



Azienda Ospedaliera
Ospedale S. Anna

www.hsacomo.org

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

LA VOCE DEL DSM

Notizie e progetti del Dipartimento di Salute Mentale - Supplemento all'house organ aziendale, marzo 2014 Anno IV numero 21

Ripensare la psichiatria



Negli ultimi anni si è fatto strada un cambiamento dei servizi con scelte innovative e talora anche “rivoluzionarie”: il Dsm di Como ha scelto di giocare una partita da protagonista in particolare nella cosiddetta “psichiatria di comunità”

FRAMMENTI DI INNOVAZIONE

a cura di ANTONIO MASTROENI

Seguono testi tratti da documenti, prese di posizioni, ordini del giorno approvati dal Dsm di Como e dalle organizzazioni partner che negli ultimi anni hanno introdotto la cultura del cambiamento dei servizi. I testi rappresentano quanto di innovativo e - talora - di rivoluzionario è emerso nel mondo della Psichiatria dopo le leggi di riforma che anche nel nostro paese hanno portato alla creazione della 'psichiatria di comunità'.

La visione del Programma innovativo 'Patto per la Salute Mentale' negli anni 2011-2013. Negli ultimi anni, a livello internazionale, soprattutto grazie all'azione delle emergenti associazioni degli utenti, si è fatta strada la consapevolezza della necessità che i servizi di salute mentale debbano essere orientati alla 'recovery'. Il concetto di recovery (letteralmente 'recupero' o 'guarigione') veicola diversi significati da considerare nel loro insieme: attenzione e rispetto per la persona, fiducia nelle possibilità di guarigione, ottimismo, attenzione alle aspirazioni ed agli obiettivi dell'individuo, inclusione sociale. Non si tratta tanto o non solo di una condizione quanto di un processo individuale e unico che può essere facilitato dai servizi ma che ha origine dalla persona. I servizi, pertanto non possono 'distribuire recovery' ma possono essere 'orientati alla recovery' nella misura in cui contribuiscono, ad esempio, a mettere in grado le persone di godere dei diritti di cittadinanza. In sintesi, i servizi orientati alla recovery sono:

- * focalizzati sulle persone più che sul servizio
- * attenti ai risultati più che alle prestazioni
- * impegnati a valorizzare i punti di forza degli utenti più che i punti di debolezza.
- impegnati a educare gli amministratori dei servizi, gli operatori della scuola, i datori di lavoro, i media e in generale la gente a combattere lo stigma.
- impegnati a creare rapporti di

collaborazione tra chi ha bisogno di supporto e chi lo fornisce, senza ricorrere alla costrizione.

* impegnati a promuovere l'autonomia delle persone mettendole in grado di autogestirsi e quindi diminuendo il bisogno delle persone di far riferimento ai servizi istituzionali e di basarsi sul supporto professionale.

(Dsm Como, 2011)

L'Associazione NèP approva la determinazione della Consensus Conference sulla Recovery: Como, 2009

L'assistenza psichiatrica d'ora in poi dovrà essere:

1. *guidata dall'utente* (che guida, controlla, sceglie e determina il proprio percorso di guarigione)
2. *individualizzata e centrata sulla persona* (i percorsi di guarigione sono molteplici in base ai bisogni irripetibili della persona, alle sue preferenze e alle sue esperienze).
3. *tale da dare all'utente la potestà di scegliere* e di prendere quelle decisioni che avranno un impatto sulla sua esistenza per cui deve essere educato e supportato in questo processo.
4. *olistica* cioè comprendere i vari aspetti della vita dell'individuo (mente, corpo, spirito e comunità)
5. *non lineare* (in quanto il recupero della salute è un processo che non procede gradualmente, ma è basato su una continua crescita e su possibili ricadute)
6. *basata sui punti di forza* dell'utente cioè sulla valutazione e sulla costruzione di abilità di far fronte ai problemi, di considerarsi un valore in sé e di potenziare le proprie capacità
7. basata sul *rispetto*
8. basata sulla assunzione da parte dell'utente della *responsabilità* del proprio trattamento
9. basata sul *Supporto tra Pari* che per questo viene promosso e incoraggiato
10. basata sulla *speranza e sulla fiducia* (dalla Consensus Conference sul significato di Recovery in Salute Mentale negli Stati Uniti; SAMHSA, 2006)

Supporto tra pari: dalla sperimentazione alla regolamentazione. Utenti come co-produttori responsabili di salute e di benessere

Il nostro paese ha conosciuto una riforma radicale dell'assistenza psichiatrica, sia pure con effetti non omogenei sul territorio nazionale, ma questa riforma non può essere compiuta se gli utenti non sono considerati persone responsabili e co-produttori del loro benessere con i professionisti della salute mentale. Il movimento della 'recovery' si è diffuso a partire dai paesi anglosassoni perché ha messo in luce la ricchezza del contributo degli utenti evidenziando, nello stesso tempo, la necessità e la difficoltà della riorganizzazione dei servizi.

Utenti attivi per un welfare sostenibile

Il coinvolgimento degli utenti non ha solo motivazioni etiche e non riguarda solo i diritti civili ma consente di liberare risorse umane e talenti degli individui. Le nuove forme di welfare attivo, come il lavoro supportato (supported employment) e la collaborazione tra pari retribuita, non rappresentano solo il superamento di forme di assistenza rese anacronistiche anche dai successi della psichiatria, ma costituiscono l'unico welfare sostenibile.

ESP: Funzione dell'Esperto in Supporto tra Pari

La funzione di Esperto in Supporto tra Pari (ESP) è stata disegnata in modo specifico per le persone che hanno vissuto l'esperienza del disagio mentale e per favorire l'orientamento alla recovery dei servizi. Attraverso la condivisione del sapere, acquisito a partire dall'esperienza vissuta in prima persona e sviluppato in uno specifico percorso formativo, l'ESP si propone di ispirare anche negli altri speranza e fiducia nella possibilità di guarigione. Il supporto tra pari, infatti, si basa sul riconoscimento che il percorso di guarigione possa essere supportato, in modo decisivo, da chi abbia già camminato su quella strada. All'interno di un rapporto di mutuo aiuto, l'ESP funge da facilitatore dello scambio di informazioni per promuovere nei pari

capacità di scelta, autodeterminazione e capacità di ricoprire validi ruoli nella comunità di vita. L'ESP è consapevole, infatti, sia del valore dell'auto-mutuo-aiuto che dell'unicità del percorso personale di guarigione; per questo l'ESP presta assistenza pratica agli utenti affinché definiscano, in prima persona i propri obiettivi di vita, secondo le loro priorità. Nello svolgere il ruolo di supporto alla persona che vive una situazione di disagio mentale gli ESP sono consapevoli che le persone debbono essere messe in grado di godere dei diritti di cittadinanza, indipendentemente dal permanere di sintomi e disturbi residui.

(elaborazione a cura delle associazioni NèP e Clan-destino di Saronno; febbraio 2014)

Alcuni slogan del movimento degli utenti in Italia

- a) assistenza *guidata dall'utente*
 - b) assistenza *basata sulla singolarità dell'individuo*;
 - c) assistenza *centrata sulla persona* con le sue aspirazioni e i suoi desideri
 - d) assistenza che sviluppa *empowerment, responsabilità personale e recupero* della salute
- (ordine del giorno dell'Associazione NèP, 2013)

Assistenza psichiatrica centrata sulla persona

Significa organizzare una assistenza che si basa sui desideri dell'utente e sul raggiungimento degli obiettivi degli utenti (non di quelli degli operatori). Significa che gli utenti possono definire un percorso di guarigione graduale, con obiettivi per ogni fase e una certa possibilità di scelta dei loro operatori. Dal punto di vista dei servizi significa assistere gli utenti nel raggiungere obiettivi che rivestano un significato per loro stessi.

(Assemblea di NèP dicembre 2013)

Dal decidere assieme ai budget di salute: programmi innovativi 2014

Limiti dell'Approccio di Rete

In questi anni si è molto discusso su come fornire un'assistenza sanitaria integrata laddove – come nei servizi di salute mentale – nessuno dubita della necessità di intervenire sia a livello sanitario che sociale. Per questo si è diffusa la consapevolezza della necessità di intervenire con un approccio di rete. La superiorità dell'approccio di rete, tuttavia, non sempre si traduce in capacità effettiva di superare le barriere che ostacolano un utilizzo razionale delle risorse afferenti a sistemi diversi e separati.

Integrare le prestazioni sanitarie e sociali

Un approccio radicalmente innovativo alla rete è stato in questi anni il budget di salute controllato dall'utente e dai suoi familiari attraverso la stipula di veri e propri 'contratti'. Nei servizi di salute mentale, questa impostazione è stata introdotta in altre regioni italiane (Campania, Sicilia, Emilia Romagna, Friuli) dopo essere stata largamente utilizzata negli Stati Uniti e, più di recente, nel Regno Unito. In alternativa, o meglio, in aggiunta agli sforzi per integrare i servizi sanitari e sociali forniti alla popolazione di una determinata area, si è scelto di coordinare l'esperienza degli utenti dei servizi, attraverso l'introduzione di Budget di Salute basati sulle esigenze della persona.

(Programma Innovativo 'Patto Per la Salute Mentale 2014')

Fattori da considerare nel 'decidere assieme'

- fattori determinati dai Servizi: flessibilità nel decidere secondo i bisogni della persona
- fattori determinati dagli utenti: capacità cognitive, modalità di tenere conto delle informazioni, attenzione.
- Coinvolgimento della famiglia.

Alcuni utenti sceglieranno di non essere coinvolti e di non impegnarsi nelle decisioni che riguardano il trattamento. Parlare di questo apertamente come di una possibilità; dare un'opportunità di esplorare le ragioni di questa scelta e rispondere alle esigenze di informazioni che emergono. Decidere assieme

consente che queste decisioni siano prese con il medico invece che dalla persona fuori dal contesto clinico. Le persone dovrebbero essere incoraggiate a rivedere le suddette decisioni ed a chiedere aiuto in futuro se necessario.

(Shared Decision Making nel SSN Inglese, 2012)

Budget di Salute: Definizione.

Il 'Budget di Salute' (BdS) è innanzitutto un investimento socio-sanitario basato sia su un progetto riabilitativo individuale che sul contesto di vita della persona e, quindi, sulle risorse della comunità. Il BdS indica una modalità di lavoro istituzionale aperto alla collaborazione con partner privati e con il volontariato, assegnando responsabilità precise ai diversi referenti istituzionali e non. Il BdS utilizza la forma giuridica del 'contratto' che prevede impegni reciproci dei contraenti e inquadra le singole prestazioni sanitarie e sociali, previste dal progetto individuale in una visione consapevole dei determinati sociali della salute. Il BdS, infine, tende ad attribuire alla persona e alla famiglia il controllo degli strumenti contrattuali. Il Programma TR 18, nel corso del 2014, si occuperà degli aspetti propedeutici alla introduzione dei BdS che sono oggetto di sperimentazione da parte del DSM di Como.

(Programma Innovativo Patto per la Salute Mentale 2014)

Assistenza diretta dall'utente

Si basa sui diritti e sulle *responsabilità dell'utente* di valutare i propri bisogni, di *negoziare un piano di trattamento* e di *definire un budget di salute* per rispondere ai bisogni individuati, di stabilire come e quando questi bisogni possono essere soddisfatti e infine avere la possibilità di monitorare la qualità dell'assistenza ricevuta. I servizi, dal canto loro, debbono fornire quanto necessario per poter decidere in modo informato.

(*decision aids*: aiuti per decidere)

Condividere le decisioni sul trattamento

L'operatore è esperto nella malattia, le informazioni che condivide riguardano le opzioni di trattamento, i rischi, i benefici, e le evidenze scientifiche. L'utente è esperto nel senso di conoscere i propri valori, i trattamenti che preferisce tra quelli proposti, e gli obiettivi che vuol raggiungere con il trattamento.

Secondo Patricia Deegan (2007) nessuno dei due esperti dovrebbe essere messo a tacere, anzi, ambedue dovrebbero condividere le informazioni per arrivare al miglior trattamento possibile.

Perché è difficile 'decidere assieme'?

Esistono alcune barriere alla condivisione delle decisioni. Tra queste il permanere di alcune convinzioni errate che non hanno fondamento né scientifico né pragmatico ma tendono a persistere:

Tali convinzioni riguardano.

- a) la capacità delle persone con disturbi mentali di prendere decisioni informate.
- b) il disagio da parte di alcuni servizi di fronte al cambiamento di ruolo richiesto dal decidere assieme.
- c) il disagio da parte di alcuni utenti dei servizi rispetto alla propria capacità di assumersi le responsabilità rispetto al proprio trattamento.
- d) la paura e il pregiudizio persistenti da parte della gente nei confronti dei disturbi mentali e delle persone con disturbi mentali.

Decidere in modo condiviso e Fare Assieme: la cultura del Budget di Salute al CPS di Appiano Gentile

La versione italiana del 'decidere in modo condiviso' (*Shared decision making*) in Salute Mentale è stata finora espressa in Italia dall'esperienza del 'Fare assieme' di Trento. Un progetto innovativo del CPS di Appiano Gentile sperimenterà una modalità di 'Decidere Insieme verso il Budget Individuale di Salute'.

Procedura in 10 passi per Decidere Insieme: verso il Budget di Salute

Primo passo: definire lo scenario

Discutere l'approccio collaborativo che si intende seguire, ad esempio, ponendo domande del tipo:

* Te la senti di lavorare per arrivare a una decisione condivisa?

* Tu sei esperto per esperienza diretta.

Secondo passo: Definire le modalità di coinvolgimento nelle decisioni

Discutere su cosa implica per l'utente il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano il trattamento e su come vuole essere coinvolto.

Chiedere all'utente che livello di coinvolgimento preferisce e se desidera coinvolgere le persone che si prendono cura di lui, a partire dalla famiglia.

Terzo passo: Psicoeducazione

Presentare le conoscenze scientifiche sui disturbi di cui soffre l'utente, i sintomi, l'eziologia, e la probabile evoluzione del trattamento.

Quarto passo: Opzioni di trattamento

Stabilire se ci sono diverse opzioni di trattamento compreso la decisione di non fare nulla (rischi e benefici: vedi punto 6). Descrivere e spiegare brevemente il razionale di ogni opzione di trattamento.

Quinto passo: Informazioni

Discutere con l'utente se desidera ricevere ulteriori informazioni (scritte, orali, siti internet ecc.)

Sesto passo: Obiettivi del trattamento e risultati previsti

Discutere potenziali rischi e benefici di ogni opzione di trattamento, compreso non fare nulla, utilizzando le evidenze scientifiche disponibili.

Incoraggiare l'utente a riflettere su cosa comporterebbe a livello personale conseguire i risultati prospettati.

Settimo passo: Esplorare i problemi

Discutere le idee, le paure e le aspettative rispetto ai problemi ed ai possibili trattamenti. Dare la possibilità di fare domande.

Ottavo passo: Valutare la comprensione

Valutare se l'utente comprende le informazioni fornite e come reagisce. Fare domande del tipo:

• 'Quali opzioni di trattamento vedi adesso?'

• 'Ti ricordi qualche effetto collaterale dei farmaci di cui abbiamo parlato?'

• 'Hai capito quali sono i rischi di stare a vedere cosa succede senza fare alcun trattamento?'

Nono passo: Decidere

Prendere una decisione, discutere o rinviare le decisioni. Stabilire una data per un'ulteriore discussione o per valutare il decorso.

Decimo passo: Verificare l'evoluzione

Una volta presa una decisione, prevedere il monitoraggio dei sintomi e dei problemi e fissare una data per verificare i progressi.

(DSM di Como, verso il Budget di Salute, febbraio 2014)

'Recovery college': dall'Inghilterra alla Lombardia; da Brescia a Como (febbraio 2014)

La 'scuola di recovery' è una nuova iniziativa in preparazione nel DSM di Como. A partire da recenti esperienze sviluppate nel Regno Unito ("Recovery Colleges") è in corso una sperimentazione dal gennaio 2014 anche in Regione Lombardia nella Provincia di Brescia. Qui un nuovo progetto dell'AO di Brescia, denominato FOR (Formazione e Opportunità per la Recovey) si propone di unificare gran parte delle attività di insegnamento orientate al benessere e alla cura della persona ('recovery oriented') in un'unica organizzazione che abbia come tratto distintivo l'insegnamento di abilità di vita e di promozione della salute mentale. I 'recovery colleges' dalla loro costituzione non si sono limitati alla divulgazione del sapere accademico ma hanno valorizzato a tutti i livelli il sapere esperienziale degli utenti. A Como, nell'area del San Martino potrebbe trovare una ideale sistemazione la 'scuola di salute mentale della comunità' (o semplicemente 'scuola di recovery') come ponte non solo tra attività direttamente terapeutiche e l'insegnamento di abilità ma anche tra salute mentale dei singoli e promozione del benessere della comunità, con infinite possibilità di sviluppo di partnership nel mondo dell'università ma anche nella società civile in generale. Hanno già sottoscritto la loro partecipazione: Il Coordinamento delle Associazioni dei familiari, l'Associazione Iubilantes, Ortofloricola Comense, Global Sport

Lario, NèP

2014, I PROGRAMMI INNOVATIVI A UNA SVOLTA

di ORNELLA KAUFFMANN

La Deliberazione della Giunta Regionale del 20/12/2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'Esercizio 2014", prevede il mantenimento e lo sviluppo dell'area dell'innovazione. I Programmi Innovativi si svilupperanno nell'arco temporale di un biennio, ma dovranno prevedere "un graduale e misurabile assorbimento (anche solo di parte di essi) nell'offerta strutturale dei Dsm, oppure prevedere una chiusura conseguente al raggiungimento del risultato prefissato". Sono confermate le aree tematiche e strategiche previste nella DGR 2633/2011, la dotazione finanziaria complessiva assegnata per il 2013 così come le modalità di presentazione dei programmi. Per quanto riguarda il Dipartimento di Salute Mentale di Como, viene quindi confermato il finanziamento complessivo per il 2014 di 500.000 € per la Psichiatria e di 400.000 € per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, per la prosecuzione dei programmi innovativi in atto. Prima di entrare nel merito dei contenuti degli stessi, premettiamo alcune considerazioni. Concordiamo pienamente con quanto affermato nella DGR: è sensato prevedere che i programmi, in modo particolare quando sviluppino tematiche riconosciute a pieno titolo nelle finalità e nelle azioni dei Dipartimenti di Salute Mentale, rientrino gradualmente nella programmazione consolidata degli stessi piuttosto che essere di volta in volta affidati ad una progettazione che, pur avendo prodotto in questi anni azioni francamente innovative con ripercussioni positive sugli utenti, sulla qualità e sulla crescita culturale dei servizi, mantiene una sua precarietà. Fin dal 2005, con il primo Programma "Una

rete per la Salute Mentale”, il Dipartimento di Salute Mentale di Como ha pienamente colto l’opportunità offerta da Regione Lombardia nell’ambito del Piano Triennale per sperimentare nuovi modelli, costruendo un patrimonio importante di esperienze e di sapere costruito con la partecipazione attiva di numerosi attori, istituzionali e non. Nel panorama legislativo regionale hanno, infatti, trovato possibilità di sviluppo iniziative sperimentali che costituiscono il momento più squisitamente dinamico e innovativo dei servizi, tenendo anche presente la possibilità di disporre di opportunità economiche aggiuntive e di una maggiore elasticità nell’utilizzo delle risorse. E quest’ultimo aspetto, cioè quello economico e della gestione del personale, non è certamente irrilevante. Ci attende quindi un lavoro difficile, anche se non impossibile, si tratta di rimodulare gradualmente i progetti, rafforzando per quanto possibile la loro sostenibilità nel tempo. Ci limitiamo in questa sede a un’informazione sintetica sui programmi rinnovati e/o rimodulati, riservandoci di entrare nel merito di ognuno di essi in modo più approfondito nei prossimi numeri de “La Voce del DSM”, come del resto si è tentato di fare in questi anni, attraverso la puntuale informazione di specifiche iniziative, eventi, testimonianze ecc..

I programmi della Psichiatria sono ora cinque perché c’è stata la fusione tra due programmi che si occupano della stessa tematica .

- 1) “Intervento precoce nelle psicosi e attivazione di una risposta integrata tra prevenzione e continuità delle cure”. L’azione è rivolta alla popolazione giovane (18-30 anni) afferente all’U.O. di Psichiatria con estensione alla fascia di età 14-18 anni, afferente all’UONPIA. Dal 2011 ha preso vita il Centro Giovani e Adolescenti che rappresenta un centro strutturale e funzionale di coordinamento operativo, riferimento culturale e scientifico per tutte le

problematiche relative all’area dell’adolescenza. E’ gestito dal DSM, in collaborazione con la Cooperativa Sociale Il Biancospino, la cooperativa Sociale Cometa, la Fondazione La Rosa dei Venti.

- 2) “Ritornare a casa”: sostegno socio-sanitario alla domiciliarità per pazienti psichiatrici dimessi da strutture residenziali, in un contesto di rete sociale. Sperimenta modelli d’intervento integrato nei disturbi psichici gravi. E’ gestito dal DSM in collaborazione con la Cooperativa Sociale San Giuseppe.
- 3) “Un patto per la salute mentale”: dal protagonismo degli Utenti alla centralità della persona nella costruzione di percorsi di cura basati su ‘budget di salute’. Si articola in quattro tematiche strategiche: intervento integrato e lavoro di rete. Educazione alla recovery. Budget di salute individuali. Auto-mutuo-aiuto e supporto tra pari. E’ gestito dal DSM in collaborazione con numerose realtà del non profit (associazioni di familiari e di utenti, di volontariato, cooperative sociali.)
- 4) “Presenza in carico integrata di pazienti psichiatrici con bisogni psico-sociali-sanitari complessi”. Interventi con pazienti psichiatrici gravosi, comorbidità, situazioni a rischio di emarginazione sociale. Si articola in tre tematiche strategiche: la mediazione culturale (in collaborazione con la Cooperativa Sociale Chance) la sperimentazione di percorsi individuali di cura basati su “budget di salute”, e la rilevazione della criticità in ambito ospedaliero nel trattamento di situazioni cliniche a genesi multifattoriale e di comorbidità.
- 5) “Vivere in Prossimità”, gestito dalla Società Cooperativa Sociale VARIETA’, in accordo e in stretta collaborazione con i servizi del

DSM. Tematica strategica: Attività di riabilitazione nell'ottica di un lavoro di rete al fine di potenziare le autonomie e l'empowerment dei pazienti; "Progetti di sostegno all'abitare" in sinergia con le UOP del territorio e in collaborazione con le Associazioni di familiari, Comuni e altre risorse del territorio; supporto alla socializzazione ed integrazione nell'ambiente naturale; attività di tempo libero; promozione di eventi anche in collaborazione con gli Organismi interessati (Azienda Ospedaliera, ASL, Comuni Associazioni familiari, ecc..) al fine di rafforzare una cultura di "prossimità" orientata all'accoglienza e al mantenimento sul territorio delle persone con problemi di Salute Mentale.

I programmi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sono ora tre:

- 1) **Diagnosi precoce dei casi di autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo con presa in carico riabilitativa specifica.** Rafforzamento dell'intervento riabilitativo specifico sia individuale che di gruppo, oltre al mantenimento di un coordinamento di rete dei servizi intorno al minore. I bisogni si riferiscono sia alla tempestività della diagnosi sia all'immediata presa in carico che l'autismo infantile richiede, con l'impostazione dell'intervento terapeutico, riabilitativo e psico-educativo. E' stata istituita chat list e quindi la possibilità per i pediatri di base di effettuare con questo strumento uno screening di bambini piccolissimi con possibile autismo e forme simili e indirizzarli ad una diagnosi precoce. La UONPIA dell'AO Sant'Anna di Como è capofila, sono coinvolti: Asl di Como, Associazione "La Nostra Famiglia"; IRCCS

MEDEA/Centri Riabilitazione di Como e Ponte Lambro, Istituto Villa Santa Maria, Pediatri della Provincia di Como.

- 2) **"Presa in carico diagnostico – terapeutica dei minori con DSA (dislessia)".** Il progetto pur articolandosi a diversi livelli si basa sulla possibilità di porre tempestivamente la diagnosi per prevenire le conseguenze sia scolastiche che psicopatologiche del disturbo, mettendo in atto gli interventi riabilitativi e abilitativi più adeguati ed attivando tutte le misure necessarie per facilitare gli apprendimenti scolastici. Capofila, la UONPIA Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, con la partecipazione di Associazione "VeLa Dislessia", Associazione "La Nostra Famiglia" – Centri riabilitativi di Como e Pontelambro, Ufficio Scolastico territoriale, Istituti Comprensivi aderenti al progetto "Individuazione precoce DSA", Associazione Italiana Dislessia – Como.
- 3) **"La gestione delle emergenze-urgenze in età evolutiva: un modello innovativo di integrazione".** Attraverso l'integrazione delle risorse ospedaliere, extraospedaliere, territoriali si fonda su un modello che prevede una puntuale risposta clinico-terapeutica in fase di acuzie tale da poter prevenire ricoveri, recidive e accessi in Pronto Soccorso e poter avviare i necessari percorsi di presa in carico immediata, intensiva e multidisciplinare di tipo medico-psico-educativo a livello ambulatoriale e domiciliare. Capofila, UONPIA Azienda Ospedaliera Sant'Anna, in collaborazione con U.O. Pediatria - U.O. Psichiatria – SITRA, Servizi Sociali Enti Locali.

VERSO UNA PROMOZIONE DELLA SALUTE PARTECIPATIVA

Non si tratta di un progetto innovativo, ma di un progetto in fase di avanzata realizzazione, promosso dall'Ufficio Promozione Salute Mentale e Formazione dell'ASL di Como. Il gruppo operativo è composto da Anna Sannino (ASL), Barbara Iorio (Comune di Como), Giorgio Scorza, Antonio Mastroeni, Ornella Kauffmann (DSM), una composizione significativa in quanto evidenzia un primo tassello del progetto, la comunicazione e la collaborazione tra tutti i soggetti istituzionali che, con identità, approcci e mission diversificate, concorrono alla promozione della salute mentale nel territorio. Il progetto si colloca nell'ambito territoriale del DSM di Como, caratterizzato da progressiva scarsità di risorse, ampia offerta di residenzialità bloccata da carenza di validi percorsi di uscita, rete sociale ricca e variegata ma spesso dispersa e sottoutilizzata. Si riscontra ancora la carenza di interscambio paritario tra i diversi attori sul quale basare il miglioramento dei servizi in essere e lo sviluppo congiunto di nuove soluzioni in materia di benessere e qualità di vita delle persone nei territori di appartenenza.

Il titolo vuole immediatamente far capire il tema trattato dal progetto, unitamente al valore aggiunto che lo stesso dovrebbe produrre, e ne anticipa gli obiettivi. La sua finalità, quindi, è la qualificazione degli interventi attivati sulle persone che soffrono di disturbi mentali facendo leva sulla capacità di accoglienza da parte della comunità territoriale per incidere in ultima analisi sulla qualità della vita delle persone e dei familiari. L'obiettivo principale si identifica nella costruzione di una rete effettiva consapevole nella sua operatività di poter dare risposte efficaci per una promozione della salute mentale

partecipata attraverso azioni condivise, chiare e misurabili. Il progetto si articola infatti attorno a tre parole chiave: *formazione, identità, lavoro psico-sociale*.

Si immagina quindi un processo di formazione non unilaterale ma intrecciato, dove esperti del sistema psichiatrico e psicosociale (operatori), utilizzatori dei servizi (utenti e familiari) e cittadini a diverso titolo interessati (associazionismo, volontariato, privato sociale) si ritrovano insieme per parlare alla pari delle questioni sul tappeto. La centralità della rete è il motore del progetto. Questo non significa unanimità di intenti, priorità e impegni, situazione spesso auspicata ma di fatto impraticabile. Significa invece ascolto e riconoscimento reciproco, interscambio sistematico, partecipato e paritario, di dati, informazioni, esperienze, opinioni, idee. Oltre alle già citate "parole chiave", si aggiunge un altro concetto fondamentale, che dovrà costituire un ulteriore collante tra i diversi attori: quello di "recovery", inteso come fiducia e speranza di "guarigione", in senso lato: è possibile stare meglio ed avere una buona qualità di vita, seppur in persistenza di sintomi. Più concretamente, si sta procedendo ad una serie di incontri secondo diverse modalità (interviste, focus group, questionari) con quelli che abbiamo definito i "testimoni privilegiati" delle diverse aree, favorendo il più possibile la loro espressione e il coinvolgimento attivo nella produzione di riflessioni e proposte che dovranno confluire, nel giugno 2014, in un documento complessivo di rilettura della realtà e di proposta da presentare all'OCSM (Organismo di Coordinamento Salute Mentale) e in un Convegno costruito "dal basso", caratterizzato dalla partecipazione di tutti gli attori. Si pensa anche alla pubblicazione e alla diffusione di un testo che raccolga alcuni dei contenuti più innovativi emersi, non solo da questo progetto, ma da questi anni di sperimentazione e

UN GIOCO DI SQUADRA PER LA VOSTRA NEWSLETTER

Nicola Bianchi. Educatore presso il Centro Diurno di Como. Psicologo, referente scientifico dell'Associazione Sportiva Global Sport Lario. (info@globalsportlario.it)

Tiziana Ferrario, psichiatra psicoterapeuta, dal 1987 lavora nei servizi psichiatrici della provincia di Como, prima ad Appiano, poi a Como e Menaggio. Attualmente responsabile della struttura semplice di coordinamento dei servizi territoriali del Dsm e dei sistemi informativi. (tiziana.ferrario@hsacomo.org)

Gianmaria Formenti. Responsabile clinico Cps Uop Lario Occidentale, referente Dsm per gli interventi presso la Casa Circondariale di Como, referente medico Dsm per le attività delle Associazioni NèP e Global Sport Lario. Vicepresidente Associazione NèP. (gianmaria.formenti@hsacomo.org)

Carlo Fraticelli. Psichiatra e psicoterapeuta, è attualmente Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria di Cantù. Ha svolto attività clinica in maniera continuativa presso i servizi psichiatrici di comunità, orientati all'integrazione e alla collaborazione con la medicina generale del territorio e ospedaliera. (carlo.fraticelli@hsacomo.org)

Ornella Kauffmann. Consulente della Direzione del Dsm., referente per i Programmi Innovativi dipartimentali, coordinatrice del Programma Innovativo triennale "Un Patto per la Salute Mentale: il ruolo centrale degli utenti", referente dipartimentale per il Progetto "Lavoro&Psiche", (ornella.kauffmann@hsacomo.org)

Grazia Manerchia, psicologa e psicoterapeuta, svolge nel Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza attività clinica (presso le sedi di Cantù e Olgiate) e di supervisione, referente degli psicologi dell'età evolutiva all'interno dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica. (grazia.manerchia@hsacomo.org)

Federica Mariani, laureata in Economia, dipendente del Dsm. (federica.mariani@hsacomo.org)

Antonino Mastroeni. Primario Psichiatra dal 1994, ha svolto il ruolo di direttore dell'ex Ospedale Psichiatrico di Como impegnandosi nel progetto di superamento e di successiva chiusura della struttura completata nel 1999. Ha poi diretto l'Unità Operativa afferente ai distretti di Olgiate Comasco e Lomazzo/Fino Mornasco. Dal 2007 è consulente a contratto del DSM per l'area progettuale, con l'impegno di integrarne gli aspetti innovativi nella pratica quotidiana. (antonio.mastroeni@hsacomo.org)

Alberto Tettamanti. Educatore presso il Centro Diurno di Como, promotore di progetti per la valorizzazione delle competenze degli utenti. (info@globalsportlario.it)

Numero chiuso il 19 marzo 2014.