

Ob. 3 - Aree di alta integrazione. Rapporto Dipartimento di Salute Mentale / Distretti¹

(anziani, handicap, medicina di base e specialistica, doppia diagnosi, minori ed adolescenti, consultori)

La psichiatria è per definizione una disciplina di confine. Ogni intervento in questo settore, se non vuol limitare la propria efficacia, deve necessariamente tener conto di un contesto generale, disciplinare ed operativo, ampio e coinvolgente più attori.

Risulta immediatamente evidente che l'integrazione operativa socio-sanitaria non può che essere uno degli obiettivi strategici prioritari del Dipartimento di Salute Mentale. In questo contesto il ruolo giocato dal Distretto Sanitario è centrale. Il distretto infatti è per definizione il crocevia delle politiche per la salute di un determinato territorio e la sua capacità d'interfacciarsi con tutti gli altri servizi sanitari e sociali è la variabile determinante di successo.

Il presente documento costituisce un primo nucleo di protocolli operativi, frutto di un lavoro collettivo, destinato a fungere da punto di riferimento operativo ed organizzativo per gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e per gli operatori dei distretti sanitari. S'intende che questo prodotto costituisce solo un primo passo verso la costituzione di una prassi integrata di tipo collaborativo che possa consolidarsi stabilmente.

Le aree d'alta integrazione sono sei:

1. Anziani
2. Handicap
3. Medicina di base e specialistica
4. Doppia diagnosi
5. Minori ed adolescenti
6. Consultori

Per ogni area d'integrazione sono definiti diversi settori d'azione entro cui far rientrare l'ampia casistica sinora riscontrata. È evidente che quanto qui riportato non può esaurire la casistica e che in futuro ogni ulteriore apporto, derivante da una pratica costruttiva, sarà il benvenuto in un'ottica di miglioramento progressivo della qualità del servizio erogato all'utenza.

I protocolli identificano dei percorsi virtuosi, condivisi e riconosciuti tali, che hanno la finalità di migliorare l'efficacia dell'intervento (esiti) attraverso il corretto impiego delle risorse disponibili (efficienza).

1 - Programma integrato per far fronte ai problemi di salute delle persone anziane

Obiettivi

Ottimizzare in questo settore, cruciale per l'intera città e per l'azienda sanitaria, l'impiego delle risorse esistenti, riducendo al minimo il ricorso a misure invalidanti e controproducenti dal punto di vista della salute del soggetto anziano (ricoveri ospedalieri impropri o eccessivamente prolungati, ricorso alla casa di riposo, istituzionalizzazione). Corretto impiego della risorsa psichiatrica ai fini diagnostici, farmacoterapeutici, prognostici e d'indirizzo operativo.

I Servizi di Salute Mentale sono chiamati da agenti di contatto diversi a prestazioni che hanno in buona parte il carattere di consulenza, dove la richiesta d'intervento può provenire dall'U.V.D¹, o dal Medico di Medicina Generale, o dal nucleo familiare /careers o dai Servizi Sociali comunali.

Settori d'intervento

1. Consulenza distrettuale /MMG

La consulenza, effettuata dal medico specialista, ha lo scopo di valutare le condizioni psicopatologiche e sociali di soggetti la cui assistenza è prestata con diversi gradi di continuità dai careers o dalla struttura ospitante (casa di riposo, reparto ospedaliero) ed ha la finalità di:

- individuare un approccio psico-farmacologico corretto, se necessario, a specifici disturbi psichici e/o del comportamento²;

¹ Unità di Valutazione Distrettuale

² Descriviamo le condizioni più frequentemente incontrate in consulenza:

1. **Pazienti con disturbo dell'umore e (possibile) scarso screezio psicorganico** (ad es. note di vasculopatia cerebrale), in cui il deterioramento mentale resta para-fisiologico considerata l'età del soggetto; si tratta di solito di soggetti già con anamnesi positiva in disturbo dell'umore, in cui la condizione di istituzionalizzazione in casa di riposo ha riattivato vissuti di perdita e di abbandono.

- elaborare un programma di sostegno alle dinamiche familiari attraverso colloqui con uno o più componenti del gruppo familiare per favorire il miglioramento delle relazioni.
- fornire un parere specialistico ai fini di una valutazione complessiva del progetto abilitativo e/o riabilitativo di ciascun anziano.

Di norma l'esito dell'intervento, la riduzione degli eventuali effetti indesiderati delle terapie e quant'altro, vanno poi rinviati ai richiedenti (U.V.D. e M.M.G.) che restano i titolari del progetto terapeutico e come tali hanno inteso avvalersi di un parere specialistico.

Il Centro di Salute Mentale garantisce la continuità terapeutica ai soggetti già noti od in carico al servizio attraverso visite infermieristiche di verifica e di supporto.

Presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Trieste è attiva, dal settembre 2000, l'Unità di Valutazione Alzheimer come definita dal Progetto Cronos, promosso dal Ministero della Salute. La sua finalità è quella di fornire gratuitamente i farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi in una prima fase della cura e valutare il prolungamento nei periodi successivi. Il M.M.G., che individua il deficit cognitivo nella fase iniziale, dovrebbe presentare la richiesta alla valutazione sia diagnostica che dell'opportunità della terapia farmacologica alla Clinica Psichiatrica o al Distretto che è già informato e attivo intorno a questa procedura.

2. Consulenza / familiare (carico, rete, supporto)

La visita specialistica di consulenza può anche essere effettuata su richiesta dei familiari o di altre figure di sostegno. Gli operatori del servizio valutano la situazione attraverso colloqui con i caregivers e con quanti vivono nel contesto sociale della persona segnalata. Il servizio può mettere in atto azioni per sostenere e migliorare la rete sociale dell'anziano al fine di favorirne la vita e le relazioni sociali. Ciò deve avvenire in accordo con il M.M.G. e l'U.V.D. a cui vanno segnalati i casi visti in consulenza. Ove fosse necessario il M.M.G. e l'U.V.D. restano titolari del progetto terapeutico riabilitativo.

Ove se ne scorga la necessità l'anziano viene inserito nei programmi comuni di prevenzione o in progetti d'area come "Amalia" il cui scopo è quello di interrompere l'isolamento e stimolare un miglioramento della vita dell'anziano, individuando ogni tipo di bisogno della persona al fine di rimuovere le cause che determinano il disagio. In particolare quest'anno si integrerà con il progetto di ricerca – intervento Alzheimer, operante dal novembre 2001 e che ha come obiettivo specifico l'attivazione di reti di sostegno dei caregivers.

3. Consulenza in caso di "crisi" (Emergenza, 118, ricovero ospedaliero) non esclusa la "presa in carico" in caso di scompenso.

La richiesta di visita specialistica di consulenza spesso può attivarsi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in relazione ad "emergenze sanitarie" e/o alla necessità di fornire un sostegno all'eventuale ricovero in un reparto ospedaliero dell'anziano e/o in relazione ad eventi di vita che comportano per l'anziano problemi gravi relativi all'abitare, lutti o malattie invalidanti dei familiari o di altre figure di sostegno.

La richiesta di visita specialistica di consulenza avviene in relazione ad un disturbo arrecato alla vita comunitaria e/o familiare e da turbe del comportamento. In prima battuta, l'intervento è effettuato dalle agenzie dell'emergenza (118) e può esitare in un contatto con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove viene effettuata la consulenza dal medico presente nell'Unità Operativa. Talora l'esito della consulenza determina l'accoglimento presso il Diagnosi e Cura stesso o presso il Centro di Salute Mentale competente per un opportuno monitoraggio della terapia farmacologica finalizzata al superamento della crisi per la normalizzazione del comportamento e/o della relazione in famiglia o nella comunità.

Successivamente alla consulenza, alcune situazioni, laddove sia presente una storia psichiatrica pregressa, hanno richiesto la presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale. Il programma terapeutico riabilitativo così attivato fornisce un'assistenza specialistica psichiatrica in aggiunta o in temporanea sostituzione a quella generica apportata precedentemente dalla famiglia o dalla struttura ospitante ed ha previsto forme di accoglimento semi residenziale e residenziale presso strutture del Dipartimento di Salute Mentale quali il Centro di Salute Mentale competente o il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Criticità

2. **Pazienti con disturbo psichiatrico di vecchia data**, con scarsa o nulla rete sociale, che sono stati collocati in casa di riposo per ragioni assistenziali; si tratta per lo più di condizioni psicotiche stabilizzate, per cui si può porre ad es. diagnosi di psicosi residua, che sono spesso note ai C.S.M. e per le quali talvolta è opportuno rifare il punto data la discontinuità del rapporto terapeutico
3. **Pazienti con condizioni assimilabili a demenza vascolare** Si tratta di pazienti che presentano un deterioramento mentale di solito con progressione irregolare e capricciosa, "a scalini", con confabulazioni, fasi confusionali specie serali-notturne con disorientamento totale, e talora caratteristico "DELIRIUM" con dispercezioni anche visive. Spesso questi pazienti tendono a presentare comorbidità con condizioni mediche quali cardiopatia sclerotica, ipertensione e/o diabete, di cui la consulenza psichiatrica dovrà necessariamente tenere conto e quindi articolarsi coi trattamenti medici in corso.
4. **Pazienti con demenza senile tipo Alzheimer**. Qui la diagnosi clinica va posta sulla base della sintomatologia tipica (soprattutto deficit della sfera cognitiva, del linguaggio e delle prassie) e del decorso; la TAC o RM documentano un'atrofia cerebrale con ampliamento dei ventricoli e degli spazi pericerebrali. Può a volte insorgere una sintomatologia psichiatrica nelle fasi iniziali con caratteristiche psicotiche (ideazioni deliranti) e/o affettive (depressione) o nelle fasi di stato in relazione al deterioramento della personalità; vi può essere agitazione con turbe comportamentali. Tali sintomi rappresentano sicuramente aspetti secondari anche se possono costituire un serio problema di gestione.
5. **Pseudodemenze** Si presentano più raramente e per esse occorre una valutazione diagnostica differenziale accurata; tendono a rientrare sostanzialmente nel primo gruppo sopra citato.

Le modalità d'intervento dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale descritte sopra (punti 1, 2 e 3) incontrano alcuni nodi problematici:

- l'eterogeneità dei soggetti richiedenti, che divengono committenti dell'intervento, con obiettivi spesso diversi e non sempre allineati tra loro e con l'anziano;
- la richiesta scatta spesso in relazione ad un allarme già "montato" che assume il nome di disturbo psichico e spesso è rappresentato da condotte considerate anomale, più che da necessità di valutazione, di verifica e di impostazione di un programma terapeutico;

Viene prodotta una richiesta indifferenziata di normalizzazione di comportamenti legati a condizioni diverse; essa può essere sostenuta o meno da patologie di base in cui la componente di stretto interesse psichiatrico varia enormemente. In qualche caso la domanda allude a bisogni più allargati che richiederebbero riflessioni ed interventi sulle modalità organizzative dell'assistenza prestata nelle case di riposo.

Proposte operative

1. Riattivazione del Forum Anziani Aziendale. Deve aprirsi alle realtà del volontariato, del privato sociale, dell'associazionismo per iniziare dei discorsi e dei ragionamenti comuni sulle risposte che la nostra città dà agli anziani.
2. Accreditamento. Rispetto alla questione delle case di riposo non si ritiene più accettabile la mera "autorizzazione" attuale ma bisogna giungere all'identificazione di criteri per l'accreditamento.
3. Creazione di un'équipe mista per la residenzialità e la deistituzionalizzazione formata da un operatore infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale, da un operatore dell'Équipe di Valutazione Geriatrica che insieme al MMG svolgano un'attività di consulenza agli operatori della struttura residenziale ai fini di promuovere e favorire la gestione quotidiana di talune problematiche emergenti nella vita comunitaria anche con lo scopo di attivare un cambiamento/miglioramento istituzionale. L'attivazione dell'équipe può avvenire attraverso le figure che fanno parte dell'équipe stessa, sollecitate da interventi precedentemente effettuati che abbiano messo in luce nodi problematici relativi alle modalità dell'assistenza, al rapporto con il territorio, a pratiche farmacologiche che richiedono una revisione, ecc.
4. Disincentivare l'abitudine che alcune case di riposo hanno di proporre un medico unico per gli ospiti, che così perdono il loro referente sanitario storico.

2 - Sostegno nella comunità di persone con handicap psicofisico

Obiettivi

Costituire e rendere operativa una rete di sostegno per i soggetti adulti portatori di handicap psicofisico. Ottimizzare l'impiego delle risorse in questo settore caratterizzato da una grande dispersione di enti ed agenti spesso scarsamente coordinati fra loro.

Settori d'intervento

1 Counseling distrettuale attivato dal Servizio di Riabilitazione Distrettuale.

La richiesta di visita specialistica di consulenza, effettuata dallo psichiatra, con o senza altri operatori del servizio, ha lo scopo di valutare le condizioni psicopatologiche e psico sociali di soggetti la cui assistenza è prestata con diversi gradi di continuità dall'équipe dell'Unità Operativa di Riabilitazione distrettuale. Tale consulenza affronta tre grandi aree problematiche:

- La terapia farmacologica,
- Le dinamiche familiari,
- La consulenza specialistica nell'équipe multidisciplinare.

La consulenza ha lo scopo di:

- individuare un approccio psico-farmacologico corretto, se necessario, agli specifici disturbi psichiatrici e/o del comportamento con monitoraggio dei farmaci nel tempo;
- elaborare un programma di sostegno alle dinamiche familiari attraverso colloqui con uno o più componenti del nucleo familiare per favorire il miglioramento nelle relazioni.
- fornire un parere specialistico, in sede d'Équipe Multidisciplinare, ai fini di una valutazione complessiva del progetto abilitativo e/o riabilitativo di ciascun portatore di handicap.

Al fisiatra del distretto, titolare del progetto terapeutico riabilitativo, che come tale, si avvale del parere di uno specialista (psichiatra) va inviato l'esito della consulenza.

2 Counseling / familiare (carico, rete, supporto):

La richiesta di visita specialistica di consulenza, effettuata dallo psichiatra, con o senza altri operatori del servizio, attraverso colloqui con i caregivers e con quanti vivono nel contesto sociale esteso (al di là della famiglia) ha lo scopo di sostenere e migliorare la rete sociale del portatore di handicap al fine di favorire la vita, le relazioni sociali e le opportunità.

Le aree problematiche in tal caso sono:

- Attivazione rete sociale;
- Sostegno individualizzato ai caregivers

Tutto ciò per sostenere lo svolgimento del progetto terapeutico riabilitativo formulato dall'Équipe Multidisciplinare e, ove ne fosse la necessità, alla luce di nuove valutazioni, di permettere una discussione di verifica e variazione del progetto originario in sede d'Équipe.

3 Procedure per fare fronte alla "crisi" (Emergenza, 118, ricovero ospedaliero) non esclusa la "presa in carico" da parte del Centro di Salute Mentale

Talora la richiesta di visita specialistica di consulenza può avvenire in relazione ad un disturbo arrecato alla vita comunitaria e/o familiare, da condotte particolarmente moleste o da turbe del comportamento vere e proprie. Le aree problematiche su cui il personale del Dipartimento di Salute Mentale è chiamato ad intervenire in questi casi sono:

- Episodi di scompenso;
- Emergenze sanitarie;
- Eventi di vita con difficoltà relative all'abitare e altro;

. In prima battuta, l'intervento, può essere effettuato dalle agenzie dell'emergenza (118) e può esitare in un contatto con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove viene effettuata la consulenza dal medico presente in tale Unità Operativa. L'esito della consulenza può determinare l'accoglimento nel Centro di Salute Mentale competente o presso il Diagnosi e Cura stesso, per il monitoraggio della terapia farmacologica finalizzata alla normalizzazione del comportamento e/o della relazione in famiglia o nella comunità.

La richiesta di visita specialistica di consulenza può attivarsi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in relazione ad "emergenze sanitarie" e/o alla necessità di cure mediche specifiche ed invasive quali per es. bonifica ortodontica, esami specialistici, con lo scopo di *collaborare* ad una opportuna sedazione del portatore di handicap e/o di fornire un sostegno all'eventuale suo ricovero in un reparto ospedaliero.

Alcune situazioni che debbono essere considerate eccezionali - in relazione ad eventi di vita che comportano per il portatore di handicap problematiche gravi relative all'abitare quali lutti o malattie invalidanti dei careers - hanno determinato la presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale con un ricovero finalizzato a dare una risposta all'emergenza ed all'eccezionalità della situazione in attesa di un adeguato provvedimento del Servizio d'area competente del Comune di Trieste.

4 Programmi residenziali e di deistituzionalizzazione

Infine talora la richiesta di collaborazione è relativa a programmi a termine medio-lungo, come sono quelli residenziali. In tal caso le aree d'intervento riguardano:

- Il sostegno specialistico;
- La supervisione nella struttura residenziale.

La richiesta di consulenza presso strutture residenziali deputate all'accoglimento di portatori di handicap trova spesso la sua motivazione nella necessità di un intervento terapeutico psico farmacologico che attraverso la risoluzione di elementi psicopatologici specifici possa favorire l'abitare e l'esperienza di vita comunitaria.

Eccezionalmente s'è resa necessaria da parte dello specialista psichiatra un'attività di consulenza sotto forma di supervisione agli operatori della struttura residenziale ai fini di promuovere e favorire la gestione quotidiana di talune problematiche emergenti nella vita di comunità.

Criticità

Le procedure d'intervento del Dipartimento di Salute Mentale nei confronti di persone adulte portatrici di handicap fin qui esposte permettono una discussione su alcune aree di criticità che verranno di seguito evidenziate.

❖ *Counseling distrettuale attivato dal Servizio di Riabilitazione Distrettuale.*

Lo psichiatra del Centro di Salute Mentale viene chiamato a consulenza dal fisiatra dell'Unità Operativa di Riabilitazione distrettuale che a tutt'oggi è responsabile in tema di handicap quindi non dovrebbe mai avere un ruolo di regia nella gestione delle singole situazioni. Tuttavia, nei casi in cui prevale nel portatore di handicap una disabilità di tipo psichico, tale ruolo viene di fatto svolto dallo specialista psichiatra chiamato in consulenza e questo riconoscimento, ambiguo dal punto di vista organizzativo, fa sì che tutto il carico gravi sul Centro di Salute Mentale che di fatto diventa il referente unico per il caso in questione.

Inoltre, allo stato attuale, per omologare nelle singole Unità Operative in materia di handicap, si avverte la necessità di un ufficio, in sede distrettuale o non, in cui personale ad hoc svolga attività di:

- coordinamento degli interventi sia sanitari che d'integrazione tra enti diversi (A.S.S. – Comune);
- archiviazione almeno della documentazione cartacea relativa ai pazienti portatori di handicap;
- punto d'accoglienza della domanda dei famigliari, dei careers o dei cittadini.

❖ *Counseling / familiare (carico, rete, supporto):*

Nel rapporto terapeutico di sostegno con i familiari spesso emergono esigenze di risposte, da parte dell'istituzione, molto concrete tra le quali occupano un ruolo di primo piano l'inserimento lavorativo (in regime di borsa di lavoro e non) e le strutture residenziali per il "dopo di noi". Da ciò la necessità di organizzare gruppi di lavoro anche a carattere formativo "inter-enti" per far fronte a questo tipo di domande.

❖ **Procedure per fare fronte alla “crisi” (Emergenza, 118, ricovero ospedaliero) non esclusa la “presa in carico” da parte del Centro di Salute Mentale:**

La mancanza di continuità nella gestione e supervisione del progetto abilitativo e riabilitativo del portatore d'handicap determinata da un lato dall'ambiguità dell'attuale organizzazione dall'altro dalla necessità di risorse che la complessità della materia spesso richiede, spesso produce il verificarsi di situazioni d'emergenza che potrebbero non essere tali ove vi fosse una presa in carico senza smagliature. Questo accade soprattutto in riferimento a progetti residenziali che diventano vere e proprie emergenze in caso di assenza o di eventi famigliari importanti che interessino i careers e/o i famigliari e che in qualche caso esitano in accoglimenti “impropri” presso i servizi del Dipartimento di Salute Mentale.

❖ **Programmi residenziali e di deistituzionalizzazione:**

Facendo seguito al punto sopra esposto sarebbe auspicabile un'ottimizzazione delle risorse residenziali già esistenti e la creazione di una “joint venture”, tenendo conto delle rispettive specifiche responsabilità e dei rispettivi mandati tra l'A.S.S. ed il Comune di Trieste per la progettazione di nuove strutture residenziali o per l'attivazione presso quelle già esistenti di un piccolo numero di posti letto che svolgano funzioni di foresteria o dove possano essere accolti i portatori d'handicap che per problematiche famigliari e/o relazionali non è opportuno continuo la permanenza nell'attuale struttura.

Sarebbe inoltre opportuno che l'accoglimento nella struttura residenziale avvenisse alla luce di un maggiore scambio d'informazioni tra gli operatori dell'assistenza e della sanità al fine valutare accuratamente la congruità della struttura onde evitare, per quanto possibile, inserimenti destinati al fallimento.

❖ **Programmi comuni di prevenzione (comune e azienda):**

Infine sarebbe utile istituire in un prossimo futuro specifici corsi di formazione da parte degli enti locali per gli operatori che a vario titolo si occupano dell'handicap, in cui diverse figure professionali, del Dipartimento di Salute Mentale oltre che partecipare alla formazione, possano portare il proprio contributo tenendo conto della preparazione acquisita “sul campo” in tema di disturbo psichico.

Analogo discorso può valere nel confronto della creazione di gruppi di sostegno psico educativi ai familiari che potrebbero avvalersi con le opportune modifiche dei programmi oramai da anni avviati nel Dipartimento di Salute Mentale.

Proposte operative

Il Dipartimento di Salute Mentale ha avviato (ed in futuro intende ulteriormente sviluppare) la discussione sulle attuali procedure d'intervento del Dipartimento di Salute Mentale nei confronti di persone adulte portatrici di handicap psicofisico. Si ritiene di fondamentale importanza la creazione di un “tavolo” permanente di incontro e dibattito tra tutti gli attori coinvolti nel settore dell'handicap, ivi inclusi settori appartenenti ad altre amministrazioni pubbliche (Comuni) ed al privato sociale (Cooperative, associazioni, fondazioni ...)

3 - Migliorare i programmi di lavoro comune con i MMG

Obiettivi

Questo protocollo si pone l'obiettivo generale di facilitare l'accesso alle cure mediche delle persone con disturbo mentale e favorire programmi per la prevenzione e l'affrontamento del disagio psichico nella popolazione generale.

Il settore appare d'importanza strategica a causa della centralità che ha assunto il ruolo del MMG nelle politiche di salute per la comunità.

Il presente lavoro continua ed amplia l'esperienza fatta negli anni scorsi con il Progetto aziendale “M.M.G. tutor di salute per le persone con disturbi psichiatrici severi”.

In sintesi gli obiettivi sono:

- Facilitare l'accesso alle cure mediche delle persone con disturbi psichiatrici severi.
- Favorire l'organizzazione di programmi di prevenzione.
- Favorire l'intervento più adeguato in quelle situazioni "miste" (doppia diagnosi, anziani, minori in famiglie problematiche) nelle quali attivare il coordinamento di diversi servizi (C.S.M., D. Dipendenze, Unità O. Minori e Adolescenti, Specialisti distrettuali, Consulenti famigliari, A.D.I., Servizio sociale di base) e di altri Enti (Associazioni, Comunità, Fondazioni).
- Stimolare l'intervento in rete.
- Facilitare l'intervento in tutte quelle situazioni di sofferenza che portano all'evoluzione di un quadro clinico invalidante per la persona e la famiglia.

Settori d'intervento

Il Protocollo, che nasce dal lavoro congiunto di operatori del D.S.M. e di alcuni Medici di Medicina Generale, prevede due distinti livelli d'intervento:

➤ **Progetto A**

Riguarda la creazione di percorsi facilitati per favorire l'accesso alle cure mediche delle persone con disturbi psichiatrici severi. Il protocollo prospetta una razionalizzazione delle modalità di collaborazione già in atto, nello sforzo di arrivare ad una metodologia di lavoro diffusamente operativa. Gli obiettivi specifici di tale settore d'intervento sono:

- Creazione di canali d'accesso che favoriscano l'accesso dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici, soprattutto se accompagnati dagli operatori dei C.S.M., negli ambulatori dei M.M.G.;
- Semplificazione delle modalità di comunicazione delle emergenze sanitarie e delle indicazioni prescrittive da parte del M.M.G.;
- Attivazione del distretto e dell'assistenza domiciliare del Comune a fianco e a sostegno di programmi integrati.

➤ **Progetto B**

Il Progetto B consiste in un percorso di approfondimento specialistico specifico per MMG, sia per quanto attiene le patologie minori, così frequenti ai giorni nostri, sia per quanto riguarda il riconoscimento precoce dei disturbi mentali severi.

Gli obiettivi specifici in questo settore sono:

- miglioramento della capacità di affrontamento dei disturbi mentali da parte del MMG specie per quanto attiene le patologie minori e le più frequenti
- potenziamento delle capacità di riconoscimento precoce delle patologie più gravi (psicosi) che beneficino grandemente in termini prognostici della “early detection”.

Criticità

Le criticità riscontrate nella realizzazione di questo protocollo sono legate ad alcuni fattori oggettivi difficilmente superabili. La dimensione urbana della provincia di Trieste favorisce una grande dispersione geografica dei MMG e quindi la moltiplicazione dei punti di riferimento per gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e dei Distretti. Infatti si riscontra una situazione nettamente più favorevole nei piccoli comuni ove il MMG è un riferimento più diretto per la comunità e laddove è stato sviluppato un ambulatorio di distretto (Muggia).

Altro elemento critico, di carattere soggettivo, è senz'altro la grande variabilità comportamentale riscontrata nel corso degli anni da parte dei MMG. Accanto a casi assolutamente encomiabili per comunione d'intenti e per capacità di collaborazione finalizzata al benessere dell'utenza, si sono dovuti riscontrare spesso anche molti casi di indifferenza e di resistenza alla creazione di un clima collaborativo.

Proposte operative

Protocollo A

- Pianificazione delle visite ambulatoriali su appuntamento, delle visite domiciliari congiunte, di visite presso il C.S.M.
- Semplificazione della scheda prescrittiva e definizione del piano “di salute” per i soggetti interessati
- Identificazione degli operatori referenti della persona per il contatto diretto con il M.M.G.

Protocollo B

- Incontri periodici (bimestrali) di consulenza e discussione con i M.M.G. nel Distretto con i quali favorire:
 - La discussione sui casi in comune
 - La consultazione su alcune situazioni cliniche problematiche.
- Organizzazione degli ambulatori distrettuali con i quali favorire la più adeguata utilizzazione dell'ambulatorio distrettuale per quanto riguarda:
 - la consultazione,
 - l'intervento precoce,
 - la segnalazione e la prevenzione,
 - l'integrazione,
 - la tutela della salute dei pazienti con disturbi psichiatrici severi.
- Incontri di valutazione del Progetto nell'ambito del Distretto con gli interlocutori privilegiati (referenti distrettuali dei M.M.G., dell'A.D.I., dei Servizi e dei Servizi sociali del Comune).
- Formazione SIMG dedicata alle finalità del Progetto.
- Diffusione della “Guida ai servizi”.

4 - Presa in carico di persone con “doppia diagnosi” (dipendenza & disturbo mentale)

Obiettivi

Obiettivo del presente protocollo è il miglioramento delle cure per i pazienti “a doppia diagnosi”.

Ai fini del presente protocollo si definiscono i seguenti criteri diagnostici (tratti dall'ICD 10) per l'individuazione dei casi c.d. “a doppia diagnosi”, sui quali concordano gli operatori del DSM e del DD e che prevedono l'impegno di entrambe le Strutture Operative:

- a. presenza di disturbo mentale severo (identificato nelle aree diagnostiche della schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti; delle sindromi affettive; delle sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare) e/o grave disturbo di personalità (paranoide, schizoide, emotivamente instabile), che sia ritenuto o si sia già rivelato a rischio elevato di scempenso per le patologie di cui in (a).
- b. sindromi e disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe legali – in particolare alcool, stimolanti, sedativi e ipnotici – ed illegali – in particolare oppioidi e cannabinoidi, cocaina, allucinogeni e droghe

sintetiche), in condizioni di intossicazione acuta, sindrome di dipendenza, stato di astinenza, sindrome psicotica, sindrome o disturbo psichico residuo o da uso tardivo.

Settori d'intervento

❖ Presa in carico integrata

Il caso può essere segnalato e riferito da operatori di ciascuno dei due Dipartimenti (o da U.O. appartenenti strutturalmente al Distretto Sanitario) e va valutato sul piano diagnostico e psico-sociale congiuntamente secondo le modalità di volta in volta concordate, verificando la concordanza della valutazione.

La formulazione di un programma terapeutico (che viene riportato per iscritto su una apposita scheda di progetto) avviene in partenariato tra entrambi i servizi prevedendo l'impiego di loro risorse differentemente graduate a seconda del bisogno dell'utente. Si promuove la costituzione di un piccolo gruppo di lavoro per la presa in carico integrata composto da operatori dei due servizi che nomina al suo interno un coordinatore del caso (case-manager) non medico appartenente al servizio segnalante, che ha il compito principale di verificare l'andamento del programma, assistito ed eventualmente sostituito da un vice-coordinatore dell'altro servizio.

Il Distretto Sanitario, in particolare quando ci siano disabilità fisiche o psichiche (con il coinvolgimento dell'U.O. Riabilitazione), problemi familiari o coinvolgenti minori (con il coinvolgimento dei consultori o delle UO. Bambini ed Adolescenti), o rilevanti patologie organiche ad andamento subacuto o cronico in atto (di concerto col Medico di Medicina Generale del paziente), deve contribuire a predisporre percorsi diagnostico-terapeutici integrati anche di natura specialistica con l'attivazione di canali preferenziali. Può pertanto individuare operatori che integrino il gruppo di lavoro del DSM e del DD. Esso potrà altresì facilitare nella propria sede il coordinamento col Servizio Sociale di base sul caso. E' prevista l'istituzione di una scheda di progetto congiunta, utile alla valutazione ed alla registrazione degli interventi, a scopi di documentazione e di ricerca epidemiologica.

In ogni fase è comunque previsto l'impiego di risorse integrate tra i due servizi, fino al superamento dell'episodio di cura e a decisioni in merito al prosieguo successivo.

A risoluzione di un episodio, o al più tardi entro tre mesi dall'inizio del programma, è prevista una valutazione degli esiti da parte del piccolo gruppo di lavoro e la formulazione di un piano a più lungo termine, che preveda follow-up e interventi di natura riabilitativa e di reintegrazione sociale, e, che, qualora cessino le caratteristiche di "doppia diagnosi", potrà essere anche affidato ad uno solo dei due servizi.

E' preferibile che dopo la risoluzione di uno stato di intossicazione da sostanze si proceda ad una rivalutazione psichiatrica per l'eventuale presa in carico di più lungo periodo in caso di disturbi psichiatrici rilevanti che dovessero persistere anche al cessare dell'uso di sostanze.

Per la disintossicazione programmata può essere prevista, in alternativa al ricovero ospedaliero ed allo scopo di limitarne l'uso, l'accoglienza in prima battuta presso le strutture e le sedi attrezzate del DD in ospitalità diurna o diurno-notturna, ed in seconda battuta o in alternativa presso il CSM con impegno di risorse di supporto del DD.

L'utilizzo di trattamenti protratti con metadone va valutato congiuntamente.

Qualora nel piano a più lungo termine sia previsto l'inserimento in una qualunque comunità, è prevista la compartecipazione alle spese del programma con le risorse proprie da parte delle due S.O.

❖ Interventi sull'acuzie e sulle urgenze

Per i casi acuti o comunque urgenti, il tempo in cui si attiva l'attenzione e si realizza la prima valutazione ed il primo contatto congiunto deve essere il più breve possibile e preferibilmente entro le 24 ore.

Data la particolare collocazione strategica del SPDC nel circuito dell'urgenza, si ritiene indispensabile rendere operante il gruppo strategico per:

- ⇒ attivare una rilevazione aggiornata del carico dei casi, di competenza del DD, sostenuto nel corso dell'anno 2001 dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
- ⇒ valutare l'opportunità d'integrare una quota parte – ad esso commisurata – di reperibilità notturne e festive, che sia gestita da dirigenti medici del DD.

Va sottolineato che la presenza di una sindrome psicotica acuta, a prescindere da valutazioni se essa sia primitiva o secondaria ad uso di sostanze, determina l'immediata attivazione di modalità di gestione della crisi a domicilio, in day hospital o in ospitalità diurno-notturna al CSM, o in ambito ospedaliero a seconda delle opportunità valutate concordemente.

Criticità

La collaborazione tra i due Dipartimenti si fonda sul principio di reciprocità, ovvero su un impegno equo e bilanciato delle risorse e dei servizi prestati e sulla mutualità del supporto in particolare in situazioni critiche.

Tale collaborazione si realizza non soltanto tramite la messa in comune di risorse e di competenze preesistenti delle Strutture Operative del DSM e del DD (anche prevedendone l'incremento qualora risultassero insufficienti), ma anche tramite lo sviluppo di una nuova cultura terapeutica che, superando rigidità e deleghe irrazionali, sia fondata sulla sostanziale vicinanza, sussidiarietà ed inter-sciambiabilità tra figure professionali equivalenti appartenenti alle due S.O. in un'area di confine del disagio psico-sociale in particolare dei giovani (ad esempio per quanto riguarda la diagnosi e la prescrizione di terapie farmacologiche; la capacità di nursing e di assistenza anche intensiva e di intervento sulla crisi; i programmi di reintegrazione sociale, la capacità di lavoro sociale sul caso e quant'altro).

Si ritiene utile a tali scopi individuare un gruppo strategico sperimentale composto da operatori di entrambi i servizi che, pur non detenendo deleghe particolari al trattamento, è volto a promuovere la collaborazione e l'avanzamento delle conoscenze e delle competenze teorico-pratiche nonché la maturazione di un atteggiamento aperto e collaborante in entrambe le S.O. e negli altri servizi del territorio, ed a verificare l'attuazione del presente protocollo.

Proposte operative

In questo quadro sono previste specifiche attività di aggiornamento professionale obbligatorio, a forte impatto applicativo e pragmatico, per operatori di entrambe le S.O. ed eventualmente dei Distretti e dell'Azienda Ospedaliera ove ritenuto utile.

Sono previsti interventi congiunti di prevenzione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri servizi sanitari e sociali, nelle scuole ed in altre situazioni di vita comunitaria del territorio, riguardanti in particolare l'interazione tra l'uso di droghe e l'incidenza della psicosi e dei disturbi mentali severi nei giovani.

Ciascun Distretto Sanitario, nel rispettivo bacino d'utenza, è tenuto a svolgere un ruolo di catalizzatore del programma stabilito con la presa in carico integrata, nonché di eventuale sede di parte degli interventi e delle riunioni operative (vedi in seguito). Sui casi particolarmente complessi esso attiverà l'Ufficio Bisogni Speciali ove presente. Il Distretto è chiamato altresì a partecipare alle attività di cui ai punti precedenti (gruppo strategico, aggiornamento professionale e prevenzione ed educazione sanitaria).

Attuazione del protocollo

L'attivazione del presente protocollo è subordinata a successivi incontri con il Dipartimento delle Dipendenze e con i Distretti sanitari allo scopo di raggiungere un accordo su tutti i punti elencati, e comunque essa si dovrà realizzare non oltre il 31 marzo 2002.

La verifica dell'attuazione sarà effettuata dal "gruppo strategico" composto da operatori del DSM, del DD ed eventualmente dei Distretti Sanitari secondo le modalità che verranno stabilite.

5 - Situazioni a rischio di sviluppare disagio/malattia psichica in minori conviventi in nuclei famigliari di cui uno o più giovani adulti entrino in contatto con il Dipartimento di Salute Mentale e/o vengano presi in carico dello stesso e relative procedure di segnalazione ai servizi distrettuali competenti per l'età evolutiva (UOBA)

Obiettivi

L'obiettivo di fondo è quello di favorire programmi di prevenzione primaria e di diagnosi precoce del disagio psichico nell'infanzia ed adolescenza mediante:

- ❖ il miglioramento dell'azione di rilevazione ed identificazione di situazioni per i minori a rischio conviventi in nuclei familiari di cui uno o più adulti entrino in contatto con il DSM e/o vengano presi in carico dallo stesso;
- ❖ il miglioramento dell'operatività integrata tra DSM e UOBA, a partire dalla modalità di segnalazione degli eventuali casi identificati fino alla modalità di partecipazione a progetti condivisi sullo stesso nucleo familiare.

Il presente documento è il risultato momentaneo, quindi perfettibile, dell'esperienza d'intreccio tra DSM e UOBA svoltesi negli ultimi tre anni con gli obiettivi aziendali; esperienza che ha posto fin dall'inizio l'accento sul duplice ruolo di prevenzione e di sostegno del Dipartimento di Salute Mentale.

Settori d'intervento

Individuazione di situazioni a rischio

La rilevazione viene fatta su tutti quegli adulti che, entrando in contatto con il Dipartimento di Salute Mentale, vengano presi in carico a breve o a lungo termine.

La rilevazione viene fatta a prescindere dall'inquadramento diagnostico dell'adulto, non essendoci al momento alcun rilievo univoco che metta in relazione certa una diagnosi psichiatrica definita con il rischio in questione.

La rilevazione

La rilevazione si articola in

- attori
- luoghi
- strumenti
- dati / elementi da rilevare

Attori

I gruppi identificati in ogni singola UO per la specifica funzione sono costituiti dalle diverse figure professionali, dirigenti e non. Si è tenuto conto infatti di quanto sia necessario in questo ambito un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale ed inoltre dell'opportunità che ciascun soggetto del gruppo diventasse promotore e divulgatore di esperienze acquisite nei confronti dei propri colleghi all'interno della UO stessa.

Si considera attore/trice della rilevazione qualsiasi operatore/trice qualificato/a del UO che nel corso della sua attività entri in contatto con giovani adulti con prole. Lo/la stesso/a deciderà se procedere da solo/a oppure in collaborazione con altri profili professionali.

Luoghi

Uno qualsiasi dei luoghi tipici dell'incontro tra UO ed utente richiedente o utente segnalato /inviato.
Colloquio/colloqui preliminari alla presentazione/individuazione del problema fino all'eventuale presa in carico.
Visita o visite domiciliari di primo contatto, di verifica, di conoscenza dell'ambiente,
Consulenza richiesta da agenti diversi (ospedale, MMG. Distretto, etc.)

Strumenti

❖ **Intervista, ascolto, osservazione.**

L'articolazione di tali strumenti dovrà estendersi a punti specifici dai quali derivare descrizioni delle relazioni all'interno del nucleo (distinzione dei ruoli, climax, livelli di solidarietà e compartecipazione, situazione economica). Va data considerazione positiva al fatto che tali ambiti vengano descritti in modo autonomo, senza necessità di sollecitarli.

❖ **Alleanza terapeutica**

Si intende quella relazione tra utente ed uno o più operatori/trici del Servizio nella quale si attua un equilibrio tra il principio di beneficiabilità (dovere per il medico ed altri operatori/trici qualificati di promuovere il bene dell'utente) ed il principio d'autonomia (dovere per il medico ed altri operatori/trici qualificati di rispettare, promuovendola, la libera e responsabile volontà dell'utente, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutici ed all'espressione del consenso fino alla protesta del rifiuto).

Relazione che comprende quindi, oltre alla cura, anche il prendersi cura dell'utente e dell'ambiente in cui vive.

Senza alleanza terapeutica, qualsiasi intervista, ascolto, osservazione, per quanto attenti e ragionati, saranno inconcludenti, perché insufficienti di per sé a far partecipare consapevolmente l'utente alla rilevazione. Il costituirsi inoltre di un'alleanza terapeutica è essenziale per fare emergere una domanda ancora inespressa e fare esprimere quel consenso che è punto qualificante dell'attuazione di una presa in carico.

Dati / elementi da rilevare

- ❖ Assenza di partecipazione empatica a quanto viene riferito dei propri figli/figlie o fratelli e/o sorelle;
- ❖ Assenza di condivisione partecipata a momenti ritenuti significativi (pasti, momento del congedo prima della scuola, compiti scolastici, tempo libero, etc.);
- ❖ Presenza di grosse difficoltà economiche;
- ❖ Presenza nella descrizione offerta di elementi disarmonici od inadeguati rispetto all'età, alle singole fasi di sviluppo psicomotorio, affettivo e/o relazionale;
- ❖ Presenza di aree di conflittualità tra gli adulti significativi e/o di condizione di separazione conflittuale tra coniugi;
- ❖ Chiusura al mondo circostante del nucleo familiare;
- ❖ Presenza o sospetto della stessa di condizioni di tendenza all'abbandono, maltrattamento, abuso, perpetrati direttamente sul minore o su altra persona del nucleo.

I suddetti elementi si possono distinguere tra minori (i primi tre) e maggiori (gli ultimi quattro).

L'interpretazione dei dati

Da quanto premesso si potranno rilevare le condizioni seguenti:

- condizioni non a rischio
- condizioni a rischio
- condizioni da monitorare

Si ritiene sufficiente per definire una condizione a rischio la presenza di un solo dato/elemento maggiore oppure, in assenza di elementi maggiori, la compresenza dei tre elementi minori.

La rilevazione di uno o due elementi minori identifica una condizione da monitorare.

Proposte operative

Operatività Integrata D.S.M. – U.O.B.A.

Qualora si rilevino le condizioni definite:

- condizioni a rischio
- condizioni da monitorare

la costituzione dell'alleanza terapeutica è atto necessario e preliminare alla segnalazione alla Struttura Distrettuale competente in quanto:

- permetterà l'accettazione consapevole alla segnalazione stessa;
- assicurerà fin dall'inizio un ruolo attivo dei componenti della famiglia in eventuali progetti terapeutico-riabilitativi.

Nella segnalazione si realizza uno snodo cruciale in termini operativi dell'integrazione tra Servizi; essa è infatti un atto complesso che comprende in sé:

- la messa in contatto dell'utente con un Servizio diverso;
- il passaggio e/o condivisione di competenza;
- l'eventuale avvio di un progetto riabilitativo.

Le modalità di segnalazione corrisponderanno alla richiesta di incontro tra D.S.M., persona/e coinvolta/e e U.O.B.A. e avrà caratteristiche precise a seconda delle condizioni rilevate.

Condizioni da monitorare

L'incontro con l'U.O.B.A. dovrà:

- confermare o meno la valutazione fatta;
- e/o definire la titolarità del monitoraggio ed i tempi dello stesso.

L'incontro va svolto nei 7 giorni successivi al consenso dell'adulto e va programmato in presenza dell'adulto stesso.

Condizioni a rischio

La segnalazione corrisponderà anche in questi casi alla richiesta di un incontro che si svolgerà secondo i tempi, i modi ed i luoghi di seguito definiti:

➤ **Tempi:**

L'incontro dovrà svolgersi entro le 48 h successive al consenso dell'adulto e va programmato in sua presenza;

➤ **Modi:**

si ritiene appropriato che l'incontro in questo tipo di condizioni si svolga alla presenza dell'operatore/trice segnalante; ciò al fine di:

- soddisfare il bisogno della persona coinvolta di avere un sostegno rappresentato dall'operatore/trice con il/la quale si è fatta già una parte del percorso terapeutico;
- costituire un continuum dell'alleanza terapeutica tra gli operatori/trici già incontrati e quelli che si vanno ad incontrare, funzionale sia che si definisca un passaggio netto di competenza, sia che si intraprenda un lavoro integrato;
- poter stabilire già nella sede dell'incontro un programma con obiettivi chiari, condivisi dai soggetti della famiglia coinvolti e suddivisi nelle competenze, qualora si definisca una compartecipazione di competenze.

➤ **Luoghi :**

- C.S.M. o luogo identificato dalla U.O.B.A., a seconda vi sia o meno una presa in carico da parte del D.S.M.;
- domicilio del nucleo familiare, qualora in corso di rilevazione emerga il ragionevole dubbio che il minore abbia già sviluppato una condizione di disagio/disturbo psichico.

Lo svolgimento dell'incontro a domicilio ribadisce la centralità dell'utente (adulto o minore che sia), il ruolo attivo dei componenti familiari coinvolti e rappresenta inoltre un buon osservatorio per individuare, oltre i fattori di rischio, anche quelli di protezione che potrebbero coesistere.

Criticità

Si elencano di seguito dei punti che si ritiene necessario sviluppare nel corso del processo d'integrazione tra i due Servizi in oggetto e che si riferiscono ai programmi, alla definizione di competenze ed alla presa in carico di adolescenti e di pazienti in fascia di età "di confine"

- trovare modalità idonee al coinvolgimento diretto ed attivo degli adolescenti, ricercandone il consenso e dando loro credito (la voce degli adolescenti è ancora troppo spesso quella degli operatori/trici);
- informazione nelle scuole e nei luoghi degli adolescenti di quali servizi esistano a cui poter accedere direttamente in caso di bisogno;
- trovare modalità di accesso più agili della domanda da parte degli adolescenti ai loro servizi, tenuto conto del fatto che in linea di massima gli orari di questi ultimi coincidono con quelli scolastici e/o lavorativi;
- il tempo di risposta alla domanda dovrebbe essere coerente con la fase evolutiva di chi la esprime.

6 - Qualificazione in ambito distrettuale dei programmi "Donna e Salute mentale"

Obiettivi

Il *Progetto Donna Salute Mentale* si pone come obiettivo prioritario quello di programmare e svolgere percorsi ed attività di prevenzione del disagio psichico e promozione di salute per le donne, rivolgendo un'attenzione più specifica ad alcune aree a rischio di particolare fragilità della donna. Si rivolge quindi con particolare attenzione ad alcune aree di "confine": passaggi fisiologici nell'arco della vita della donna, donne maltrattate, donne migranti, carico familiare per le donne ed altro, là dove emergano fragilità e disagio o dove lo scarso riconoscimento dei diritti di cittadinanza genera malessere. Aree che più di altre necessitano, per una più completa risposta, di un intreccio tra le competenze di servizi diversi e dell'utilizzo, ove possibile, di risorse auto organizzate del territorio (associazioni, gruppi di donne, ecc.).

L'obiettivo s'inserisce in una continuità di azioni che vedono impegnato il Dipartimento di Salute Mentale a costruire relazioni e scambi con i distretti.

L'area Consultorio/Salute Mentale Donna è stata individuata, tra le altre, come area di necessaria integrazione ed intorno a questa sono state attivate risorse specifiche e sono in corso sperimentazioni di concreta integrazione. In particolare il luogo della sperimentazione di alcuni dei programmi si colloca in Androna degli Orti, 4 sede del Consultorio Familiare del Distretto 2, del Percorso Nascita, del Progetto Donna Salute Mentale, dell'Associazione Culturale di Volontariato di donne "Luna e l'altra" e del progetto "Stella polare".

Settori d'intervento

1. Sensibilizzazione all'accoglienza delle donne maltrattate

Il progetto prevede la sensibilizzazione e la stimolazione all'attenzione da parte dei servizi dell'emergenza (Pronto Soccorso) nell'accoglienza rivolta alle donne maltrattate. Ciò per migliorarne la qualità, per fornire alle donne che hanno subito violenza un più adeguato supporto e per dare informazioni circa possibili percorsi di sostegno da attivare. La necessità di tale azione prende le mosse da un'indagine realizzata nel 1994 dall'Università degli Studi di Trieste e dal progetto Salute Donna, dalla quale risultava che 47 donne al mese ricorrono alle cure del pronto soccorso a causa di subiti maltrattamenti e dalle sollecitazioni di alcune operatrici che hanno partecipato ad un progetto formativo "Centro antiviolenza per donne" gestito dall'ENAIIP con il partneriato dell'associazione Luna e L'altra, rivolto ai servizi socio/sanitari.

2. Disturbi del comportamento alimentare: costituzione di un punto di riferimento.

Il diffondersi dei disturbi legati al comportamento alimentare pone la necessità di elaborare risposte alla crescente domanda, per lo più di tipo medicale, nella direzione di costruzione di percorsi di salute che, riconoscendo la complessità della questione, affrontino il disagio nella sua interezza. Si tratta di un problema che sottende un malessere profondo le cui radici sono da ricercare in problematiche che coinvolgono non soltanto fattori fisici e psichici, intesi come disturbi della persona che ne soffre, ma coinvolge fattori culturali ben più ampi che riguardano la famiglia, l'immagine del proprio corpo e come questa viene proposta e condizionata dalla società, le problematiche dell'adolescenza.

Affrontare queste problematiche a partire da un unico servizio rischia di dare risposte restrittive troppo specialistiche, inadeguate alla complessità della situazione mentre la collaborazione di più competenze e servizi, che affrontino la questione a partire da ottiche e modalità di approccio differenti, può meglio garantire una risposta più articolata e quindi più vicina all'articolazione del bisogno.

In questa direzione si è costituito, in Androna degli orti 4, un punto di riferimento per i disturbi del comportamento alimentare, che vede coinvolte, in un gruppo di lavoro a carattere multidisciplinare, operatrici di: Clinica medica, Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Trieste, Dipartimento di Salute Mentale, Consultorio del secondo distretto.

3. Preparazione di una mappa di operatrici di riferimento nei diversi servizi sociosanitari che pongono particolare attenzione al disagio femminile.

Proposte operative

Sensibilizzazione all'accoglienza delle donne maltrattate

Avviamento, nell'ambito di programmi specifici, di una collaborazione, che coinvolga il Servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ai fini di offrire un'accoglienza più attenta ed informata alle donne maltrattate che si rivolgono al servizio dell'emergenza perché bisognose di cure mediche.

Incontri tra i soggetti coinvolti che portino all'individuazione delle azioni necessarie. Accordi con il Pronto Soccorso di Cattinara per avviare lo stesso percorso.

Organizzazione di una stanza di accoglienza per un ascolto più tranquillo e discreto in un locale attiguo al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore nel quale si alterneranno, al bisogno, le operatrici e gli operatori dei servizi coinvolti.

Organizzazione di un breve percorso di formazione per le operatrici e gli operatori del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura finalizzato a fornire a quanti sono coinvolti alcune indicazioni e suggerimenti di base per un adeguato approccio alle donne maltrattate.

Attivazione di un iniziale sistema informativo per il monitoraggio dell'entità del problema e per ottenere strumenti di valutazione circa i possibili sviluppi che il progetto potrà assumere.

Attivazione di una rete integrata tra servizi che affrontano tali problematiche, in particolare con l'associazione GOAP³ che gestisce a Trieste il Centro antiviolenza di Via della Fornace, 3.

La sede di Androna 4 si pone, proprio in quanto sede sia del Consultorio che del Progetto Donna Salute Mentale, come luogo di ascolto delle donne che, avendo subito maltrattamenti e violenza, necessitano di un più specifico supporto psicologico e/o ginecologico avvalendosi inoltre di un lavoro già avviato di stretta collaborazione con il GOAP e con altri servizi utili a differenziare ed articolare risposte per le donne che esprimono il disagio.

Disturbi del comportamento alimentare

La proposta operativa si concretizza nella creazione di un luogo di accoglienza della domanda e di elaborazione della stessa. Un tanto mettendo in parallelo tutte le differenti competenze al fine di ottenere risposte che forniscano alle donne che esprimono tale disagio informazioni, indicazioni di percorsi, proposte terapeutiche e contatti con altri servizi del territorio.

³GOAP è l'acronimo di Gruppi Operatrici Anti Violenza e Progetti

Parte integrante del progetto è l'elaborazione di percorsi che, nella direzione di un discorso di prevenzione, diano informazioni sulle abitudini alimentari e sugli stili di vita; attivino processi di sensibilizzazione e di rete, attraverso adeguate informazioni e percorsi di formazione, degli operatori/trici del territorio, in particolare i M.M.G. Si ritiene importante anche una raccolta dati per monitorare l'entità del problema.

Mapa di operatrici di riferimento

Intento del progetto è migliorare l'accessibilità ai servizi del territorio per le donne utenti dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale, facilitare l'uso delle risorse che questi offrono e migliorare la qualità delle cure e delle risposte dei servizi. Ciò è perseguito attraverso l'individuazione all'interno di ogni servizio un'interlocutrice - operatrice chiaramente identificabile - motivata alle problematiche femminili, a cui potersi rivolgere. I passaggi sono:

- ❖ La costituzione di una mappa delle operatrici di riferimento nei diversi servizi sociosanitari.
- ❖ La creazione di un coordinamento del gruppo basato principalmente sulle relazioni personali tra operatrici, per facilitare la collaborazione e la comunicazione tra servizi diversi e favorire l'integrazione e l'attivazione precoce di una rete di sostegno.