

Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 41 11
fax +41 91 814 44 35
e-mail can@ti.ch
web www.ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor
Raoul Ghisletta
Deputato al Gran Consiglio

Interrogazione 22 dicembre 2020 n. 156.20

È sempre garantita la presa a carico territoriale dei pazienti con problematiche psico-sociali?

Signor deputato,

rispondiamo come segue ai quesiti posti dalla sua interrogazione.

- 1. Conferma che il personale socio-sanitario degli SPS deve recarsi a domicilio su richiesta dei familiari di persone con problemi psico-sociali, in modo che esso possa, nel limite del possibile, prenderlo a carico sul territorio ed evitare un ricovero in Clinica? In che misura e perché ciò non avviene sempre? Quali sono i protocolli in vigore?**

L'obiettivo principale della presa in carico è guarire il paziente psichiatrico o ridurre al massimo la sofferenza, rispettivamente la sintomatologia psichiatrica, al fine di garantire una buona qualità di vita e la massima autonomia, favorendo l'integrazione sociale. Occorre mettere a disposizione degli strumenti specifici di cura, sia al momento della crisi acuta, in certe situazioni anche tramite le visite domiciliari da parte delle équipe interdisciplinari o, dove necessario, a mezzo di un ricovero preferibilmente a domicilio del paziente ("home treatment") o in una clinica psichiatrica.

Qualsiasi persona affetta da un disturbo psichiatrico è di principio capace d'intendere e volere e decide di regola autonomamente se e da chi essere seguita. Le prese in carico a domicilio sono, nella maggior parte dei casi, proposte ai pazienti che le accettano volontariamente.

Certamente i famigliari rappresentano spesso una risorsa importante per la cura psichiatrica dei pazienti, ma la legge non attribuisce loro il diritto di richiedere interventi contro la volontà del soggetto affetto da disturbo psichiatrico.

I Servizi psico-sociali (SPS) comunque si impegnano a rispondere a richieste di sostegno dei famigliari di persone affette da disturbo psichiatrico a domicilio, nel rispetto del quadro legale e proponendo, dove non è possibile l'intervento diretto, delle alternative. In questi casi forniscono ai famigliari le indicazioni necessarie per attivare la presa in carico più opportuna in funzione della sintomatologia.

Alcuni disturbi psichiatrici sono però caratterizzati da una ridotta o assente critica di malattia, ciò che determina una diffidenza nel sistema di cura, se non addirittura il rifiuto della presa in carico. In questi casi può rivelarsi impossibile ottenere il consenso del paziente e occorre, come ultima ratio, attivare i servizi di soccorso pre-ospedaliero ed eventualmente le forze dell'ordine per situazioni acute o segnalare la persona all'Autorità regionale di protezione (ARP) per situazioni croniche.

Interventi a domicilio o sul territorio senza il consenso del paziente possono quindi essere erogati solo su decisione delle autorità civile o penale e, in casi rari, ricorrendo al trattamento ambulatoriale coatto prescritto da un medico psichiatra.

La politica sanitaria dell'OSC, ancorata alla LASP, mira al mantenimento il più possibile della persona nel suo contesto e a curare il disagio o il disturbo laddove si manifesta. In tal senso quindi, per tutti i pazienti già noti all'Organizzazione, l'intervento territoriale rappresenta la priorità e la prima opzione.

Di regola si favorisce l'autonomia della persona affetta da disturbo psichiatrico, sia per quel che concerne la scelta dell'équipe psichiatrica, sia per ciò che riguarda il luogo di cura. Come negli altri ambiti della medicina, si ricorre alle prestazioni a domicilio solo laddove non sia possibile per ragioni cliniche o d'altro tipo, che il paziente si rechi presso gli studi medici o presso gli ambulatori. Vi sono comunque molte situazioni in cui le prestazioni, soprattutto quelle infermieristiche, sono erogate anche a domicilio, laddove sia utile una valutazione sulle risorse del paziente o serva un'attività di psico-educazione o di sostegno alle attività di vita quotidiana. La riabilitazione passa anche attraverso questo tipo di attività che possono essere favorite dall'intervento nel contesto di vita del paziente. Inoltre, il medico psichiatra si avvale della valutazione dell'infermiere svolta a domicilio sulle condizioni di vita del paziente, sulla qualità delle sue relazioni familiari, sulla sfera della cura di sé, della sua gestione del tempo, delle sue relazioni sociali. Il progetto terapeutico tiene conto anche di queste dimensioni.

Per pazienti con situazioni cliniche ad elevata complessità, caratterizzate da un importante quadro psicopatologico, accompagnato da un marcato disagio e disadattamento sociale ("heavy users"), per poter privilegiare anche in situazioni critiche l'offerta in cure territoriale, l'OSC mette a disposizione il servizio dei Progetti complessi che interviene per favorire la prevenzione e la gestione della crisi, i progetti riabilitativi e l'integrazione nel territorio.

2. Conferma che prima di un ricovero alla CPC un paziente in linea di massima deve essere stato preso in carico dal personale degli SPS? In che misura e perché ciò non avviene sempre?

In psichiatria si favorisce un intervento precoce o addirittura preventivo per scongiurare il più possibile decorsi sfavorevoli o scompensi acuti ed evitare di dover ricorrere a prese in carico stazionarie. Prima quindi di un ricorso alla Clinica psichiatrica cantonale (CPC), idealmente un paziente dovrebbe essere preso in carico da un servizio territoriale, coerentemente con quanto espresso alla risposta precedente.

La possibilità di seguire questo percorso dipende però molto dalle situazioni cliniche. Vi sono degli scompensi acuti o delle situazioni di crisi gravi, che irrompono in modo molto repentino nella vita di una persona, che richiedono un intervento non erogabile da un

servizio territoriale, e che comportano di conseguenza il ricovero in Pronto Soccorso. Da qui la persona è valutata dallo psichiatra dell'OSC al Pronto Soccorso che deciderà se la situazione clinica sia compatibile con un rientro a casa e con la presa a carico da parte di un servizio territoriale o se sia necessaria l'ospedalizzazione. Ovviamente, con persone già note e a carico dei servizi, l'intervento ambulatoriale è sempre la prima scelta ed è finalizzato anche a cogliere i segnali precoci di riacutizzazione, per prevenire gli scompensi conclamati e la necessità di un ricovero.

Non tutte le persone che soffrono di una forma disagio o di disturbo psichico sono però prese in carico dai SPS. Molti pazienti si riferiscono a specialisti privati e non sono conosciuti dai Servizi OSC.

3. Conferma che occorre fare in modo che il paziente ricoverato in Clinica mantenga il contatto con il personale degli SPS? Come viene favorito questo contatto tra il paziente e gli SPS? In che misura e perché ciò non avviene sempre?

Il lavoro in rete è un cardine importante della filosofia del lavoro e delle prassi dell'OSC. Lo scambio tra terapeuti della CPC e quelli degli SPS è regolare. Ciò è facilitato dalla suddivisione dei Servizi OSC secondo una logica territoriale, mantenuta anche all'interno della Clinica. Questa organizzazione favorisce il passaggio di comunicazione, la conoscenza del territorio e delle sue risorse di rete formali ed informali.

Gli scambi con i colleghi del territorio sono frequenti e due volte al mese avviene un incontro in CPC fra operatori del territorio e operatori dei reparti di riferimento. Mediamente le degenze in CPC sono relativamente brevi (circa tre settimane). Alla dimissione il paziente ha sempre già fissato un appuntamento con il suo terapeuta di riferimento del territorio. Anche durante il periodo della degenza, il contatto con i terapeuti del territorio resta costante. Al di là degli incontri predefiniti menzionati sopra, sono organizzate ad hoc delle riunioni di progetto o di discussione dei diversi casi, in collaborazione con gli attori della rete.

4. Conferma che al momento della dimissione del paziente dalla CPC la Clinica deve informare i SPS per garantire la continuità terapeutica? In che misura e perché ciò non avviene sempre? Quali sono i protocolli in vigore?

Per ogni paziente, se il medico della CPC è stato svincolato dal segreto medico da parte del paziente, non solo viene contattato l'SPS di competenza, il medico psichiatra curante o in certi casi i servizi per le dipendenze, ma viene fissato un appuntamento per una visita medica qualche giorno dopo la dimissione dalla CPC (vedi risposta 3). Dopo la prima valutazione, il medico definirà, con la partecipazione attiva del paziente e di eventuali altri membri dell'équipe, il piano terapeutico e si valuterà quali altre figure terapeutiche rientreranno nell'offerta di cure del paziente (infermiere, assistente sociale, psicologo, animatore). Per favorire la continuità delle cure, nel caso in cui il paziente non si presenta all'appuntamento all'SPS, viene chiamato dal medico destinato alla presa in carico.

Come spiegato nella risposta alla domanda 1, solo in casi eccezionali esiste un obbligo di farsi prendere in carico da uno psichiatra e solo in questi casi è possibile la cura contro la volontà della persona interessata.

5. Esiste un coordinamento sistematico fra CPC, SPS, Home Treatment e Progetti complessi? In che misura e perché il coordinamento non avviene sempre? È auspicabile creare un'unità di coordinamento per migliorare la presa a carico territoriale dei pazienti con problematiche psico-sociali?

Come già indicato al punto precedente, ogni paziente seguito dall'OSC dispone di un piano terapeutico che viene allestito dal medico psichiatra che, di conseguenza, è il coordinatore della presa in carico psichiatrica interdisciplinare.

Durante i ricoveri lo psichiatra mantiene il contatto con il paziente direttamente, rispettivamente tramite l'apposita riunione tra SPS e CPC che ha luogo ogni due settimane in CPC. Il coordinamento della presa in carico, a cui l'OSC attribuisce grande importanza, si esplicita inoltre, a seconda delle singole situazioni personali, coinvolgendo pure il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), l'équipe dei Progetti complessi o quella di Home treatment (HT). È attivo altresì un coordinamento regolare a cadenza mensile dei quadri di tutte queste istanze. Per le ragioni sopra esposte non si ritiene necessaria un'apposita unità di coordinamento.

Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a 4 ore.

Voglia gradire, signor deputato, i sensi della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente



Manuele Bertoli

Il Cancelliere



Arnolfo Coduri

Copia:

- Direzione del Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Direzione OSC (dss-osc@ti.ch)