

## OBIETTIVI D.S.M. MICROAREE PER 3 ANNI<sup>1</sup>

Le fonti da cui estrarre le informazioni dovrebbero essere le seguenti:

- Sistema informativo (SI)
- Interno al D.S.M. - Direzione
- Interno al C.S.M. – U.O. C.S.M., Servizio Abilitazione e Residenze, S.P.D.C.
- L'anno di riferimento iniziale per valutare gli indicatori è il 2005

### **1. Realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle microaree.**

- 1.1. Elenco utenti residenti nelle microaree, confrontabile con elenco altri Servizi Territoriali
- 1.2. Elenco referenti microaree

### **2. Ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria (e contrastare l'istituzionalizzazione).**

- 2.1. N. visite domiciliari
- 2.2. Elenco persone accolte nel corso dell'anno in casa di riposo.
- 2.3. Conteggio gg. di ricovero in S.P.D.C. sia volontario che obbligatorio con permanenza protratta superiore a 60 gg.
- 2.4. Conteggio gg. di ospitalità nel C.S.M. sia volontario che obbligatorio con permanenza protratta superiore a 60 gg.

### **3. Elevare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci.**

- 3.1. Verifica semestrale delle prescrizioni farmacologiche in attinenza a linee guida di Prontuario D.S.M.

### **4. Elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche**

- 4.1. Contatto con i MMG per gli utenti con malattie organiche e inquadramento diagnostico nell'area F20-29

### **5. Elevare l'appropriatezza per prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative)**

- 5.1. Agenda CAP con visite temporalizzate (planning) per mantenere la continuità terapeutica

### **6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionali (costruire comunità).**

- 6.1. Iniziative locali con le associazioni e il portierato sociale per il coinvolgimento, la socializzazione e la responsabilizzazione degli abitanti
- 6.2. N. partecipazioni alle attività.

### **7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il benessere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo).**

- 7.1. Utilizzo della metodologia "forum salute" con istituzioni, associazioni e cittadini per rilevare problemi e soluzioni locali
- 7.2. N. partecipazioni riunione congiunte dedicate alla microarea

### **8. Realizzare un ottimale coordinamento fra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia.**

- 8.1. Mettere a punto una scheda sociosanitaria congiunta nell'ottica della valutazione del rischio di esclusione sociale
- 8.2. Con l'elenco utenti residenti nelle microaree seguiti da più agenzie (Distretto, Servizi sociali del Comune, D.d.D., ecc.)
- 8.3. N. visite domiciliari

---

<sup>1</sup> Nel testo quando si parla di utenti e/o di persone ci si riferisce sempre a persone e/o utenti in carico al Centro di Salute Mentale e residenti nella micro area. Nel testo questa specificazione non viene ripetuta per evitare di renderlo troppo pesante.

8.4. Riunioni congiunte e di rete dedicate al singolo caso

**9. Promuovere equità nell'accesso alle prestazioni (più qualità per cittadini più vulnerabili).**

9.1. Individuazione di utenti vulnerabili e disabili rispetto all'accesso a risorse di salute e cittadinanza e quindi a rischio di esclusione sociale

9.2. N. contatti con il MMG promossi da C.S.M.

9.3. N. contatti con lo specialista del Distretto, promossi da C.S.M.

9.4. Protocollo tra A.S.S. n. 1 Triestina ed Azienda ospedaliera per concordare a favore degli utenti che ne hanno bisogno e che devono essere accompagnati dagli operatori, un accesso facilitato alle prestazioni che l'azienda territoriale non fornisce (sala gessi, radiologia, ecc.).

**10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva ed indipendente).**

10.1 Impegno nei PAT e nei PDZ per le problematiche della salute mentale, contro l'esclusione sociale

10.2 Inserimenti lavorativi