L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DEI CITTADINI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

7 giugno 2022

Dr.ssa Franca Bianconcini
DATeR Processo assistenziale nella salute mentale
Ausl Bologna

IL DSM - DP

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è la struttura aziendale che garantisce organicamente tutti gli interventi di prevenzione, promozione della salute mentale ed educazione sanitaria, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale alle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche in tutte le età della vita, nonché le attività di formazione e ricerca necessarie ad un efficiente sistema curante e di comunità.

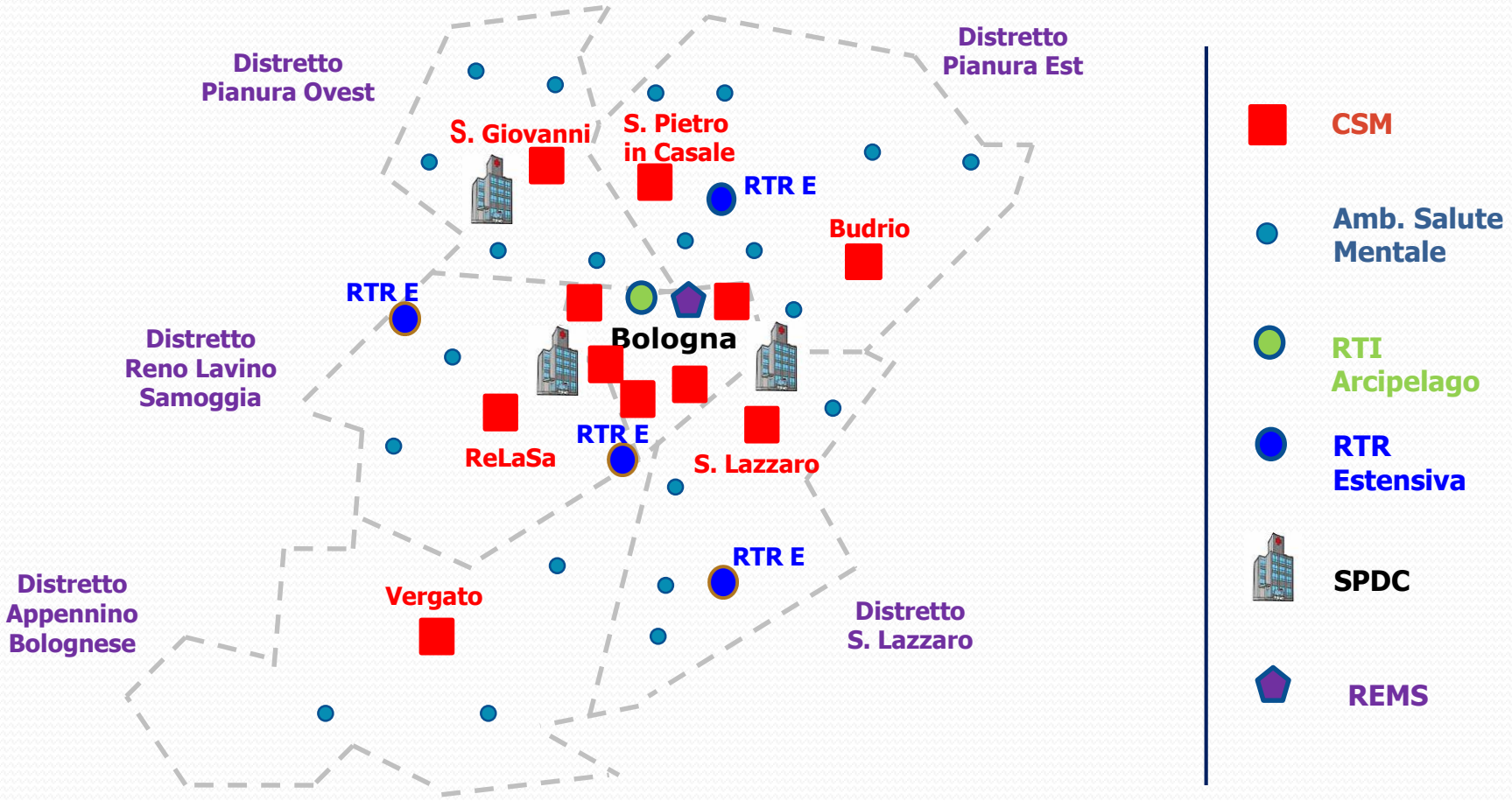
IL DSM - DP

Il Dipartimento realizza le sue attività attraverso unità operative territoriali ed ospedaliere che operano in maniera integrata all'interno di una programmazione comune, nelle aree distrettuali dell'Azienda USL di Bologna.

Il modello operativo è caratterizzato dal lavoro in équipe multi professionali che integrano le diverse discipline e competenze specifiche presenti nelle tre diverse aree:

- ✓ Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)
- ✓ Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP)
- ✓ Salute Mentale Adulti

I servizi di salute mentale

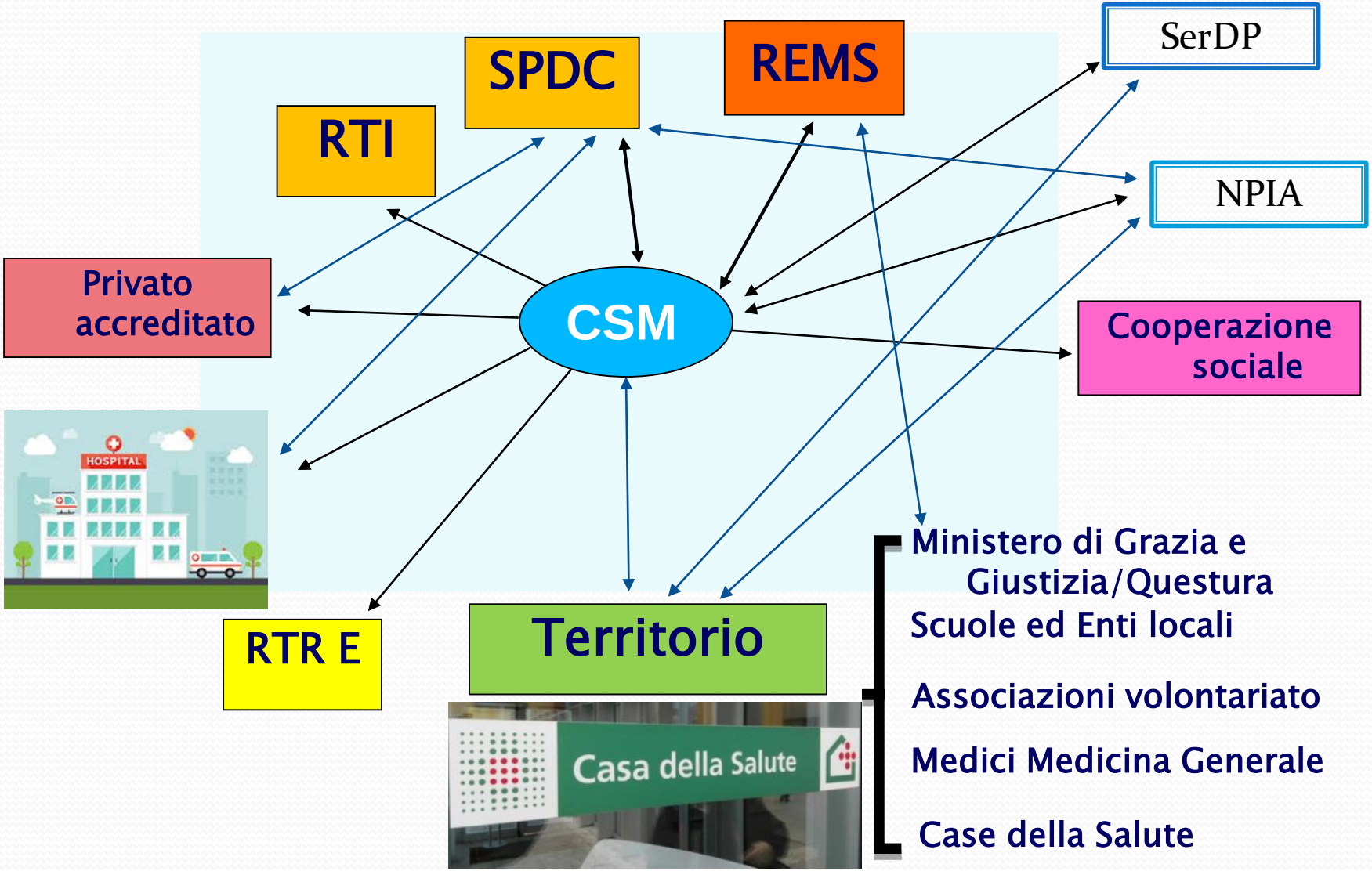


I Centri di Salute Mentale (CSM)

I Centri Salute Mentale sono la sede organizzativa delle équipe e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale in un preciso territorio di competenza. Mantengono una posizione centrale **nella rete dei servizi** della psichiatria adulti. Hanno il compito di garantire la **continuità dell'assistenza** e mantenere la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura.

Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000

LA RETE DEI CENTRI SALUTE MENTALE



Il modello di cura che si fonda:

- ✓ Centralità della persona
- ✓ Personalizzazione dell’intervento
- ✓ Promozione della cittadinanza attiva come supporto al reinserimento e alla partecipazione delle persone nella società

Accesso al Centro Salute Mentale

L’accesso del cittadino con età maggiore di 18 anni al CSM può avvenire:
- **con impegnativa del Medico di Medicina Generale** per visita/consulenza psichiatrica o psicologica;
- **telefonicamente**;
- **con prescrizione dalle strutture di ricovero** psichiatrico e/o dal Pronto Soccorso.

La residenza rimane il principio-base che garantisce la piena fruibilità dell’offerta dei servizi comunali, sociali e distrettuali necessari alla progettazione territoriale attraverso l'identificazione delle risorse disponibili e degli interlocutori della rete formale e informale dei servizi.

L’accoglienza nel CSM dei cittadini è effettuata da infermieri che in relazione ai bisogni presentati valutano la richiesta, indirizzano il cittadino verso il percorso clinico-assistenziale più adeguato ai problemi inerenti ai disturbi psichici integrando, quando necessario, gli altri Servizi presenti sul territorio di competenza.

Percorso di cura dalla prima prestazione alla conclusione del percorso

	Anagrafica	=	Apertura della CARTELLA con dati anagrafici
Percorso di cura	Valutazione e diagnosi	=	Individuazione del **problema** e dei bisogni dell'assistito (visite e colloqui, anamnesi, test, esami strumentali, inquadramento diagnostico e funzionale), **finalizzati alla formulazione di un progetto** terapeutico-riabilitativo
	Progetto	=	Pianificazione dell'**intervento personalizzato** con l'assistito, definendo obiettivi da raggiungere, trattamenti, risorse, professionisti, familiari o altri soggetti coinvolti, tempi e valutazione del progetto
	Chiusura	=	Chiusura del Percorso di cura

Gli elementi del progetto

Il progetto personalizzato

è

individuale = centrato sulla persona e sui suoi bisogni
personale = tarato sulle reali abilità e competenze della persona
condiviso = concordato con l'interessato e con i suoi familiari

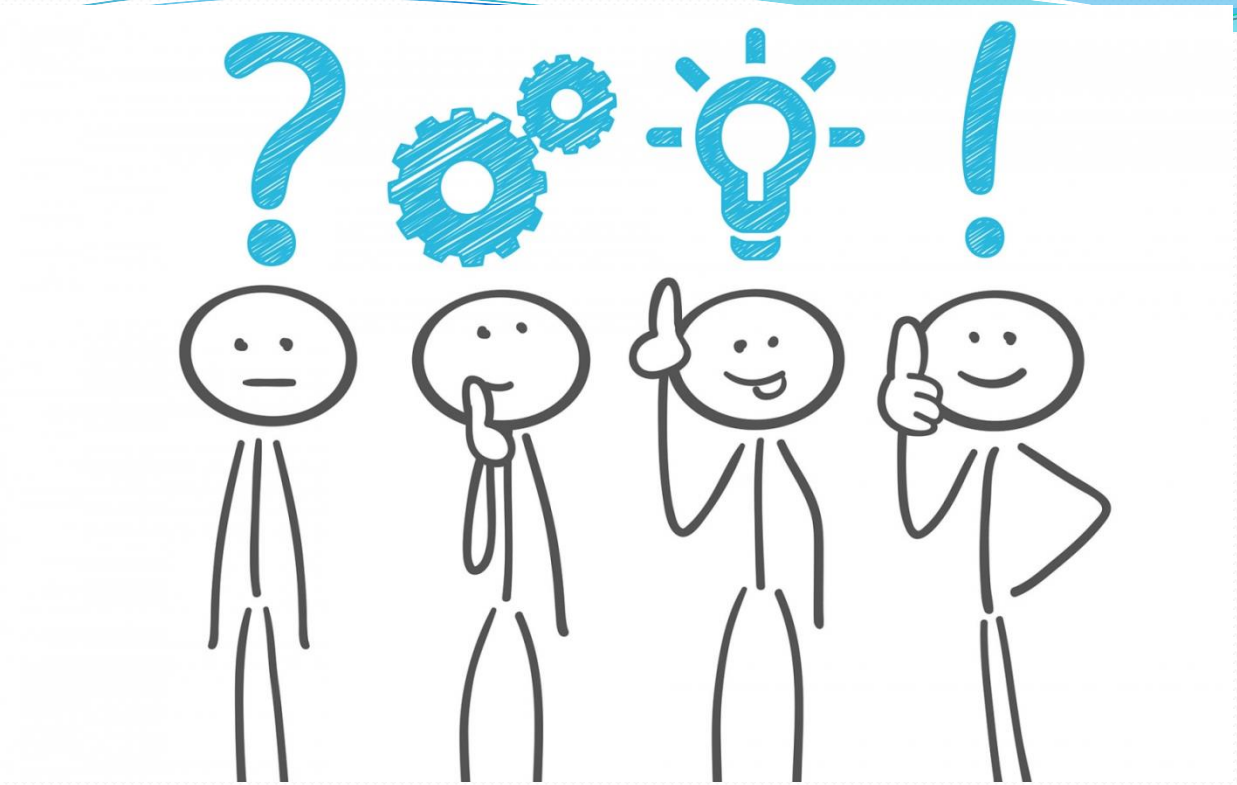
Ogni assistito ha un progetto caratterizzato da 5 elementi:

- ✓ Obiettivi
- ✓ Trattamenti e risorse (professionali, strutture)
- ✓ Monitoraggio e valutazione
- ✓ Tempo di verifica
- ✓ **Referente del progetto**

Operatori referenti di progetto

L’impegno degli operatori referenti è di garantire per ogni utente una presa in carico multidisciplinare e un progetto personalizzato, scritto e verificabile periodicamente.

Sono il punto di riferimento per l’utente e in modo sistematico, individuando bisogni, problemi, obiettivi e conseguenti azioni, monitorando costantemente l’andamento del percorso di cura.



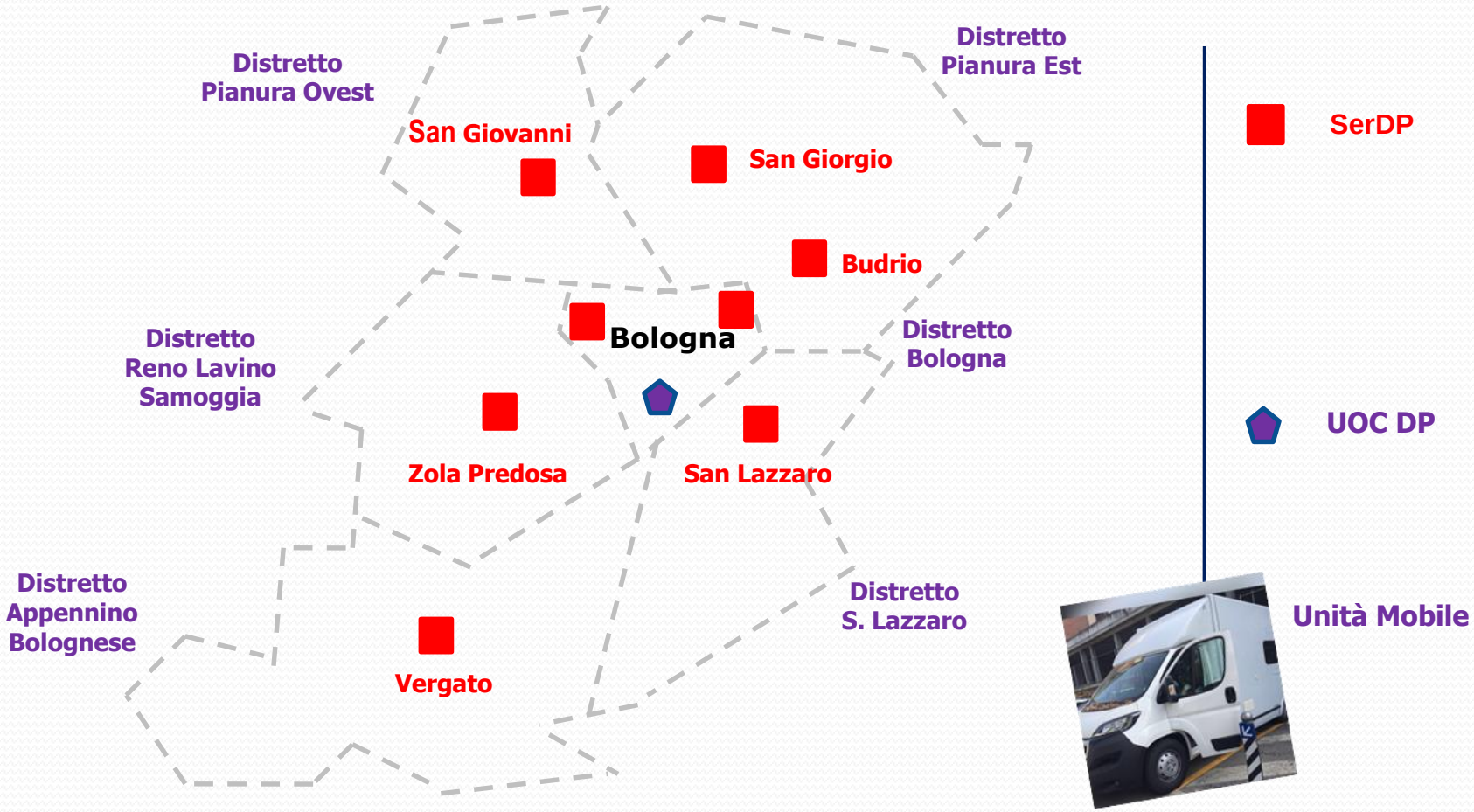
Domande?

L'ACCESSO E LA PRESA IN CURA DEI CITTADINI NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Dr.ssa Monica Covili
DATeR Processo assistenziale nelle Dipendenze Patologiche
Ausl di Bologna

7 giugno 2022

I servizi per le dipendenze



I Servizi per le Dipendenze Patologiche

I SerDP svolgono attività di promozione della salute e prevenzione dei disturbi da uso di sostanze; sono preposti alla cura, riabilitazione, reinserimento sociale, riduzione del danno nei confronti delle persone con disturbo da uso di sostanze e altre dipendenze (alcol e gioco). Assicurano ai cittadini e alle loro famiglie interventi di prevenzione, cura e riabilitazione garantendo trattamenti integrati medico farmacologici, assistenziali, psicologici, sociali e riabilitativi nell'ambito di progetti personalizzati e condivisi nell'équipe multidisciplinare

Ai Servizi per le Dipendenze Patologiche possono accedere tutti i cittadini, anche minorenni, residenti o domiciliati nel Comune di Bologna.

Ai cittadini stranieri non ancora in regola con le norme di soggiorno e alle persone senza dimora sono garantite le prestazioni urgenti, essenziali e continuative.

Ai servizi si accede in forma anonima, gratuita e diretta: non è richiesto il pagamento di ticket, né la richiesta del medico di famiglia.

Attività dei Servizi per le Dipendenze

- accoglienza della persona
- valutazione diagnostica multidisciplinare
- presa in carico della persona con la predisposizione di piani terapeutici personalizzati e sottoposti a periodiche verifiche

Vengono erogate prestazioni mediche, assistenziali, psicologiche, sociali ed educative.

Integrazione

I Servizi per le Dipendenze Patologiche attuano una integrazione funzionale con gli altri servizi dipartimentali, consulenza e collaborazione integrata con i Medici di Medicina Generale, Presidio Ospedaliero, Dipartimento di Emergenza, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento dell'Integrazione Sociale-Sanitaria e Servizi Sociali degli Enti Locali, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato.

Trattamenti trasversali

I Servizi per le Dipendenze Patologiche si avvalgono di Comunità Terapeutiche per la realizzazione del percorso di cura dell'utente al'interno di un contesto protetto. Le Comunità Terapeutiche possono essere a regime residenziale, semiresidenziale o altro e si suddividono nelle seguenti tipologie:

- Pedagogico/Riabilitativa
- Terapeutico/Riabilitativa
- Struttura Madre/Bambino
- Modulo Madre/Bambino
- Struttura doppia diagnosi
- Struttura per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica
- Modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica
- Altre tipologie: Pronto Soccorso Sociale per utenti a bassa soglia, Programmi brevi per cocainomani.

I professionisti

- Assistenti Sociali
- Educatori Professionali
- Infermieri
- Medici
- Psicologi
- O.S.S.

Il lavoro in équipe

Il lavoro in équipe multi professionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi sociali, sanitari, riabilitativi delle diverse figure professionali.

Lavorare in équipe non significa che una sola figura professionale si occupa del paziente o che molte figure professionali si occupano del paziente in maniera separata e indipendente l'una dall'altra, significa che la **CURA** viene effettuata da un gruppo integrato di persone che svolgono la propria attività fatta di:

- ✓ interscambi
- ✓ confronti
- ✓ contributi
- ✓ suggerimenti
- ✓ pareri.

A livello territoriale il lavoro di équipe viene garantito da micro équipe costituite da figure professionali diverse, capaci di affrontare la complessità dei bisogni di una persona, costruendo un’ampia offerta di prestazioni rese da attori diversi.

L’impegno dei servizi del DSM-DP e degli operatori di riferimento è di garantire per ogni utente una presa in carico multidisciplinare e un progetto personalizzato, scritto e verificabile periodicamente. Questa modalità permette di procedere con attenzione e in modo sistematico, individuando bisogni, problemi, obiettivi e conseguenti azioni, monitorandoli costantemente.

IL PROGETTO PERSONALIZZATO

Il progetto assistenziale, terapeutico-riabilitativo dell’utente

è

individuale

(centrato sulla persona e sui suoi bisogni)

personale

(tarato sulle reali abilità e competenze della persona)

condiviso

(concordato con l’interessato e con i suoi familiari)

Grazie per l’attenzione