

ACCORDO TRANSFRONTALIERO

LINEE GUIDA PER LE MODALITA' OPERATIVE DEL SERVIZIO CONGIUNTO NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE

I gruppi europei di cooperazione territoriale (GECT) sono stati creati per favorire la cooperazione transfrontaliera, transnazionale e interregionale tra gli Stati membri e le rispettive autorità regionali e locali.

I GECT consentono a tali partner di attuare progetti comuni, scambiarsi esperienze, migliorare il coordinamento della pianificazione territoriale e formare entità giuridiche uniche per superare le difficoltà date da legislazioni e procedure differenti nei vari territori.

In particolare questo gruppo di lavoro si è proposto di collaborare per coniugare il modello di salute mentale sloveno con la tradizione e le pratiche territoriali che contraddistinguono il modello della salute mentale italiana, dove l'opera di deistituzionalizzazione attuata da Franco Basaglia, culminata con la legge 180 del 1978, ha permesso la chiusura degli ospedali psichiatrici e la realizzazione dei dipartimenti di salute mentale che attraverso i CSM hanno favorito il superamento del modello incentrato sull'ospedale psichiatrico.

I CSM 24 ore, collocati fuori dagli ospedali, attraverso l'opera di equipe multiprofessionali, offrono una serie di servizi sempre connessi con il territorio di appartenenza della persona con disturbo mentale, prevedono l'ospitalità sulle 24 ore nei momenti di crisi e la costruzione di percorsi di cura personalizzati in collaborazione con tutte le agenzie locali, attraverso lo strumento del budget di salute.

Il modello garantisce sempre alle persone il mantenimento dei propri diritti di cittadinanza con programmi e interventi indirizzati alla popolazione adulta con disturbo mentale.

Punto 1 – DEFINIZIONE E COMPOSIZIONE

Nell'ambito del progetto GECT GO sulla salute mentale, è stato identificato come obiettivo prioritario la realizzazione di un'equipe congiunta (SLO e ITA) con delle linee guida comuni per la presa in carico delle persone con problemi di salute mentale. L'equipe congiunta Italo – Slovena svolge il ruolo di soggetto coordinatore dei progetti di presa in carico e delle fasi di cura congiunte per i giovani adulti che entrano all'interno del programma.

L'equipe congiunta è formata da una sotto-equipe Italiana e da una sotto-equipe Slovena, così articolate:

PARTE SLOVENA			PARTE ITALIANA		
Nominativo	Ruolo	Ente	Nominativo	Ruolo	Ente
Kodelja K.	Psicologa clinico	ZD Nova Gorica	Agostinis S.	Educatore	CSM – AAS2
Mešič A.	Infermiera	ZD Nova Gorica	Albani L.	Infermiere	CSM – AAS2
Demšar K.	Psicologa	ZD Nova Gorica	Businelli B.	Ass. Sociale	CSM – AAS2
Tubič K.	Psichiatra	PB Idrija	Saullo A.	Psichiatra	CSM – AAS2
Širaj Mažgon K.	Assistente sociale	PB Idrija	Stocco E.	Educatore	CSM – AAS2
Tušar B.	Direttore	PB Idrija	Vanon M.	Infermiere	CSM – AAS2
			Visintin M.	Psicologo	CSM – AAS2
			Zanus P.	Psichiatra	CSM – AAS2

All'interno delle riunioni dell'equipe congiunta potranno essere coinvolti, secondo le necessità, anche: Operatori sociali, medici di medicina generale, altri servizi sanitari, socio-assistenziali o educativi, organizzazioni non governative, agenzie per il lavoro.

Punto 2 – COORDINATORI

All'interno delle singole sotto-equipe sono nominati due coordinatori che si occupano di mantenere i contatti tra una riunione e la successiva, e convocano le riunioni concordando tra loro sede e data delle medesime. I due coordinatori sono scelti secondo modalità concordate dalle singole sotto-equipe.

In caso di assenza prolungata di un coordinatore, la sotto-equipe indica comunque un sostituto per poter svolgere le funzioni di coordinamento.

Punto 3 – MODALITÀ DI CONVOCAZIONE

La riunione della equipe italo-slovena è convocata congiuntamente dai due coordinatori.

Le riunioni ordinarie sono convocate con un anticipo di almeno 10 giorni lavorativi e si svolgono presso lo Zdravstveni dom di Nova Gorica o presso il CSM di Gorizia, avendo cura di alternare le sedi, per quanto possibile. Durante l'anno i coordinatori avranno cura di fissare un numero di riunioni ordinarie non inferiore alle 6. Le riunioni ordinarie svolgono le attività di programmazione generale, presa in carico e supervisione delle situazioni seguite dal programma, verifica del raggiungimento degli obiettivi programmati.

I coordinatori possono convocare, con un anticipo inferiore ai 10 giorni lavorativi, una riunione straordinaria, per ragioni di motivata urgenza, utilizzando modalità di convocazione anche informali (contatto telefonico diretto), avendo cura di garantire che tutte le componenti della équipe congiunta siano informate della riunione. Le riunioni straordinarie svolgono attività legate a situazioni urgenti o comunque non differibili.

Durante le riunioni, in caso di difficoltà comunicative, l'inglese è considerato lingua veicolare.

Punto 4 – LA PRESA IN CARICO

La presa in carico di una situazione all'interno del progetto è sempre condivisa all'interno della équipe congiunta secondo le due principali tipologie di intervento: Intervento sulla situazione acuta (accoglienza presso il CSM o gestione della crisi a domicilio) e l'inserimento in un Progetto riabilitativo personalizzato (Budget di Salute). L'obiettivo della presa in carico è la ripresa funzionale e relazionale della persona e lo sviluppo di un ruolo valido e un senso di identità positivo nonostante la propria disabilità. Tale obiettivo può essere raggiunto tramite una serie di interventi racchiusi in un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, tra questi: la costruzione di un rapporto di fiducia continuativo tra utente e operatori che diventano i referenti del progetto terapeutico, percorsi psicoeducativi con l'utente e la famiglia, colloqui terapeutici in ambulatorio, a domicilio e in altri luoghi di vita delle persone, gruppi tra pari, una terapia farmacologica appropriata, l'inserimento in percorsi emancipativi nelle attività quotidiane, nelle relazioni sociali, nella formazione, nell'abitare, nel recupero di un reddito (Budget di Salute).

I criteri di inclusione per l'inserimento nel progetto possono essere così riassunti:

- ✓ **Paziente di età compresa tra i 18 e il 35 anni con residenza nel territorio del GECT;**
- ✓ **Disturbo psichico grave individuato per la prima volta, che rientri nell'ambito delle psicosi, dei disturbi affettivi e di personalità;**
- ✓ **Una riduzione del funzionamento globale tale da condizionare la persona nell'ambito dei rapporti sociali, abitativi, educativi e di lavoro;**
- ✓ **Assenza di patologie neurologiche, internistiche o di dipendenza da sostanze psicoattive quali cause principali del calo di funzionamento individuale complessivo;**
- ✓ **Consenso al trattamento da parte del paziente e dei familiari;**
- ✓ **Assenza di procedimenti giudiziari in essere;**
- ✓ **Assenza di restrizioni all'espatrio.**

Tali criteri rappresentano linee guida e non vincoli assoluti, potendo di volta in volta l'équipe congiunta decidere di derogare parzialmente ad uno o più criteri, rimanendo aderente all'indirizzo generale del progetto.

Punto 5 – SETTORI DI INTERVENTO

Sono questi tre i settori di intervento della équipe multidisciplinare.

1. **Attività di informazione e prevenzione** – Promozione di momenti informativi con agenzie territoriali sanitarie e non (distretto, scuole, medici di medicina generale, servizi sociali)
2. **Intervento di comunità nella crisi** – L'equipe congiunta definirà al suo interno un protocollo per la gestione della crisi che permetterà di avvalersi delle strutture territoriali di accoglienza (CSM), più vicine geograficamente, in alternativa alle normali pratiche di ricovero attive in Slovenia.

Riquadro – INTERVENTO SULLA CRISI – ATTUAZIONE

L'equipe Italiana gestirà le situazioni acute avvalendosi dell'accoglienza presso il CSM di Gorizia o la gestione domiciliare della situazione.

L'equipe Slovena, dopo aver effettuato un primo inquadramento della situazione, in accordo con la persona e/o i suoi familiari decide se ricorrere all'inserimento nell'ospedale psichiatrico di Idrija, attivare il Protocollo della gestione delle acuzie nel Centro di Salute Mentale di Gorizia o gestire la situazione di crisi a domicilio. Il Protocollo di gestione della acuzie presso il CSM di Gorizia si attiva posto che vi sia il consenso esplicito dell'interessato/a e dei familiari, i quali si impegnano a garantire una presenza quotidiana presso il CSM al fine di mediare eventuali richieste ed assistere il proprio congiunto.

Dopo la conclusione della fase di crisi ed il rientro a domicilio l'equipe congiunta mantiene un programma di follow-up sulle situazioni prese in carico della durata di non meno di 6 mesi. Tale follow-up è effettuato nel contesto delle riunioni di cui al punto 3 delle presenti linee guida.

Qualora il programma preveda una gestione domiciliare e ambulatoriale (acuta o continuativa) tale attività è svolta da un sottogruppo ristretto delle rispettive equipe con composizione e modalità definite al proprio interno. Rimane in carico alla equipe mista l'intervento definito al punto successivo (Budget di Salute).

Nel caso in cui la persona dovesse rifiutare qualunque tipo di trattamento ciascuna equipe gestirà la situazione con le modalità definite dalla propria legislazione in materia di trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

3. **Reinserimento Sociolavorativo (Budget di Salute)** – La letteratura definisce da tempo l'importanza ed il ruolo determinante, nel passaggio da una situazione di rischio e vulnerabilità ad una di malattia, delle condizioni reddituali, ambientali, della scarsità dei legami interpersonali e sociali, del mancato accesso ai sistemi di aiuto. Le difficoltà o l'impossibilità di accedere all'esercizio dei diritti formativi, lavorativi, di habitat possono determinare il passaggio da una situazione di vulnerabilità ad una di disabilità.

Tali considerazioni impongono di pensare ad una progressiva trasformazione degli interventi: da un modello a risposta prettamente sanitaria a forme di presa in carico delle persone che siano radicate nel tessuto di vita e personalizzate, dal punto di vista abitativo, della vita sociale ed economica. Gli assunti di base per una progettualità personalizzata sono pertanto la centralità della persona ed il valore dei legami di comunità. Lo strumento metodologico che accompagna la realizzazione delle progettualità personalizzate è il budget di salute (BdS).

Attraverso il Budget di salute si intende promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle tre aree di possibile fragilità, definite anche come determinanti sociali di salute, che sono formazione/lavoro, casa/habitat sociale e socialità/affettività e che afferiscono ai diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti. Questo approccio unitario alla persona può realizzarsi attraverso forme gestionali miste tra enti pubblici, utenti, famiglie e comunità locali con l'obiettivo di innalzare le capacità e il potere contrattuale del cittadino/utente.

Nel progetto GECT – GO l'equipe congiunta attiverà dei progetti personalizzati, avvalendosi del Budget di Salute, rivolti a giovani in carico ad entrambi i servizi (sloveno ed italiano) finalizzati in particolare alla ri-acquisizione di abilità sociali con particolare attenzione alla formazione ed all'inserimento lavorativo. Per la realizzazione di queste progettualità ci si avvarrà della collaborazione del terzo settore, ad esempio con realtà di cooperazione sociale già attive, attraverso le forme di affidamento ritenute più adeguate.

L'equipe congiunta opera nei tre ambiti di intervento sopra menzionati in particolare con funzioni di programmazione degli interventi, supervisione reciproca delle situazioni complesse, definizione degli obiettivi e verifica dei medesimi.

La titolarità di cura rispetto alle singole situazioni rimane della sotto-equipe di provenienza della persona, altrettanto lo sono i compiti di informazione e ricerca del consenso rispetto a utenti, familiari, tutori o altre componenti della rete primaria. Le specifiche modalità di rapporto

tra le equipe durante il l'accoglienza presso il CSM di Gorizia di un giovane adulto proveniente dal territorio del GECT sono disciplinate da uno specifico e successivo protocollo.

Punto 6 – VERIFICA DEGLI OBIETTIVI E MODIFICHE DEL PROTOCOLLO

Con scadenza almeno semestrale l'equipe congiunta si riunisce per effettuare un monitoraggio degli obiettivi del progetto e di tutte le situazioni prese in carico. L'incontro è convocato con le modalità di cui al punto 3, 2° capoverso.

L'ordine del giorno della riunione semestrale di verifica si articola sui seguenti punti:

- a. verifica degli obiettivi riabilitativi raggiunti nelle situazioni prese in carico
- a. verifica dei livelli di informazione dei portatori di interesse
- b. revisione delle modalità di condivisione del lavoro all'interno della equipe congiunta (compresa, ove necessario, la modifica del presente documento)
- c. condivisione delle buone pratiche e discussione delle situazioni difficili

Gli esiti di questa riunione sono verbalizzati e conservati dai coordinatori.

Šempeter pri Gorici, 11.12.2018

ČEZMEJNI SPORAZUM

SMERNICE ZA OPERATIVNO IZVAJANJE SKUPNIH STORITEV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Evropska združenja za teritorialno sodelovanje (EZTS) so bila ustanovljen za spodbujanje čezmejnega, mednarodnega in medregijskega sodelovanja med državami članicami ter njihovimi regionalnimi in lokalnimi organi.

EZTS navedenim partnerjem omogočajo, da izvajajo skupne projekte, si izmenjujejo izkušnje, izboljšujejo koordinacijo pri teritorialnem načrtovanju in ustanavljajo skupne pravne osebe za premagovanje težav, povezanih z različnimi zakonodajami in postopki na posameznih območjih.

Podrobneje želi ta delovna skupina s sodelovanjem povezati model slovenskega mentalnega zdravja s tradicijo in teritorialnimi praksami, po katerih se odlikuje model italijanskega mentalnega zdravja, kateremu je deinštitucionalizacija, ki jo je izvedel Franco Basaglia in je svoj vrhunec dosegla z Zakonom 180 iz leta 1978, omogočila zaprtje psihiatričnih bolnišnic in uvedbo oddelkov za mentalno zdravje, ki so preko centrov za mentalno zdravje (CMZ) pomagali preseči model, pri katerem je bila psihiatrična bolnišnica postavljena v osrednji položaj.

24-urni centri za mentalno zdravje (CMZ) delujejo izven bolnišnic. V njih sodeluje ekipa, ki jo sestavlja več poklicnih profilov. Centri ponujajo razne storitve, povezane z domačim okoljem oskrbovanca. V kriznih trenutkih omogočajo 24-urno namestitve in vzpostavitev personaliziranih postopkov zdravljenja v sodelovanju z vsemi lokalnimi agencijami. Navedeno dejavnost omogoča t.i. proračun za zdravje/sredstva za zdravje (budget di salute).

Model zagotavlja, da ljudje v vsakem primeru ohranijo svoje državljske pravice s programi in ukrepi, namenjenimi odraslim prebivalcem s težavami v duševnem zdravju.

1. točka – OPREDELITEV IN SESTAVA

V okviru projekta duševnega zdravja EZTS GO je bil določen prednostni cilj vzpostavitve mešane ekipe (SLO in ITA) s skupnimi smernicami za sprejem oseb s težavami v duševnem zdravju. Skupna slovensko-italijanska ekipa deluje kot koordinator pri projektih skupnega sprejema in v skupnih fazah zdravljenja za mlade odrasle osebe, ki vstopijo v program.

Mešano ekipo sestavljata slovenska podekipa in italijanska podekipa, ki sta razčlenjeni, kot sledi:

SLOVENSKI DEL			ITALIJANSKI DEL		
Ime	Vloga	Ustanova	Ime	Vloga	Ustanova
Kodelja K.	Klinična psihologinja	ZD Nova Gorica	Agostinis S.	Delovna terapevtka	CSM – AAS2
Mešič A.	Medicinska sestra	ZD Nova Gorica	Albani L.	Medicinska sestra	CSM – AAS2
Demšar K.	Psihologinja	ZD Nova Gorica	Businelli B.	Socialna delavka	CSM – AAS2
Tubič K.	Psihiatrinja	PB Idrija	Saullo A.	Psihiater	CSM – AAS2
Širaj Mažgon K.	Socialna delavka	PB Idrija	Stocco E.	Delovna terapevtka	CSM – AAS2
Tušar B.	Direktor	PB Idrija	Vanon M.	Medicinska sestra	CSM – AAS2
			Visintin M.	Psiholog	CSM – AAS2
			Zanus P.	Psihiatrinja	CSM – AAS2

Na sestanke mešane ekipe se po potrebi lahko povabijo tudi: socialni delavci, zdravniki splošne medicine, druge sanitarne, socialne oziroma vzgojne službe, nevladne organizacije in agencije za zaposlovanje.

2. točka - KOORDINATORJA

V posameznih podekipah se imenujeta dva koordinatorja, ki skrbita za vzdrževanje kontaktov med enim in drugim sestankom ter sklicujeta sestanke in se med seboj dogovarjata o sedežu ter datumu teh sestankov. Koordinatorja se izbereta na način, za katerega se dogovorita posamezni podekipi.

Če je koordinator dlje časa odsoten, podekipa v vsakem primeru sporoči, kdo je namestnik z namenom, da se lahko izvajajo koordinacijske dejavnosti.

3. točka – NAČIN SKLICA

Sestanek slovensko-italijanske ekipe hkrati skličeta oba koordinatorja.

Redni sestanki se skličejo vsaj 10 delovnih dni pred predvidenim datumom za sestanek in potekajo v Zdravstvenem domu v Novi Gorici ali pri CSM (Centru za mentalno zdravje) v Gorici in sicer kolikor je možno izmenično. Med letom bosta koordinatorja določila datume najmanj 6 rednih sestankov. Na rednih sestankih se opravljajo splošne dejavnosti načrtovanja, sprejem pacientov in nadzor nad stanji, s katerimi se ukvarja program ter preverjanje doseganja načrtovanih ciljev.

Koordinatorja lahko najmanj 10 delovnih dni pred datumom sestanka skličeta izredni sestanek, iz obrazloženo nujnih razlogov, pri čemer je sklic lahko tudi neformalen (neposredni telefonski kontakt) in je potrebno zagotoviti, da so vsi člani mešane ekipe obveščeni o sestanku. Na izrednih sestankih se opravljajo dejavnosti, povezane z nujnimi oziroma sicer neodložljivimi zadevami.

Na sestankih se kot delovni jezik v primeru težav s komunikacijo uporablja angleščina.

4. točka – SPREJEM V OBRAVNAVO

O sprejemu v obravnavo v okviru projekta se mešana ekipa vedno dogovori na podlagi dveh glavnih tipov ukrepanja: ukrepanje v akutnem stanju (sprejem pri CSM (Centru za mentalno zdravje) oziroma obravnava krizne situacije na domu) in vključitev v osebno zasnovan rehabilitacijski projekt (proračun za zdravje). Cilj sprejema pacienta je funkcionalno okrevanje osebe in ponovna vzpostavitev odnosov ter razvoj ustrezne vloge ter občutek pozitivne identitete, kljub znižani funkcionalnosti. Navedeni cilj je mogoče doseči z nizom ukrepov v okviru osebno zasnovanega terapevtsko-rehabilitacijskega projekta, kot so: vzpostavitev stalnega zaupanja med uporabnikom in izvajalci storitve, ki postanejo referenčne osebe v terapevtskem projektu, psihovzgojni postopki z oskrbovancem in družino, terapevtski pogovori v ambulantni, na domu in drugod, kjer navedene osebe živijo, skupine enakih, ustrezno farmakološko zdravljenje, vključitev v postopke za emancipacijo pri vsakodnevnih dejavnostih, pri socialnih stikih, pri izobraževanju, pri nastanitvi in pri ponovnem pridobivanju dohodka (proračun za zdravje).

Kriteriji za vključitev v projekt so povzeti v nadaljevanju:

- ✓ **pacient v starosti med 18 in 35 let z bivališčem na območju EZTS,**
- ✓ **prvič ugotovljene hujše psihološke motnje, ki spadajo na področje psihoz, čustvenih motenj in motenj osebnosti,**
- ✓ **zmanjšanje globalnega funkcioniranja v tolikšni meri, da pogojuje osebo pri njenih socialnih, stanovanjskih, izobraževalnih in delovnih odnosih,**
- ✓ **odsotnost nevroloških, internističnih bolezni oziroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi, kot glavnih vzrokov za slabše skupno funkcioniranje posameznika,**
- ✓ **soglasje pacienta in družinskih članov k obravnavi,**
- ✓ **ne sme biti sodnih postopkov v teku,**
- ✓ **ne sme biti izdana omejitev izstopa iz države.**

Navedena merila so smernice in ne absolutne omejitve. Zato se lahko mešana ekipa v vsakem posameznem primeru odloči, da ne bo upoštevala enega ali več meril, vendar pa mora biti ohranjena splošna usmeritev projekta.

5. točka – PODROČJA UKREPANJA

Multidisciplinarna ekipa bo delovala na naslednjih treh področjih:

- ✓ **Dejavnost obveščanja in preprečevanja** - promocija obveščanja preko območnih zdravstvenih agencij in drugih agencij (okrožje, šole, zdravniki splošne medicine, socialne službe)
- ✓ **Ukrep skupnosti v krizni situaciji** - mešana ekipa bo izdelala interni protokol za vodenje kriznih primerov, s pomočjo katerega se bo lahko posluževala geografsko najbližjih območnih sprejemnih služb (CSM - Centri za mentalno zdravje) namesto običajnih praks za aktivno hospitalizacijo v Sloveniji.

Opis - UKREPANJE V KRIZNEM PRIMERU - IZVAJANJE

Italijanska ekipa bo akutne primere vodila s pomočjo sprejema v CSM (Centru za mentalno zdravje) v Gorici oziroma bo takšne primere obravnavala na domu.

Slovenska ekipa se bo, na podlagi prvih ugotovitev v posameznem primeru, po dogovoru z osebo in 7ali njenimi družinskimi člani, odločila ali za hospitalizacijo v Psihiatrični bolnišnici Idrija ali za aktiviranje protokola za vodenje akutnih stanj pri Centru za mentalno zdravje v Gorici ali pa bo krizni primer obravnavan na domu. Protokol obravnave akutnih stanj pri CSM (Centru za mentalno zdravje) v Gorici se aktivira, če poda zainteresirani/a in njeni/njegovi družinski člani izrecno soglasje, pri čemer se družinski člani obvežejo, da bodo dnevno prisotni na CSM (Centru za mentalno zdravje) z namenom, da posredujejo morebitne zahteve in da nudijo pomoč svojemu sorodniku.

Ko se krizna faza zaključi in se pacient vrne domov, mešana ekipa izvaja program spremljanja stanja za sprejete paciente še najmanj 6 mesecev. Navedeno spremljanje stanja poteka v obliki sestankov iz 3. točke teh smernic.

Če predvideva program obravnavo na domu ali ambulantno obravnavo (akutno ali stalno), takšno dejavnost izvaja ožja podskupina posameznih ekip v sestavi in na načine, kot se določijo znotraj podskupine. Mešana ekipa je še naprej odgovorna za ukrep iz naslednje točke (proračun za zdravje).

Če oseba zavrne kakršno koli obravnavo, bo vsaka ekipa vodila stanje na načine, kot jih določa njena zakonodaja na področju prostovoljne in prisilne zdravstvene oskrbe.

- ✓ **Socialno-zaposlitvena rehabilitacija** – V strokovni literaturi je že pred časom bilo utemeljeno, da igrajo višina dohodkov, okolje, pomanjkanje osebnih in družbenih stikov ter nezadostna razpoložljivost pomoči odločilno vlogo, saj človeka iz stanja tveganja in ranljivosti pahnejo v bolezen. Če oseba težka ali nikakor ne more uveljavljati svojih pravic glede izobraževanja, dela in bivanja, obstaja nevarnost, da se iz stanja ranljivosti znajde v invalidnosti.

Iz vseh teh razlogov bi bilo primerno začeti postopoma uvajati nov pristop z drugačnimi ukrepi: namesto izključno medicinskega pristopa bi poudarek moral biti na oskrbi ljudi v njihovem življenjskem okolju, s storitvami, ki so prilagojene osebnim stanovanjskim, družabnim in gospodarskim okoliščinam. Projekti za posebljeni pristop bi tako temeljili na osrednjem pomenu osebe in dragocenosti medosebnih stikov v skupnosti. Projekti za posebljeni pristop bi se tako financirali iz sredstev za zdravje.

Iz teh sredstev imamo namen financirati individualno rehabilitacijo na treh občutljivih področjih, ki odločilno vplivajo na zdravje posameznikov, in sicer: izobraževanje/delo, bivališče/družabno okolje ter družabnost/čustvena podpora. Ta tri področja so povezana tudi z ustavno zagotovljenimi pravicami državljanov. Celovito oskrbo posameznikov lahko nudimo s kombinacijo pristojnosti javnih organov, samih prejemnikov, njihovih družin in lokalnih skupnosti, s čimer tudi okrepimo zmogljivosti in pogajalsko moč posameznikov.

V projektu EZTS GO bo mešana skupina iz sredstev za zdravje pripravila in izvedla projekte za posebljeni pristop do rehabilitacije mladih na obeh straneh (slovenski in italijanski) s posebnim poudarkom na vračanju družbenih kompetenc, izobraževanju in zaposlovanju. Pri izvedbi projektov se bomo obrnili tudi na storitveni sektor, kot so že obstoječa socialna podjetja, pri čemer se bo od primera do primera izbralo najprimernejše pogodbeno razmerje.

Mešana ekipa deluje na zgoraj navedenih treh področjih, in sicer skrbi za načrtovanje ukrepov, za medsebojni nadzor nad kompleksnimi situacijami, opredeljuje cilje in preverja njihovo doseganje.

Nosilec zdravljenja je za posamezne primere podekipa po izvoru oskrbovanca. Enako velja za obveščanje in urejanje soglasja pri uporabnikih, družinskih članih, skrbnikih oziroma drugih članih primarne mreže. Specifični načini odnosov med ekipama v času sprejema pri CSM (Centru za mentalno zdravje) v Gorici za mlado odraslo osebo, ki prihaja z območja EZTS, bodo urejeni s posebnim prihodnjim protokolom.

6. točka – PREVERJANJE CILJEV IN SPREMEMBE PROTOKOLA

Mešana ekipa se sestaja najmanj enkrat v šestih mesecih z namenom spremljanja ciljev projekta in vseh sprejetih primerov. Sestanek se skliče na načine, kot je predvideno v 2. odstavku 3. točke.

Dnevni red polletnega sestanka za preverjanje je razčlenjen na naslednje točke:

- b preverjanje doseganja ciljev rehabilitacije pri sprejetih primerih,
- d preverjanje obveščenosti nosilcev interesa,
- e uskladitev načinov razdelitve del znotraj mešane ekipe (vključno s spremembo tega dokumenta, če bi bilo to potrebno),
- f izmenjava dobrih praks in obravnava težkih položajev.

Koordinatorja sestavljata zapisnike takšnih sestankov in jih hranita.

Šempeter pri Gorici, 11.12.2018