

Raccomandazioni per l'ammissione in Clinica psichiatrica cantonale (CPC) di persone con Deficit intellettivo e/o Disturbi dello spettro autistico con comorbidità psichiatrica

Versione 2.0, dicembre 2023

L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) in collaborazione con le seguenti organizzazioni:

Fondazione ARES Autismo Risorse e Sviluppo

ASI Autismo Svizzera Italiana

Atgabbes

ATIS Associazione ticinese degli istituti sociali

Pro Infirmis Ticino e Moesano

Ufficio degli invalidi, Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Al gruppo di lavoro, diretto dalla Dr.ssa med. Raffaella Ada Colombo, Direttore medico della CPC di Mendrisio, hanno collaborato:

Patrizia Berger, Presidente ASI Autismo Svizzera Italiana

Claudio Cattaneo, Direttore, Fondazione ARES

Magda Chiesa, Direttore delle cure OSC

Ursula Dandrea, Caposervizio Ufficio degli invalidi

Davide Daniele, Segretario d'organizzazione, Atgabbes

Danilo Forini, Direttore, Pro Infirmis Ticino e Moesano

Claudio Naiaretti, (ATIS), Direttore, Fondazione San Gottardo

Anna Romanens, Direttrice, Istituto Miralago

Dr. med. Mauro Semini, specialista FMH in Psichiatria e psicoterapia, psicoanalista didatta presso il C.G. Jung Institut di Zurigo

A partire dal 2015, su invito della Clinica psichiatrica cantonale, grazie alla proposta del Dr. med. Mauro Semini e di ARES, già intercorsa dal 2013, è stata avviata un'importante riflessione sul tema dei ricoveri di persone che presentano un deficit intellettivo e/o disturbi dello spettro autistico con comorbidità psichiatrica.

Al gruppo di lavoro, di cui è responsabile la Dr.ssa med. Raffaella Ada Colombo specialista in Psichiatria e psicoterapia FMH, Direttore medico della CPC, hanno partecipato l'Ufficio degli invalidi, ATIS, Pro Infirmis, Atgabbes, ARES, ASI e il Dr. med. Mauro Semini specialista FMH in Psichiatria e psicoterapia, psicoanalista didatta presso il C.G. Jung Institut di Zurigo.

***Obiettivo** del gruppo di lavoro è stato quello di organizzare l'accompagnamento della persona alla degenza in ambito stazionario nel modo più consono ai suoi bisogni e alla sua situazione di vita e di ambiente, definendo al meglio, per quanto possibile e dato alle singole parti coinvolte, un procedere condiviso e volto al miglioramento costante tenute in considerazione le criticità che potrebbero emergere in un momento di vita acuto e di sofferenza. Elemento imprescindibile; infatti, è che si sia attenti ai prodromi di un malessere psichico che non deve diventare acuto ad un tale grado da indurre scelte terapeutiche che, in virtù della proporzionalità rispetto alla sintomatologia, debbano essere vissute come troppo incisive, seppur necessarie al momento.*

Il documento, quindi, che ne è scaturito è frutto della riflessione realizzata con lo scopo di:

- collaborare con la rete nell'ottica della prevenzione e gestione dell'emergenza di sintomatologia acuta psichiatrica che richiede un'ospedalizzazione in ambito stazionario psichiatrico;*
- ridurre le criticità che possono accompagnare le ammissioni in CPC e ottimizzare i benefici per i pazienti, nel rispetto dei loro bisogni e della centralità diagnostica e di accoglienza all'interno dei piani terapeutici ed assistenziali adeguati al singolo caso;*
- valorizzare la comunicazione e la collaborazione della rete a favore del paziente durante la degenza, permettendo a tutte le figure coinvolte nella presa in carico di equilibrare i singoli interventi e trattamenti di cura che si auspica siano il più personalizzati possibili;*
- rafforzare al momento della dimissione dalla CPC i benefici ottenuti nel corso del ricovero del paziente, a medio e lungo termine, in vista della riammissione in struttura o del rientro in famiglia.*

È importante segnalare che queste raccomandazioni sono state elaborate prettamente ad uso istituzionale proprio perché descrivono l'operatività concreta che si dispiega nei momenti principali di una degenza in ambito stazionario acuto.

*Esse definiscono i criteri di procedimento per la **Presegnalazione**, per l'**Ammissione e Degenza** e per la **Dimissione**. Vogliono essere uno strumento di accompagnamento i cui effetti verranno costantemente valutati e i contenuti regolarmente aggiornati in funzione del raggiungimento degli obiettivi prefissati.*

Le raccomandazioni entrano in vigore con l'inizio del 2022, dopo essere state presentate e discusse con gli attori e la rete coinvolta.

1. PRESEGNALAZIONE

- 1.1. Fatte salve le condizioni di urgenza, occorre privilegiare la presegnalazione (alcuni giorni prima dell'ammissione tramite il Centro di contatto dell'OSC, telefono 0848 062 062) prima che l'emergenza diventi urgenza non differibile. Ciò permette di evitare ricoveri con Ordine medico (ex ricovero coatto) e di pianificare l'accoglienza dell'utente nel reparto (UTR) previsto. È possibile attivare, se richiesto e se del caso, da parte della CPC una consulenza effettuata dagli psichiatri dei SPS territoriali dell'OSC.
- 1.2. Inviare, nel corso della presegnalazione, la richiesta di ricovero redatta da un medico con specificati:
 - diagnosi e terapia farmacologica in atto /allergie farmacologiche;
 - comorbidità somatiche;
 - precedenti ricoveri in ambito specialistico somatico e/o psichiatrico;
 - presenza di Direttive anticipate (stilate da persone con capacità di discernimento).
- 1.3. Fornire una corretta informazione della rete relazionale del paziente: situazione familiare e figure di riferimento in ambito familiare, rappresentante terapeutico del paziente se nominato, presenza o meno di una curatela e, se presente, specificare il tipo di curatela
- 1.4. La rete professionale già attiva nell'accompagnamento del paziente ha la responsabilità di definire **una coordinatrice o un coordinatore**.¹
Il coordinatore è tenuto a produrre alla CPC una copia di un documento di svincolo dal segreto medico (vedi allegato) sottoscritto in ordine di priorità da:
 1. il paziente;
 2. il curatore generale;
 3. l'ente di provenienza (di principio in caso di collocamento residenziale) o la famiglia (di principio in caso di collocamento diurno).

Il coordinatore accompagna il ricovero in tutte le sue fasi e:

- a) si assume l'impegno di attivare e coinvolgere la rete sociale e medica;
- b) si assume l'impegno di facilitare la comunicazione, far passare le informazioni;
- c) si assume l'impegno di far emergere e comunicare alla CPC il motivo e l'obiettivo del ricovero, perché si è arrivati ad una situazione di emergenza e cosa ci si prefigge tramite l'ammissione in clinica.

La CPC collabora con questa figura grazie allo svincolo.

Di principio, se il paziente vive in un istituto per invalidi (casa con occupazione, foyer, appartamento protetto), il coordinatore è un operatore della struttura.

Di principio, il ruolo di coordinatore è assunto da un professionista che informa attivamente e coinvolge i familiari e i rappresentanti legali.

In ogni caso, il familiare rappresentante terapeutico della persona con disabilità mantiene la facoltà di accesso diretto a tutte le informazioni a carattere medico assistenziale.

¹ Denominato in seguito per facilità di lettura nella forma maschile

2. AMMISSIONE E DEGENZA IN CPC

- 2.1. Al momento dell'ammissione è necessario che il paziente sia accompagnato da una persona di riferimento che conosca bene le sue abitudini, che possa facilitare e mediare l'impatto ambientale durante il momento di accoglienza in CPC.
- 2.2. Se il paziente è seguito da una struttura per invalidi (in internato o anche diurna), un operatore designato dalla struttura fornirà entro 48 ore, tramite un incontro con la CPC, tutte le informazioni (se utile anche per iscritto) necessarie per poter impostare un piano assistenziale individualizzato mirato ed efficace: abitudini della persona, tipo di approccio relazionale comunicativo, modalità di gestione delle attività al fine di non stravolgere la sua quotidianità e permettere il rientro il prima possibile nei suoi contesti di vita.
- 2.3. La CPC, con il sostegno del coordinatore identificato dalla rete professionale esterna, convoca entro la prima settimana di degenza una riunione in cui si valutano i bisogni della persona e le risorse attivabili (in clinica, tramite il personale dell'istituto, servizi esterni, famigliari) per elaborare un piano terapeutico condiviso.
- 2.4. Per garantire lo svolgimento di attività particolari e il mantenimento di abitudini di vita e competenze che la CPC non potrebbe garantire in acuto, a supporto di risorse supplementari attivate dalla CPC, è possibile prevedere la presenza puntuale di operatori di una struttura per invalidi (soprattutto in situazione di presa a carico residenziale diurna e notturna) valutando i bisogni e le risorse dell'Istituto inviante.
- 2.5. Tale supporto puntuale potrebbe essere concordato tramite delle figure familiari (se presenti) o tramite servizi esterni di accompagnamento.
- 2.6. Tempi e pianificazione del supporto puntuale di operatori di una struttura per invalidi sono da concertare a seconda dei bisogni dei pazienti.
- 2.7. Occorre stabilire contatti e incontri regolari tra l'équipe curante e gli operatori dell'Istituto inviante per valutare il raggiungimento di obiettivi di cura ed elaborare il progetto di dimissione condiviso anche con il paziente.

3. DIMISSIONE

La dimissione è parte importante del processo di collocamento in CPC. Dall'uscita si riparte infatti con il progetto di vita ordinario sottoposto a stimoli ed ambienti diversi da quelli vigenti durante il ricovero. È quindi importante curare questo momento con tutti gli attori della rete in funzione del decorso del ricovero e parallelamente dello sviluppo della situazione esterna.

- 3.1. Al raggiungimento degli obiettivi definiti e concordati con la CPC al momento dell'ammissione (punto 1.4.c del capitolo Presegnalazione) si avvia il processo di dimissione.
- 3.2. La CPC organizza con i diversi attori coinvolti (tra cui i rappresentanti legali e i famigliari) la dimissione tramite il coordinatore identificato dalla rete professionale esterna.
- 3.3. Al momento della dimissione deve essere svolto un incontro di rete nel quale vengono trasmesse le informazioni sulle terapie e su eventuali monitoraggi da svolgere.
- 3.4. La CPC invia al medico curante un rapporto di dimissione.

- 3.5. Se necessario, l'OSC (CPC, Servizi psico-sociali e Servizi medico-psicologici) resta a disposizione durante i primi tempi dopo il ricovero attraverso una consulenza in modo da limitare l'ipotesi di un nuovo collocamento in urgenza a breve termine.
- 3.6. Nelle situazioni che necessitano un cambio di Istituzione, terminata la fase acuta stazionaria in CPC, il paziente viene riaccolto dall'istituzione inviante in attesa del trasferimento. In questo periodo resta valido il punto 3.7.
- 3.7. È importante ricordare il ruolo, definito anche dalle disposizioni di legge in vigore, dell'istituzione inviante nel trovare un'alternativa, coinvolgendo da subito il supporto del servizio di coordinamento dell'Ufficio degli invalidi.