



Progetto disagio mentale SPRAR
Breno e Psichiatria Territoriale:
percorsi di cura e riabilitazione

- 
- **Anno 2008:** avvio protocollo d'intesa tra Società Cooperativa Sociale K-PAX Onlus, Parrocchia SS. Salvatore di Breno (Centro di Accoglienza "Casa Giona"), Comune di Breno e ASL di Vallecamonica-Sebino (oggi ASST Valcamonica).

- 
- **Anno 2013:** rinnovo del protocollo “La definizione delle modalità operative del Coordinamento Socio-Sanitario e per l’individuazione dei percorsi di cura ed integrazione dei beneficiari del Progetto “Breno Città Aperta”

- 
- Scopo del protocollo: garantire ai richiedenti e beneficiari di protezione internazionale di poter accedere ad un pannello di screening psico-fisico per la prevenzione e cura di diverse patologie organiche e psichiche.

- 
- Nell'ambito delle attività socio-sanitarie previste dal protocollo, un ruolo significativo è stato ricoperto dall'Unità Operativa di Psichiatria (UOP), anche in conseguenza dell'accoglienza sul territorio della Vallecamonica, da parte della Cooperativa K-Pax Onlus e del Centro "Casa Giona" di persone vulnerabili e con disagio mentale.

- 
- Obiettivo principale di questo lavoro di collaborazione:



Rendere rapida ed efficace la presa in carico sanitaria dell'utente e ridurre quanto più possibile gli ostacoli burocratici.



Chi fa cosa.....

- **K-Pax e "Casa Giona"**: segnalano tempestivamente al Centro Psico Sociale (CPS) le situazioni di maggiore criticità e forniscono agli operatori sanitari alcune informazioni rilevanti di carattere anamnestico e/o relative alla storia di vita dell'utente.

- 
- Accompagnano fisicamente l'utente al CPS e si occupano, se necessario, dell'attivazione del mediatore linguistico-culturale;
 - Periodicamente incontrano gli operatori sanitari per valutare l'andamento del percorso di cura, il grado di benessere dell'utente e dividerne il progetto di vita. Costituiscono il riferimento primo per la segnalazione di eventuali momenti di crisi.

- 
- **UOP:** accoglie tempestivamente i casi critici segnalati, sia attraverso visite ambulatoriali presso il CPS che ricoveri in SPDC, laddove necessario.
 - In base al quadro clinico rilevato, possono essere attivati differenti percorsi di cura il cui grado di complessità e di coinvolgimento di più figure professionali varia in funzione del livello di gravità della patologia psichica e della compromissione del funzionamento globale.

- 
- Possono essere quindi previsti:
 1. Colloqui psichiatrici e trattamento farmacologico;
 2. Valutazione psicologica ed eventuale trattamento;
 3. Eventuale ricovero in SPDC;
 4. Visite domiciliari;
 5. Inserimento in Comunità riabilitative, ove necessario

Alcuni dati....

- Dal 2008 sono stati prese in carico 42 persone, quasi esclusivamente di genere maschile.
- Diagnosi prevalenti:
 - ❑ PTSD: 45%
 - ❑ Disturbi dell'adattamento: 23%
 - ❑ Disturbi dell'umore: 17%
 - ❑ Schizofrenia e sindromi psicotiche: 10%
 - ❑ Disturbi di personalità: 3%
 - ❑ Altro (ansia, ritardo mentale, DOC): 2%

- 
- N. di interventi effettuati:
 - ❑ Colloqui psichiatrici: 205;
 - ❑ Colloqui psicologici: 36;
 - ❑ Valutazione psicodiagnostica: 10;
 - ❑ Interventi infermieristici (depot): 192
 - ❑ Ricoveri in SPDC: 7



CRITICITA'

- ❑ Difficoltà nella valutazione di alcuni segni e comportamenti: sintomi o tratti culturali ?
- ❑ Difficoltà linguistico-culturali: limiti nella traduzione e resa semantica di alcuni termini e concetti attinenti alla sfera emotiva e psichica.
- ❑ Non disponibilità di strumenti di valutazione psicodiagnostica e di livello che siano standardizzati per culture non occidentali e conseguente non validità dei test.

- 
- ❑ Timore verso la terapia farmacologica, con conseguente scarsa compliance e maggiore comparsa di effetti collaterali (psicogeni?);
 - ❑ Impossibilità a seguire nel lungo termine il paziente in conseguenza della conclusione del progetto di accoglienza.

Grazie dell'attenzione