

## B. Le aree di intervento

### B5. Area di intervento "salute mentale"

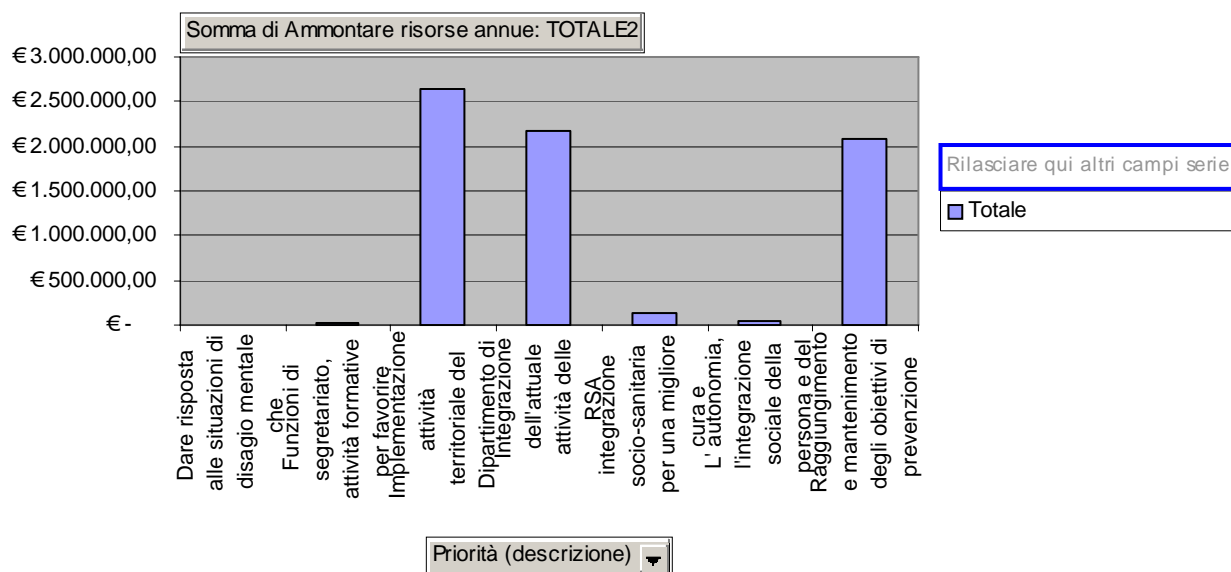
Di seguito un' analisi delle priorità specifiche dell' area di intervento Salute mentale.

Emerge una tripartizione delle risorse nelle seguenti principali priorità: l' implementazione delle attività territoriali del Dipartimento di Salute Mentale, l' integrazione dell' attuale attività delle RSA e il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di prevenzione.

Priorità	Risorse	%
Dare risposta alle situazioni di disagio mentale che diminuiscono la capacità di gestire i propri affari	€ 2.000,00	0,03%
Funzioni di segretariato, attività formative per favorire l'accesso ai servizi territoriali	€ 20.780,87	0,3%
Implementazione attività territoriale del Dipartimento di Salute Mentale	€ 2.636.896,00	37,3%
Integrazione dell'attuale attività delle RSA	€ 2.163.238,00	30,6%
integrazione socio-sanitaria per una migliore cura e assistenza dei pazienti affetti da grave patologie psichiatriche.	€ 128.276,00	1,8%
L' autonomia, l'integrazione sociale della persona e del suo nucleo familiare	€ 39.760,00	0,6%
Raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di prevenzione	€ 2.082.157,00	29,4%
Totale complessivo	€ 7.073.107,87	100,0%

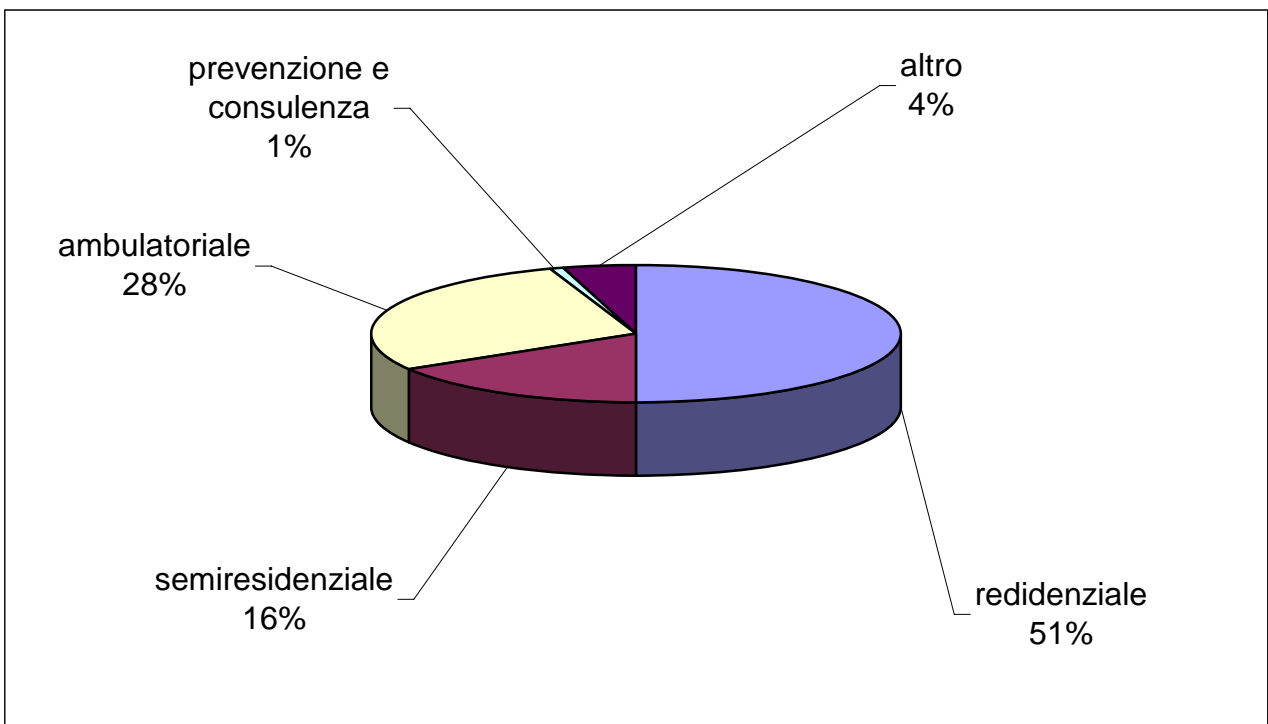
Anno 2007 Area di Intervento Salute mentale

Totale

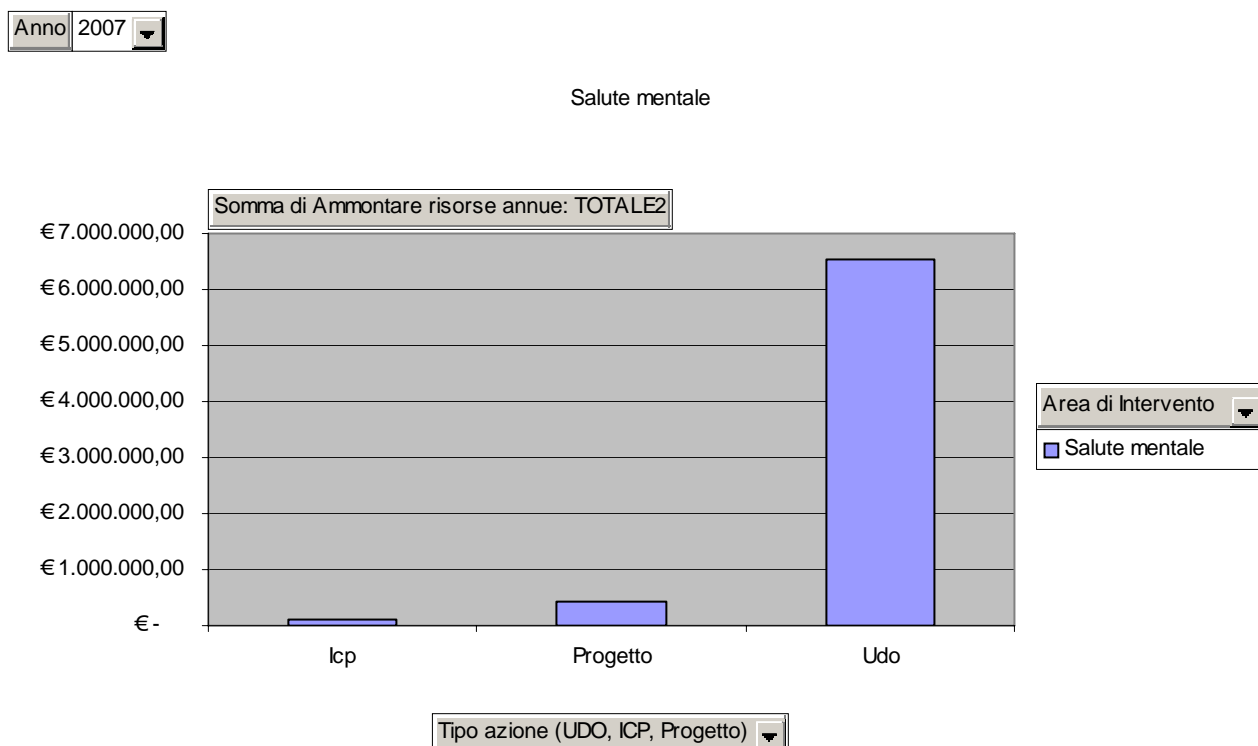


La successiva analisi propone la suddivisione delle risorse in base ai principali percorsi assistenziali. Si denota una forte incidenza della residenzialità, con il 51% delle risorse, consistente anche l'incidenza dell'attività ambulatoriale (28%) e semiresidenziale (16%).

Percorso	Risorse	%
redidenziale	€ 3.546.369,00	51%
semiresidenziale	€ 1.153.920,00	16%
ambulatoriale	€ 1.996.738,00	28%
prevenzione e consulenza	€ 68.375,00	1%
altro	€ 307.705,87	4%
totale	€ 7.073.107,87	100%



L' ultima analisi proposta per l' area salute mentale, relativa alle tre tipologie di azioni, mostra come oltre il 90% delle azioni riguardi delle unità di offerta.



### B5.1 I servizi

Sono stati potenziati i percorsi di inserimento socio-lavorativo, le risorse per la residenzialità a bassa protezione e i gruppi ambulatoriali per la psicoterapia di gruppo.

Rapporto tra residenziale e domiciliare: nell'organizzazione del Dip.to Salute Mentale (DSM) vi è un equilibrio fra risorse residenziali, per i pazienti con maggiore gravità di patologia, o di alta emotività espressa in famiglia, e quelli che hanno la capacità di mantenere il proprio domicilio grazie anche all' intervento degli operatori dei CSM, che svolgono visite domiciliari regolari. Non è ravvisabile un trasferimento di risorse da percorsi residenziali a domiciliari.

### B5.2 I progetti

Tutti i progetti previsti sono stati avviati.

Le finalità sono:

- il mantenimento dei livelli di assistenza, cura e riabilitazione garantiti in questi anni all'utenza e alle loro famiglie;
- la riorganizzazione delle risorse del DSM per mantenere attivi tutti i progetti esistenti.

Non siamo in presenza di finalità previste in sede programmatica e trascurate nell' attuazione, sono stati realizzati il 100% dei progetti.

### **B5.3 I risultati**

Tutte le politiche d'intervento sono in corso di attuazione.

Sono particolarmente avanzati i programmi di cura e riabilitazione sia territoriali, presso i CSM, sia nella residenzialità e semiresidenzialità.

Maggiori difficoltà si possono incontrare nel garantire tutte le prestazioni individuali di psicoterapia e trattamento integrato (farmacologico-psicoterapico e testistico) ove andrebbero aumentate le risorse di personale medico e psicologico ad esse dedicato, dato l'aumentare delle richieste di presa in carico.

Le priorità perseguite rispondono a quanto previsto dal Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale.

Sono stati inoltre avviati percorsi di priorità per rispondere alle esigenze dell'utenza in età adolescenziale e alle necessità di lungodegenza in Residenze Sanitarie Assistite.

Il target degli utenti in carico è in aumento. Non vi sono più solo pazienti con patologia psicotica, ma sta prevalendo la necessità di gestire persone con disturbo grave della personalità, con comorbidità di altre patologie (uso di sostanze, alcolismo) e vi è una sensibile riduzione dell'età di esordio, che è a ponte fra l'età adolescenziale e quella adulta.

Vi è quindi l'indicazione a concentrare l'attenzione e nuove risorse a queste necessità.

Oltre agli indicatori numerici e di descrizione delle prestazioni, sarebbe utile osservare la qualità dei servizi offerti attraverso scale di misurazione della soddisfazione del servizio, che oggi sono a disposizione sia per l'utenza, che per le famiglie e il personale che opera nella salute mentale.

Le maggiori criticità sono nell'ambito della distribuzione delle risorse di personale che deve operare nella salute mentale. In particolare vi è una sofferenza di organico ormai consolidata da anni per ciò che riguarda le strutture residenziali.

I maggiori risultati positivi si sono ottenuti nei percorsi di gruppo:

- gruppi ambulatoriali
- gruppi di auto-aiuto
- gruppi di psicoeducazione per familiari
- gruppi di pazienti in strutture riabilitative

ove vi è una risposta ottimale ai progetti di presa in carico e riabilitazione avviati e che conducono a sensibili miglioramenti e percorsi di recovery.

I fattori che hanno favorito il raggiungimento degli obiettivi sono stati:

- l'organizzazione in rete del DSM con gli altri servizi dell'ULSS e degli Enti coinvolti.
- la gestione territoriale integrata dell'utenza nei Centri di Salute Mentale.
- la gestione dell'offerta di risorse residenziali e semiresidenziali collegate a progetti condivisi e costantemente monitorati da tutti gli attori del progetto (DSM-Famiglie-Utenti-Privato Sociale- Enti locali).

Unico elemento di difficoltà che è stato incontrato riguarda la gestione dei finanziamenti dedicati alla salute mentale, che non consentono ad oggi un' adeguata presenza di risorse in tutte le strutture del DSM che soddisfino a pieno i programmi contenuti nel Piano di Zona.