

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

**Oggetto: INDIRIZZI OPERATIVI DI COLLABORAZIONE TRA SERVIZI DEL
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E SERVIZI DELL'UNITA' MULTIDISCIPLINARE
ETA' ADULTA PER LA GESTIONE INTEGRATA DI PAZIENTI CON DISABILITA' E
PATOLOGIA PSICHIATRICA.**

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo e del Direttore dell'Area Integrazione Socio-Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di prendere atto dell'esito del gruppo di miglioramento, promosso dalla Direzione dell'Integrazione Socio-Sanitaria dell'ASUR e composto da rappresentanti UMEA e DSM di tutte le Aree Vaste, nel quale sono stati individuati gli interventi organizzativi necessari a soddisfare i bisogni dell'utenza con disabilità e patologia psichiatrica, a seguito di un lavoro congiunto, che ha prodotto un documento condiviso e sottoscritto;
2. di approvare il protocollo, allegato alla presente, di collaborazione tra DSM ed UMEA, per la gestione di pazienti con disabilità e patologia psichiatrica, attraverso la realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi e multidisciplinari che permettano un miglior soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza;
3. di disporre che il suddetto documento costituisca lo strumento di riferimento, per le Unità Operative afferenti al Dipartimento di Salute Mentale ed all'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta, nel normale svolgimento delle attività cliniche quotidiane per la gestione integrata di pazienti con concomitante patologia psichiatrica e disabilità;
4. di nominare Responsabili dell'Esecuzione del presente protocollo il Dr. Paolo Pedrolli ed il Dr. Giovanni Picchietti, con compiti di supervisione nell'applicazione degli indirizzi operativi di collaborazione, di osservazione e di monitoraggio, avendo cura di sostenere i colleghi dei Servizi attraverso la rilevazione di eventuali criticità ed il suggerimento di possibili soluzioni;

5. di costituire un gruppo permanente di confronto, composto da rappresentanti del DSM e dell'UMEA di tutte le Aree Vaste, convocato dai Responsabili dell'Esecuzione di cui al punto precedente, con il compito di verificare periodicamente lo stato di attuazione del "Protocollo di collaborazione tra DSM ed UMEA", nonché di garantirne la corretta applicazione ed interpretazione al fine di prevenire e risolvere eventuali aspetti contraddittori;
6. di trasmettere il presente atto per i provvedimenti di rispettiva competenza:
 - a) ai Direttori di Area Vasta;
 - b) ai Direttori Amministrativi dei Servizi Territoriali;
 - c) ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale;
 - d) ai Direttori Cure Tutelari e /o ai Responsabili dei servizi UMEA;
7. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

Ancona, sede legale ASUR

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Pierluigi CIGLIUCCI

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr.^{ssa} Nadia STORTI

IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE
SERVIZI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Dr. Giovanni FELIZIANI

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alessandro MARINI

Per i pareri infrascritti:

AREA CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITÀ BILANCIO E FINANZA.

Visto quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento

si attesta che

il presente atto non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio ASUR

Il Direttore
Area Controllo di Gestione
Dott.^{ssa} Sonia Piercamilli

Per il Direttore Area
Contabilità Bilancio e Finanza
Il Dirigente F.F.
Dott. Luigi STORTINI

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

AREA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

□ Normativa di riferimento

- L 13 maggio 1978 n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"
- LR 3 maggio 1985 n 27 "Istituzione del servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale"
- L 5 febbraio 1992 n 104 "Legge-quadro per l'assistenza , l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate"
- DPR 14 gennaio 1997 "Requisiti minimi per le strutture psichiatriche"
- LR 20 maggio 2003 n 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"
- DACR n 132 del 6 luglio 2004: "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006"
- Determina n. 89/DG. del 10 marzo 2005 "Atto aziendale"
- DPR 7 aprile 2006 Approvazione del "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008"
- D. lgs. n. 118/2011 e s.m.i concernente i principi contabili generali e applicati per il settore sanitario
- LR 1 agosto 2011 n 17 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"
- DACR n. 38 del 16 dicembre 2011 "Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014"
- LR 4 giugno 2012 n 19 "Modifiche alla Legge Regionale 20 giugno 2003 n. 13: "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale"
- L n 328 del 8 novembre 2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- D.G.R. n. 285/2013 "Linee di indirizzo sui Servizi di Sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie - Anno 2013"
- DPCM 12 gennaio 2017 "definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n 502"
- DGRM n 716 del 26 giugno 2017 "definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n 502. Recepimento e prime disposizioni attuative"

Motivazione:

La Direzione Integrazione Sociosanitaria ASUR, preso atto dell'esigenza di maggiori e più importanti momenti di integrazione tra i servizi coinvolti, ha posto a confronto i due ambiti (DSM e UMEA), in passato tendenzialmente separati e paralleli, al fine di adottare un protocollo di collaborazione che, collegando tutti i referenti sanitari e sociali coinvolti nella gestione del caso, permetta la realizzazione di quei programmi terapeutico riabilitativi multidisciplinari, che soli possono assicurare il pieno soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.

La questione dell'integrazione professionale tra gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e gli operatori dell'UMEA si è posta con grande evidenza, vista la necessità di

- rendere sempre più efficienti i servizi dedicati sia a soggetti affetti da patologia psichiatrica sia ai disabili;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse;
- omogeneizzare gli interventi terapeutico-riabilitativi, secondo standard di efficienza ed appropriatezza.

Il paziente deve quindi essere considerato nella eterogeneità dei bisogni manifestati, indipendentemente dalla prevalenza di un disturbo rispetto ad altri, e le differenti professionalità coinvolte nella risposta terapeutica devono risultare adeguatamente coordinate ed orientate al soddisfacimento del bisogno globale.

È importante che i servizi del Dipartimento di Salute Mentale ed i servizi dell'UMEA possano operare in armonia tra loro, garantendo unitarietà di visione e di strategia sia per i numerosi ambiti in cui essi vengono a sovrapporsi sia per le numerose aree in cui una stretta sinergia è requisito per il successo degli interventi.

Si tratta di una integrazione necessaria tra settori per i quali, nel lontano e nel recente passato, separatezze culturali ed amministrative hanno prodotto serie difficoltà nel garantire interventi realmente integrati ed hanno determinato un uso non razionale delle risorse.

L'istituzione di un Gruppo di Miglioramento ASUR, coordinato dal Dr Paolo Pedrolli e dal Dr Giovanni Picchietti, membri dello staff della Direzione Integrazione Sociosanitaria ASUR, che si è riunito per n 5 volte (incontri effettuati presso la Direzione Generale dell' ASUR nelle date : 22/03/2017; 18/04/2017; 16/05/2017; 06/07/2017; 05/09/2017) con lo scopo di approfondire il confronto su alcuni nodi critici, legati alle differenze sia di impostazione teorica sia di prassi clinica quotidiana, ha portato alla formalizzazione di un protocollo operativo, che prende atto di questa nuova modalità di collaborazione tra servizi per la gestione integrata di pazienti con concomitante disabilità e patologia psichiatrica, di cui si propone approvazione .

L'attività dei componenti del gruppo permanente di confronto, costituito con la presente determina, è svolta durante l'orario di servizio, senza costi o oneri aggiuntivi per l'Azienda.

□ Esito dell'istruttoria:

Stante quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale di determinare:

1. di prendere atto dell'esito del gruppo di miglioramento, promosso dalla Direzione dell'Integrazione Socio-Sanitaria dell'ASUR e composto da rappresentanti UMEA e DSM di tutte le Aree Vaste, nel quale sono stati individuati gli interventi organizzativi necessari a

- soddisfare i bisogni dell'utenza con disabilità e patologia psichiatrica, a seguito di un lavoro congiunto, che ha prodotto un documento condiviso e sottoscritto;
2. di approvare il protocollo, allegato alla presente, di collaborazione tra DSM ed UMEA, per la cogestione di pazienti con disabilità e patologia psichiatrica, attraverso la realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi e multidisciplinari che permettano un miglior soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza;
 3. di disporre che il suddetto documento costituisca lo strumento di riferimento, per le Unità Operative afferenti al Dipartimento di Salute Mentale ed all'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta, nel normale svolgimento delle attività cliniche quotidiane per la gestione integrata di pazienti con concomitante patologia psichiatrica e disabilità;
 4. di nominare Responsabili dell'Esecuzione del presente protocollo il Dr. Paolo Pedrolli ed il Dr. Giovanni Picchiotti, con compiti di supervisione nell'applicazione degli indirizzi operativi di collaborazione, di osservazione e di monitoraggio, avendo cura di sostenere i colleghi dei Servizi attraverso la rilevazione di eventuali criticità ed il suggerimento di possibili soluzioni;
 5. di costituire un gruppo permanente di confronto, composto da rappresentanti del DSM e dell'UMEA di tutte le Aree Vaste, convocato dai Responsabili dell'Esecuzione di cui al punto precedente, con il compito di verificare periodicamente lo stato di attuazione del "Protocollo di collaborazione tra DSM ed UMEA", nonché di garantirne la corretta applicazione ed interpretazione al fine di prevenire e risolvere eventuali aspetti contraddittori;
 6. di trasmettere il presente atto per i provvedimenti di rispettiva competenza:
 - a) ai Direttori di Area Vasta;
 - b) ai Direttori Amministrativi dei Servizi Territoriali;
 - c) ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale;
 - d) ai Direttori Cure Tutelari e /o ai Responsabili dei servizi UMEA;
 7. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

Staff Direzione dei Servizi
di Integrazione Socio-Sanitaria – Salute Mentale
coordinatore Area Salute Mentale

Dr Paolo Pedrolli



Il Dirigente Responsabile Procedimento

Dott.ssa Dorianna Della Valle



Staff Direzione dei Servizi
di Integrazione Socio-Sanitaria – UMEA
coordinatore Area Cure Tutelari

Dr Giovanni Picchiotti.



- ALLEGATI -

Protocollo di collaborazione tra DSM ed UMEA

**REGIONE MARCHE
ASUR**

**PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
TRA UMEA E DSM**

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. OBIETTIVI**
- 3. TERMINOLOGIA UTILIZZATA**
- 4. APPROCCIO TEORICO**
- 5. RUOLO E FUNZIONI DELL'AREA DISABILITA'**
- 6. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**
- 7. PRESCRIZIONE NEUROLETTICI ATIPICI**
- 8. MODALITA' DI VALUTAZIONE**
- 9. STRUMENTI DI VALUTAZIONE**
- 10. ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE**
- 11. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI INTEGRATI**
- 12. FORMAZIONE**

1.PREMESSA

La collaborazione inter-area e la costruzione di strategie di intervento condivise costituiscono elementi fondanti di una politica di programmazione dei servizi socio-sanitari, finalizzata alla gestione delle situazioni multiproblematiche.

L'individuazione di modalità operative chiare ed applicabili nella pratica quotidiana, nella forma di protocolli di intesa e collaborazione, aumenta l'efficienza degli interventi erogati e la trasparenza dei percorsi di accesso ai servizi per i cittadini.

L'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta (UMEA) ed il Dipartimento per la Salute Mentale (DSM) di ogni Area Vasta, con la propria specifica competenza ed in sinergia tra le parti, sono chiamati a definire le competenze e le modalità di "presa in carico", necessarie per il miglioramento del benessere degli utenti che, oltre ad essere portatori di disabilità intellettive e/o neuromotorie e/o sensoriali, presentano problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche.

La rilevanza, dal punto di vista clinico e statistico, del problema è stata recentemente confermata da alcuni studi disponibili in letteratura che, pur in presenza di chiari limiti metodologici, evidenziano un maggior rischio (da 2 a 4 volte), per gli utenti con disabilità intellettiva, di sviluppare un disturbo psichiatrico rispetto alla popolazione generale, con una prevalenza di disturbi psichici che varia dal 10 al 39% (Whitaker & Read, 2006; Costello & Bouras, 2006).

2. OBIETTIVI

Obiettivi del presente protocollo sono:

- l'individuazione dei percorsi di accesso, per utenti con situazioni multiproblematiche, ai servizi delle aree coinvolte;
- la condivisione delle modalità di collaborazione tra servizi per la gestione di persone multiproblematiche;
- favorire l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari, terapeutici, socio-educativi e riabilitativi per gli utenti affetti da disabilità fisiche di tipo intellettivo, neuromotorio e problematiche psichiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche;
- individuare una metodologia di lavoro condivisa, che consenta di definire le specificità di intervento dei singoli servizi coinvolti.

3. TERMINOLOGIA UTILIZZATA

Per **“disabilità”** si intende l'esito delle condizioni di salute delle persone in un ambiente non favorevole, come da definizione della Classificazione Internazionale sul Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF) elaborata nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In tale ambito vanno inserite le condizioni di disabilità intellettiva, cognitiva e fisica come previsto nella L.R. 18/96.

Per **“problematiche psichiatriche”** si intende la presenza di un singolo sintomo o di un cluster sintomatologico o di un disturbo dotato di autonomia nosografica, secondo la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali (ICD9CM/ICD-10) elaborata nel 1992 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal DSM-5 del 2013.

Per **“presa in carico”** si intende la definizione e la programmazione di un processo di aiuto, che si traduce prioritariamente in un progetto condiviso e concordato con le persone coinvolte e interessate (Progetto di Vita), che ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità (attività), anche se residue, dei soggetti coinvolti, nel rispetto del modello di funzionamento dell'ICF.

4. APPROCCIO TEORICO

L'elemento fondante del processo di integrazione inter-area è rappresentato dall'impiego di una valutazione multidimensionale delle situazioni di disabilità associate a problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche.

Tale valutazione dovrà tener conto:

- a) delle diagnosi o della diagnosi prevalente (certificate dal verbale di invalidità civile ai sensi della legge n.118/71 rilasciato dalla Commissione Medica preposta);
- b) delle necessità di cura e quindi delle tipologie di intervento richieste dalla situazione attraverso l'integrazione delle professionalità e delle competenze degli specialisti dei Servizi e Enti coinvolti (UMEA, DSM, ADI, Dipartimento Riabilitazione, Servizi Sociali Comune e ATS).

Diversi sono, infatti, i problemi evidenziati dagli studi disponibili in letteratura relativamente all'impiego della sola, per quanto indispensabile, dimensione diagnostica nella programmazione degli interventi, soprattutto nel caso di concomitanti problematiche psichiatriche.

Un primo limite è rappresentato dalla scarsa capacità dei sistemi di classificazione di tipo categoriale, quale l'ICD-10, di descrivere ed inquadrare situazioni di disabilità che possono essere associate a singoli sintomi di tipo psichiatrico o a specifici cluster sintomatologici o a disturbi psichiatrici dotati di autonomia nosografica (Cooper et al, 2003). Se da un lato è un errore considerare tutti i problemi comportamentali associati alla disabilità come sintomi della presenza di una patologia psichiatrica, dall'altro è anche vero che la semplice diagnosi di disturbo del comportamento, in assenza di una valutazione più approfondita, può portare ad una sottostima di una eventuale problematica psichiatrica sottostante.

Un secondo problema è costituito dalla presenza di specifici disturbi psichici, quali le "Sindromi da alterazione dello sviluppo psicologico" di competenza della neuropsichiatria infantile sino al compimento del 18° anno di età, che possono esitare in una condizione di disabilità intellettiva presentando nel loro decorso diversi cluster sintomatologici di tipo psichiatrico.

Un ultimo problema, di carattere più generale e proprio delle condizioni di marcata disabilità intellettiva e cognitiva, è rappresentato dalla difficoltà a condurre una valutazione psichiatrica di tipo diagnostico in assenza di un livello adeguato di comprensione e comunicazione e la necessità quindi di affidarsi a quelli che vengono genericamente chiamati "equivalenti comportamentali" (O' Brien, 2003).

Proprio tali considerazioni rimandano al secondo criterio ritenuto indispensabile per una valutazione completa di tali situazioni multiproblematiche, quello relativo all'individuazione delle necessità di cura e quindi delle tipologie di interventi più idonee.

Il processo si basa sul rilevamento dei bisogni emergenti, partendo da una valutazione delle menomazioni presenti, delle limitazioni funzionali e del contesto ambientale. In tal senso l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2001 la classificazione internazionale sul funzionamento, disabilità e salute (ICF), uno strumento di classificazione realizzato per descrivere e misurare la salute e la disabilità nelle popolazioni.

L'ICF mette, infatti, in relazione il contesto in cui vive una persona con lo stato di salute, definendo la disabilità come l'esito delle condizioni di salute delle persone in un ambiente non favorevole. Proprio sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF deve essere impostata la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità, tale valutazione rappresenta lo strumento fondamentale per l'attribuzione della competenza e presa in carico da parte del servizio o dei servizi.

Al fine di definire il ruolo dei servizi coinvolti si ritiene necessario predisporre una scheda di valutazione condivisa (DSM/UMEA/Servizi Sociali Territoriali) che deve risultare finalizzata a definire un Progetto Individuale e un programma di intervento che, specificatamente orientato dai bisogni rilevati, preveda anche una precisa tempistica rispetto al monitoraggio del programma e alla sua rivalutazione nel rispetto dell'art.14 della L.328/2000 .

5. RUOLO E FUNZIONI DELL'UMEA

L'UMEA è un servizio sanitario di Area Vasta per l'aiuto alle persone con disabilità fisica e/o intellettiva e/o sensoriale e alle loro famiglie mediante la realizzazione di progetti terapeutici, educativi, riabilitativi, abilitativi e di partecipazione sociale e lavorativa.

Tali progetti, predisposti in base alle caratteristiche e ai bisogni individuali, sono finalizzati a promuovere la maggiore autonomia possibile, la vita indipendente o la permanenza in famiglia e qualora ciò non fosse realizzabile, a favorire l'inserimento in una struttura residenziale adeguata ai bisogni.

L'UMEA è parte della rete dei servizi sanitari e sociosanitari della comunità in cui vivono le persone, si rapporta con le famiglie, con i Comuni associati (ATS) e con i referenti sociali presenti sul territorio (associazioni, gruppi, cooperative sociali, istituzioni, onlus, terzo settore, volontariato e istituzioni varie).

L'impegno dell'UMEA trova espressione:

1. nel coinvolgimento delle persone interessate e delle loro famiglie
2. nell'attivazione di forme di lavoro comune tra soggetti impegnati nel campo della disabilità
3. nell'azione integrata dei servizi a partire dalle situazioni socio-sanitarie più impegnative
4. nello sviluppo di una valutazione più approfondita dei bisogni
5. nella definizione di progetti personalizzati che mettano in gioco tutte le risorse disponibili.

La competenza dell'UMEA riguarda, in particolare, persone adulte che abbiano compiuto il percorso scolastico (sino alla conclusione della scuola superiore) e non abbiano compiuto i 65 anni di età con:

- **disabilità intellettive:** ritardo mentale legato a cause genetiche, lesioni cerebrali dovute a malattie, intossicazioni di varia natura o traumi; (NB - la presenza di valutazioni testistiche di misurazione del Q.I. non sono sufficienti da sole a determinare la diagnosi di disabilità intellettiva che invece necessita di un quadro eziologico che ne individui le cause fisiche oltre a una valutazione globale del comportamento che permetta di comprendere le motivazioni alla base del comportamento disfunzionale).
- **disabilità neuro-motorie:** distrofia muscolare e altre forme di malattie neuro-muscolari legate a cause genetiche, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e altre forme di disabilità neurologiche progressive, paraplegie e tetraplegie, esiti di trauma cranico o di grave cerebro-vasculo-lesione; disabilità insorte in età neonatale e perinatale con cerebro-moto-lesioni;
- **disabilità sensoriali**
- **disabilità** derivanti da patologie invalidanti non psichiatriche insorte in età adulta che limitano la capacità di partecipazione della persona (traipantati, esiti di tumori, cardiopatie, etc.)

6. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE MENTALE

Il DSM partecipa alle valutazioni richieste, individuando ufficialmente uno o più referenti (deve considerarsi al riguardo sempre presente uno psichiatra) che risulta "dedicato" alle attività di collaborazione-consulenza con i referenti UMEA e che provvede, tramite consulenza scritta, alla verifica della eventuale presenza di patologia di rilevanza psichiatrica (nevrosi maggiori, disturbi dell'umore, psicosi, disturbi di personalità, disturbi comunque meritevoli di valutazione) proponendo, in caso affermativo e con la stretta collaborazione degli colleghi, un progetto terapeutico riabilitativo

assistenziale individualizzato; tale progetto dovrà risultare congruo alla ipotesi diagnostica formulata e prevedere tempi e modalità di attuazione.

Nel caso risultino opportuni interventi socio-sanitari integrativi (eventuali co-morbosità rilevate o supposte, bisogni di supporto economico o comunque a carattere sociale), questi dovranno risultare indicati nel progetto, con la specificazione dei tempi e modi di attuazione.

Qualora la rilevanza psichiatrica del caso proposto risulti modesta o nulla, il DSM contribuisce comunque, per quanto di competenza, alla formulazione dell'intervento necessario.

Il referente psichiatra risponde, per conto e nome del DSM, alle richieste di collaborazione - consulenza e dovrà quindi risultare sostituito, quando personalmente indisponibile e adeguatamente supportato per tutte le eventuali problematiche, relative alla operatività di cui sopra.

Nella considerazione del principio della competenza territoriale, si ritiene opportuno che ogni CSM (o ex zona territoriale) proponga un proprio referente per il servizio UMEA.

In caso di conflittualità operative e comunque come regola generale deve, in ultimo, considerarsi quale referente responsabile il direttore dell'U.O.C. e/o del DSM.

7.PRESCRIZIONE NEUROLETTICI ATIPICI

Nel caso di pazienti in carico ai servizi UMEA per i quali sia riconosciuta una competenza psichiatrica e la conseguente necessità di medicazione con neurolettici atipici giova precisare che tale prescrizione, quando effettuata dai competenti DSM, non configura una modificazione della presa in carico già stabilita: la presa in carico del pazienti o comunque l'attribuzione di questi ad un servizio piuttosto che ad un altro deve rispondere ad una valutazione complessiva e attuale dei bisogni di salute che abbia però evidenziato la patologia prioritaria ai fini della realizzazione di un progetto terapeutico individuale congruo e continuativo; tale valutazione deve naturalmente considerarsi sempre dinamica e strettamente vincolata all'eventuale evoluzione del quadro clinico.

8. MODALITA' DI VALUTAZIONE

La valutazione delle situazioni per le quali vi è la presa in carico dei singoli servizi (UMEA, DSM), per le rispettive competenze, viene svolta, secondo le consuete procedure, nei diversi setting in cui i servizi si trovano ad operare. Queste valutazioni saranno utilizzate nel coinvolgimento degli altri servizi.

9. STRUMENTI DI VALUTAZIONE

La valutazione presso i singoli servizi prevede anche l'utilizzo di strumenti psicometrici specifici per l'accertamento della presenza di una condizione di disabilità (ad esempio intellettiva e cognitiva) e di problematiche di tipo psichiatrico. Sulla base della specifica situazione oggetto di esame verranno attivati tutti i percorsi diagnostici e le consulenze specialistiche in ambito sanitario ritenute utili ai fini della valutazione multidisciplinare.

La diagnosi o le diagnosi certificate dal verbale di invalidità civile ai sensi della legge n 118/71 e della legge n104/1992, rilasciato dalle Commissioni Mediche preposte, rappresentano il primo e principale riferimento nosografico da utilizzare.

Sulla base delle valutazioni svolte dai singoli servizi coinvolti, la specifica situazione clinica potrà essere integrata dal punto di vista diagnostico in caso di evoluzioni e/o modificazioni del quadro di base ed eventualmente riconosciuta attraverso nuova certificazione ai sensi di legge.

Le valutazioni espresse devono rispettare il principio dell'intervento multidisciplinare, mirando ad acquisire la multidimensionalità del disagio e senza quindi la pretesa di individuare una unica competenza.

Tutti i bisogni di cura rilevati devono prevedere una risposta nel programma terapeutico; deve inoltre considerarsi la necessità di "valutazioni dinamiche" che prevedano eventuali variazioni della condizione di disagio e le conseguenti opportune variazioni terapeutiche.

10. ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE

L'attivazione del protocollo di collaborazione può avvenire da parte dei servizi coinvolti, previa valutazione della specifica situazione in esame ed individuazione della necessità di richiedere una consulenza o un coinvolgimento in un possibile progetto integrato a favore di utenti che, oltre ad essere portatori di disabilità, presentano anche problematiche di tipo comportamentale/psichico.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, in una situazione multiproblematica quale quella affrontata da questo protocollo, sarà necessario :

1) identificare dei criteri condivisi che consentano di stabilire il servizio che ha competenza prevalente (con individuazione del case-manager) e che rimane titolare della presa in carico con relativi adempimenti (attivazione di presa in carico – modifiche della stessa con relativa gestione economica – cessazione) ed il servizio o i servizi che svolgono un ruolo di consulenza occasionale o continuativa.

2) nel caso di situazioni particolarmente complesse, ove l'attribuzione del servizio competente per la presa in carico risulti non definibile chiaramente, si dispone, in un incontro specifico tra tutti i referenti del gruppo di lavoro (DSM-UMEA), la presa in carico congiunta da parte dei servizi interessati, con attribuzione ai singoli servizi delle relative competenze della presa in carico e della gestione economica della spesa derivante.

Vengono definite di conseguenza due possibili situazioni operative:

A) Segnalazione da parte del Servizio Psichiatrico Territoriale all'UMEA, tramite valutazione scritta del caso, per la richiesta di attivazione di un servizio (indicando la tipologia) o di una presa in carico dell'UMEA o di una presa in carico congiunta.

Valutazione da parte dell'UMEA della presenza dei requisiti previsti (diagnosi certificata/e dal verbale di invalidità civile ai sensi della legge n 118/71 e possesso della certificazione ai sensi dell'articolo 3 della legge n 104/92) e del tipo di intervento richiesto a cui seguirà risposta scritta al DSM per i provvedimenti di competenza.

B) Segnalazione da parte dell'UMEA al Servizio Psichiatrico Territoriale competente, tramite valutazione scritta del caso, per la richiesta di consulenza (diagnostica e/o terapeutica), per la richiesta di attivazione di un servizio (indicando la tipologia) o di presa in carico sanitaria da parte del Servizio Psichiatrico Territoriale o presa in carico congiunta.

Valutazione da parte del Servizio Psichiatrico Territoriale della presenza dei requisiti previsti (diagnosi e tipologia dell'intervento richiesto) per la presa in carico sanitaria e/o sociale del Servizio Psichiatrico Territoriale, a cui seguirà risposta scritta all'UMEA per i provvedimenti di competenza.

A questa prima fase seguiranno, nel caso dell'attivazione di un processo di collaborazione, una serie di incontri tra gli operatori dei servizi per un approfondimento della situazione oggetto di esame e per l'acquisizione di ulteriori informazioni utili alla predisposizione di un progetto (contatti con la persona interessata, familiari o qualsiasi altra figura che possa contribuire a una definizione più completa della situazione, richiesta legge 104/92, etc). La titolarità del caso rimane al servizio cui si è rivolto l'utente e che ha effettuato la valutazione sino ad una eventuale ridefinizione delle stessa, operata in sede di U.V.I. In tale ambito, come successivamente descritto, verranno definiti sia gli interventi più idonei per le situazioni oggetto di esame sia i ruoli (case-manager o consulente) del DSM e dell'UMEA.

Nel caso in cui si verifichi la necessità di attivare un intervento per la presenza di una disabilità, conseguente ad una patologia di competenza dell'UMEA o DSM, in attesa dell'espletamento delle visite necessarie per conseguire la documentazione sopra riferita, verrà ugualmente avviato il progetto di collaborazione tra UMEA e DSM e servizi coinvolti sia nella sua fase di approfondimento sia in quella di valutazione del progetto nell'ambito della UVI.

11. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI INTEGRATI

L'integrazione degli interventi nell'ambito dei progetti di cura dovrà tener conto delle seguenti variabili:

- A) **tipologia dell'intervento** richiesto (sanitario e/o sociale) e risorse necessarie per la sua messa in atto;
- B) **la diagnosi** che ha determinato la richiesta d'intervento;
- C) **individuazione delle patologie che determinano** l'intervento del servizio UMEA e/o DSM.

Sulla base di tale valutazione, i progetti di presa in carico potranno essere indicativamente articolati nelle seguenti modalità:

- 1) **Disabilità di competenza del servizio UMEA associata a sintomi, cluster sintomatologici o disturbi psichiatrici non significativi;** l'UMEA assume alla presa in carico ed è responsabile del progetto sanitario e socio-sanitario, il DSM sarà consulente per interventi sanitari necessari.
- 2) **Disabilità con prevalenza di disturbi psichiatrici;** il DSM assume alla presa in carico e responsabile del progetto socio-sanitario; UMEA consulente per interventi sanitari necessari.
- 3) **Disabilità di competenza del servizio UMEA associata a disturbi psichiatrici significativi**

Attivazione di una presa in carico congiunta in cui devono essere definite:

- l'identificazione del case-manager e del consulente sulla base dell'analisi della specifica situazione clinica;
- l'attribuzione dei costi sulla base dei bisogni di cura e della conseguente utilizzazione di risorse, potrà portare ad una suddivisione diversa nel caso in cui il DSM debba erogare un **intervento a bassa utilizzazione di risorse** (consulenza specialistica) o nel caso il DSM debba erogare un **intervento ad alta utilizzazione di risorse** (presa in carico continuativa sanitaria caratterizzata da monitoraggio

regolare della situazione clinica, eventuale necessità di ospedalizzazione e gestione dei rapporti con strutture residenziali e/o con gli operatori dei servizi di assistenza domiciliare).

Il monitoraggio del progetto di cura integrato sarà garantito da una équipe funzionale, di cui faranno parte gli operatori di entrambe le aree mantenendo i ruoli di case-manager e consulenti precedentemente identificati.

L'applicazione del presente protocollo verrà verificata dopo un periodo di sei mesi dalla sua entrata in funzione, al fine dell'adozione definitiva o della messa in atto di modifiche considerate necessarie e concordate.

12. FORMAZIONE

Si ritiene necessario concordare, al fine di migliorare la comune gestione dell'utente multiproblematico, momenti formativi specifici e comuni tra l'UMEA ed il DSM.

BIBLIOGRAFIA

Cooper SA, Melville CA & Einfeld SL. (2003). Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). J Intellect Disabil Res; 47, Suppl 1: 3-15

Costello H & Bouras N. (2006). Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. Isr J Psychiatry Relat Sci; 43 (4): 241-251.

O'Brien G. (2003). The classification of problem behaviour in Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). J Intellect Disabil Res; 47, Suppl 1: 32-37.

15

Whitaker S & Read S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: an analysis of the literature. J Appl Res Intell Disabil; 19: 330-345.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO: Geneva.

World Health Organization. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO: Geneva.

L. n. 104/92, L. R. 18 del 1996, Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014, PANSM del 22/01/2013, L. 328/2000, DGR 1965 del 12/11/2002.

Piano sanitario regionale e DGR successive

Incontri del Gruppo di Miglioramento ASUR sui rapporti di collaborazione-integrazione tra DSM e UMEA: effettuati presso la Direzione Generale ASUR nelle date: 22.3.2017; 18.4.2017; 16.5.2017; 6.7.2017; 5.9.2017.

Il protocollo, nella stesura sopra riportata, è stato letto ed approvato, con firme di sottoscrizione agli atti, dai referenti dell'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta (UMEA) e dai referenti del Dipartimento per la Salute Mentale (DSM) di ogni Area Vasta, i cui nominativi sono di seguito indicati:

Dr Leonardo Badioli, Drssa Valeria Beltutti, Drssa Patrizia Topi, Dr Mario Pettinelli, Drssa Daniela Latini, Drssa Francesca Minzioni, Dr Gialuigi Pauri, Dr Massimo Mari, Drssa Maria Carla Pierpaoli, Dr Francesco Saracino, Drssa Adriana Magnarini, Drssa Antonella Agostinelli, Drssa Marialisa Sampaolo, Drssa Simona Sabbatini, Dr Angelo Meloni, Drssa Anna Filomena Annessi, Drssa Marina di Giantomasso, Dr Stefano Nassini, Drssa Sandra Bartolucci, Drssa Mara Palmieri, Dr Michele Tomassini, Dr Marco Giri; Dr Vinicio Alessandrini, Dr AngeloMarco Barioglio, Drssa Antonietta Vincenzoni, Dr Giovanni Picchiotti, Dr Paolo Pedrolli.

Ancona, 22 luglio 2018

