STRATEGIA DSM-DP AUSL PIACENZA

1. Valorizzare il trattamento dei disturbi mentali gravi come la schizofrenia o i disturbi bipolari, DCA, ...
2. Presidiare i confini della salute mentale non per erigere muri ma creare collegamenti tra il dentro e il fuori

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

CAPO III Art. 14 (*Progetti individuali per le persone disabili*)

2.....il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.....

Budget di Salute

DGR 1554/2015: il **Budget di Salute** costituisce uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della *recovery* (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi...

Giunta Regionale Emilia Romagna, Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute, Deliberazione N. 1554, 20 ottobre 2015

Provvedimento

Oggetto

D.lgs 229/99

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Legge 8 novembre 2000 n. 328

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

D.P.C.M. del 14 febbraio 2001

Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

D.P.C.M. del 12 gennaio 2017

Definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), in sostituzione del D.P.C.M. del 29 novembre 2001

Legge 22 giugno 2016, n. 112

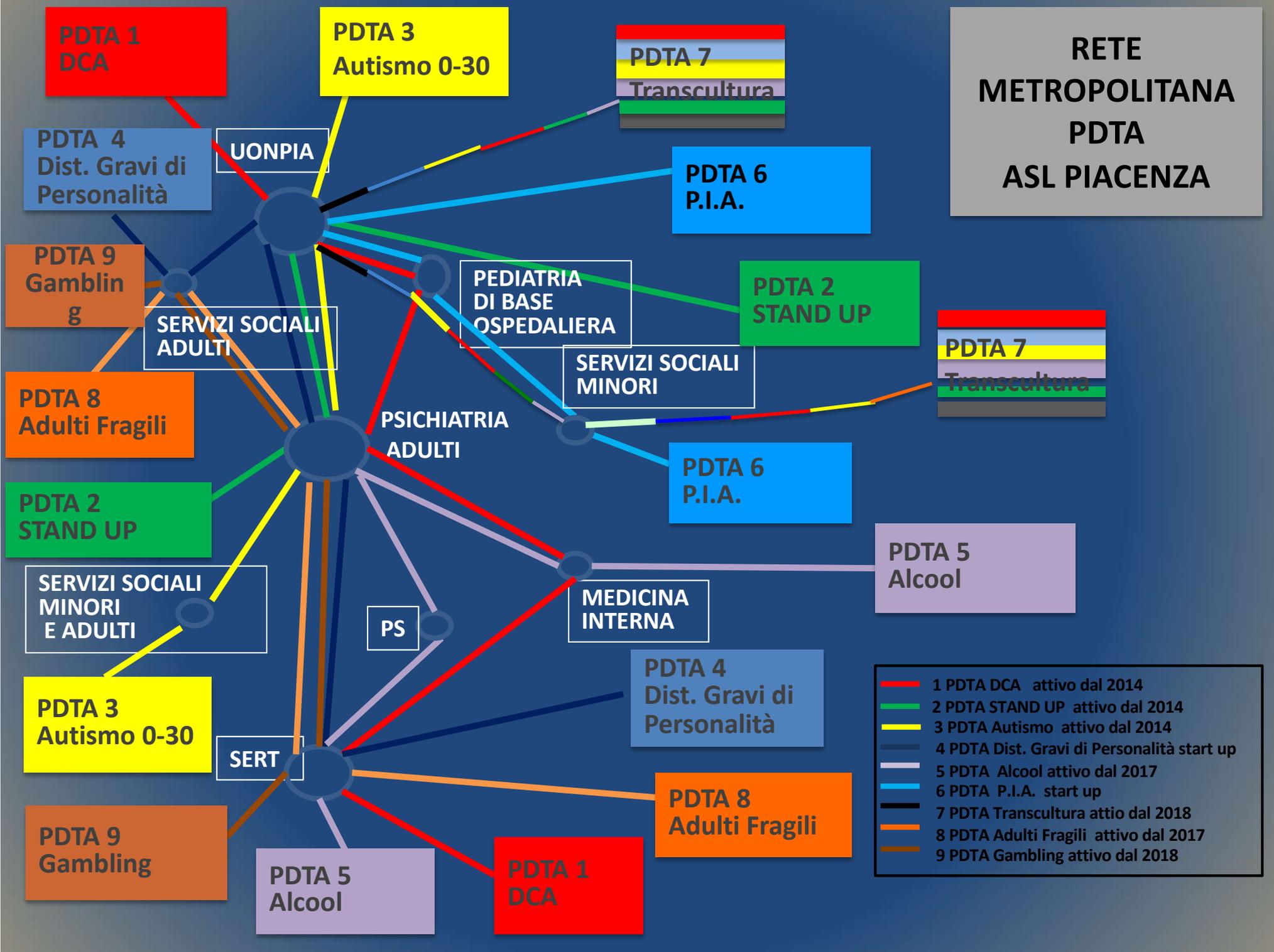
Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

Fonte: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Budget di salute

Il BdS è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

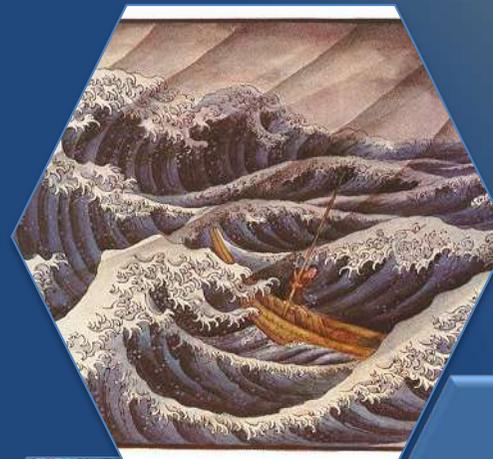
**RETE
METROPOLITANA
PDTA
ASL PIACENZA**



2011: Psichiatria Collegamento

lavoro

fragilità adulta



Stili di vita



abitazione



autismo/disabilità
intellettiva/ ADHD



Lotta allo
stigma e
prevenzione



	PDTA Fragilità adulta	PDTA Autismo	Consulenza strutturata disabilità intellettiva	Percorsi di inserimento al lavoro	Percorsi di abitare supportato	Percorsi di socializzazione
Hardware	Comitato gestione + Gruppi territoriali + Gruppo conduttori	Gruppo autismo 0-30	Rapporti col settore disabilità adulta dei comuni e UVM	Contatti sistematici col mondo del lavoro e col CPI Team IPS Team tirocini	Cerchio verde (contatti con tutte le Cooperative e ASP che gestiscono le strutture abitative)	Contatti con le associazioni e con le realtà informali del territorio
Software	Approccio progettuale e lavoro con la comunità locale per promuovere inclusione	Progetto di vita	Consulenza psichiatrica e progetto di vita nei casi comorbidità psichiatrica con la D.I.	IPS, Ti.Fo. C e D, Cooperazione e sociale, corsi formazione professionaleProgrammi di sostegno all'abitare....Programmi di socializzazione nella comunità....

DSM-DP

PDTA
AUTISMO

CONSULENZA
STRUTTURATA
SU DISABILITA'

Gruppo
territoriale
fragilità

SERVIZI SOCIALI

PDTA
AUTISMO

DISABILITA'
ADULTA

Gruppo
territoriale
fragilità



PD TA ADULTI FRAGILI

Inchiesta del mese | **Adulti fragili dentro città flipper**

Corrado Cappa, Claudia Marabini

Di chi sono gli adulti fragili di una città?

Un'esperienza di collaborazione tra servizi a Piacenza

I servizi sociosanitari (di psichiatria e per le dipendenze) e i servizi sociali sono chiamati a collegarsi e collaborare sui casi di fragilità adulta, che sono casi di confine perché hanno problemi compositi. Ma come si fa a collaborare? Collaborare richiede di mettere in discussione approcci e logiche che producono inerzie, compartimentazioni e rigidità nel rapporto tra sociale e sanitario. Implica investire tempo ed energie nella lettura, conoscenza e comprensione delle situazioni, sapendo che quel tempo e quelle energie saranno un valore aggiunto. Collaborare insomma non è un atto meccanico, ma un processo vitale di apprendimento.

Quest'articolo è il racconto di un percorso di ricerca-formazione svolto a Piacenza tra i servizi sociali territoriali (di città e provincia) e il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'ASL. L'obiettivo è stato riconoscere in modo più allargato (tra operatori di servizi diversi) le problematiche degli adulti in condizioni di fragilità socio-relazionale e condividere l'esigenza di promuovere rispetto ad esse collaborazioni più efficaci ⁽¹⁾.

Un'area di confine

L'area degli «adulti fragili» è infatti una problematica di «confine» che più di altre richiede un investimento conoscitivo e di costruzione di accordi: sono situazioni (che si moltiplicano sotto la spinta dei pesanti cambiamenti socio-economici e culturali) che i servizi psichiatrici tendono a espellere come «improprie» e che i servizi sociali non possono gestire da soli. Sono storie che non rientrano nelle ripartizioni previste dall'organizzazione dei servizi.

1 | L'iniziativa, promossa dal Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (DSMDP) dell'Azienda Usl. di Piacenza, ha preso corpo in relazione al riconoscimento e all'ascolto di fatiche, conflitti, attese e disattese che rendono difficile realizzare interventi di cura qualitativamente attenti ai problemi delle persone. Si è così avviato (tra il 2012 e 2013) un percorso di ricerca-formazione che ha visto attivamente partecipare il responsabile del DSMDP, i responsabili dei servizi sociali comunali, i responsabili degli Uffici di piano, i responsabili dei distretti di Piacenza, Levante e Ponente, il direttore della Uoc psichiatria di collegamento e gli operatori coinvolti.

- allargamento della forbice tra i disagi che aumentano e le risorse disponibili che diminuiscono
- moltiplicarsi e complessificarsi delle domande di cui singoli cittadini e gruppi sociali sono portatori



Problemi familiari

Psicopatologia

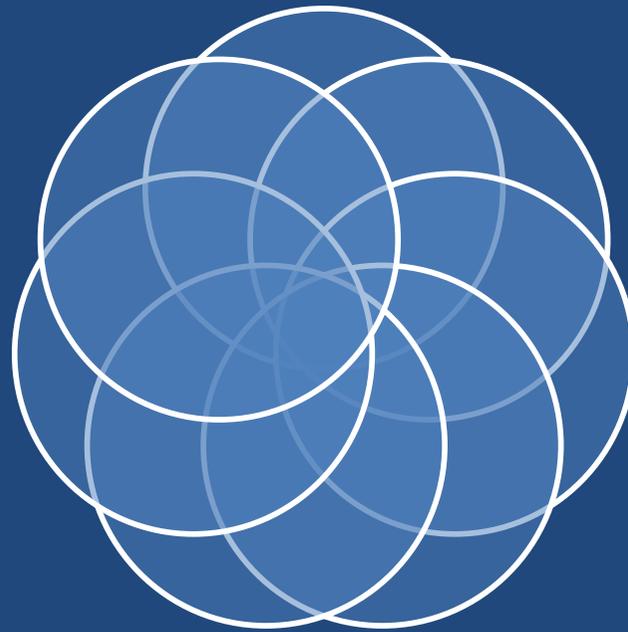
Livello intellettuale
Limite / Disabilità
intellettiva

Difficoltà
relazionale

Difficoltà
economica

Malattie
croniche

Problemi
Lavorativi/
disoccupazione



I servizi e la fragilità



- Sono storie che sfuggono alla divisione del lavoro
- Tendono a suscitare conflitti tra servizi
- Espongono al giudizio della collettività (allarme sociale)
- Rimandano a un'ampiezza di problemi che spaventa

Conseguenza: Le persone fragili sono più «fuori» che dentro ai servizi

rischi

- dare risposte prima di conoscere la complessità dei problemi
- limitarsi all'ambito di competenza del servizio
- dissipare risorse (tempo, operatori, benefici economici) perché gli interventi sono standardizzati e non mirati, talvolta slegati o contrastanti



Le persone fragili costrette ad adattarsi alla frammentazione dei servizi

- C'è una carenza conoscitiva delle persone e dei problemi
- Questo rende difficile poter costruire una rappresentazione dei problemi condivisa

La cittadella psichiatrica



Difficile integrazione

La città e i suoi abitanti

oltrepassare i confini



Che cosa abbiamo fatto?

Consulenza Studio Analisi Psicosociologica di Milano:

2012: Ricerca-azione con due gruppi misti di operatori della psichiatria e dei servizi sociali

Metodo:

- analizzare in profondità i casi tipici (ogni operatore ne portava uno)

Obiettivi:

- costruire criteri di valutazione più condivisi e strumenti per la raccolta dati e la valutazione
- ri-conoscere i problemi degli adulti fragili e identificare delle tipologie di problematiche
- affinare ipotesi per gli interventi

Le tappe del percorso

- Formazione (dal 2012)
 - Comitato gestione
 - Gruppi territoriali
-
- Restituzione amministratori
 - Restituzione operatori
 - Formazione altri operatori

Questa organizzazione non va data per scontata!

Strumenti

Formazione
iniziale
e permanente
(APS)

PDTA

Faculty
PDTA

Schede e
tipologie

Struttura organizzativa



Comitato gestione

- Direttore attività sociosanitarie AUSL
 - Direttore DSM-DP
 - Direttore UOC Psichiatria di Collegamento
 - Direttori Distretti (3)
 - Responsabili Uffici Piano distrettuali
- 4-5 incontri/anno

- 1 volta al mese
- 5 gruppi, di cui 4 nella provincia, 1 urbano
- Ogni gruppo: 4-5 operatori salute mentale (assistenti sociali, educatori) + 7-8 operatori Servizi Sociali Comuni
- In ogni riunione si affrontano 1-3 casi di fragilità
- E si verificano quelli già in gestione

3 livelli di gestione:

1. Solo un operatore che discute il caso in gruppo
2. Due o più operatori che trattano il caso insieme
3. Gli stessi + consulenza psichiatrica

Co-conduzione:

1 conduttore del DSM-DP

1 conduttore dei servizi sociali comunali

Obiettivo: responsabilizzare nell'assunzione
del cambiamento

Gruppo conduttori

La scheda : Nome e Cognome... dati strutturali

La persona che incontriamo...che abbiamo davanti chi è?

- condizioni psico-fisiche (disturbi organici in atto o in anamnesi, deficit stabili o evolutivi/processuali, compensati/non compensati e in quali condizioni,)
- risorse soggettive e livelli di autonomia (per es. riesce a prendersi cura di sé e dell'ambiente in cui vive,....)
- capacità progettuale (non progettualità a medio/lungo termine, manca la costruzione del futuro.....)
- desideri, attese, interessi,...

Quali rapporti ha con se stesso? Con i problemi che vive?

- rappresentazione dei problemi (riesce a vedere i suoi problemi, livello di consapevolezza della malattia e delle condizioni di salute, risorse elaborative.....)
- immagine di sé e capacità di entrare in contatto con i dati di realtà..... (per es. immagine di sé non realistica, distorta rispetto alla realtà....)

Quali rapporti ha con il contesto? La famiglia? gli altri e i servizi?

- capacità del singolo di entrare in relazione con il contesto
- quantità e qualità delle relazioni familiari
- quantità e qualità delle altre relazioni/rete/vicinato/amici/servizi di primo livello
- rapporto che la persona ha con i servizi sociali e CSM/SerT
- rapporto che il contesto ha con il soggetto e capacità di leggere la sua fragilità/sofferenza

Problematiche valutate dall'operatore/servizio

- Cosa abbiamo capito? Quali problematiche abbiamo visto in questa situazione?

Problema1.....

.....

Problema2.....

.....

Problema3.....

.....

Problema.....

- Quali obiettivi, con chi?

.....

.....

.....

- Chi sono gli operatori e i soggetti sociali implicati?.....

SOGGETTI SOCIALI	MODALITA' DI INTERAZIONE CON IL SERVIZIO E IN RELAZIONE AI PROBLEMI			
	Chiusura (procedure, autoreferenziale, "ti dico solo se sta dentro la procedura/ protocollo")	Apertura ci cercano, segnalano, ci dicono...informano anche se non c'è procedura	Apertura a interagire, sono disposti a co-condurre, ci stanno (ingaggio)...	Trasgrediscono rispetto al compito istituzionale o al ruolo...
A - Strutturato e pubblico: formale, istituzionale, strutturati, previsto dall'assetto dei servizi (per es. altri servizi comunali, specialistici, medico di base,...)				
B – Strutturato ma non istituzionalmente previsto: può essere sia privato che pubblico (per es. biblioteca, farmacia, oratorio, auser, cri, alpini,...)				
C – Non strutturato: privato non formale continuo (per es. bar, gruppo genitori dopo scuola, gruppo tortelli,...)				
D - Non strutturato: privato non formale, estemporaneo, non continuo				

INVISIBILI

Quelli che hanno un fragile compenso finché ...

STABILIZZATI

Quelli che sono già conosciuti e malgrado questo ...

Tipologie

la fragilità attuale è l'esito di un lungo periodo di vulnerabilità

ARRABBIATI

Quelli che chiedono sempre ma non li agganci mai ...

INSTABILI

Quelli che (s)fuggono sempre ...

INVISIBILI

QUELLI NASCOSTI E PROTETTI
DALLE INTERAZIONI/PARETI
DOMESTICHE

Persona:

- Biografie irregolari
- Costruzione “fragile” o difettosa funzionalmente o comunque in equilibrio
- Un evento scatenante scompensa l’equilibrio funzionale
- psicopatologia è di scarsa rilevanza o misconosciuta
- Le persone quindi non sono più in grado di fronteggiare le richieste del mondo esterno con le proprie abilità e capacità.

eventi scatenanti:

- perdita del lavoro
- perdita delle figure di riferimento
- una condizione critica di salute
- fallimento progettuale significativo
- passaggi di ruolo sociale
- fallimento del progetto familiare

Si assiste ad un progressivo ritiro e ad un impoverimento di risorse personali

Comportamenti problematici e tratti psicopatologici

- Pensiero concreto, povero, ripetitivo, privo di una visione articolata del futuro.
- Poca consapevolezza di malattia dell'utente o difficoltà di comunicazione
- Possibili alterazioni comportamentali anche con aggressività se sentono intaccati i loro (pochi) interessi.
- Possibile uso "compensatorio" di sostanze d'abuso o investimenti impulsivi nel gioco d'azzardo o in azioni economiche immotivate (acquisti, prestiti, ecc.).

Famiglia:

Rapporto del pz. con famiglia:

- da posizioni di notevole dipendenza del pz. a posizioni di completo isolamento.
- talvolta apertamente conflittuali.

Rapporto della famiglia con il pz.:

- Figura di riferimento forte, da cui il pz. dipende. Azione protettiva
- mentre il resto della famiglia tende a misconoscere il problema del pz.
- sistema familiare quindi tendenzialmente protettivo, spesso in modo regressivo, cioè lo mantiene in una condizione di dipendenza.

Contesto:

Rapporto del pz. con il contesto:

- prima dell'evento scatenante, il pz. offre al contesto sociale una visione ristretta dei suoi problemi, apparendo come sufficientemente adattato, anche grazie alla protezione esercitata dal sistema familiare;
- quando l'equilibrio si scompensa, lo svelamento della sua disabilità e dei problemi si verificano repentinamente,

Rapporto del contesto con il pz.:

- In assenza di allarme sociale, il contesto sociale tende a rimanere indifferente,
- La fase di scompenso evoca risposte molto differenziate sia positive che negative

Servizi:

Rapporto del pz. con i Servizi

- La condizione di relativo adattamento nasconde agli occhi dei servizi i problemi di questi soggetti
- Nelle situazioni di disagio i soggetti si rivolgono spesso al MMG più che ai servizi specialistici.
- Il pz. ignora l'organizzazione dei servizi o li usa in modo distorto.

Rapporto dei Servizi con il pz.:

- I servizi in genere ignorano la condizione di potenziale bisogno del pz. o tendono a rinviare un approfondimento della sua situazione.
- Le offerte di aiuto da parte dei servizi (e soprattutto da parte dei servizi sanitari) sono accolte talvolta con reticenza o diffidenza dal pz.. più interessato all'ottenimento di prestazioni transitorie e di rapida attuazione: sussidi, aiuti domiciliari, ecc.

Obiettivi di lavoro:

- riprendere al più presto un ruolo sociale attivo del pz.
- perseguire obiettivi raggiungibili in breve tempo,
- fornire il minimo supporto assistenziale funzionalmente legato ai 2 precedenti obiettivi;
- riconoscere le capacità e le risorse che la persona e il suo contesto familiare sono riuscite a utilizzare fino all'evento critico
- ricostruire la storia dell'utente cercando di rintracciare gli snodi della vita in cui ci sono stati dei ritiri relazionali e sociali;
- valorizzare la dimensione desiderante, in genere poco espressa in queste persone;

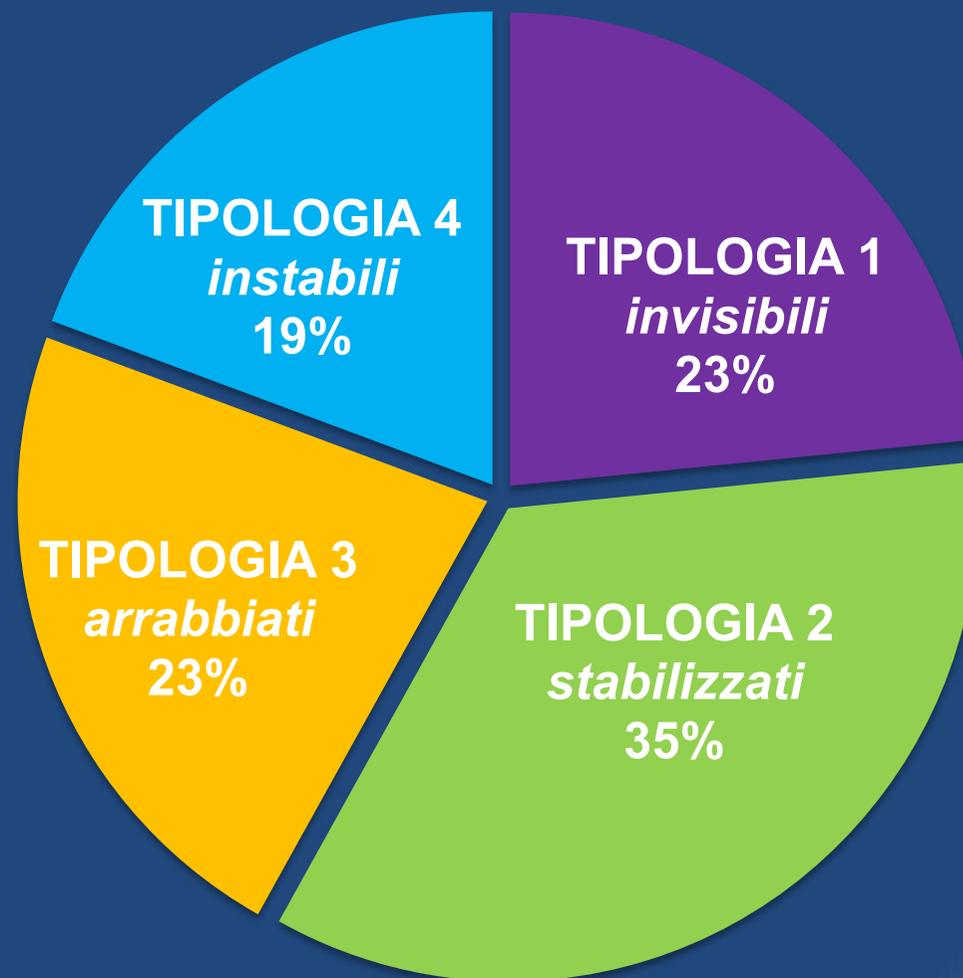
- riattivare una visione del futuro commisurata alla soggettività del pz sostenuta da soggetti vicino alla persona (zia, datore di lavoro, vicina di casa...);
- trovare l'operatore che ha una "simpatia" verso la persona.
- accompagnare l'utente a riconoscere i segnali di crisi;
- valutare gli ambiti di autonomia, gli interessi, i desideri che possono essere incentivati per un lavoro riabilitativo, cioè dove la persona è ancora in grado di recuperare/sviluppare capacità;
- promuovere attivamente l'allargamento della rete di relazioni.

TOTALE TRE DISTRETTI (dati riferiti a 43 comuni su 48) 2014

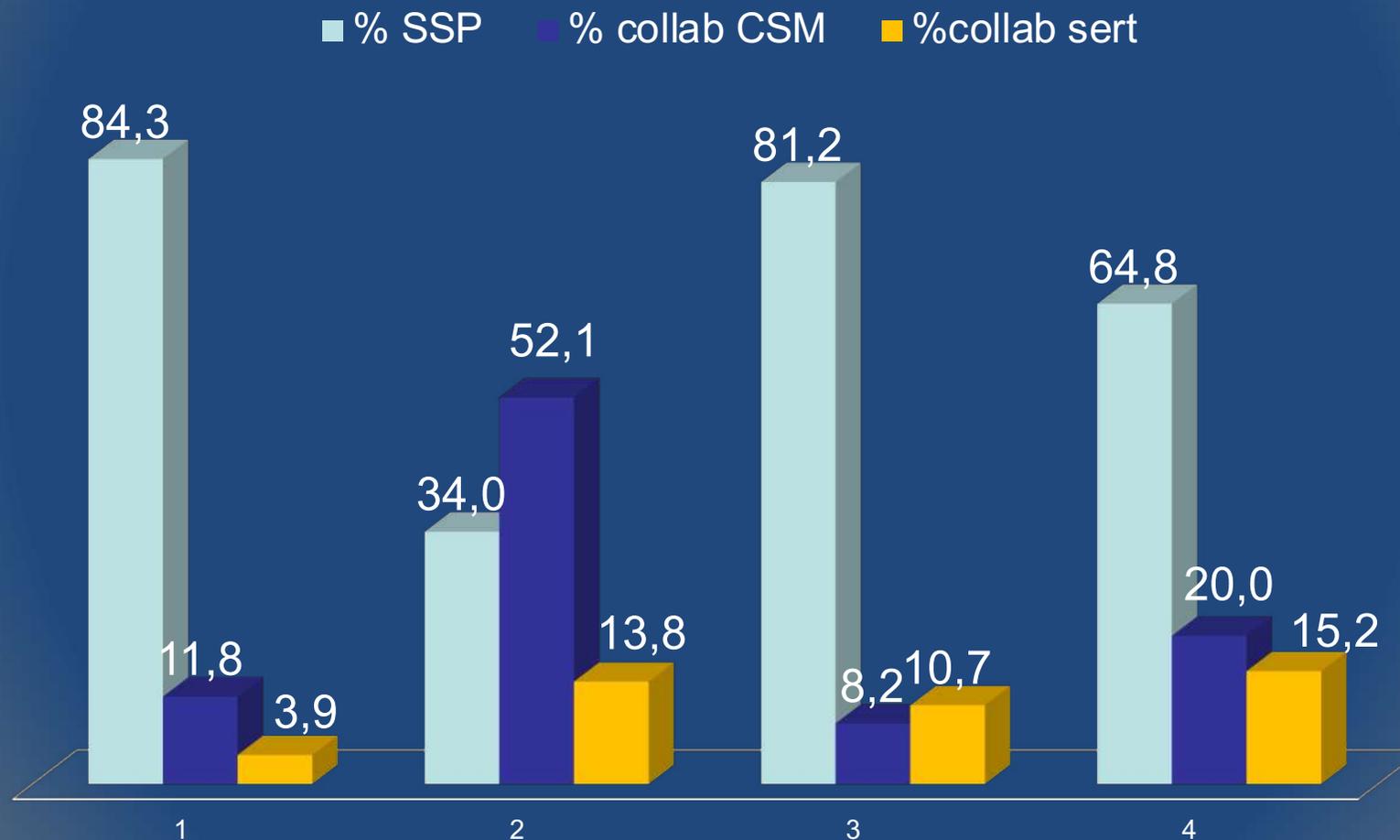
	POPOLAZ ADULTA	18-64 IN CARICO	di cui FRAGILI	% fragili su pop	di cui POTENZIALI	% potenz su pop	% adulti fragili su adulti in carico SSP	% fragili + % potenz
LEVANTE	56581	840	380	0,7	341	0,6	45,2	1,3
PONENTE	43693	622	327	0,7	170	0,4	52,6	1,1
PIACENZA	61582	778	252	0,4	50	0,1	32,4	0,5
TOTALE PROVINCIA	161856	2240	959	0,6	561	0,3	42,8	0,9

ADULTI FRAGILI DISTINTI IN TIPOLOGIE

dati riferiti a 31 comuni



Colloaborazioni distinte per tipologia dati riferiti a 31 comuni



**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
AUSL di Piacenza**

- N. adulti fragili co-gestiti dal 2013 al 2017: **141**
 - Distretto di Ponente: 54
 - Distretto di Piacenza: 30
 - Distretto di Levante: 57

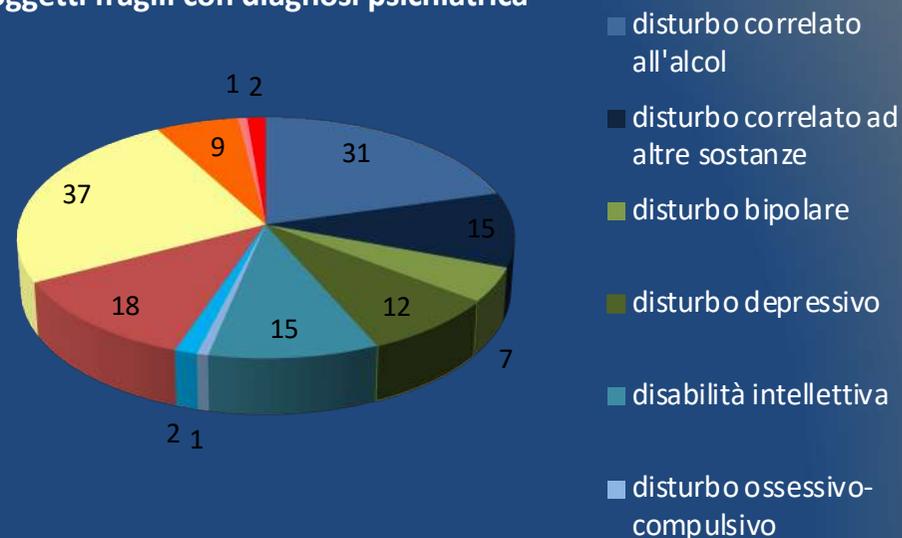
N° utenti adulti fragili 3° trimestre 2019	Gossolengo	16	Gossolengo	15	Gossolengo	15
	Fiorenzuola	22	Fiorenzuola	23	Fiorenzuola	22
	Podenzano	22	Podenzano	26	Podenzano	14
	Castel S.G.	19	Castel S.G.	17	Castel S.G.	17
	Piacenza	33	Piacenza	28	Piacenza	26
	TOT.	112	TOT.	109	TOT.	104

casi di soggetti fragili trattati 2012-2017



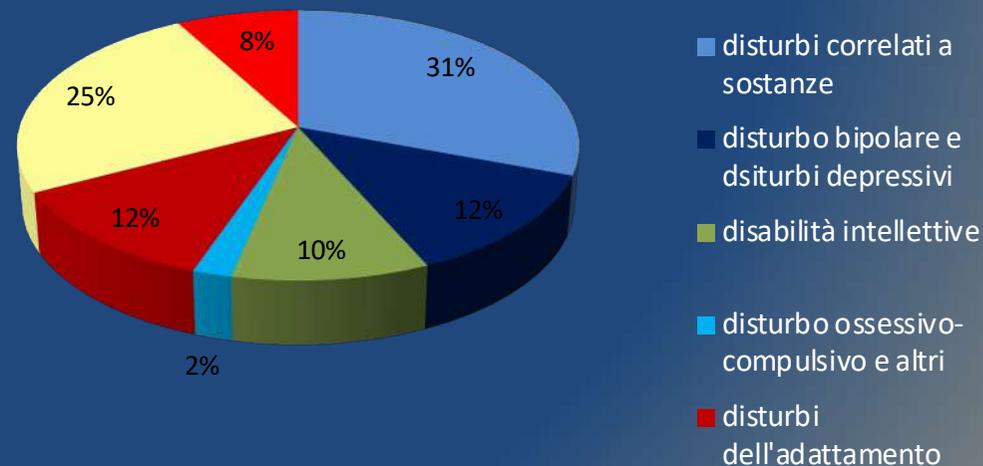
soggetti fragili con diagnosi psichiatrica

percentuale di disturbi psichiatrici (81%)
10 % dei casi diagnosticata nei gruppi territoriali , prima di giungere all'attenzione dei servizi psichiatrici



percentuale dei gruppi di disturbi psichiatrici

Equilibrio tra i gruppi di disturbi mentali
Con prevalenza dei disturbi di personalità e dei disturbi correlati all'uso di sostanze



Gli interventi supportivi nella comunità richiedono ai servizi di sviluppare connessioni più forti con le reti sociali locali e le loro attività



«weak ties»... Connessioni con più persone diverse che aumentano il flusso potenziale di informazioni circa il lavoro e altre opportunità

L'aumento della dimensione della rete sociale **non è fine a se stessa**,
ma **il mezzo** per sostenere le persone nel raggiungimento di altri obiettivi di recovery

Evidenze metodologiche

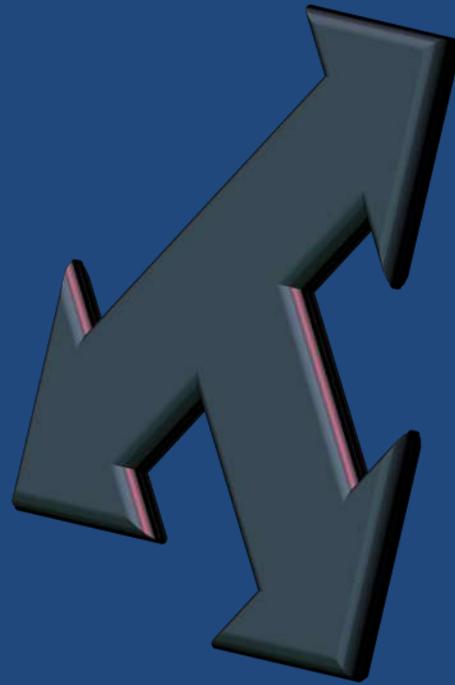
- Dedicare più tempo per la conoscenza per costruire progettazioni mirate: da un approccio per prestazioni a un approccio progettuale per obiettivi:
 - *es. la pensione d'invalidità quando chiederla?*
- Guardare alle risorse della persona e non solo ai deficit
- Atteggiamento più intraprendente e anticipatorio
- Cercare le risorse nell'ambiente di vita

- Tempi di intervento più flessibili e in luoghi non tradizionali
- La scena della cura è “fuori” dall’ufficio
- Formazione di una mini-équipe sul caso: dal *chi fa, che cosa*, alla cooperazione a partire dai problemi e per raggiungere obiettivi specifici

- sintomi e segni clinici
- diagnosi psicopatologica
- terapia
psichiatrica/interventi
riabilitativi
- monitoraggio decorso

- Il/i problema/i della persona
(costruzione del problema)
- ricostruzione della biografia,
delle sue risorse (la
soggettività) e del suo
ambiente relazionale
- intervento collaborativo
degli operatori dei due
servizi

biografia



contesto

soggettività

“la diagnosi in psichiatria non ha nulla a che fare con l’esperienza della persona diagnosticata. Di per sé è un processo di denominazione che separa lo psichiatra dalla sofferenza del paziente: non è un “ponte” che favorisce l’incontro, ma una “lama” che lo rende impossibile.....le “variabili valutative”, cioè le informazioni che il paziente porta con sé e che possiamo effettivamente considerare come un patrimonio di rischi e di protezioni, sono più connesse alla vita della persona che alla sua malattia, e che l’identità del malato staccata dall’esistenza è un artefatto della clinica”.

Benedetto Saraceno (Aut Aut 357/2013)

A photograph of a surfer riding a large, curling blue wave. The surfer is positioned in the center of the wave's barrel, riding a white surfboard. The wave is a vibrant blue color, and the sky above is a clear, deep blue. The overall scene is dynamic and energetic.

Quale senso
nell'esistenza di questa
persona?

Quali obiettivi di vita?

Quale progetto a breve
e a lungo termine?

....

Evidence based
medecine

Narrative
based
medecine



8 pratiche evidence-based

- Psicofarmacologica collaborativa
- *Assertive Community Treatment*
- Psicoeducazione familiare
- *Supported employment*
- *Illness Management and Recovery*
- CBT
- Trattamento integrato per doppia diagnosi
- *Social Skill Training*

Pratiche ancora in cerca di evidenza

- Psicoterapie psicosociali
- Gruppi condotti da professionisti, mediati da attività, o focalizzati su specifici temi
- Gruppi di self-help
- Gruppi di supporto multifamiliari
- *Supported housing*
- *Supported education*
- *Supported socialization*

In conclusione

- C'è una popolazione adulta fragile emergente che non incontra il modello organizzativo dei servizi (0,6% popolazione adulta!!)
- I servizi possono collaborare su questi casi, se strutturano un modello d'intervento specifico
- L'individuazione precoce dei casi permette di evitare l'evoluzione verso condizioni di disagio peggiori o vere patologie → risparmio economico → intervento più efficace

**DON'T PLAY WHAT'S
THERE, PLAY
WHAT'S NOT THERE.**

Miles Davis
American Musician