

## 2B – Obiettivi prioritari previsti per l'anno 2003

### *2B.1 - Diffusione delle modalità organizzative e delle tecniche di intervento del Dipartimento di Salute Mentale oltre i confini aziendali.*

#### **Istituzione di un Dipartimento di Salute Mentale di Area Vasta**

##### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

###### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettiva sulla quale s'intende intervenire.**

Nel corso del 2002 malgrado i ritardi dell' A.S.S. n. 2 Isontina si sono sviluppati alcuni percorsi che hanno visto impegnati gli operatori dei due Dipartimenti di Salute Mentale. Paradossalmente il punto culminante del lavoro in comune è stato l'incontro seminariale del 5 giugno 2002 che esplicitò tutte le difficoltà e le divergenze d'impostazione e di culture. Quest'incontro era stato preceduto e fu seguito da riunioni di gruppo e scambi culminati nella partecipazione al corso di formazione degli operatori dell'isontino a Trieste. L'anno passato è servito dunque per rimuovere alcuni ostacoli macro e predisporre i primi concreti passaggi operativi.

###### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

- Supporto operativo agli operatori del Dipartimento Salute Mentale dell' ASS 2 per l'attivazione di un Centro di Salute Mentale sulle 24h a Monfalcone.
- Coinvolgimento dell'azienda ospedaliera triestina per l'attivazione di una nuova sede per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. (entro il 2° semestre 2003).
- Definizione delle destinazioni degli spazi e degli arredi attraverso un progetto di eccellenza che qualifichi la struttura.
- Definizione di un Protocollo con il Dipartimento dell'Emergenza – pronto Soccorso.

###### **3. Finalità che si intendono perseguire**

###### ***nella prospettiva dell'utenza***

- Si realizzerà entro il secondo semestre 2004 l'attivazione dei servizi territoriali sulle 24 ore nell'A.S.S. n. 2 Isontina.
- Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste potrà disporre di una sede idonea con conseguente miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nella risposta all'emergenza.

###### ***nella prospettiva dei processi interni***

- A livello regionale si realizza un'economia di scala mentre a livello del Dipartimento di Salute Mentale si attua un intrinseco miglioramento della rete.

###### ***dell'apprendimento e della crescita***

- Maggiore responsabilizzazione ed accrescimento di professionalità del personale di entrambi i Dipartimenti di Salute Mentale

###### ***nella prospettiva economica***

(...)

###### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

- Uno psichiatra in comando all'A.S.S. n. 2 Isontina a partire dal secondo semestre 2003.
- Individuazione della nuova sede del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in accordo con l'azienda ospedaliera.
- Messa a punto di un progetto per gli interni e gli arredi.
- Protocollo con il Dipartimento dell'Emergenza – Pronto Soccorso.
- Giornate di ricovero ospedaliero (SPDC) sia per i TSV che per i TSO minore o eguale al 2002.
- Un documento di linee guida concordato tra le due équipes sulle modalità d'utilizzo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Area Vasta.

**B. Specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo****5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<i>Risorse essenziali</i>	<i>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</i>	<i>Risorse richieste all'organizzazione</i>
Personale dipendente di tutte le Unità Operative. Investimento per la qualificazione degli ambienti della nuova sede del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura		Remunerazione delle prestazioni di personale specificamente comandato per formazione, stages, comando, tutor presso la sede dell'A.S.S. n. 2 Isontina

**C. Specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione****6. Eventuali effetti su altre aree di attività**

Contenimento del ricorso al ricovero in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e miglioramento delle modalità di accoglienza della domanda presso tutte le UO territoriali.

**7. Cambiamenti richiesti ad altri centri di responsabilità**

C.d.R. extraziendali: Azienda Ospedaliera Triestina e A.S.S. n. 2 Isontina.

**8. Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

Sovraccarico ed istituzionalizzazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove non ben definito e coordinato il suo utilizzo.

Rischio dell'aumento dei carichi di lavoro in maniera difforme sulle diverse Unità Operative

Bisognerà valutare la quantità delle risorse umane impegnate tenendo conto del nuovo assetto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Trieste (vedi scheda risorse).

*Unità Operative coinvolte* Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, in subordine Unità Operativa Territoriale 1, 2, 3 e 4, C.S.M. San Giovanni - Clinica Psichiatrica.

### Scheda 3 – Livelli di attività previsti per l'anno 2003 (espressione quantitativa)

**Tabella 1 Ricoveri presso il Servizio Psichiatria di Diagnosi e Cura**

<i>Provenienza dei ricoverati</i>	<i>Anno 2001</i>		<i>Anno 2002</i>		<i>Previsioni 2003</i>	
	<i>Ricoveri</i>	<i>Giornate</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>Giornate</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>Giornate</i>
Unità Operativa Territoriale 1	56	213	53	217		
Unità Operativa Territoriale 2	49	174	55	141		
Unità Operativa Territoriale 3	41	155	-	-		
Unità Operativa Territoriale 4	32	100	31	59		
Unità Operativa Territoriale San Giovanni – Clinica Psichiatrica	15	38	31	98		
Unità Operativa Abilitazione e Residenze	11	74	24	55		
Dipartimento delle Dipendenze	11	60	5	22		
Fuori zona o senza fissa dimora	28	84	13	78		
Missing	3	9	-	-		
<b>Totale</b>	<b>246</b>	<b>907</b>	<b>210</b>	<b>670</b>		
Unità Operativa Territoriale 3	13	48	100	464		
	<i>100%</i>		<i>73,8%</i>		<i>&lt;= ai valori del 2002</i>	

Nella tabella 7 i dati relativi al Centro di Salute Mentale di Domio compaiono in due righe diverse. Nella prima le giornate di ricovero ed i ricoveri si riferiscono ai primi 9 mesi del 2001 durante i quali il servizio era aperto nella sede di via Morpurgo con una dotazione di 8 posti letto. I dati riportati successivamente si riferiscono al quarto trimestre del 2001 ed ai dati del 2002. Durante quest'arco di tempo il Centro di Salute Mentale di Domio ha temporaneamente spostato la propria attività presso la sede di via Crispi 65 dove i posti letto sono scesi a 6 per cui di è concordato con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di dedicare 2 degli 8 p.l. del servizio ospedaliero all'utenza del Distretto 3. Per questo motivo, dai conteggi delle giornate di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si sono esclusi i dati relativi all'U.O.T. 3.

**Tabella 2 I Trattamenti sanitari Obbligatori nel 2001**

<i>2001</i>	<i>Area 1</i>	<i>Area 2</i>	<i>Area 3</i>	<i>Area 4</i>	<i>C.S.M. Cl. Psych.</i>	<i>Totale</i>
Richieste di Trattamenti Sanitari Obbligatori	9	9	5	7	1	31
N. di giornate di TSO al C.S.M. sulle 24h	47	27	1	19	7	101
N. di giornate TSO al S.P.D.C.	12	26	26	20		84
N. di giornate di TSO in altro luogo						
N. di giornate di TSO in totale	59	53	27	39	7	185
N. di utenti sottoposti al TSO	5	7	3	7	1	23
N. di utenti con T.S.O. ripetuti (>7 giorni o 2 TSO in periodi diversi)	3	2	1			6
Richieste di Accertamenti Sanitari Obbligatori		1				1

**Tabella 3 I Trattamenti sanitari Obbligatori nel 2002**

	<b>Area 1</b>	<b>Area 2</b>	<b>Area 3</b>	<b>Area 4</b>	<b>C.S.M. Cl. Psich.</b>	<b>Totale</b>
Richieste di Trattamenti Sanitari Obbligatori	17	7	16	25	1	66
N. di giornate TSO al S.P.D.C.	16	11	78	6	7	118
N. di giornate di TSO al C.S.M. sulle 24h	72	27	21	93	-	213
N. di giornate di TSO in altro luogo	-	7	-	-	-	7
N. di giornate di TSO in totale	88	38	99	99	7	331
N. di utenti sottoposti al TSO	8	5	9	12	1	35
N. di utenti con T.S.O. ripetuti (>7 giorni o 2 TSO in periodi diversi)	5	2	3	5	-	15
Richieste di Accertamenti Sanitari Obbligatori	3	1	-	2	-	6

**Tabella 4 I Trattamenti sanitari Obbligatori nel 2003**

<b>2003</b>	<b>Area 1</b>	<b>Area 2</b>	<b>Area 3</b>	<b>Area 4</b>	<b>C.S.M. Cl. Psich.</b>	<b>Totale</b>
Richieste di Trattamenti Sanitari Obbligatori						
N. di giornate di TSO al C.S.M. sulle 24h						
N. di giornate TSO al S.P.D.C.						
N. di giornate di TSO in altro luogo						
N. di giornate di TSO in totale						
N. di utenti sottoposti al TSO						
N. di utenti con T.S.O. ripetuti (>7 giorni o 2 TSO in periodi diversi)						
Richieste di Accertamenti Sanitari Obbligatori						

<= ai valori del  
2002

## ***2B.2 - Partecipazione al programma d'integrazione con il comune per i servizi sociosanitari. Residenzialità ed inserimento lavorativo.***

### **Identificazione delle aree e monitoraggio.**

#### **A. definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

##### ***1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.***

Nell'anno 2002 alcuni incontri con gli operatori del Comune hanno cominciato a definire con maggiore precisione l'entità della questione ed il riconoscimento di questa da parte del Comune. Il costo totale sostenuto dal Dipartimento di Salute Mentale per le attività residenziali è di 2.637.582 € per 79 posti residenziali. Analogamente il costo dell'inserimento lavorativo è a totale carico del Dipartimento di Salute Mentale e vi è la necessità di una costante riqualificazione dell'abitare per mantenere uno standard qualitativo adeguato nelle strutture residenziali

Va prevista la qualificazione e messa a punto di criteri di genere nell'accoglienza.

##### ***2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)***

- Partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale alle commissioni istituite a seguito della giornata di lavoro del 28 febbraio 2003 tra Comune e Azienda per la definizione delle prestazioni dell'area sociosanitaria e la valorizzazione in dettaglio dei percorsi terapeutico riabilitativi individuali. In particolare promozione di un tavolo con l'Associazione degli industriali, degli artigiani e dei commercianti, con la presenza dei sindacati, per verificare ulteriori strategie di formazione ed inserimento lavorativo.
- Promozione e formazione per operatori e operatrici del DSM e per i partner del privato sociale sul rapporto "donne e lavoro", elaborazione di strategie positive per l'inserimento lavorativo di donne portatrici di disagio.
- Promozione di formazione per gli operatori del D.S.M. ed i partner del privato sociale (agenzia Sociale, Comunità di San Martino al campo, La quercia, ENAIP) finalizzata al miglioramento della qualità dell'abitare nelle strutture residenziali. Avviare una riflessione più ampia e condivisa con soggetti istituzionali diversi circa l'habitat nell'ottica di identificare nuove modalità di risposta in tema di residenzialità.

##### ***3. Finalità che si intendono perseguire:***

###### ***nella prospettiva dell'utenza***

- Miglioramento della qualità e quantità dei programmi terapeutico riabilitativi di tipo residenziale e semiresidenziali e incremento di particolari progetti individuali o relativi a piccoli gruppi di convivenza.
- Ulteriore qualificazione dei programmi di formazione ed inserimento lavorativo.
- Impegno nella costituzione di una "impresa donna" al fine di verificare la possibilità di affermare un punto di vista di genere nel mondo del lavoro
- Ulteriore qualificazione dell'abitare.

###### ***nella prospettiva dei processi interni***

- Ulteriore sviluppo dell'Ufficio per l'inserimento lavorativo e la residenzialità;

###### ***nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita***

- Maggiore responsabilizzazione ed accrescimento di professionalità del personale impegnato nella definizione del programma specifico per la residenzialità e l'inserimento lavorativo.

###### ***nella prospettiva economica***

- Alla fine del processo d'integrazione si può prevedere un rientro economico pari al 50% dell'importo speso dal D.S.M.

##### ***4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi***

- Verifica dei costi dei percorsi terapeutico riabilitativi individuali già rilevati nel 2002.
- Mantenimento dell'attività residenziale del 2002 e sua ulteriore qualificazione.
- Mantenimento dell'attività di formazione verso gli utenti.

**B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo****5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<i>Risorse essenziali</i>	<i>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</i>	<i>Risorse richieste all'organizzazione</i>
Personale dipendente. In particolare: ➤ Un operatore del Servizio Abilitazione e Residenze, ➤ Quota oraria di personale amministrativo della Direzione.	In ogni Unità Operativa Territoriale si è attivato un gruppo di lavoro composto da un'assistente sociale, un tecnico della riabilitazione, un infermiere professionale. Ognuna di queste figure dedica una quota oraria al progetto.	Sostegno ad un'impresa formativa che coinvolga tutti gli attori del processo.

**C. Specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione****6. Eventuali effetti su altre aree di attività nel centro di responsabilità anche dovute ai processi di allocazione delle risorse**

Responsabilizzazione delle Unità Operative come Centri di Costo.

**7. Cambiamenti richiesti ad altri centri di responsabilità**

Coordinamento con gli uffici amministrativi dell'azienda.

Miglioramento della definizione dei centri di costo.

**8. Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

Razionalizzazione e qualificazione della spesa.

Unità Operative coinvolte

Servizio Abilitazione e Residenze, Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, in subordine Unità Operativa Territoriale 1, 2, 3 e 4, C.S.M. San Giovanni - Clinica Psichiatrica.

### Scheda 3 – Livelli di attività previsti per l'anno 2003 (espressione quantitativa)

**Tabella 5 Le strutture residenziali del Servizio Abilitazione e Residenze**

		<b>Anno 2001</b>	<b>Anno 2002</b>	<b>Previsioni 2003</b>
<b>A gestione diretta</b>	n° persone	58	44	
	n° giornate di presenza	21.170	16.060	
	costo	€ 1.582.636	€ 1.200.646	
<b>A gestione indiretta</b>	n° persone	70	48	
	n° giornate di presenza	18.541	14.678	
	costo	€ 1.386.000	€ 1.436.936	
<b>Costo totale medio della gestione diretta e indiretta</b>		<b>€ 2.968.636</b>	<b>€ 2.637.582</b>	

**Tabella 6 le Borse di Formazione al lavoro e gli inserimenti lavorativi**

	<b>Anno 2001</b>	<b>Anno 2002</b>	<b>Previsioni 2003</b>
N° persone	194	201	
N° inserimenti lavorativi (assunzioni)	29	21	
Costo annuo	€ 295.310	€ 296.547	

## **2B3 – Integrazione distrettuale e con gli altri servizi sociali**

### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

#### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

Sono state individuate sei aree di alta integrazione<sup>1</sup> di cui una coinvolgente il D.d.D. Per ognuna di queste sono state definite linee guida e procedure condivise. Una diffusa pratica vede sempre meglio coinvolti operatori del D.S.M. con l'area distrettuale; tuttavia l'integrazione continua a rappresentare una delle questioni più difficili da affrontare in quanto il problema non sta nell'incontro tra operatori ed operatrici dei diversi servizi ma nella difficoltà di operare su progetti realmente comuni nel senso che, in genere, nella realtà l'integrazione viene intesa come una semplice consulenza tra servizi.

Anche se le Aree di Alta Integrazione individuate costituiscono il principale punto di snodo di questo percorso bisognerà implementare il Progetto Habitat che esemplarmente intende integrare risorse, intenzioni, progetti sulle fasce di popolazione più svantaggiate.

#### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

- Nel corso del 2003 dovranno essere verificati con maggiore puntualità i protocolli già concordati nelle sei aree individuate.
- Il progetto Alzheimer avviato lo scorso anno è in fase di avanzata realizzazione. Gli obiettivi previsti sono stati raggiunti. Si dovrà implementare l'attività di counselling e di centro diurno presso i distretti e dovrà continuare il contributo degli operatori del D.S.M. a questo progetto.
- In relazione, poi, al progetto "Stella Polare 3", programma di interventi in favore di donne straniere soggette a violenze e sfruttamento sessuale, realizzato dal Comitato per i diritti civili delle prostitute in collaborazione con l'Azienda sanitaria e con il comune di Trieste, si intende mantenere il programma in atto. L'esperienza fin qui maturata, la complementarità operativa che si è costruita nel lavoro di strada pone l'esperienza triestina fra le più avanzate nel nostro paese.
- Per quanto riguarda i tardo adolescenti è possibile attivare strategie formative e di collaborazione finalizzate a produrre culture ed abilità nel riconoscimento precoce e nel trattamento integrato del disagio psichico e del disturbo mentale in età giovanile integrandosi con il D.d.D. per la presa in carico di situazioni con abuso di sostanze.
- Tra le azioni ipotizzate è necessaria la partecipazione più puntuale delle U.O. C.S.M. alla costruzione nel territorio cittadino di iniziative pratiche e reti capaci di stimolare e consolidare i diritti delle persone che vivono condizioni estreme. Tra queste il Progetto Habitat al quale partecipano le U.O. C.S.M. con almeno due operatori, mentre il S.A.R. interverrà su alcune specifiche aree del progetto.
- Dopo cinque anni di sperimentazione il progetto Amalia – Telefono Speciale costituisce uno dei punti d'eccellenza per il lavoro integrato vuoi per le forme collaborative emesse in atto che per i risultati ottenuti. Il Dipartimento di Salute Mentale continuerà nel corso dell'anno a sostenere il progetto in particolare sul versante della prevenzione del fenomeno suicidiario.
- Mantenimento e sviluppo delle attività della sede distaccata di Aurisina dell'U.O.1 per lavoro di rete con altri servizi sociosanitari dell'altipiano. La specificità delle problematiche dell'altipiano e la necessità di mantenere il decentramento dei servizi per favorire l'accessibilità, l'accoglienza e la presa in carico delle persone rende necessario lo sviluppo di iniziative volte a favorire l'integrazione tra i servizi ed il coinvolgimento attivo delle

---

<sup>1</sup> Le sei aree di alta integrazione individuate sono: Anziani, Handicap, Bambini ed adolescenti, Tossicodipendenze ed alcoolismo, Consultori, Medicina di base e specialistica.

associazioni del territorio. La formazione programmata in comune diventa una fase essenziale del miglioramento del lavoro di rete così inteso.

### **3. Finalità che si intendono raggiungere:**

#### **nella prospettiva dell'utenza**

- Lettura pertinente ed appropriata della domanda in risposta ai bisogni degli utenti garantendo integrazione e continuità terapeutica.

#### **nella prospettiva dei processi interni**

- Incremento dell'approccio multidimensionale e di modalità operative basate sulla metodologia del lavoro di rete per progetti centrati sulle persone.

#### **nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Riconoscimento reciproco tra operatori di diverse strutture operative.
- Miglioramento del clima della comunicazione aziendale.
- Accessibilità, accoglienza, risposta integrata decentrata sull'altipiano.

#### **nella prospettiva economica**

- Uso più razionale di strutture e risorse.
- Sinergie con i servizi sociali e sanitari.
- Valorizzazione dell'attività svolta e un rientro economico dall'introduzione del ticket prima visita.

### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

- Impegno di almeno una unità di personale sociosanitario su ognuna delle aree.
- Partecipazione alla riunione di coordinamento distrettuale con almeno un operatore per U.O. C.S.M. e proposizione di modalità reciproche presso la sede del C.S.M.
- Presenza per almeno tre ore settimanali di personale delle U.O. presso il presidio distrettuale di salute mentale, garantendo tra l'altro la disponibilità per la prima visita.
- Mantenimento del numero situazioni in carico attraverso la modalità alta integrazione con l'area distrettuale.
- Presa in carico integrata di almeno un adolescente o giovane adulto all'esordio.
- Numero di utenti delle U.O. C.S.M. reclutati in Amalia.
- Almeno un'iniziativa di comunicazione sociale per Telefono Speciale.
- Organizzazione della presenza di risorse esterne al C.S.M. (operatori sociosanitari, volontariato, utenza) nella sede distaccata di Aurisina dell'U.O.1.
- Programmazione di una iniziativa di formazione comune con gli operatori dei Servizi sociosanitari dell'altipiano, nella prospettiva di migliorare la valutazione delle specifiche problematiche sociosanitarie esistenti sul territorio carsico e la collaborazione per programmi congiunti/integrati.

## **B. Specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo**

### **5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b>Risorse essenziali</b>	<b>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</b>	<b>Risorse richieste all'organizzazione</b>
Personale dipendente di tutte le Unità Operative. Incremento di almeno un'unità del comparto per U.O. C.S.M. Sostegno economico previsto al progetto Amalia – telefono Speciale	Da ogni Unità Operativa coinvolta la disponibilità di quote orarie di personale dipendente	Attività formative (vedi)

**C. Specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione****6. Eventuali effetti su altre aree di attività nel centro di responsabilità anche dovute ai processi di allocazione delle risorse**

- Miglioramento del lavoro centrato sulla persona.
- Incremento di responsabilità ed autonomia dei singoli operatori e sperimentazione di forme di lavoro finalizzate a migliorare e a valorizzare la professionalità del personale infermieristico.
- Aumento del carico di lavoro.

**7. cambiamenti richiesti ad altri centri di responsabilità**

- Disponibilità delle équipes distrettuali a predisporre spazi e risorse.
- Disponibilità degli operatori delle équipes distrettuali alla partecipazione nelle sedi dei C.S.M. alle riunioni apposite.

**8. Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

- Miglioramento lavoro di rete ed integrazione.
- Accessibilità dei servizi.
- Miglioramento della comunicazione aziendale.
- Miglioramento della qualità tecnica percepita.

Unità Operative  
coinvolte

U.O. C.S.M. 1, 2, 3 e 4, C.S.M. San Giovanni - Clinica Psichiatrica,  
Servizio Abilitazione e Residenze.

### Scheda 3 – Livelli di attività previsti per l'anno 2003 (espressione quantitativa)

#### Tabella 1 - Livelli di attività del 2002

Attività di Alta Integrazione con i Distretti	Anziani	Handicap	Bambini ed adolescenti	DdD	Consultori	ADI	Persone in contatto	MMG
Centro di Salute Mentale di Barcola - Aurisina	20	25	4	6	1	1	<b>57</b>	34
Centro di Salute Mentale della Maddalena	9	20	11	17	-	-	<b>57</b>	104
Centro di Salute Mentale di Domio	28	10	2	9	15	18	<b>82</b>	137
Centro di Salute Mentale di via Gambini	10	9	13	6	-	1	<b>39</b>	48
Centro di Salute Mentale di San Giovanni - Clinica Psichiatrica	3	-	2	11	-	-	<b>16</b>	9
<b>Persone seguite</b>	<b>50</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>194</b>	<b>298</b>
							<b>492</b>	

Le persone conteggiate nell'area MMG sono state ricavate dal Sistema Informativo nella voce supporto al medico di medicina generale e/o specialista.

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Missing	Persone in contatto
<b>Progetto Donna Salute Mentale</b>	28	46	5	9	5	<b>93</b>

## **2B4. Determinazione di linee guida comuni per definire le modalità di accesso ai servizi e di accoglienza della domanda.**

### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

#### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

La domanda che giunge ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale è caratterizzata da una forte variabilità per età, per fasce sociali d'appartenenza, per urgenza, per iteratività e per durata nel tempo. A formulare la domanda sono di fatto soggetti molto diversi, non sempre è la persona interessata, più spesso la famiglia ed il vicinato portano al servizio una domanda caratterizzata da allarme, preoccupazione, urgenza. Non di rado sono altre istituzioni sanitarie e sociali a formulare richieste d'intervento che spesso mettono in tensione il rapporto d'integrazione che pure viene perseguito. Per ultimo, le agenzie di controllo sociale, dai vigili urbani alla polizia, ai carabinieri, possono richiedere informazioni e formulare domande d'intervento che meritano attenzioni e competenze particolari. Nel momento in cui la domanda si manifesta presso il servizio si aprono piccole aree di problematicità, la modalità di ascolto e di risposta deve confrontarsi con il rischio d'invasione di spazi privati o di abbandono, deve valutare le intenzioni di scarico da altri istituti e confrontarsi con poteri istituzionali talvolta forti e compromettenti.

La bassa soglia d'accesso che caratterizza i servizi di salute mentale triestini garantisce al cittadino la possibilità di porre domande relative a disagi dei tipi più diversi ed avvia processi d'integrazione con le agenzie del territorio. La frequenza e l'intensità della domanda in presenza di un significativo calo di risorse impediscono una pratica adeguata dell'accoglienza e l'organizzazione di una risposta articolata.

L'accesso a qualsiasi cittadino con le più ampie domande problematiche, rischia di determinare confusione, deresponsabilizzazione, e con questo contrattempi e rinvii dannosi e da evitare. Il problema peraltro non è di facile soluzione se si pensa che le risorse del personale ormai ridotte all'essenziale impediscono un'organizzazione adeguata sul fronte articolato delle risposte. Si registra sempre più frequentemente un carico di lavoro eccessivo che mette in affanno i servizi e le modalità d'accoglienza. Intervenire sulle modalità di accoglienza della domanda significa proporre limitati momenti di riorganizzazione nell'erogazione globale del servizio.

#### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

Sul tema è già avviata una discussione tra tutte le U.O del Dipartimento di Salute Mentale e particolarmente attiva presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Già a livello sperimentale alcune U.O. C.S.M. hanno valutato le criticità e messo a punto linee guida per sostenere il lavoro dell'operatore all'accoglienza. Bisognerà pensare a spazi e risorse dedicate per la definizione operativa dell'accesso.

#### **3. Finalità che si intendono raggiungere**

##### **nella prospettiva dell'utenza**

- Unire alla bassa soglia d'accesso qualità ed efficacia nell'accoglienza.

##### **nella prospettiva dei processi interni**

- Valorizzazione di modalità operative basate sulla relazione con il cittadino e sull'ascolto della singolarità della domanda.
- **Coinvolgimento di tutte le figure professionali nella responsabilità di accogliere, valutare, smistare o assumere le domande in arrivo al servizio con particolare riguardo alla domanda indifferenziata.**

##### **nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Miglioramento delle capacità di ascolto, di consulenza e di strategie per il fronteggiamento della domanda.

##### **nella prospettiva economica**

- Uso razionale e messa in rete delle risorse aziendali.

#### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

- Un documento di linee guida.
- Disposizione in ogni U.O. di uno spazio e di una quota oraria dedicata.

### **B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo**

#### **5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b><i>Risorse essenziali</i></b>	<b><i>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</i></b>	<b><i>Risorse richieste all'organizzazione</i></b>
Personale dipendente	Quota oraria dedicata dal personale dipendente.	Attività formativa e di coordinamento

*Unità Operative coinvolte* Tutte le U.O. del Dipartimento di Salute Mentale.

## **2B5. Continuità terapeutica**

### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

#### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

A fronte di una buona capacità dimostrata dall'intera rete dei servizi dipartimentali di affrontare le situazioni di crisi e di mettere in atto tutte le strategie volte al superamento della stessa nel lavoro terapeutico riabilitativo, si registrano aree di criticità più volte evidenziate dagli operatori e segnalate come problema dai familiari e dai career givers. La discontinuità del lavoro terapeutico, che solo raramente porta a "perdere di vista" persone che avrebbero bisogni di trattamento, rappresenta un ostacolo ovvero un fattore di rischio in più nei percorsi di ripresa e di emancipazione. Le risorse, i programmi, e gli spazi dedicati al percorso abilitativo vengono pertanto usati con approssimazione e dunque non producono gli effetti che ci si aspetterebbe. La controprova è che tutte le volte che si sostiene la continuità ed il programma terapeutico riabilitativo individuale si assiste a percorsi sensati ed a sviluppi straordinariamente positivi di ripresa in particolare se l'utente risulta attivamente coinvolto nell'articolazione del progetto.

Una particolare area che deve essere curata è quella relativa al carcere ed all'OPG. Le persone in carico, che si trovano ad accedere a questi percorsi istituzionali, rischiano di perdere contatto con i loro contesti e di essere negativamente condizionati dalla "carriera". Già in atto da molti anni un programma che sviluppa continuità in tali ambiti, anche riferendosi ai recenti decreti ministeriali, appare evidente la necessità di sostenerlo ulteriormente vista anche l'incremento, seppure limitato, di persone in contatto con i servizi, attualmente internate in OPG.

#### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

- Individuazione e reclutamento di persone che presentano severe disabilità legate al disturbo mentale, aree di problematicità relazionale e sociale, rete familiare assente o fortemente problematica, carenze sul piano economico ed abitativo, carico inerte sul servizio, i "persi di vista".
- Revisione dell'efficacia della presa in carico ed individuazione di operatori-chiave dedicati, con nuove procedure.
- Per il Progetto carcere – OPG individuazione e rafforzamento di un gruppo di operatori dedicati, almeno uno per U.O. C.S.M.

#### **3. Finalità che si intendono raggiungere:**

##### **nella prospettiva dell'utenza**

- Evitamento di percorsi di desocializzazione, di istituzionalizzazione e di deriva sociale.
- Sviluppo di risorse e reti intorno alla persona che favoriscono emancipazione ed integrazione sociale.

##### **nella prospettiva dei processi interni**

- Sviluppo di capacità professionali volte all'integrazione e al difficile attraversamento delle istituzioni totali.
- Coinvolgimento di tutte le figure professionali nell'individuazione di operatori-chiave.

##### **nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Riqualificazione, rimotivazione e accrescimento di professionalità del personale coinvolto.
- Sviluppo di modalità di lavoro per programmi ed obiettivi, che tengano conto della soggettività e degli obiettivi dell'utente.

##### **nella prospettiva economica**

- I percorsi riabilitativi attivano risorse naturali e riducono il carico anche economico sui servizi.

#### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

In ogni U.O. escluso il S.P.D.C. individuazione di un operatore di riferimento - chiave che dovrà seguire una o più persone individuate nella lista. Definizione per ogni persona di un programma finalizzato alla ripresa, concordato con la persona. Definizione di nuove procedure ad hoc.

- Almeno un corso di formazione degli operatori sull'ordinamento penitenziario, sulle misure alternative alla detenzione, sul lavoro delle varie figure che lavorano in carcere e sull'attività del Giudice di Sorveglianza.

- Valutazione dell'appropriatezza della domanda e riduzione dei tempi di risposta alla richiesta della 1° visita nel carcere di Trieste.
- Garantire la continuità terapeutica con la persona in carico per cui una visita almeno una volta ogni 15 giorni, preferibilmente una volta alla settimana; in altri carceri almeno a cadenza bimestrale.
- Almeno un incontro semestrale tra gli operatori dell'equipe psichiatrica e gli operatori penitenziari.
- Coinvolgimento dell'equipe psichiatrica nelle riunioni finalizzate all'attuazione del programma di trattamento sia intra che extra murale per gli utenti seguiti.
- Attivazione dei progetti d'inserimento sociale per gli utenti detenuti presso gli OPG nel 1° semestre.
- Inserimento nel gruppo teatro, che opera in carcere, di almeno una persona con disturbo mentale.

## **B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo**

### **5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b><i>Risorse essenziali</i></b>	<b><i>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</i></b>	<b><i>Risorse richieste all'organizzazione</i></b>
Personale dipendente delle U.O. C.S.M. coinvolte.		Mantenimento delle risorse dedicate alle attività extracliniche.

## **C. Specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione**

### **8.Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

Miglioramento del lavoro di rete, miglioramento della qualità tecnica percepita.

*Unità Operative coinvolte* Tutte le U.O. del Dipartimento di Salute Mentale.

## **2B6. Riformulazione delle modalità d'acquisto ed esecuzione dei servizi esternalizzati (Global Service) in particolare relativamente all'acquisto dei pasti e del servizio di pulizia**

### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

#### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

Dal gennaio del 2003 l'acquisto dei servizi passa attraverso un nuovo programma di organizzazione e coordinamento dei partner privati aziendali detto Global Service. Il Dipartimento di Salute Mentale rappresenta forse il "cliente" relativamente più importante. Il costo dei servizi acquistati rappresenta per il Dipartimento di Salute Mentale un impegno cospicuo pari a circa il 14,48% del budget generale. peraltro il servizio mensa ed il servizio di pulizia rappresentano due aree strategicamente importantissime nella costruzione di risposte efficaci e qualitativamente apprezzabili per le persone che attraversano i servizi del Dipartimento di Salute Mentale. Si pensi non solo all'immagine e alla qualità percepita ma al valore intrinseco di ambienti che per qualità, estetica e funzionalità devono rappresentare le alternative concrete alle immagini tradizionalmente misere e stigmatizzanti dei luoghi della psichiatria. A fronte di questi due elementi - costo e qualità - il rischio dell'inerzia e della scarsa attenzione da parte del D.S.M. come acquirente può essere rilevante.

#### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

Si intende costituire un gruppo d'interfaccia con il Global Service con il compito di organizzare al meglio gli ordini e verificare, attraverso procedure concordate e definite, la qualità dei servizi acquistati.

#### **3. Finalità che si intendono raggiungere:**

##### **nella prospettiva dell'utenza**

- Valorizzare il protagonismo e la centralità delle persone.

##### **nella prospettiva dei processi interni**

- Incremento dell'attitudine a lavorare sul budget, sui costi, nella definizione di procedure per il controllo di gestione.

##### **nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Sperimentare modalità operative di responsabilità ed autonomia del personale infermieristico.

##### **nella prospettiva economica**

- Uso razionale delle risorse e contenimento della spesa in rapporto alla qualità ed alla razionalità del servizio acquistato.

#### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

- Costituzione di un gruppo di lavoro.
- Almeno un operatore per Unità Operativa.
- Formulazione di almeno una scheda per la rilevazione della qualità dell'habitat e di una scheda per la verifica della qualità del servizio mensa.

**B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo****5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b>Risorse essenziali</b>	<b>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</b>	<b>Risorse richieste all'organizzazione</b>
Almeno un operatore per Unità Operativa.	Da ogni U.O. coinvolta disponibilità di quote orarie del personale dedicato	Attività formative e di coordinamento

**C. specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione****6. Eventuali effetti su altre aree di attività nel centro di responsabilità anche dovute ai processi di allocazione delle risorse**

Tempi e forme di organizzazione del lavoro che possano meglio integrarsi con i servizi acquistati.

**7. Cambiamenti richiesti ad altri centri di responsabilità**

Differente disponibilità dell'Ufficio approvvigionamenti nel coordinamento e nella predisposizione nelle procedure di acquisto e di verifica del servizio.

**8. Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

Aumento del carico di lavoro per gli operatori coinvolti

Responsabilizzazione delle altre aree del Dipartimento di Salute Mentale sull'acquisto di servizi.

*Unità Operative coinvolte* Tutte le U.O. del Dipartimento di Salute Mentale.

## 2b7. Protagonismo

### A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget

#### 1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.

Il livello di sviluppo raggiunto dal D.S.M. ha prodotto una costante crescita della partecipazione delle persone con disturbo mentale. Negli ultimi cinque anni con sempre maggiore attenzione si sono attivati percorsi di valorizzazione per tutti i soggetti sulla scena mirati alla loro autonomia. Gli utenti primari, i familiari, le reti connesse ed i cittadini saranno l'obiettivo privilegiato di questa area. A fronte di questa crescita sono ancora disarticolate e poco coordinate le strategie e le risorse messe in campo.

Appaiono fondamentali in particolare le attività di formazione per sviluppare la partecipazione ed il protagonismo delle persone con disagio, il radicamento e il consolidamento dei gruppi di auto-aiuto e delle associazioni, e la promozione e lo sviluppo di reti.

Nel corso dell'anno alcuni parziali obiettivi verranno proposti (vedi Scheda 2A)

#### 2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)

1. Attività di coordinamento:
  - 1.1. Costituzione del coordinamento stabile (con segreteria) dei soggetti individuali ed associativi impegnati nel campo del protagonismo dell'utenza.
  - 1.2. Mappatura delle attività ricreative, di socializzazione e di partecipazione dell'utenza organizzate sia dalle associazioni accreditate presso il DSM che dallo stesso DSM.
  - 1.3. Costituzione di un archivio storico / centro di documentazione delle esperienze soggettive e collettive di riappropriazione della propria storia
  - 1.4. Redazione di un bollettino informativo unitario da parte delle Associazioni accreditate presso il DSM.
  - 1.5. Estensione del bollettino informativo "Appuntamenti" sulle attività svolte, redatto da operatori ed utenti del Centro di Salute Mentale di via Gambini.
2. Attività di formazione / ricerca:
  - 2.1. Programmazione di un corso di formazione ad hoc per operatori col coinvolgimento di persone con esperienza vissuta come docenti e partecipanti (20 ore).
  - 2.2. Programmazione per l'anno 2004 di un corso nazionale per responsabili di associazioni di auto-aiuto (28 ore)
  - 2.3. Prosecuzione delle attività di ricerca qualitativa sui percorsi di ripresa soggettiva e riappropriazione della propria storia col coinvolgimento come ricercatori/trici di persone con esperienza vissuta
  - 2.4. Prosecuzione dell'attività formativa "di genere" sul terreno dell'espressione e della creatività artistica iniziata con il corso di formazione "Di Passaggio".
3. Apertura di spazi e programmi per attività di supporto terapeutico-riabilitativo nelle sedi dei servizi e fuori di esse, gestiti direttamente da Associazioni comprendenti utenti o ex-utenti.
  - 3.1. Definizione di attività del CSM (accoglienza, consultazione, segreteria, aiuto attività della casa, rinfreschi, ecc.) col coinvolgimento di utenti od ex-utenti
  - 3.2. Avvio di attività di accoglienza diurna e diurno-notturna di genere con associazioni presso l'appartamento di via Giulia 22
  - 3.3. Sperimentazione di modalità di accoglienza diurna ed eventualmente diurno-notturna con associazioni presso la sede distaccata di Aurisina del CSM 1.
  - 3.4. Prosecuzione dei laboratori teatrale e di scrittura dell'associazione Luna e l'altra.
4. Programmazione di attività di comunicazione sociale a favore della destigmatizzazione e della valorizzazione dei percorsi di ripresa e dei progetti per attività sportive e culturali in integrazione con il territorio / la comunità.

#### 3. Finalità che si intendono raggiungere:

##### **nella prospettiva dell'utenza**

- Sviluppare la partecipazione ed il protagonismo delle persone con disagio attraverso il radicamento e il consolidamento dei gruppi di auto-aiuto e delle associazioni e la promozione e lo sviluppo di reti.
- Migliorare l'informazione interna, la formazione, la ricerca, la comunicazione sociale dei processi di protagonismo.

- Formazione di persone con esperienza vissuta alla gestione e sviluppo di forme associative e ad attività di supporto terapeutico-riabilitativo.

#### ***nella prospettiva dei processi interni***

- Miglior coordinamento dei soggetti individuali ed associativi impegnati nel campo del protagonismo dell'utenza.
- Sviluppo di esperienze, spazi e programmi di supporto terapeutico-riabilitativo nelle sedi dei servizi e fuori di esse, gestiti direttamente da Associazioni comprendenti utenti o ex-utenti.
- Consolidamento dello stile operativo e della qualità delle relazioni con l'utenza e valorizzazione delle potenzialità delle persone con esperienza vissuta.

#### ***nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita***

- Miglioramento delle conoscenze e dei saperi pratici derivanti da ricerche specifiche e da sperimentazioni concrete sul campo.
- Sviluppo di partnership innovative tra operatori ed utenti nella formazione.
- Comunicazione sociale degli effetti terapeutici positivi delle pratiche di salute mentale e di associazionismo dell'utenza, con impatto sui meccanismi di creazione dello stigma e di esclusione sociale.
- Rafforzamento del DSM /ASS come polo formativo per la diffusione dei saperi basati sull'esperienza dei soggetti della deistituzionalizzazione.

#### ***nella prospettiva economica***

- Ottimizzazione, per il miglioramento dei servizi, delle risorse umane rappresentate da persone con esperienza vissuta.
- Riconoscimento di forme di lavoro di supporto da parte delle suddette persone e definizione di un percorso amministrativo ad hoc.
- Ottimizzazione dei programmi già forniti rendendoli disponibili ad un maggior numero di utenti.

#### ***4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi***

- Apprezzamento dello stato di realizzazione delle singole iniziative (almeno una azione in ciascuna delle aree di cui al punto 2).
- Sufficiente numero di utenti coinvolti "come protagonisti" di attività presso i CSM (almeno 3 per CSM).

### **B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo**

#### ***5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo***

<b><i>Risorse essenziali</i></b>	<b><i>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</i></b>	<b><i>Risorse richieste all'organizzazione</i></b>
Almeno un operatore per ogni unità operativa (territoriali e SAR) referente per l'obiettivo.	Disponibilità di quote orarie del personale dedicato (tutte le figure professionali)	Implementazione attività formative e di coordinamento. Destinazione di finanziamenti per la retribuzione di attività di supporto terapeutico-riabilitativo, di formazione, di ricerca, di segreteria (coordinamento)

### **C. specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione**

#### ***8 .Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione***

Coinvolgimento del Centro di Formazione Aziendale per le attività programmate.

Richiesta alle Coop. Sociali di tipo A di introduzione di una quota di persone con esperienza vissuta in attività di assistenza, quale requisito all'accREDITAMENTO presso il D.S.M.

*Unità Operative coinvolte* Tutte le U.O. (esclusa U.O. SPDC) del Dipartimento di Salute Mentale.

**2B8. Sistema Informativo****A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget****1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

Nel corso di dieci anni il Sistema Informativo dipartimentale, oggi a regime, ha raggiunto un buon livello di copertura nella rilevazione delle attività delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale ed uno standard affidabile. Il suo utilizzo permette il monitoraggio di aree di particolare interesse e di specifici programmi. Contribuisce alla costruzione di indicatori di processo e sull'efficacia pratica dei programmi terapeutico riabilitativi. E' necessario sviluppare abilità e programmi che contribuiscano a fornire indicatori su aree di particolare interesse al fine di monitorare e pilotare i processi. E' altrettanto importante contribuire alla migliore definizione dei meccanismi per il controllo di gestione.

**2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

Formazione al suo uso per allargare l'accesso al sistema al maggiore numero possibile di operatori.

Introduzione di programmi specifici e ricorrenti per la valutazione dei processi.

**3. Finalità che si intendono raggiungere:****nella prospettiva dell'utenza**

- Monitoraggio degli esiti dei trattamenti anche in termini di costo/ efficacia.

**nella prospettiva dei processi interni**

- Valorizzazione di procedure basate sulla verifica ed il monitoraggio dei processi.
- **Verifica della funzionalità in ogni U.O. del sistema di registrazione delle prestazioni.**

**nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Introduzione di elementi per la valutazione dei programmi in cui sono coinvolti gli operatori.

**nella prospettiva economica**

- Razionalizzazione nell'uso delle risorse.

**4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**

- Produzione di rapporti periodici (tre in un anno) relativi ai dati d'attività e produzione di un rapporto sperimentale di valutazione degli esiti in aree di particolare interesse.

**B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo****5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b>Risorse essenziali</b>	<b>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</b>	<b>Risorse richieste all'organizzazione</b>
	Un operatore per Centro di Salute Mentale	

**C. specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione****6. Eventuali effetti su altre aree di attività nel centro di responsabilità anche dovute ai processi di allocazione delle risorse**

Contribuire allo sviluppo dei centri di costo e di programmazione.

**7. cambiamenti richiesti ad altri centri di responsabilità**

Maggiore integrazione con l'U.O. Finanza e Controllo

**8. Eventuali conseguenze indotte, negative o positive, sul altri C.d.R. o su tutta l'organizzazione**

Miglioramento della qualità nell'erogazione dei servizi.

Unità Operative coinvolte Tutte le U.O. del Dipartimento di Salute Mentale.

## **2B9. Qualificazione della sede del Centro di Salute Mentale di Aurisina**

### **A. Definizione degli obiettivi che s'intendono perseguire nell'anno di budget**

#### **1. Descrizione della situazione attuale o prospettica sulla quale s'intende intervenire.**

Nel corso dell'anno 2002 il Centro di Salute Mentale 24h ha progressivamente spostato le sue funzioni presso la sede del Centro di Barcola. Ferma restando l'integrazione in tutta l'area distrettuale, alcune funzioni del Centro di Salute Mentale si concentrano nell'area dell'altipiano (circostrizioni Altipiano Est ed Ovest, Comuni di Durino Aurisina, Monrupino e Sgonico) dove esiste un legame storico degli enti locali e delle popolazioni con il Centro di Salute Mentale. Parte delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione dovranno potere essere sviluppate nella sede distaccata di Aurisina dell'U.O.1 e, in particolare, il lavoro territoriale, l'attività di rete, il mantenimento delle reti ed il sostegno domiciliare dovranno essere riprogrammate.

#### **2. Azioni ipotizzate per la soluzione del problema (obiettivo prioritario)**

- Attivazione di un gruppo di operatori nell'attività di riqualificazione del lavoro socio-sanitario sull'altipiano; uso della sede come base operativa in zona
- Trasformazione del Centro, da C.S.M. sulle ventiquattro ore a Centro Diurno

#### **3. Finalità che si intendono raggiungere:**

##### **nella prospettiva dell'utenza**

- Miglioramento dell'accoglienza
- Miglior inserimento delle persone seguite in attività e situazioni integrate nel territorio
- Partecipazione attiva dell'utenza e dei familiari nei percorsi di ripresa e di abilitazione sociale

##### **nella prospettiva dei processi interni**

- Miglioramento della dimensione comunitaria e gruppale del Centro
- Coinvolgimento di realtà associative esterne nella vita del Centro

##### **nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita**

- Autonomia gestionale degli operatori
- Autonomia gestionale del Centro, supportata dalla supervisione degli operatori sanitari
- Lavoro in rete con le altre agenzie e risorse del territorio

##### **nella prospettiva economica**

- Valorizzazione di una risorsa strutturale (bene immobile di proprietà dell'ASS)
- Utilizzo di risorse proprie del territorio.

#### **4. Proposta delle modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi.**

Numero giorni di ricovero c/o SPDC e CSM dell'utenza dell'altipiano, numero programmi individuali integrati, aumento delle ore di utilizzo della sede.

### **B. specificazione delle risorse essenziali per il successo dell'obiettivo**

#### **5. Esplicitazione delle risorse essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo**

<b>Risorse essenziali</b>	<b>Risorse disponibili o recuperabili tramite razionalizzazione o riallocazione interna</b>	<b>Risorse richieste all'organizzazione</b>
Dotazione minima di operatori (sottogruppo) dedicati alla sede distaccata di Aurisina (almeno 5 infermieri/e e 2 dirigenti)	Recupero dotazione organica ai livelli precedenti (anno 2001)	Modulo da privato sociale per apertura centro diurno semiresidenziale

### **C. specificazione delle altre condizioni essenziali per il successo dell'azione**

#### **6. Eventuali effetti su altre aree di attività nel centro di responsabilità anche dovute ai processi di allocazione delle risorse**

Unità Operative coinvolte U.O. C.S.M. Barcola - Aurisina.