



AZIENDA OSPEDALIERA  
TREVIGLIO



Dipartimento Salute Mentale  
Direttore dr Fulgenzio Rossi

**PROGRAMMA DI AZIONI INNOVATIVE  
PER LA SALUTE MENTALE TR05**

**Scheda sintetica proposta di conferma del Programma**

**1. Titolo del programma:**

“Paziente grave e comunità sociale” – TR05 -

**Ente Erogatore:**

DSaMen – A.O. Treviglio

**Tematica strategica :**

3 – Presa in carico e lavoro di rete

Sottoarea : 3 B- Inclusione sociale

**Responsabile Scientifico del Programma**

<b>Nome e Cognome</b>	Dr. Fulgenzio Rossi
<b>Qualifica</b>	Direttore DSaMen Azienda Ospedaliera di Treviglio
<b>Istituzione</b>	Azienda Ospedaliera di Treviglio
<b>Curriculum Professionale breve</b>	<p>Laurea in Medicina e Chirurgia presso Univ. di Parma nell'anno 1976. Specializzazione in Psichiatria presso l'Università di Parma nell'anno 1981. Corso di Formazione Manageriale per Dirigente Sanitario di Struttura complessa nell'anno 2013</p> <p><b>Esperienze professionali</b> (incarichi ricoperti)</p> <p>Dirigente Medico presso il reparto di Neurologia della Clinica Igea di Ponte S. Pietro - Clinica convenzionata Igea di Ponte S. Pietro dal 1981 al 1987 Specialista Ambulatoriale in Psichiatria per l'USSL n° 29 di Bergamo presso la Casa Circondariale di Bergamo – ASL della Provincia Di Bergamo dal 1985 al 1988</p> <p>Aiuto Corresponsabile Ospedaliero in Psichiatria presso il Centro di Assistenza Psichiatrica dell'USSL n° 29 di Bergamo, con incarichi di supplenza temporanea del Primario Responsabile. - ASL della Provincia Di Bergamo dal 1988 al 1996</p> <p>Medico Dirigente I livello Psichiatra Referente Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Calcinato - Azienda Ospedaliera "Bolognini" – Seriate dal 1996 al 2004</p> <p>Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Area Residenziale del DSM - Azienda Ospedaliera A. Manzoni – Lecco dal 2004 al 2012</p> <p>Direttore Struttura Complessa di Psichiatria n. 17 - Azienda Ospedaliera Di Treviglio (Da Aprile 2012)</p> <p>Direttore Dipartimento Salute Mentale Azienda Ospedaliera di Treviglio (2012-2014)</p>

### **Responsabile Amministrativo del programma**

<b>Nome e Cognome</b>	Dott. Giovanni Palazzo
<b>Qualifica</b>	Responsabile U.O. Economico-finanziaria
<b>Istituzione</b>	Azienda Ospedaliera di Treviglio

### **Composizione del Gruppo di lavoro:**

**Referente complessivo del programma a livello Dipartimentale:** Dr.ssa Simona Gambarà

**Coordinatore UOP 17:** Dr.ssa Laura Marchesi

**Coordinatore UOP 14:** Dr.ssa Simona Gambarà

**2 Operatori DSM:** Dott.ssa Monica Moioli, IP Giuseppe Biondi

**Referente Cooperativa AEPER:** Sig Raffaele Casamenti

**8 Operatori Cooperativa AEPER**

### **Unità funzionali che partecipano al programma:**

<b>Unità funzionale</b>	<b>Istituzione</b>	<b>Responsabile/Referente</b>
Ambulatorio Psicosociale Caravaggio UOP n. 17	Azienda Ospedaliera di Treviglio	Dr.ssa Anna Rosa Moro
C.P.S. Romano di Lombardia UOP n. 17	Azienda Ospedaliera di Treviglio	Dr. ssa Anna Rosa Moro
C.P.S. Bonate Sotto UOP n. 14	Azienda Ospedaliera di Treviglio	Dr. Cristoforo Zappalaglio
Ambulatorio Psicosociale Zogno UOP n. 14	Azienda Ospedaliera di Treviglio	Dr. Daniele Piacentini
Associazione Il Girasole	Associazione Il Girasole Onlus	Sig Alessandro Docchio
Area Salute Mentale Cooperativa Sociale AEPER	Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.	E.P. Giuditta Tasca
Associazione dei Familiari "Aiutiamoli"	Associazione dei Familiari "Aiutiamoli"	Sig.ra Maria Fantini

### **Razionale del programma:**

La presa in carico del paziente grave nella prospettiva di una psichiatria di comunità si fonda, nell'ambito dei progetti individuali, sulla possibilità di realizzare un approccio multidimensionale che veda la partecipazione dei soggetti che vivono il territorio di riferimento del paziente.

Fermo restando in capo al Centro Psico-Sociale (CPS) e Ambulatori psichiatrici (AMB) la realizzazione delle prestazioni terapeutiche e la funzione di coordinamento delle azioni territoriali che hanno al centro il benessere del paziente, diventa fondamentale il coinvolgimento nel progetto individuale delle istituzioni, delle agenzie locali, dei gruppi informali, della famiglia di appartenenza, delle singole persone che possono costruire una rete di relazioni durevole per il paziente.

Sono pertanto necessari a tal fine:

- a. l'orientamento dell'intervento verso l'attivazione di reti formali ed informali;
- b. La sensibilizzazione e il coinvolgimento nei progetti individuali di potenziali referenti e "facilitatori", che possano ampliare l'orizzonte relazionale del paziente;
- c. Ascolto e supporto ai familiari: favorire e promuovere la partecipazione dei familiari ai gruppi già costituiti (sia dalle Associazioni dei familiari sia dai CPS/AMB), con l'obiettivo di consentire una elaborazione grupppale dei vissuti di isolamento, stigma, impotenza.

- d. Lo sviluppo di un lavoro finalizzato ad una maggiore conoscenza e collaborazione con le agenzie territoriali, con il coinvolgimento degli uffici di piano, dei servizi sociali, delle Associazioni;
- e. Favorire e sostenere, con una presenza certa e continuativa sul territorio di operatori della psichiatria, programmi concordati con Comuni e Associazioni, al fine di creare opportunità fruibili da parte dei pazienti in trattamento, contrastando gli effetti dello stigma, dell'emarginazione e dell'isolamento nella propria casa o nelle strutture psichiatriche;
- f. Ampliare il coinvolgimento e le collaborazioni con realtà che possano promuovere un miglior utilizzo del tempo quotidiano del paziente, sia a livello aggregativo, sia a livello socio-occupazionale, in quanto il contesto e le esperienze di gruppo rappresentano un valido luogo di osservazione e di sperimentazione delle capacità personali del paziente.

Coerentemente con le linee di indirizzo regionali, che indicano tra le priorità di cura le fasce giovanili, il Programma innovativo TR05 si è orientato, all'interno del lavoro complessivo su pazienti di età compresa tra 18-50 anni, nell'attuazione di specifiche iniziative dedicate ai pazienti più giovani e di recente storia psichiatrica.

Nel 2012 il gruppo di lavoro ha sviluppato una riflessione sul tema, affinando metodologie e strumenti di lavoro nella cura di pazienti giovani, con età compresa tra i 18-34 anni e di pazienti "ad esordio recente" ossia persone il cui il primo contatto con il programma innovativo avviene entro un anno dalla presa in carico del soggetto. Nel 2012 è stato inoltre redatto un protocollo di lavoro tra CPS/AMB ed equipe del Programma Innovativo TR05, che contiene gli accordi su invii e modalità di lavoro condivise. Si ritiene che con queste persone possano essere avviate attività riabilitative atte a prevenire isolamento, esclusione dalla rete sociale e una precoce cronicizzazione.

### **Obiettivi del programma**

#### ◆ Il lavoro di rete

Potenziamento del lavoro di rete sul territorio. Attraverso un continuo aggiornamento delle collaborazioni sul territorio è possibile avere a disposizione un quadro complessivo delle risorse coinvolgibili, così come attingere da esse promuovendo fin dalle prime fasi non solo l'avvicinamento del paziente a realtà del territorio, ma anche avviare una funzione di mediazione/sensibilizzazione, garantendo la consulenza dell'operatore del progetto in una prima fase e del CPS/AMB in fasi successive.

#### Appaiono possibili alcune azioni:

- Continuo aggiornamento della mappatura delle risorse utilizzando le banche dati esistenti e coinvolgendo il più possibile gli enti locali;
- Individuare una funzione di coordinamento operativo sul singolo caso finalizzato ad implementare un processo armonico atto ad ottimizzare la sinergia delle reti;
- Favorire il coinvolgimento diretto di volontari nel rapporto con il paziente nelle fasi di inserimento in attività risocializzanti di gruppi sul territorio;
- Creare agili e temporanei gruppi di lavoro territoriali sul caso che coinvolgano direttamente tutte le risorse disponibili di un determinato territorio;
- Individuare sin dall'inizio e coinvolgere, all'interno dei CPS/AMB, le figure che daranno continuità al Progetto .

#### ◆ Le esperienze di gruppo

Prosecuzione e implementazione delle esperienze di gruppo avviate dal programma, sia riabilitative che risocializzanti, sempre più in un'ottica di una realizzazione condivisa con realtà del territorio in

modo da favorire nel tempo una prosecuzione in autonomia delle singole esperienze, mantenendo gli operatori del progetto più una funzione di monitoraggio.

◆ La “dimensione casa”

Non di rado la presenza dell'operatore a domicilio risulta cruciale per la costruzione di un rapporto di fiducia. Risulta quindi importante:

- a. sostenere il paziente nel valorizzare la “dimensione casa”, in modo che sia sentita come luogo affettivamente connotato e aperto alle relazioni sociali;
- b. Dedicare risorse e interventi che, avviandosi all'interno della casa, nel tempo favoriscano la frequentazione del territorio e la creazione di relazioni esterne;
- c. Elaborare obiettivi condivisi tra CPS/AMB e operatori del progetto rispetto al lavoro sulla famiglia di origine, cercando condivisione e sostegno al progetto anche dentro casa, laddove possibile, come mezzo per una migliore riuscita del progetto complessivo.

◆ I progetti con pazienti giovani

Avvio di progettualità specifiche per soggetti giovani (18-34 anni) ad esordio recente, al fine di costruire il più possibile percorsi su misura, volti a :

- favorire il mantenimento delle relazioni e riferimenti nel proprio contesto di vita (famiglia, istruzione/lavoro, gruppi amicali)
- coinvolgere la persona in attività di gruppo promosse dal progetto,
- sostenere il paziente e il contesto familiare promuovendo la consapevolezza dell'importanza di una cura e favorendo un impatto meno traumatico con la percezione e il riconoscimento del disagio.

Spesso l'intervento educativo individuale in contesti esterni al servizio favorisce l'avvicinamento e la costruzione di una relazione, essendo vissuto come non istituzionale, e questo lavoro, in sinergia con le équipes dei CPS, permette alla persona nel tempo di maturare un assenso a proposte riabilitative inizialmente non affrontabili (es. percorsi residenziali o semiresidenziali).

**Attività previste per il raggiungimento degli obiettivi:**

- ◆ Realizzazione di una presa in carico integrata del paziente grave, attuata attraverso forme di confronto e collaborazione stabili instaurate tra gli operatori dei CPS/AMB, dell'Ente partner del Programma e le agenzie istituzionali e non-istituzionali che agiscono sul territorio di riferimento;
- ◆ Attenzione specifica all'avvio di iniziative specifiche per soggetti giovani ad esordio recente, al fine di costruire percorsi individualizzati nel delicato impatto con la dimensione esistenziale della malattia. Si prevede l'inclusione del 20% di pazienti con età compresa tra i 18-34 anni con esordio recente di malattia
- ◆ Implementazione e manutenzione di una rete di risorse che possa diventare un insieme di punti di riferimento relazionali e fiduciari per il paziente, la sua famiglia, ma anche per i servizi territoriali.
- ◆ Mantenimento di modalità e tempi di un monitoraggio condiviso dell'evoluzione a medio e lungo termine delle situazioni per le quali è stata attivata la collaborazione;
- ◆ Identificazione ed utilizzo di risorse che, sul territorio, possano validamente funzionare quali esperienze socio-occupazionali nei quali l'inserimento del paziente, finalizzato ad obiettivi di tipo risocializzante, possa costituire uno spazio di osservazione delle potenzialità atte ad un futuro inserimento lavorativo;
- ◆ Realizzazione di progetti individuali di supporto al paziente al domicilio, costruendo una rete di sostegno nelle situazioni in cui la dimensione dell'abitare è fragile e sottoposta al rischio

- di rottura delle relazioni e ad episodi acuti e critici;
- ◆ Sperimentazione di nuove modalità di attivazione di gruppi di risocializzazione di pazienti con il concorso di agenzie aggregative locali;
- ◆ Implementazione dell'integrazione nelle micro-équipes di lavoro comprendenti operatori dei CPS/AMB e operatori dell'Ente partner, attraverso l'utilizzo di programmi formativi comuni.

### **Strumenti e Metodi:**

- ◆ Risorse professionali (psicologi, educatori, figure professionali esperte nel lavoro di rete) al fine di sviluppare, in collaborazione con l'équipes dei CPS/AMB, il PTI dei pazienti inclusi nel Programma con azioni specificamente mirate alla ricognizione, manutenzione e sviluppo di un lavoro di rete, che favorisca obiettivi sostenibili di inclusione sociale.
- ◆ *Criteri di inclusione:* individuazione, a cura dei Responsabili dei CPS/AMB, di pazienti candidati all'intervento prefigurato e che rispondano, per l'80% del totale dei soggetti inclusi nel programma, ai seguenti requisiti:
  - Età < 50 anni (di norma);
  - Diagnosi di schizofrenia (gruppo F.02 dell'ICD X), o diagnosi funzionale di paziente "grave" (definendone caratteristiche nosografiche e psicosociali);
  - Rete sociale povera o inesistente;
  - In carico al DSaMen
- ◆ Individuazione, a cura dei Responsabili dei CPS/AMB, di pazienti giovani che rispondano, per il 20% del totale dei soggetti inclusi nel programma, ai seguenti requisiti:
  - Età compresa tra i 18-34 anni
  - Diagnosi di schizofrenia (gruppo F.02 dell'ICD X) o diagnosi funzionale di paziente "grave" (definendone caratteristiche nosografiche e psicosociali);
  - Rete sociale povera o inesistente (a giudizio degli operatori);
  - Inserimento nel programma entro un anno dalla presa in carico del soggetto
- ◆ Individuazione, da parte dell'Azienda Ospedaliera, di un referente complessivo del programma e un coordinatore d'area per ciascuna UOP del DSaMen (considerata la sua dispersione territoriale), con il compito di:
  - Promuovere e coordinare il lavoro di rete (mappatura delle risorse territoriali, ricognizione e manutenzione delle reti sociali); garantire, oltre ad un impegno diretto in singoli progetti, anche un lavoro di coordinamento del Programma generale (Referente complessivo del programma) e di area, in accordo con il Responsabile scientifico del Programma.
  - Collaborare con le équipes dei CPS/AMB nelle attività di valutazione correlate ai singoli progetti;
  - Garantire periodiche rendicontazioni dell'andamento del Programma;
  - Programmare periodici incontri con gli attori coinvolti nel programma;
  - Programmare confronti su metodologie e sviluppi del Programma;
  - realizzazione di una rendicontazione complessiva (come richiesto dalla Regione).
- ◆ Elaborazione da parte del CPS/AMB di una relazione individuale (richiesta di inserimento nel programma), congrua con il PTI, che evidenzi:
  - Obiettivi del progetto;
  - Condizioni psicosociali rilevate all'avvio del progetto;
  - Applicazione scala Honos Roma (in collaborazione con gli operatori del programma innovativo);
  - Applicazione scala VGF;
  - Metodologia e tempi dell'intervento (in collaborazione con gli operatori del programma

innovativo);

- Periodicità delle verifiche (in collaborazione con gli operatori del programma innovativo);

- ◆ Le singole relazioni individuali costituiranno parte integrante di una cartella individuale gestita dagli operatori del programma innovativo e consultabile dagli operatori dei servizi territoriali, che conterrà:

- Richiesta di inserimento nel programma e PTI

- Scala VGF

- diario degli interventi

- Partecipazione ad attività di gruppo

- Progetto individuale

- Verbali delle verifiche periodiche tra CPS/AMB e Ente partner (mediamente trimestrali)

- Valutazione periodiche esiti (semestrale e a termine progetto)

- Scala Honos Roma.

### **Risultati attesi**

- ◆ Coinvolgimento nel progetto di almeno 80 soggetti aventi le caratteristiche individuate (carico ai CPS/AMB del DSaMen) di cui il 20% rispondano alla caratteristica di “soggetti giovani”.
- ◆ Applicazione, monitoraggio e valutazione del protocollo CPS/AMB ed equipe del Programma Innovativo.
- ◆ Miglioramento della qualità della vita dei pazienti coinvolti, in particolare sotto il versante della socializzazione e della determinazione di relazioni stabili con gruppi e persone che abitano nella medesima comunità locale.
- ◆ Diminuzione delle situazioni di ritiro ed isolamento dei pazienti.
- ◆ Censimento di nuove risorse e aggiornamento banca dati collaborazioni attive.
- ◆ Determinazione di relazioni stabili con i soggetti che agiscono nell'ambito del sociale e delle risorse di volontariato, anche attraverso la definizione di prassi di collaborazione condivise.

### **Indicatori utilizzati dal programma**

A seguito del lavoro svolto all'interno dei tavoli organizzati da Regione Lombardia e di quelli definiti in precedenza dall'ASL di Bergamo, sono stati individuati indicatori generali per tutte le aree di lavoro e indicatori specifici per i programmi finalizzati all'inclusione sociale (Tematica strategica 3- Sottoarea 3B) cui il programma innovativo TR05 è stato assegnato.

Di seguito gli indicatori che verranno utilizzati nelle rendicontazioni:

#### **Indicatori comuni alle diverse aree**

##### Indicatori di Struttura/contesto:

- ◆ esistenza di un nucleo di operatori specificatamente dedicati al programma:
- ◆ ore complessive di lavoro annue erogate nel programma da parte del personale specificatamente finanziato dal programma innovativo (per figura professionale)
- ◆ Ore complessive di lavoro annue erogate nel programma da parte del personale dipendente dell'azienda Ospedaliera nell'ambito del proprio orario di lavoro ordinario ad integrazione/coordinamento del personale finanziato dal programma (per figura professionale):

- ◆ Ore complessive di formazione annue per il personale dedicato sulle tematiche specifiche del programma innovativo (ore di formazione del singolo operatore per il n° di operatori coinvolti).
- ◆ Esistenza di procedura che illustra le attività previste dal programma

Indicatori di processo: pazienti

◆ Pazienti in contatto con il programma:

- Pazienti valutati nel programma per la prima volta nel periodo
- Pazienti inseriti nel programma per la prima volta nel periodo
- Pazienti in trattamento nel programma nel periodo

◆ Pazienti in trattamento nel programma per età e sesso:

età	maschi	femmine	totale
< 18			
25-34			
35-44			
45-54			
55-64			
> 65			
Totale			

◆ Pazienti in trattamento nel programma per diagnosi ICD 10

- F0 Disturbi psichici di natura organica
- F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze
- F2 Schizofrenia, sindr. Schizotipica e delirante
- F3 Sindromi affettive
- F4 Sindromi nevrotiche
- F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici
- F6 Disturbi della personalità
- F7 Ritardo mentale
- F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico
- F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza
- F99 Disturbo psichico non specificato
- Nessun disturbo psichiatrico

◆ Pazienti in trattamento nel programma per anno di primo contatto con il DSM:

- Da meno di un anno
- Da 1 a 2 anni
- Da 3 a 4 anni
- Da 5 a 6 anni
- > 6 anni

◆ Pazienti in trattamento nel programma per percorso di cura territoriale:

- Consulenza
- Assunzione in cura
- Presa in carico

◆ Pazienti valutati per la prima volta nel programma per tempo di attesa tra la richiesta e la prima prestazione erogata dal programma:

- 1-2 giorni

- 3-7 giorni
- 8-14 giorni
- 15-30 giorni
- > 30 giorni

◆ Pazienti in trattamento nel programma per numero di interventi per paziente nel periodo:

- 1-2 interventi
- 3-10 interventi
- 11-25 interventi
- 26-50 interventi
- > 50 interventi

Indicatori di Processo: interventi

◆ Tipologie di interventi diretti al paziente erogati nel programma per figura professionale

- Visita colloquio
- Somministrazione di farmaci
- Valutazione
- Visita medico legale
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia familiare
- Presenze in gruppo di psicoterapia
- Colloquio con i familiari
- Intervento psicoeducativo
- Presenze in gruppo di familiari
- Riunioni su casi interne alla UOP
- Riunioni con altre strutture sanitarie
- Riunioni con gruppi non istituzionali
- Intervento individuale sulle abilità di base, sociali
- Presenze in gruppo incentrato su abilità di base
- Intervento individuale di risocializzazione
- Presenze in gruppo di risocializzazione
- Presenze in gruppo di attività espressive
- Presenze in gruppo di attività corporea
- Inserimenti lavorativi
- Intervento di supporto alle attività quotidiane
- Intervento di supporto sociale

◆ Interventi ai pazienti erogati al di fuori della sede del programma innovativo (territorio, domicilio)

◆ Tipologie di interventi non riconducibili al paziente erogati nel programma

- Riunioni sul programma all'interno del DSM
- Riunioni sul programma con altri servizi sanitari all'interno dell'A.O.
- Riunioni sul programma con altri servizi sanitari esterni alla A.O.
- Riunioni/incontri sul programma con PDF e MMG
- Riunioni/incontri sul programma con organizzazioni nel territorio
- Riunioni/incontri sul programma con popolazione generale

Indicatori di Esito

◆ Completamento del programma

- Pazienti che hanno completato il programma nel periodo tra quelli in Trattamento
- Pazienti che hanno interrotto il programma nel periodo tra quelli in Trattamento

◆ Pazienti in trattamento nel programma con valutazione dell'esito tramite scale validate relative a :

- Psicopatologia
- Funzionamento psicosociale e disabilità (scala Honos)
- Qualità della vita
- Bisogni
- Soddisfazione rispetto al servizio ricevuto (questionario di gradimento)
- Altro

**Indicatori specifici per l'area inclusione sociale:**

Indicatori di Processo :

- Interventi riabilitativi (cod psiche 9; 14; 15; 18; 19; 20; 21)
- Interventi risocializzanti(cod psiche 16; 17)
- Interventi al domicilio
- Incontri di coordinamento
- Valutazioni effettuate con gli strumenti previsti nel progetto

**Processo di consolidamento istituzionale**

Nel corso del biennio verranno poste in atto le azioni necessarie per garantire un graduale e misurabile assorbimento nell'offerta del DSaMen delle attività previste e attuate con il presente programma innovativo nel rispetto della continuità e coerenza dell'intervento e dei bisogni di integrazione tra DSaMen e Territorio, vincolato al riconoscimento aggiuntivo in budget dei costi da sostenere.

Il Responsabile Scientifico  
Programma Innovativo TR 05  
Direttore DSaMen  
Dr Fulgenzio Rossi

