



**AREA SALUTE
MENTALE**

1. Breve profilo dell'area

Il lavoro di tutela della salute mentale, coinvolge un insieme di soggetti nella realizzazione di interventi molteplici che derivano da diversi approcci e strategie: la cura biologica, l'intervento psicologico e quello sociale vanno fra di loro integrati, a partire da un'attenta valutazione sia dei bisogni dell'individuo che delle caratteristiche del contesto di appartenenza.

Come evidenziano le diverse ricerche epidemiologiche le persone che afferiscono ai servizi per la salute mentale del territorio rappresentano, peraltro, solo una parte di tutte le persone che, nel corso della loro vita, avrebbero la necessità di un intervento o anche di un sostegno dal punto di vista psichico. Il compito del Servizio Pubblico e della programmazione socio-sanitaria è, quindi, quello di predisporre una rete di interventi e di offerte di servizi che permetta, primariamente a tutte le persone con una sofferenza psichica grave e con bisogni terapeutico-riabilitativi elevati, di avere una risposta qualificata ed efficace.

Oltre a questo appare importante poter fornire risposte tempestive, e interventi di tipo educativo e preventivo in grado sia di permettere interventi precoci sia di combattere i pregiudizi sulla malattia mentale sia, infine, di offrire strumenti per il ridimensionamento dei fattori favorenti e di rischio per l'insorgenza di malattie mentali e per le ricadute acute delle stesse.

Un primo presupposto è rappresentato da una informazione adeguata che coinvolga i soggetti del mondo socio-sanitario e permetta l'assunzione di comportamenti coerenti ed efficaci per la corretta individuazione dei bisogni e per la definizione di comportamenti in grado di fornire un adeguato sostegno alle domande in tema di salute mentale fornite da persone, famiglie, gruppi istituzionali.

La gestione della complessità e l'integrazione delle risposte ai bisogni connessi con la tutela della salute mentale dipende da diversi livelli di programmazione che riguardano i quadri normativi nazionali, quelli regionali e la definizione locale dell'uso delle risorse. Oltre ai contesti programmatori sono importanti la capacità di comprensione della domanda da parte dei servizi destinati alla lettura dei bisogni di Salute Mentale del territorio, le risorse messe in atto, le caratteristiche operative degli stessi servizi e, infine, una verifica degli esiti.

I progetti obiettivo nazionale e regionale hanno individuato nel Dipartimento di Salute Mentale l'organizzazione unitaria che garantisce ai servizi per la salute mentale una adeguata integrazione sia fra gli interventi sanitari e quelli di tipo sociale sia nella programmazione degli stessi. All'interno dei D.S.M. i Centri di salute mentale, in particolare, sono il punto di riferimento per l'accoglimento della domanda, la programmazione degli interventi terapeutici e riabilitativi individuali, di gruppo e istituzionali. Sono il luogo di programmazione delle attività sociosanitarie, di collegamento con le associazioni del volontariato, il privato sociale, i comuni, le strutture del mondo del

lavoro oltre che le altre strutture dell'azienda sanitaria quali il distretto, l'ospedale, il Dipartimento di Prevenzione.

In relazione al precedente piano di zona questa stesura permette una verifica su progetti allora effettuati, su quanto realizzato e sulla rispondenza di questo ai bisogni; per questo può contare sulla presenza del sistema informativo psichiatrico che mette a disposizione dati sulla operatività delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale.

Fatti salvi gli specifici interventi di tipo sanitario legati a una efficace operatività del D.S.M. vengono sottolineati alcuni aspetti fondamentali per la programmazione sociosanitaria che insistono su alcune aree ritenute centrali:

- l'offerta di servizi residenziale e semiresidenziale che permettano il pieno svolgimento dei percorsi riabilitativi anche in casi di rilevante disabilità;
- l'integrazione con il modo del lavoro, la formazione la definizione di contesti adeguati e favorevoli l'inserimento lavorativo;
- il superamento delle diverse forme di emarginazione e disabilità sociale grazie al rafforzamento della rete sociale e di opportunità ad essa collegate;
- l'attività di informazione, prevenzione, intervento precoce e comprendendo la messa a disposizione di strumenti e modalità di contatto innovativi.

2. Quadro epidemiologico locale

Secondo un'analisi svolta dai servizi psichiatrici dell'unità locale socio sanitaria n. 7 e sulla base di alcuni dati statistici disponibili, il quadro trasversale che emerge al 31/12/2000, è il seguente:

territorio di riferimento	n. utenti (attualmente in cura)	bacino di utenza al 1° gennaio 2001 (numero di abitanti)	% sulla popolazione del distretto socio sanitario	% sulla popolazione generale
Distretto socio sanitario Sud Conegliano	1478			
Distretto socio sanitario Nord Vittorio Veneto	1640			
Totale Ulss 7	3118			

Viene di seguito riportata la prevalenza dei casi in carico nell'ultimo anno, secondo i principali raggruppamenti diagnostici:

Tipologia diagnostica Pazienti attualmente in carico	Area territoriale di App.	N° casi
Dist. Psichiatrici Maggiori Cod. da 294.8 a 299.1	Vittorio Veneto	306
Dist. Psichiatrici Maggiori Cod. da 294.8 a 299.1	Soligo	201
Dist. Psichiatrici Maggiori Cod. da 294.8 a 299.1	Conegliano	574

Tipologia diagnostica	Area territ. di App.	N° casi
Dist. di tipo nevrotico Cod. da 300 a 300.9	Vittorio Veneto	237
Dist. di tipo nevrotico Cod. da 300 a 300.9	Soligo	179
Dist. di tipo nevrotico Cod. da 300 a 300.9	Conegliano	351

Tipologia diagnostica	Area territ. di App.	N° casi
Altra tipologia di disturbi Cod. da 301 a 301.89	Vittorio Veneto	33
Altra tipologia di disturbi Cod. da 301 a 301.89	Soligo	44
Altra tipologia di disturbi Cod. da 301 a 301.89	Conegliano	49

Prime visite effettuate nel 2003

Visite ambulatoriali	Distretto Sud	Distretto Nord	Totale
	412	519	931

Centri Diurni nel 2003

Centro Diurno	Distretto Sud	Distretto Nord	totale
Utenti (posti)	15	30	45

CTRP nel 2003

CTRP	Distretto Sud	Distretto Nord	totale
Utenti (posti)		24	24

Comunità Alloggio nel 2003

Comunità Alloggio	Distretto Sud	Distretto Nord	totale
Utenti (posti)	6	12	18

Gruppo Appartamento nel 2003

Gruppo Appartamento	Distretto Sud	Distretto Nord	totale
Utenti (posti)	6		6

3. I disagi socio relazionali, i fattori di rischio e le aspettative

le variabili di bisogno

Ai fini del presente piano di zona dei servizi sociali, vengono prese in considerazione le seguenti macrovariabili di bisogno della persona con disagio psichico:

- Ambito della relazionalità personale e familiare
- Ambito della relazionalità sociale e culturale
- Ambito dell'autonomia personale e delle risorse
- Ambito dell'inserimento lavorativo

a) Ambito della relazionalità personale e familiare

La persona con disagio psichico presenta una difficoltà significativa nell'ambito della costruzione e del mantenimento delle relazioni. Tale difficoltà inizia, spesso, in famiglia; questa rappresenta per la persona, una risorsa molto importante ma, nello stesso tempo diventa essa stessa soggetto di bisogni per la peculiarità del ruolo che si trova a sostenere sia al suo interno che dal punto di vista sociale. Un atteggiamento da parte dei familiari fortemente critico, di

ipercoinvolgimento e ostilità nei confronti del paziente comporta per esempio livelli di ricadute molto più elevati rispetto ad un contesto familiare supportivo.

Di qui la necessità di diminuire il carico percepito dai familiari, incentivare le loro abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi, migliorare la qualità della vita.

Un problema ulteriore e specifico, in termini di necessità di intervento, si ha quando nella famiglia la persona con problemi mentali si trova a svolgere il ruolo di genitore.

Nell'ambito della presente macrovariabile, sono state individuate le seguenti variabili specifiche:

- * La famiglia –qualità delle relazioni intrafamiliari-
- * Costruzione di relazioni
- * Sostenere un ruolo genitoriale

b) Ambito della relazionalità sociale e culturale

La malattia mentale è caratterizzata da una perdita progressiva della capacità del soggetto di articolarsi in modo armonico con l'ambiente, di soddisfare con successo i suoi bisogni, e di rispondere efficacemente alle richieste e ai bisogni degli altri.

Queste incapacità lo espongono ad una serie di fallimenti che lo isolano sempre di più, sia per l'esperienza frustrante che va a rinforzare sentimenti di disistima ed inadeguatezza, sia per le tendenze emarginanti che si creano nel contesto in cui il soggetto vive.

Da questa emarginazione deriva l'esclusione, la solitudine, la passività, la dipendenza, la perdita di autonomia, la caduta della motivazione e se tale processo non viene interrotto efficacemente, le disfunzioni del comportamento diventano croniche.

Nell'ambito della presente macrovariabile, sono state individuate le seguenti variabili specifiche:

- * Partecipazione alle opportunità di socializzazione
- * Inserimento della famiglia
- * Abilità dell'uso dei percorsi connessi ai bisogni sociali

c) Ambito dell'inserimento lavorativo

Il ruolo lavorativo è tra i primi ad essere compromesso nella persona che soffre di disagio psichico. Quando la persona non ha più un funzionamento adattivo, le reazioni del mondo del lavoro sono in genere di rifiuto e questo spinge ancor più la persona in difficoltà al ritiro sociale.

La mancata possibilità di partecipare al processo produttivo e di avere un ruolo professionale è associata in modo significativo sia a sentimenti autosvalutativi che ad una perdita progressiva di

ruolo sociale e a una conseguente, maggiore tendenza alle ricadute e a una cronicizzazione della patologia.

La risposta a questo bisogno deve articolarsi secondo progressivi e diversificati livelli di offerta del tipo di supporto, prendere in considerazione livelli di disabilità graduale: dalla persona che necessita di un lungo sostegno per svolgere attività occupazionale a quella, all'altro estremo che va invece aiutata per poter entrare nel mondo del lavoro in modo più diretto.

Nell'ambito della presente macrovariabile, sono state individuate le seguenti variabili specifiche:

- * Diritto al lavoro
- * Costruzione di contesti accoglienti e di avviamento
- * Acquisizione di abilità (formazione)

d) Ambito dell'autonomia personale e delle risorse

Ad uno stadio di aggravamento ulteriore la disabilità riguarda anche l'autonomia personale e di gestione della vita quotidiana. La cura del sé in generale è compromessa con un'assenza di interesse (a diversi livelli di gravità) per l'igiene e la cura della propria persona, per la cura dell'abbigliamento, che ovviamente ha dei risvolti anche nella vita sociale.

E' in genere compromessa la cura della propria salute fisica: difficoltà nel mantenere un'alimentazione bilanciata, attività fisica adeguata, presenza di eccessi nel fumare e abuso di bevande quali il caffè.

Per la persona con disagio psichico in genere è problematica anche la gestione della propria salute psichica che consiste nel: riconoscimento precoce dei segni di crisi, uso di strategie di coping e di una adeguata compliance farmacologica.

Oltre agli aspetti funzionali della persona è fondamentale la possibilità di accedere a quelle opportunità che permettano di utilizzare le potenzialità di cui ciascuno dispone e di svilupparne gli interessi; tutto ciò costituisce un elemento specifico che va a costituire gli aspetti cosiddetti "oggettivi" della qualità di vita cui poi vanno aggiunti quegli elementi "benessere" che ne definiscono gli aspetti "soggettivi".

Nell'ambito dell'autonomia personale rientra anche la cura e l'interesse per lo spazio abitativo cui sono funzionalmente collegati tutti i problemi connessi alla questione della residenzialità.

Nell'ambito della presente macrovariabile, sono state individuate le seguenti variabili specifiche:

- * Gestione della propria persona
- * Disponibilità abitative
- * Livelli di minima qualità della vita

I disagi socio relazionali ed i fattori di rischio

Per ciascuna delle macrovariabili sopraindicate sono stati individuati i disagi socio relazionali ed i relativi fattori di rischio, la cui caratteristica fondamentale consiste nel produrre uno o più specifici svantaggi all'interno della condizione di disagio psichico. I risultati dell'analisi vengono riportati nelle tabelle seguenti:

Area della relazionalità personale e familiare

Disagi socio relazionali
Perdita dell'autostima Isolamento personale Deterioramento della persona Conflittualità intrafamiliare
Fattori di rischio:
<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento della famiglia - Scarse informazioni sulla malattia - Scarsa conoscenza dei percorsi istituzionali - Mancato coinvolgimento della medicina di base - Emarginazione sociale - Famiglie multiproblematiche

Area delle relazionalità sociali e culturali

Disagi socio relazionali
Isolamento sociale ed emarginazione Stigmatizzazione
Fattori di rischio
<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa tolleranza da parte della rete sociale - Conoscenze insufficienti sulle malattie psichiche da parte della rete sociale (pregiudizi) - Mancata conoscenza della rete dei servizi - Isolamento della famiglia - Dipendenza istituzionale

Area dell'inserimento lavorativo

Disagi socio relazionali
Esclusione dal mondo del lavoro

Dipendenza economica Vissuto di “costo sociale” Mancata valorizzazione delle proprie potenzialità Perdita di valore sociale
Fattori di rischio
<ul style="list-style-type: none"> - Rigidità del mondo del lavoro - Mancanza di strutture con capacità di accoglienza - Mancanza di formazione

Area dell'autonomia personale e delle risorse

Disagi socio relazionali
Deterioramento personale Maggior incidenza di malattia causata da abuso (alcol, sigarette) Precarietà abitativa Uso inadeguato di strutture sanitarie Perdita di autonomia nelle funzioni di base
Fattori di rischio:
<ul style="list-style-type: none"> - Scarso contatto con i servizi - Mancanza di adeguate risorse abitative - Abuso di alcool e fumo - Isolamento dentro la famiglia - Isolamento della famiglia - Assenza di conviventi - Mancato coinvolgimento della medicina di base - Mancato supporto a domicilio - Uso inadeguato/assente di risorse sociali

Aspettative

Di seguito vengono riportate le aspettative più frequenti relative all'area in esame:

- umanizzazione e personalizzazione delle risposte
- continuità terapeutica
- tempestività della risposta
- facilitazione dell'accesso ai servizi
- informazioni sui servizi esistenti e potenzialmente fruibili
- specificità della risposta per i bisogni prolungati
- favorire l'associazionismo e l'auto-aiuto

4. Le priorità e le scelte di politica sociale

In relazione ai disagi socio relazionali ed ai fattori di rischio individuati precedentemente, con riferimento alle macrovariabili di bisogno, si definiscono le seguenti politiche sociali che caratterizzano il periodo di vigenza del presente piano di zona dei servizi sociali.

Ambito della relazionalità personale e familiare

Politiche sociali
<ul style="list-style-type: none">- Diminuzione della conflittualità familiare- Famiglia e individuo meno isolati- Capacità della persona di sostenere ruoli relazionali- Valorizzare i miglioramenti sul piano terapeutico- Favorire la comprensione della crisi

Ambito della relazionalità sociale e culturale

Politiche sociali
<ul style="list-style-type: none">- Inserimento sociale in gruppi, associazioni istituzionali e/o di auto-aiuto- Stimolare la produzione culturale- Realizzare programmi informativi e di prevenzione

Ambito dell'inserimento lavorativo

Politiche sociali
<ul style="list-style-type: none">- Inserimento nel mondo del lavoro con modalità flessibili e individualizzate- Formazione a specifiche e diversificate competenze professionali- Sostegno ai bisogni determinati dalle disabilità prolungate

Ambito dell'autonomia personale e delle risorse

Politiche sociali
<ul style="list-style-type: none">- Bisogni articolati di residenzialità: uso specifico delle risorse- Disponibilità di case dei Comuni per progetti abitativi per persone assistite- RSA per soggetti con bisogni prolungati (attualmente fuori Ulss)- Promuovere l'autonomia personale- Sostenere livelli adeguati di qualità di vita- Raccordo con l'ADI

5. I soggetti erogatori e le strutture produttive

La promozione e tutela della salute mentale vengono garantite attraverso un'organizzazione unitaria di tipo dipartimentale cui si fa riferimento nei PON 96-98 e 98-2000 e nel POR attualmente vigente. Tale struttura deve assicurare uniformità di risposte a tutti gli utenti e agevolare l'integrazione tra servizi diversi che operano in ambito socio-sanitario per rispondere a bisogni complessi della persona.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha il compito di operare facendo in modo che, sin dalla presa in carico del paziente, si possa rispondere alle esigenze terapeutico-riabilitative con specifici programmi individualizzati e promuovere contemporaneamente la prevenzione in tema di Salute Mentale.

Un ruolo significativo potrebbe avere l'istituzione di un'unità operativa distrettuale integrata con personale del Dipartimento di Salute Mentale.

I soggetti erogatori pubblici e privati

Istituzioni	Unità operative
Unità locale socio sanitaria	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Centri di Salute Mentale Strutture Residenziali e Semiresidenziali Medici di Medicina Generale
Comuni	Servizio sociale
Enti convenzionati	Cooperative sociali
Associazioni (o Volontariato)	AITSAM
	Caritas
	Psiche 2000

Strutture presenti nel territorio (anno 2003)

Strutture	Distretto socio sanitario Nord	Distretto socio sanitario Sud
SPDC	1	
CSM	1	1+1 sede ambulatoriale a Farra
Centro Diurno	1	1 (+1)
CTRP		2
Comunità Alloggio	1	2
Gruppo Appartamento	1	
Centro di Aggregazione	1	

6. Il sistema delle prestazioni socio assistenziali e delle azioni organizzative e strumentali

Viene presentata l'attuale organizzazione dei servizi descrivendo sia le strutture sia le loro modalità operative che vanno integrate per raggiungere l'organizzazione ottimale così come definita dai PON e POR.

Centro di Salute Mentale:

Rappresenta il riferimento per la programmazione e il coordinamento di tutte le attività del territorio per la tutela della salute mentale della popolazione presente.

	Esistente	strategie da attivare
Orario di apertura	8-18	8-20
Giornate di attività	Da lunedì a venerdì	Tutti i giorni feriali
- Urgenze in coordinamento con il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, il Servizio di Continuità Assistenziale e i Medici di Medicina Generale.	- Attiva nelle 24 ore	- idem
- Attività di riconoscimento e accoglienza delle richieste degli utenti e/o dei loro familiari e di informazione agli stessi	- Visita psichiatrica - Consulenza psicologica - Assistenza Infermieristica - Assistenza Sociale - Terapia psicofarmacologica - Visite domiciliari	- Formazione per i Medici di Medicina Generale - Informazione e Prevenzione alla Popolazione e nelle Scuole
- Attività ambulatoriale che garantisca secondo un modello integrato, interventi di tipo multiprofessionale con vari livelli di modulazione	- Visita psichiatrica - Consulenza psicologica - Psicoterapia Ind., di gruppo, della famiglia - Assistenza Infermieristica - Assistenza Sociale - Terapia psicofarmacologica - Visite domiciliari	- Interventi psicoeducativi
- Attività territoriale, svolta al di fuori delle sedi fisiche delle strutture dell'equipe, che risponda ai bisogni del singolo utente e del suo nucleo familiare e relazionale distinta in: urgente e programmata e ulteriormente connotata come: - attività domiciliare - attività di rete	-	- Attivazione di gruppi di auto-aiuto - Attivazione dell'associazionismo locale - Attività integrata tra più servizi per casi multiproblematici

Strutture semiresidenziali

Centro Diurno (CD)

E' una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo), collocato di preferenza nel contesto territoriale per favorire gli scambi sociali, è aperta di norma otto ore al giorno per sei giorni la settimana.

Orario di apertura	9-17	
Giornate di attività	Da lunedì a sabato	
Attività	Esistente	Strategie da attivare
<u>Attività</u> risocializzanti di tipo: - Espressivo - Pratico-manuale	Alcune attività sono attualmente delegate al Centro di Aggregazione nei Distretti n°1 e 2	Necessità di differenziare l'offerta in rapporto alla tipologia di utenza e di integrare i servizi offerti in sedi diverse con un unico referente strutturale coordinandosi con l'attivazione della rete sociale e altre attività (Centro Riabilitativo).
<u>Attività riabilitative</u> , individuali e di Gruppo che riguardano: - L'area della cura del sé - L'autonomia personale - La socializzazione - L'espressività/creatività - L'attività motoria		
<u>Attività</u> finalizzate all'inserimento e alla formazione lavoro.		- Strutture con supporto all'attività occupazionale per utenti con prolungati problemi di autonomia (Centro Riabilitativo) - Percorsi di formazione/lavoro - Cooperative

DH Territoriale (DHT)

Costituisce un'area per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime di cura semiresidenziale. E' collocato di preferenza nella sede del CSM.

	esistente	strategie da attivare
Orario di apertura	8-18	8-20
Giornate di attività	Da lunedì a venerdì	Tutti i giorni feriali
Trattamento della crisi gestibile nel territorio	A Vittorio V. e Soligo	Attivazione a Conegliano

Strutture Residenziali

Le strutture residenziali accolgono pazienti con necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera. I pazienti vengono inseriti in tali strutture per ragioni cliniche e con un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, documentato, periodicamente verificato dall'equipe che ha in carico il paziente.

I pazienti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da patologia di pertinenza psichiatrica.

Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP)

Sono strutture sanitarie, ubicate nel territorio di afferenza e non avulse dalla rete sociale ed abitativa locale, rappresentano una possibilità terapeutica, in ambiente extraospedaliero, contraddistinta dalla massima attivazione delle competenze terapeutico-riabilitative dell'equipe per contrastare, tempestivamente, l'evoluzione verso la cronicità e/o la deriva sociale.

	Esistente	strategie da attivare
Attività		
<u>Attività</u> risocializzanti di tipo: - Espressivo - Pratico-manuale	Nelle due CTRP programmi individuali con verifiche periodiche. Alcune attività riabilitative.	Coordinamento con la microequipe per monitorare la mobilità. Collegamento con altre strutture residenziali e con i Centri Diurni
<u>Attività</u> riabilitative, individuali e di gruppo che riguardano: - L'area della cura del sé - L'autonomia personale - La socializzazione - L'espressività/creatività - L'attività motoria		
<u>Attività</u> finalizzate all'inserimento e alla formazione lavoro.		

Comunità Alloggio (CA)

Sono strutture per utenti con capacità di vita personale e sociale, tale da consentire loro di vivere autonomamente alcune fasi della giornata senza la presenza continuativa degli operatori. In ogni CA possono essere ospitati al massimo sei utenti.

Le CA sono strutture a componente paritaria tra sanitario e sociale, per le rispettive competenze.

Attività	Esistente	Strategie da attivare
Attività di sostegno e orientamento	3 strutture	
Attività riabilitative individuali		Promozione di politiche della casa

Gruppo Appartamento

	Esistente	Strategie da attivare
Sostegno alla dimensione del gruppo	1 a Conegliano	Promozione di politiche della casa
Sostegno per attività esterne (lavoro)		Sperimentare modelli di auto aiuto.

Strutture di degenza

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

E' la struttura dell'equipe deputata ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, volontari (TSV) o obbligatori (TSO), esplicitando altresì, nell'ambito delle competenze del D.S.M., attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni degente ricoverato nei diversi reparti dell'area ospedaliera, qualora presenti sofferenza psichiatrica.

	esistente	strategie da attivare
Attività di degenza	14 pl + 1DH	Consolidare l'integrazione con i servizi territoriali e la continuità terapeutica.

7. Il sistema attuale delle prestazioni

La successiva tabella n.1 illustra le attuali prestazioni erogate, collocandole all'interno delle quattro macro – aree di disagio individuate:

1. Relazionalità personale e familiare
2. Relazionalità sociale e culturale
3. Inserimento lavorativo
4. Autonomia personale e delle risorse

tab. n. 1: sistema attuale delle prestazioni

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni	
1. Relazionalità personale e familiare	1.1	Disagi socio relazionali <ul style="list-style-type: none"> - Perdita autostima - Isolamento personale - Deterioramento della persona - Conflittualità intrafamiliare 	1.1.a	Di riparazione <ul style="list-style-type: none"> - Visite specialistiche psichiatriche - Terapia psicofarmacologica - Consulenza psicologica - Psicoterapia ind., Di gruppo, della famiglia - Assistenza infermieristica - Assistenza sociale - Psicoeducazione - Percorsi riabilitativi in strutture residenziali/semiresidenziali - Interventi a favore del
	1.2	Fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento della famiglia - Scarsa informazione sulla malattia - Scarsa conoscenza dei percorsi istituzionali - Mancato coinvolgimento della medicina di base - Emarginazione sociale - Famiglie multiproblematiche 	1.2.a	Di prevenzione <ul style="list-style-type: none"> - Attività di psicoeducazione - Informazione dei soggetti istituzionali

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni	
2.Relazionalità sociale e culturale	2.1	Disagi socio relazionali <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento sociale ed emarginazione - Stigmatizzazione 	2.1.a	Di riparazione <ul style="list-style-type: none"> - Visite specialistiche psichiatriche - Terapia psicofarmacologica - Consulenza psicologica - Psicoterapia ind., Di gruppo, della famiglia - Assistenza infermieristica - Assistenza sociale - Percorsi riabilitativi in strutture residenziali/semiresidenziali - Interventi a favore del reinserimento sociale e
	2.2	Fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Scarsa tolleranza della rete sociale - Conoscenze insufficienti sulle malattie psichiche da parte della rete sociale - Mancata conoscenza della rete dei servizi - Isolamento della famiglia - Dipendenza istituzionale 	2.2.a	Di prevenzione <ul style="list-style-type: none"> - Formazione e aggiornamento degli operatori - Interventi di rete
3.Inserimento lavorativo	3.1	Disagi socio relazionali <ul style="list-style-type: none"> - Esclusione dal mondo del lavoro - Dipendenza economica - Vissuto di “costo sociale” - Mancata valorizzazione delle proprie potenzialità - Perdita di valore sociale 	3.1a	Di riparazione <ul style="list-style-type: none"> - Tirocinio lavorativo mediante borse-lavoro - Assistenza sociale - Cooperative di lavoro - Interventi a favore del reinserimento sociale e lavorativo
	3.2	Fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Rigidità del mondo del lavoro - Mancanza di strutture con capacità di accoglienza - Mancanza di formazione 	3.2.b	Di prevenzione <ul style="list-style-type: none"> - Interventi sulla rete sociale

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni	
4. Autonomia personale e delle risorse	4.1	Disagi socio relazionali	4.1a	Di riparazione
		<ul style="list-style-type: none"> - Deterioramento personale - Maggior incidenza di malattia causata da abuso (alcol, sigarette) - Precarietà abitativa - Uso inadeguato di strutture sanitarie - Perdita di autonomia nelle funzioni di base 		<ul style="list-style-type: none"> - Visite specialistiche psichiatriche - Terapia psicofarmacologica - Consulenza psicologica - Psicoterapia ind., Di gruppo, della famiglia - Assistenza infermieristica - Assistenza sociale - Percorsi riabilitativi in strutture residenziali/semiresidenziali

La seguente tabella illustra le prestazioni/attività in relazione all'ente erogatore, mettendo in evidenza le prestazioni che implicano l'integrazione con altri soggetti, le prestazioni erogate esclusivamente dal Dipartimento di Salute Mentale e le prestazioni di competenza di altri enti/servizi.

Tab. n. 2 istituzioni / agenzie che erogano le prestazioni

Prestazioni	Istituzioni / Agenzie
<ul style="list-style-type: none"> - Visite specialistiche psichiatriche - Terapia psicofarmacologica - Consulenza psicologica - Psicoterapia ind., Di gruppo, della famiglia - Assistenza infermieristica - Assistenza sociale - Attività di psicoeducazione 	a) Unità Locale Socio Sanitaria/Dipartimento di Salute Mentale
<ol style="list-style-type: none"> 1. Attività riabilitative e 2. Di socializzazione 	<ol style="list-style-type: none"> b) Unità Locale Socio Sanitaria/Dipartimento di Salute Mentale c) Cooperative Sociali (appalto)
<ol style="list-style-type: none"> 3. Residenzialità 	<ol style="list-style-type: none"> d) Unità Locale Socio Sanitaria/Dipartimento di Salute Mentale e) Cooperative Sociali (appalto)
<ol style="list-style-type: none"> 4. Tirocinio lavorativo e inserimento lavorativo 	<ol style="list-style-type: none"> f) Unità Locale Socio Sanitaria/Dipartimento di Salute Mentale g) S.I.L.D. h) Cooperative
<ol style="list-style-type: none"> 5. Contributo economico in condizioni disagiate 	i) Comuni
<ol style="list-style-type: none"> 6. Assistenza Domiciliare Integrata 	<ol style="list-style-type: none"> j) D.S.M. k) Distretto l) Servizi Sociali dei Comuni
<ol style="list-style-type: none"> 7. Attività di formazione e ricerca 	<ol style="list-style-type: none"> m) Unità Locale Socio Sanitaria/Dipartimento di Salute Mentale n) Università o) Associazioni dei familiari e Volontariato

La successiva tabella presenta alcune prestazioni che per la loro complessità sono regolate da convenzioni o protocolli tra più servizi.

Tab. n. 3: prestazioni con processo produttivo integrato tra più servizi

1.	Prestazione “inserimento lavorativo”	
Istituzioni / Agenzie coinvolte		Atto di intesa
- Dipartimento di Salute Mentale - Servizio Inserimento Lavorativo Disabili		Protocollo operativo con SIL
2.	Prestazione “incontri operativi multiprofessionali per casi complessi”	
Istituzioni / Agenzie coinvolte		Atto di intesa
- Dipartimento di Salute Mentale - S.e.r.t.		Protocollo operativo
3.	<i><u>Prestazione “incontri operativi multiprofessionali per casi complessi”</u></i>	
Istituzioni / Agenzie coinvolte		Atto di intesa
- Dipartimento di Salute Mentale - Servizio Handicap Adulto		Protocollo operativo
4.	<i><u>Prestazione “incontri operativi multiprofessionali per casi complessi”</u></i>	
Istituzioni / Agenzie coinvolte		Atto di intesa
- Dipartimento di Salute Mentale - Consultorio giovani		Protocollo operativo

8. Le strategie socio – assistenziali, organizzative e strumentali

Di seguito si evidenziano le strategie individuate, utili al perseguimento delle politiche sociali evidenziate (tabelle 4 e 5)

Tab. n. 4: le strategie socio assistenziali

Prestazioni	Strategie socio assistenziali (modifiche da apportare al sistema delle prestazioni: tipologia, qualità, quantità, appropriatezza)
1. Attività di riconoscimento e accoglienza delle richieste degli utenti e/o dei loro familiari e di informazione.	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione per i Medici di Medicina Generale - Informazione e prevenzione alla Popolazione - Informazione nelle Scuole - Accessibilità alle strutture
2. Intervento psicologico	<ul style="list-style-type: none"> - Da potenziare da un punto di vista quantitativo - Informare sulle indicazioni e sulle tecniche - Rendere accessibile la prestazione
3. Attività psicoeducativa	<ul style="list-style-type: none"> - Da potenziare da un punto di vista quantitativo - Da un punto di vista qualitativo disponibilità di interventi specifici in relazione al bisogno e al contesto
4. Attività di rete	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di gruppi di auto-aiuto - Attivazione dell'associazionismo locale - Conoscenza del territorio
5. Interventi multiprofessionali integrati	<ul style="list-style-type: none"> - Attività integrata tra più servizi per i casi multiproblematici
6. Inserimento lavorativo	<ul style="list-style-type: none"> a) Potenziare l'inserimento lavorativo. b) Sostenere gli utenti con necessità di contesto protetto c) Fornire attività occupazionali per pazienti con bisogni assistenziali prolungati nel tempo.
7. Addestramento lavorativo e formazione lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione
8. Residenzialità	<ul style="list-style-type: none"> a) Attivare la residenzialità per lungoassistiti in particolare per utenti collocati in strutture fuori Ulss b) Sostenere la soluzione delle crisi collegate a mancanza di un adeguato contesto abitativo c) Favorire l'uso riabilitativo delle CTRP
9. Semiresidenzialità	<ul style="list-style-type: none"> - Diversificare l'offerta di strutture in relazione alla tipologia dei bisogni assistenziali

Tab. n. 5: le strategie organizzative e strumentali

Strategie socio assistenziali	Strategie organizzative e strumentali
Formazione per i Medici di Medicina Generale	a) Attivare corsi di formazione/informazione b) Gruppi di discussione c) Migliorare i sistemi ordinari di comunicazione
Accessibilità alle strutture	a) Apertura dei CSM sulle 12 ore
Informazione e prevenzione alla Popolazione Informazione nelle Scuole	a) Attivare percorsi per la popolazione in generale b) Attivare percorsi nelle scuole c) Produrre strumenti informativi d) Realizzazione sito internet con attivazione di counseling on line
Ampliamento dell'intervento psicologico	a) Aumentare le risorse destinate a tali interventi b) Informare gli utenti sulle indicazioni e l'efficacia c) Promuovere intervento di gruppo
Attivazione di gruppi di auto-aiuto Attivazione dell'associazionismo locale	a) Promuovere la conoscenza del territorio con la definizione di micro equipe di riferimento. - Formare un numero sufficiente di operatori per iniziare l'attivazione di gruppi di auto-aiuto - Sostenere e integrare l'intervento degli operatori con l'operato delle associazioni di volontariato e con i gruppi di auto-aiuto
Attività integrata tra più servizi per i casi multiproblematici	a) Potenziare il raccordo (già definito con apposito protocollo) tra i vari servizi coinvolti nell'assistenza a casi complessi. b) Definire modalità operative tra D.S.M., Distretto e Comuni per un'assistenza domiciliare psichiatrica integrata.
Potenziare l'inserimento lavorativo	- Disponibilità di Cooperative di tipo B che forniscono situazioni protette di inserimento lavorativo. - Prevedere forme di "accompagnamento al lavoro" per inserimenti lavorativi in strutture private o pubbliche.
Addestramento/formazione al lavoro	a) Possibilità di attivare percorsi di formazione diversificati
Attivare la residenzialità per pazienti attualmente collocati in strutture fuori Ulss Favorire l'uso riabilitativo delle CTRP	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di n° 20 posti letto per pazienti lungoassistiti • Favorire l'autonomizzazione di strutture residenziali a bassa protezione • concordare disponibilità abitativa per soggetti svantaggiati.
Diversificare le strutture semiresidenziali in relazione alla tipologia dei bisogni assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture con supporto all'attività occupazionale per utenti con prolungati problemi di autonomia • Strutture con percorsi riabilitativi a termine riguardanti le diverse aree: della cura del sé, dell'autonomia personale, socializzazione, espressività/creatività, ecc...

9. I programmi di intervento

Residenzialità

L'attuale disponibilità di posti letto in strutture riabilitative residenziali è, già al momento, sufficientemente adeguata a quanto previsto dalla vigente programmazione regionale (progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale): il territorio della nostra Ulss è dotato, infatti, di due CTRP, 3 Comunità Alloggio (CA) ed un Gruppo Appartamento.

Nel corso del 2° semestre del 2004 si prevede l'apertura anche di una Casa Famiglia per pazienti lungo assistiti.

Si sono evidenziati alcuni importanti problemi, per altro non dissimili da quelli che si rilevano mediamente in tutto il territorio nazionale, come evidenziato dai dati forniti da un rilevamento sulle Strutture Residenziali Intermedie in Italia (Progetto Progres):

- basso indice di turn – over nelle strutture residenziali, frequentemente per mancanza di valide alternative residenziali da proporre al termine del percorso riabilitativo, con il rischio di una nuova “istituzionalizzazione” e perdita dei risultati raggiunti;
- eccessivi costi di alcune strutture residenziali sia per le istituzioni che per gli stessi utenti, nei casi in cui sono tenuti a partecipare alla spesa per una quota; nella maggior parte dei casi si tratta di persone con reddito basso o derivato da pensioni (sociale, d'invalidità);
- presenza di casi che non trovano una risposta residenziale e terapeutica idonea nelle suddette strutture residenziali:
 - persone ospitate in strutture al di fuori del nostro territorio;
 - persone affette da patologie di “confine”: gravi disabilità psichiche (area dell'Handicap), casi di “doppia diagnosi” (area delle tossicodipendenze), anziani con disabilità psichica cui si è aggiunto un quadro di deterioramento di varia origine;
 - situazioni critiche legate al contesto socio-esistenziale, che necessiterebbero di un accoglimento immediato, ma di breve durata;
 - casi di “emergenza” esclusivamente abitativa, ove si segnala una condizione svantaggiata rispetto al diritto alla casa.

Le azioni proposte per tentare di ridurre l'impatto delle suddette problematiche sono le seguenti:

- revisione del modello di assistenza nelle varie strutture residenziali, dando la necessaria importanza al monitoraggio ed alla verifica dei progetti riabilitativi individuali residenziali, integrandoli, qualora possibile, a programmi d'inserimento lavorativo;
- ridefinizione del sistema degli appalti, con ridimensionamento dei costi giornalieri per ospite; è da rilevare, sempre stando ai dati forniti dal citato Progetto Progres, che il costo medio per giornata in strutture residenziali, espresso in euro, a livello nazionale è di 94 (Veneto 93, Lombardia 140, Lazio 33);

- partecipazione assistenziale degli operatori del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), in particolare in quelle strutture, come i Gruppi Appartamento, che richiedono un minore livello di presenza;
- acquisizione o locazione di appartamenti da destinarsi ad uso residenziale per Comunità Alloggio o Gruppo Appartamento. Le ultime tre azioni consentirebbero di abbattere il costo medio giornaliero per ospite di circa il 50%, rendendo più accessibili le quote di partecipazione alla spesa, tenuto conto della diversa percentuale nella configurazione socio-sanitaria delle diverse strutture.

Alcune risposte più specifiche ai casi problematici rilevanti possono essere le seguenti:

- monitoraggio dei casi accolti in strutture fuori territorio, che porti alla definizione della effettiva competenza in merito del DSM e successivo loro ingresso nei percorsi riabilitativi interni;
- individuazione di una quota specifica di una RSA che sia in grado di accogliere quell'utenza con particolari esigenze che non trovano risposta nelle strutture ora disponibili;
- riserva di una quota parte in un Gruppo Appartamento per interventi su situazioni di crisi;
- sostegno di una politica della casa, da parte dei Comuni, che tuteli maggiormente le persone svantaggiate;
- sostenere esperienze di auto aiuto che amplino la disponibilità di risorse abitative per gli utenti del DSM.

Riguardo a quest'ultimo punto, considerando la oggettiva difficoltà di parte della nostra utenza, da considerare a ragione tra le “fasce deboli”, a reperire ma, soprattutto, a conservare soluzioni abitative decenti, causa l'elevato costo degli affitti e la relativa penuria di alloggi di edilizia popolare disponibili, dare un'alternativa valida favorisce la politica di inclusione sociale di persone che, altrimenti, rischierebbero, per condizione e tipo di patologia (quella psichiatrica, troppo spesso considerata di “serie B”), di vivere in situazioni di marginalità nella comunità.

Il DSM si propone di realizzare dei Gruppi Appartamento “Atipici” individuando due tipi di risorse: quella di utenti che dispongano di una loro casa di proprietà e che vivono da soli e quella di utenti che dispongano di alloggi ATER e vi vivano da soli.

Nel primo caso si propone all'utente proprietario di ospitare, con regolare accordo economico, altri utenti del DSM, che rispondano a determinati requisiti e che necessitino di una soluzione residenziale con caratteristiche di comune abitazione. Nell'altro caso (alloggi ATER) si fa riferimento all'art. 14 della LR n. 10/96 che disciplina l'assegnazione e la determinazione dei canoni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica. L'articolo in questione consente di poter prevedere la convivenza di più persone, previo accordo, nell'abitazione di un titolare di alloggio ATER. A riguardo si ritiene necessario valutare la possibilità di ottenere deroghe ai limiti di convivenza fissati da eventuali regolamenti dei singoli Comuni.

La tipologia degli ospiti, in entrambe le soluzioni, è quella di utenti con consolidata storia psichiatrica, già da tempo in carico al DSM, con nucleo familiare disgregato o assente, che abbiano conseguito livelli di autonomia discreti o comunque tali da rendere possibile l'autogestione nella vita quotidiana.

L'inserimento in queste soluzioni abitative avviene nell'ambito di uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo, da monitorare e sottoporre a periodica verifica. A tale scopo i CSM di competenza individuano una micro-equipe che ha il compito di avviare, supportare e monitorare il progetto, sia nella sua fase preparatoria che in quella successiva all'inizio della convivenza. La micro-equipe, coordinata da una figura dirigenziale di area sanitaria, prevede al suo interno la presenza dell'Ass. Sociale, di un Educatore, di un Infermiere e di due OAA, con un impegno temporale definito.

Il Distretto sarà la sede ove, attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), si coinvolgeranno i Servizi Sociali del Comune ove si attua il progetto.

Occorre evidenziare la necessità di arrivare ad un'intesa con tutti i Comuni del territorio a riguardo della condizione residenziale anagrafica degli utenti inseriti nelle strutture residenziali, in quanto l'esperienza di questi anni ha rilevato una frequente differenza interpretativa della normativa specifica.

Infine, sempre nell'ottica di individuare soluzioni abitative economicamente favorevoli e che consentano, al contempo, un buon livello d'integrazione con le comunità, si stanno osservando le esperienze di Inserimento Eterofamiliare Supportato, in atto in altre realtà al fine di valutarne la eventuale proposizione nel nostro contesto

TITOLO DEL PROGETTO: RESIDENZIALITÀ	
Referente del progetto: Francesco Perez	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Precarietà abitativa - Uso inadeguato di strutture sanitarie
Obiettivo generale	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzioni abitative accessibili da un punto di vista economico - Soluzioni abitative adeguate alle diverse tipologie di bisogni assistenziali
Obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare strutture in locazione (fare convenzione) - Accordi con i Comuni per l'emanazione di bandi speciali per l'assegnazione dell'edilizia pubblica
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti con specifico progetto riabilitativo
Strategia socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di strutture per lungoassistenza - Sostenere la soluzione delle crisi collegate a mancanza di un adeguato contesto abitativo - Facilitare i percorsi riabilitativi residenziali - Risolvere emergenze abitative legate a crisi familiari
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione e/o locazione da parte di consorzi di comuni di abitazioni da destinare ad alloggi a diverso grado di protezione - Favorire la formazione di gruppi-appartamento con auto-gestione - Alloggi in locazioni da soggetti diversi per offrire soluzioni alle situazioni di emergenza e di interventi di "crisi" - Definire protocolli di collaborazione con la conferenza dei sindaci per l'individuazione delle risorse abitative - Assegnare quote diversificate di partecipazione a seconda della intensità sanitaria del progetto riabilitativo - Costituzione di un consorzio di Comuni
Servizi/Enti coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - D.S.M. - Privato Sociale - Comuni
Ambito d'intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Territorio Ulss 7

VARIABILI	DESCRIZIONE
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso occupazione rispetto ai posti disponibili di residenzialità - Numero persone inserite - Numero strutture attivate in locazione - Indice di turn over dalla CTRP - Attivazione protocollo di inserimento
Tempi di verifica	

fasi di attuazione degli interventi	tempi previsti
Ricognizione delle risorse disponibili ed individuazione di immobili da acquisire in locazione o in altra modalità Nuove modalità di gestione delle strutture in appalto	Dicembre 2003
Acquisizione e/o locazione ulteriori strutture	Fino al dicembre 2005

Risorse umane	Un operatore per i gruppi appartamento Due per le comunità alloggio
Risorse strutturali	5-6- immobili da 4-6- posti letto
Attrezzature	Mobilio
Materiali	
Altro (gestione)	Utenze e beni di consumo. Partecipazione alla spesa degli utenti secondo regolamento: <ul style="list-style-type: none"> - Reddito - Struttura di appartenenza

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	totale
Personale				
Strutture fisse				
Attrezzatura				
Materiale				
Altro				
Totale				

Per la gestione di tali servizi è previsto un concorso ULSS / COMUNI / UTENTI.

Le amministrazioni comunali sono invitate inoltre a:

- individuare al proprio interno un referente che segua questo progetto (individuazione strutture più idonee), insieme al responsabile tecnico;
- individuare le modalità di acquisizione delle strutture: fornitura diretta, affitto oppure acquisto con mutuo e ammortamento di quest'ultimo come affitto, altri accordi specifici;
- individuare le modalità per favorire l'assegnazione di alloggi ad edilizia popolare per soggetti svantaggiati a causa di problematiche psichiatriche;

Costo attuale del servizio comprensivo della struttura:

- **Costo annuo per utente inserito in Comunità Alloggio:** € 78,00 pro-capite/pro-die (con struttura messa a disposizione dal privato sociale)
- **Costo annuo per utente inserito in Gruppo Appartamento:** € 31,00 pro-capite/pro-die.

Ipotesi di costo del servizio senza il costo della struttura:

- **Costo complessivo annuo del servizio Comunità alloggio:** € 20,00 pro-capite/pro-die.
- **Costo complessivo annuo del servizio Gruppo appartamento:** **€ 13,00 pro-capite/pro-die.**

Costo complessivo presso Casa Famiglia lungo assistiti: € 56,00 pro-capite/pro-die.

Fonti di finanziamento: per la gestione di tali servizi è previsto un concorso Ulss/Comuni/Utenti.

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali:				
Ulss:				
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali				

Potenziare l'inserimento lavorativo

Il bisogno di inserimento nel mondo del lavoro, espresso dagli utenti del D.S.M. è sempre stato oggetto di attenzione e ha trovato risposta nella collaborazione con il Servizio Inserimento Lavorativo Disabili (SILD), istituito nel 1987 dall'Ulss allo scopo di favorire l'incontro tra lavoratore disabile e mondo produttivo.

Nell'ambito dell'Ulss 7 la collaborazione SILD/D.S.M. è stata definita da un protocollo operativo, la cui prima stesura risale al 1992, successivamente aggiornato nel 1998 e nel febbraio 2000.

L'attivazione di percorsi finalizzati all'inserimento lavorativo è stata anche azione di mediazione orientata ad accompagnare la persona disabile a confrontarsi con le concrete possibilità occupazionali offerte dal territorio.

Alcuni problemi si sono comunque evidenziati:

- l'eccessiva rigidità del mondo produttivo che spesso non ha la capacità di integrare persone con disagio psichico;
- norme legislative che non sempre facilitano gli inserimenti;
- collocamenti spesso non sufficientemente motivanti per scarse/assenti possibilità di scelta dell'area di inserimento;
- assenza di adeguata programmazione e realizzazione di percorsi formativi professionalizzanti;
- mancata valorizzazione delle potenzialità delle persone;
- vissuto di perdita di valore sociale;
- vissuto di costo sociale;

L'Azienda Ulss e l'ente locale, in quanto promotori della cultura dell'inclusione sociale, possono ricoprire un ruolo di stimolo all'incontro dei vari settori del mondo del lavoro, farsi promotori di azioni che offrano al lavoratore disabile la possibilità di sperimentare percorsi di orientamento e formazione in cui sia presente sia l'acquisizione di specifiche competenze professionali, come richiesto dal sistema produttivo, sia la possibilità di dare spazio alle competenze già possedute dalla persona.

Rispetto a queste problematiche le ipotesi di intervento sono:

- individuare possibilità di sviluppo per la cooperazione sociale, che costituisce un ambiente supportivo e più tollerante, adatto alle "fasce deboli" in senso generale;
- fornire possibilità differenziate di formazione e di inserimento lavorativo, per garantire una maggior aderenza al progetto, nel difficile percorso di recupero di un ruolo lavorativo;
- individuare settori formativi in relazione alle richieste del mercato così da facilitare un successivo inserimento lavorativo e costruire nuovi ed effettivi posti lavoro;

- integrazione e cooperazione tra tutti i soggetti che, a vario titolo, possono agire sul mercato del lavoro per combattere tutte le forme di discriminazione e di disuguaglianza;
- operare con un riferimento riabilitativo che sostituisca agli atteggiamenti di tipo assistenzialistico, strumenti per la ricostruzione di un ruolo sociale e professionale.

In sostanza si tratta di un lavoro molto complesso e che prevede un elevato grado di integrazione tra sanitario e sociale, tra pubblico, privato e privato sociale nel tentativo di costruire una “impresa sociale” che sappia valorizzare, anche le persone definite “deboli” ma non per questo “inutili”, e quindi la loro creatività e le loro specifiche capacità.

Per garantire possibilità differenziate di inserimento lavorativo bisogna “agire” affinché il mercato del lavoro riorganizzandosi, sia esso pubblico o privato, permetta una delocalizzazione di produzione e/o servizi alle Cooperative sociali. Un punto di riferimento fondamentale dell’Ulss diventerà il nuovo SIL (Servizio per l’Integrazione Lavorativa) che ha lo scopo di promuovere e sostenere l’integrazione lavorativa delle persone svantaggiate, realizzando interventi di orientamento, di formazione e di mediazione per favorire il positivo incontro tra la persona e il contesto lavorativo.

Una particolare attenzione viene rivolta ad una iniziativa comunitaria denominata Equal, che vede coinvolti tutti i soggetti del mondo del lavoro: l’Associazione dei Comuni, le Ulss della Provincia, il Privato sociale, l’Ente Provincia, Unindustria, Venetolavoro e il Sindacato. Attraverso questo progetto ci si propone di agire non solo sul singolo individuo, ma sull’intero sistema, attivando una serie di azioni coordinate fra le varie forze sociali, finalizzate a creare le condizioni permanenti per lo sviluppo di un sistema che sia solidale e che operi per la tutela e l’inclusione sociale dei più deboli.

Tale progetto ha la durata di tre anni a partire da giugno 2002 e si propone di raggiungere la modificazione e la stabilizzazione dell’intero settore produttivo, accrescendo l’occupazione per quelle persone che sono state o saranno rifiutate dal sistema tradizionale oltre a creare le basi per una maggiore e reciproca conoscenza, che contribuirà a creare una nuova cultura dell’accettazione basata sulla pari dignità.

La riflessione effettuata dal gruppo di lavoro all’interno del DSM ha evidenziato una carenza di percorsi formativi.

Una successiva analisi dei bisogni (tuttora in corso) effettuata all’interno dei diversi Servizi del Dipartimento ha, tra l’altro, messo in luce la necessità di progettare momenti di formazione indirizzati ad uno specifico bisogno dell’utenza. Tali percorsi formativi sarebbero finalizzati alla ri-acquisizione di modalità ed abilità necessarie per il raggiungimento di un livello accettabile di produttività all’interno di un contesto agile e flessibile. Ciò consentirebbe di raggiungere obiettivi quali l’aumento del tasso di inserimenti lavorativi riusciti e la riduzione del numero di tirocini interrotti.

Lo strumento individuato è rappresentato dalla squadra di lavoro che prevede la presenza di un istruttore specializzato, il quale ha la funzione di: “formare al lavoro per mezzo del lavoro”; fungere da mediatore tra mondo del lavoro e servizi.

Questo tipo di esperienza trova una risposta all’interno delle Cooperative di tipo B e può essere attivata in diversi ambiti lavorativi a carattere manuale; si rivolge in particolare a gruppi di almeno quattro o cinque utenti i quali necessitano di un graduale accompagnamento

al lavoro in un contesto particolarmente protetto (differenziato quindi da tirocinio con borsa lavoro e dalle attività svolte dal Centro Diurno).

Questo progetto può essere attivato laddove all'interno della Azienda Sanitaria e degli Enti Locali vi sia una disponibilità ad ampliare e favorire l'assegnazione di opportunità lavorative alle Cooperative di tipo B; questa opportunità consente inoltre di acquisire una serie di abilità legate alle regole della convivenza insite nel mondo del lavoro, che si rivelano altresì utili per eventuali inserimenti successivi in contesti diversi dalle Cooperative di tipo B.

TITOLO DEL PROGETTO: POTENZIARE L'INSERIMENTO LAVORATIVO	
Referente del progetto: Nicola Michieletto	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Esclusione dal mondo del lavoro - Dipendenza economica - Vissuto di costo sociale - Mancata valorizzazione delle proprie potenzialità - Perdita di valore sociale
Obiettivo generale	<ul style="list-style-type: none"> - Fornire possibilità differenziate di formazione e inserimento lavorativo in relazione a specifici interessi e abilità personali - Individuare settori formativi in relazione alle richieste del mercato così da facilitare un successivo inserimento lavorativo - Costruzione di nuovi posti-lavoro
Obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> - Creare opportunità di lavoro adeguate anche per i più deboli - Mantenere il più a lungo possibile i soggetti nell'ambiente sociale evitando (o ritardando) l'inserimento in strutture occupazionali socio-sanitarie - Evitare le ricadute;
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti con specifico progetto riabilitativo
Strategia socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di un sistema di supporto allo sviluppo di una integrazione tra politiche sociali e politiche per l'inserimento professionale a livello locale - Promuovere la collaborazione tra soggetti istituzionali, del mondo imprenditoriale, del sistema della formazione professionale e della cooperazione sociale, - Promuovere iniziative di informazione e sensibilizzazione per favorire una crescita culturale di tutta la comunità

VARIABILI	DESCRIZIONE
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dati relativamente a: - fabbisogno del territorio (inteso come possibili posti/lavoro) - risposte attuali/risposte alternative rispetto alle esigenze lavorative del territorio - nuovi servizi attivabili con Coop tipo B - Creare una banca dati (rispetto ai punti 1,2,3) e attuare un monitoraggio continuo dell'evolversi della situazione nel territorio - Partecipare, congiuntamente ai diversi soggetti locali, alla realizzazione di progetti finanziati dalla Regione, da Fondazioni, dall'Unione Europea ecc.. destinati alla promozione di pari opportunità per tutti nell'accesso al mercato del lavoro, con particolare attenzione per le persone che rischiano l'esclusione sociale - (partecipazione progetto Equal) - A livello di D.S.M. predisporre strumenti e metodi specifici per valutare le possibilità della persona svantaggiata e programmare interventi che ne favoriscono la maturazione dell'identità personale; - Attivare a livello di D.S.M. in collaborazione col SIL percorsi differenziati in funzione dei bisogni delle persone svantaggiate: - Orientamento, per valutare in situazione di lavoro le potenzialità ed attitudini della persona sul piano dell'autonomia, dell'apprendimento, nonché per agevolare l'apprendimento di regole di base per un inserimento lavorativo - Formazione in situazione, finalizzata alla maturazione complessiva della personalità, alla riabilitazione di funzioni e competenze nella sfera psicologica e relazionale, all'acquisizione di competenze sociali, all'apprendimento di abilità lavorative, - Mediazione al collocamento, per favorire l'apprendimento di abilità lavorative specifiche, il raggiungimento e il mantenimento di un rapporto di lavoro - La durata delle varie fasi è proporzionale ai bisogni dell'utente e comprende l'eventuale sostegno alla persona anche dopo l'instaurarsi del rapporto di lavoro
Servizi/Enti coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - D.S.M. - Privato Sociale - Enti/Istituti Formativi - SIL
Ambito d'intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Territorio Ulss 7
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> - Tipologia interventi attivati - Quantità di interventi attivati - N° drop out - Monitorare le ricadute sulla qualità di vita
Tempi di verifica	

fasi di attuazione degli interventi	tempi previsti
- Attivazione di un gruppo di lavoro tra Ulss e Comuni per un'analisi degli spazi di inserimento lavorativo attivabili nel nostro territorio: - fabbisogni - nuovi servizi attivabili con Coop. B - potenziale occupazionale	Entro dicembre 2004
- Analisi dei bisogni formativi in relazione all'indagine effettuata (tener conto dei finanziamenti) - Iniziare l'attivazione di percorsi formativi (con parte teorica e parte pratica)	Entro luglio 20045
Il referente del gruppo di lavoro stenderà una relazione della raccolta dati effettuata con l'aiuto di tutti i soggetti coinvolti, che servirà per attivare la sperimentazione	Entro luglio 2004

Risorse umane	Un dirigente del D.S.M. che dedichi una quota di orario alla programmazione e al coordinamento; Assistenti sociali del D.S.M. Assistenti sociali dei Comuni Privato sociale (per le coop di tipo B e per i centri occupazionali) Personale amministrativo di supporto per inserimento dati
Risorse strutturali	- Strutture che consentano l'espletamento della parte teorica (salvo ipotizzare di accompagnare fuori Ulss gli utenti) - Strutture che consentano l'espletamento della parte pratica
Attrezzature	Va verificata la necessità di eventuale supporto informatico
Materiali	Sono in relazione alla tipologia di corsi da attivare (se si ipotizza di sviluppare il filone dell'informatica: PC, stanze, tavoli...)
Altro (gestione)	- Utilizzare i fondi predisposti per la formazione Reg e FSE - Fondi alternativi

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	totale
Personale		5.000,00	10.000,00	15.000,00
Strutture fisse				
Attrezzatura		10.000,00	10.000,00	20.000,00
Materiale				
Altro (affitto locali)		8.000,00	8.000,00	16.000,00
Totale		23.000,00	28.000,00	51.000,00

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto: Il progetto si integra con il progetto Equal del FSE al quale l'Azienda Ulss 7 ha aderito e beneficerà delle attività per quanto riguarda le opportunità lavorative, vedi progetto SIL.		23.000,00	28.000,00	51.000,00
Amministrazioni comunali: sono invitate a individuare al proprio interno un referente che segua questo progetto per individuare tutte le possibili commesse da attribuire a Cooperative di tipo B in applicazione della Legge Biagi e in funzione della realizzazione del Progetto Equal				
Ulss:				
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali		23.000,00	28.000,00	51.000,00

Attivare la rete

La malattia mentale è caratterizzata da una perdita progressiva della capacità del soggetto di articolarsi in modo armonico con l'ambiente, di soddisfare con successo i suoi bisogni, e di rispondere efficacemente alle richieste e ai bisogni degli altri.

Queste incapacità lo espongono ad una serie di fallimenti che lo isolano sempre di più, sia per l'esperienza frustrante che va a rinforzare sentimenti di disistima ed inadeguatezza, sia per le tendenze emarginanti che si creano nel contesto in cui il soggetto vive.

Da questa emarginazione deriva l'esclusione, la solitudine, la passività, la dipendenza, la perdita di autonomia, la caduta della motivazione e se tale processo non viene interrotto efficacemente, le disfunzioni del comportamento diventano croniche.

Da tempo è stato dimostrato che i fattori psicosociali influenzano la terapia, la prognosi, il decorso e l'esito della malattia mentale; anche se le terapie farmacologiche ne hanno rivoluzionato il trattamento, ricerche condotte negli ultimi anni, hanno messo in evidenza che gli interventi psicosociali hanno un impatto notevole sugli esiti del trattamento. Gli interventi psicosociali comprendono tecniche e strategie sociali e psicologiche per ridurre o eliminare il danno sociale, le difficoltà psicologiche e cognitive, le disfunzioni e gli handicap, allo scopo di facilitare la riabilitazione e il reinserimento sociale. I problemi che le persone affette da malattia mentale devono affrontare nella vita quotidiana, sono di tipo clinico, personale, sociale ed alcune volte politico (es. Discriminazione). Un obiettivo essenziale nei programmi di salute mentale è di assicurare che venga erogato un trattamento adeguato e che vengano ridotti gli svantaggi sociali.

Il pregiudizio contro la malattia mentale è un riscontro ancora diffuso, di fatto la stigmatizzazione e la discriminazione sono i principali ostacoli che le persone affette da questo tipo di disturbo devono affrontare. La stigmatizzazione permane un problema che molto spesso compromette notevolmente il buon andamento delle cure di un paziente seguito dal DSM, l'atteggiamento discriminante determina nella persona che soffre di disagio psicologico un allontanamento progressivo dai rapporti sociali, in un circolo vizioso che determina un sempre maggior isolamento, una maggior disabilità nonché un rifiuto sempre maggiore da parte della società.

Inoltre la stigmatizzazione, spesso, non riguarda solo il paziente seguito dal DSM ma anche la struttura stessa, la famiglia, i farmaci e più in generale tutto ciò che circonda il paziente.

Le problematiche generali emerse e sulle quali si ritiene fondamentale intervenire sono:

- Stigmatizzazione
- Emarginazione sociale
- Rischio di ricadute e di accentuazione dei sintomi negativi
- Isolamento delle famiglie
- Aumento del carico familiare

Il lavoro di rete deve rappresentare una componente fondamentale della promozione della salute mentale e costituire un momento di crescita della comunità attraverso il superamento di alcune rigide divisioni territoriali: i luoghi di cura, la famiglia, il lavoro la scuola etc etc, a favore di una visione più estensiva del campo sociale in cui tutte le persone malate e non, vivono e si relazionano fra di loro.

Il dott Lo Savio nel suo lavoro: Salute mentale e lavoro di rete nelle aree urbane, individua 5 punti sui quali si dovrebbe fondare il lavoro di rete:

1. sulle risorse esistenti (scuola famiglia , luoghi di lavoro) e sulle risorse attivabili, che rappresentano una grande avventura nel lavoro di rete sociale nel territorio in quanto si tratta di individuare le risorse che non ci sono ma che si possono attivare.
2. sulle necessità di integrare le reti organizzative (quelle formali) con le reti di aiuto quelle individuali.
3. sulla necessità di integrare le reti formali (servizi) con le reti informali (famiglia , scuola etc etc) e con le reti seminformali (volontari e associazioni).
4. sul collegamento tra gli interventi erogati dai servizi pubblici e quelli erogati dai servizi non pubblici .
5. sulla capacità di sviluppare una cultura valutativa capace di avviare e sostenere i processi di apprendimento e di trasformazione di tutta la struttura reticolare.

Attraverso l'attivazione della rete ci si propone di agire, quindi, a più livelli per contrastare comportamenti e atteggiamenti, del singolo e della società, che si frappongono al diritto di cittadinanza della persona che soffre di una malattia mentale. Per tale motivo il progetto prevede interventi in due aree specifiche:

Lotta allo stigma per realizzare quanto sostenuto anche dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000. I Dipartimenti di Salute Mentale sono sollecitati ad intraprendere iniziative di educazione sanitaria e informazione sui disturbi mentali, con particolare attenzione al mondo giovanile, con lo scopo di ridurre i pregiudizi ed incoraggiare atteggiamenti di maggiore solidarietà, consapevoli del ruolo strategico delle politiche contro lo stigma sociale. Viene inoltre sottolineata la necessità di un coordinamento stretto dei servizi formali ed informali deputati alla Tutela della Salute Mentale, con l'intento di strutturare un patto per la salute fra molteplici attori (associazioni di volontariato, di familiari e di utenti, politici ed amministratori degli enti locali, ecc.), indirizzato alla valorizzazione di tutte le risorse umane e materiali di una determinata comunità sociale.

Interventi a sostegno dell'auto mutuo aiuto per realizzare quanto previsto sia nel Piano Sanitario sia nel Progetto Obiettivo Nazionale per la "Tutela della Salute Mentale".

In particolare, nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004:

Azioni necessarie: Attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto aiuto di familiari e di pazienti.

Nel Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute Mentale" 1998-2000:

Azioni: Sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo.

L'auto mutuo aiuto si coniuga bene con il termine di empowerment che letteralmente può essere tradotto con potenziamento, acquisizione di potere, dare forza, aumento di capacità, sviluppo di competenze, senso di efficacia, emancipazione.

Rovesciando il ruolo passivo e dipendente delle persone in difficoltà, il concetto di empowerment prevede che queste siano consapevoli e competenti nel controllo e nella gestione diretta della propria vita, delle proprie condizioni di benessere o disagio. L'auto mutuo aiuto, si pone l'obiettivo della valorizzazione della persona come soggetto responsabile, che partecipa attivamente alla gestione della propria salute e alla vita della comunità. La politica del piccolo gruppo è un metodo che valorizza il singolo nelle sue potenzialità e facilita lo scambio delle idee. Nello specifico, i gruppi di auto mutuo aiuto (a.m.a.) superano il tradizionale modello di relazione utente/ professionista e introducono la considerazione che tutti gli individui possono sapere e quindi possono agire ed essere competenti verso se stessi e verso gli altri, nello scambio di esperienze e nel sostegno reciproco.

TITOLO DEL PROGETTO: ATTIVARE LA RETE	
Referente del progetto: Tiberio Monari	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatizzazione - Isolamento delle famiglie - Emarginazione sociale - Aumento del carico familiare - Rischio di ricadute e di accentuazione dei sintomi negativi
Obiettivo generale	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la conoscenza sulla natura della malattia mentale e sulle diverse possibilità di trattamento; - Promuovere azioni che prevengano o eliminino la discriminazione e il pregiudizio. - Inserire nella vita sociale, persone con disturbi mentali che hanno fatto un percorso riabilitativo e che hanno necessità di un sostegno per la piena realizzazione di una integrazione sociale; - Ridurre il carico familiare
Obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di sensibilizzazione nelle scuole - Interventi di sensibilizzazione alla popolazione - Interventi di formazione per volontari - Miglioramento della qualità di vita della persona affetta da malattia mentale; - Conoscenza approfondita di tutte le possibili risorse sociali del territorio; - Attivazione di convenzioni, protocolli, accordi con varie istituzioni, enti, associazioni presenti nel territorio. - Sensibilizzare la popolazione al concetto di automutuoaiuto - Coinvolgere utenti e popolazione che abbiano in comune lo stesso problema;
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti in carico al D.S.M. con particolare riguardo a utenti con problematiche nella socializzazione; - Popolazione in generale
Strategia socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione di un referente delle Amministrazioni Comunali e di referenti del DSM per la costituzione di un gruppo di lavoro; - attivazione dell'associazionismo locale; - organizzare eventi informativi in collaborazione con altri soggetti del territorio - attivazione di iniziative volte a favorire l'integrazione degli utenti nella comunità locale - Favorire la nascita di gruppi di automutuo aiuto nell'ambito della salute mentale

VARIABILI	DESCRIZIONE
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di materiale divulgativo - Promuovere la conoscenza del territorio con la definizione di micro equipe di riferimento; - Individuazione e studio delle aree della salute mentale che presentano, al momento, priorità per l'attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto; - Individuazione degli helper per l'auto mutuo aiuto e loro formazione; - Predisposizione di materiale informativo per pubblicizzare l'attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto; - Organizzazione dei corsi informativi di avvio dei gruppi; - Gestione organizzativa dei gruppi;
Servizi/Enti coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - D.S.M. - Comuni - Associazioni
Ambito d'intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Territorio Ulss 7
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> - Numero utenti coinvolti - N° spazi messi a disposizione dalle Amministrazioni Comunali per i gruppi di Auto Mutuo Aiuto - Numero convenzioni/protocolli/accordi d'intesa con altri soggetti del territorio - Materiale informativo prodotto - Interventi informativi organizzati
Tempi di verifica	<ul style="list-style-type: none"> - Annuale

Fasi di attuazione degli interventi	TEMPI PREVISTI
<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione di spazi delle Amministrazioni Comunali per l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto; - Verifica tipologie associazioni presenti nel territorio, - Identificazione di alcune associazioni con cui stabilire convenzioni o altre forme di partnership, 	01/06/04
<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di materiale informativo per i medici di medicina generale 	01/10/04
<ul style="list-style-type: none"> - Verificare la disponibilità dei vari Istituti scolastici per interventi di sensibilizzazione da effettuarsi a carico del DSM 	01/10/04
<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di corsi per volontari 	01/02/05
<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di sensibilizzazione per la popolazione 	01/04/05
<ul style="list-style-type: none"> - Verifica risultati 	01/12/05

Risorse umane	Collaborazione per coordinamento Progetto Educatori D.S.M./ Servizi sociali dei Comuni Associazioni Volontariato
Risorse strutturali	Possibilità di utilizzare sedi nel territorio
Attrezzature	PC – telefono
Materiali	Bibliografico Materiale divulgativo
Altro (gestione)	Spese di trasporto Spese per formazione

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totale
Personale (delibera Ulss n. 899/03 per attivazione A.M.A.; progetto Lotta allo Stigma)	3.000,00	18.000,00		21.000,00
Strutture fisse: (utilizzo a carico delle Amministrazioni Comunali)				
Attrezzatura				
Materiale				
Altro				
Totale	3.000,00	18.000,00		21.000,00

Fonti di finanziamento: Delibera n° 899 del 30.7.2003 Ulss7 per l'attivazione dell'Auto Mutuo Aiuto (circa € 30.000,00 per gli anni 2003-2004).

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto: integrazione parte dei Fondi Regionali attribuiti per il progetto "Futuro Insieme" Delibera Reg. n. 1501 del 23.03.2003 per la "Lotta allo Stigma" per anno 2005				
Amministrazioni comunali sono invitate a: individuare al proprio interno un referente che segua questo progetto (soprattutto per la parte che riguarda l'attivazione dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto), in quanto insieme al responsabile tecnico dovranno essere trovate: - sedi nel territorio; - modalità che garantiscano una prosecuzione del progetto alla fine della fase di attivazione da parte del DSM.				
Ulss:	3.000,00	18.000,00		21.000,00
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali	3.000,00	18.000,00		21.000,00

Interventi di semiresidenzialità prolungata

Nell'ambito della rete di interventi semiresidenziali offerta dal D.S.M. è evidente l'emergenza di una domanda specifica con particolarità qualitative e che riguardano la durata del bisogno di appoggio semiresidenziale.

Tale domanda va analizzata e compresa; particolarmente importante appare una valutazione alla luce di un monitoraggio dei percorsi riabilitativi e di una verifica di adeguatezza piuttosto che di pertinenza ad altre aree assistenziali (handicap oppure problematiche di schietta natura socio-assistenziale).

Nei casi di effettiva pertinenza del D.S.M. possono verificarsi diverse evenienze:

- A) i bisogni riabilitativi sono fondati su significative disabilità che comportano programmi di lunga durata
- B) i bisogni sono orientati verso modalità relazionali semplici (attività manuali etc) piuttosto che interventi complessi o con ampi stimoli dal punto di vista relazionale.
- C) viene sostenuta l'acquisizione di strumenti e di abilità favorenti futuri inserimenti lavorativi
- D) viene favorita l'integrazione con il territorio

Com'è noto i Centri Riabilitativi secondo la letteratura sono ambienti specifici, separati dal contesto produttivo normale; in essi lavorano solo persone disabili, preparate, supportate e supervisionate da operatori.

I lavori sono generalmente molto semplici, pur derivando da commesse di aziende non riflettono adeguatamente le lavorazioni che si svolgono all'interno di queste; gli utenti svolgono attività produttive senza rilievo economico e, in genere, è prevista una retribuzione a cottimo.

La giornata lavorativa è breve, la pressione alla produttività ed alla qualità è modesta, l'ambiente di lavoro è strutturato, accogliente e positivo sul piano personale.

Le ricerche hanno dimostrato che solo il 3-5% all'anno progredisce e viene proposto per un lavoro effettivo.

Di conseguenza i centri riabilitativi sembrano adatti come soluzione a lungo termine per i pazienti con un disturbo psichiatrico tale da non rendere ipotizzabile un effettivo inserimento in un lavoro "competitivo".

Al di là di queste considerazioni generali, nello specifico il Centro Riabilitativo di Soligo può collocarsi in un segmento di un processo di strutture territoriali nell'ambito del DSM con funzioni terapeutiche riabilitative finalizzate a mantenere e/o favorire le condizioni di benessere fisico, psichico e di serena relazione con l'ambiente in utenti caratterizzati da particolari note di gravità e cronicità.

TITOLO DEL PROGETTO: CENTRO RIABILITATIVO	
Responsabile del progetto: Pier Paolo Urbani	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio-relazionale o fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioramento e decadimento personale; - Processi di emarginazione; - Isolamento, disabilità, inattività - Cronicità per lunga storia di rapporti con le strutture del DSM - Uso inadeguato delle risorse - Assenza di rapporti con il territorio
Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> - Contrastare la cronicizzazione - Fornire stimoli in ambito occupazionale; - Favorire una Rete di rapporti con il territorio
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'inserimento semiresidenziale per utenti con particolare gravità e cronicità - Attivazione della rete sociale di sostegno alle attività occupazionali e ricreative.
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti dell'Ulss 7 che hanno già effettuato percorsi riabilitativi senza aver raggiunto livelli adeguati dell'autonomia
Strategia socio-sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Fornire attività occupazionali per pazienti con disabilità consolidata e con bisogni assistenziali prolungati nel tempo
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza di venti persone, anche provenienti da strutture residenziali con verifiche mensili con la microequipe inviante
Enti coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - Associazione di volontariato "Raggio di Luna": rinnovo convenzione - Comuni - Eventuali Coop. di tipo "B"
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> - N° 1 EPA e N° 3 OSS del DSM per un totale di 4
Risorse strutturali	<ul style="list-style-type: none"> - 200 mq² per espletamento attività, 2 bagni di 2,5 mq cadauno per uomini, donne e operatori - 2 pulmini da n° 7 posti - Attrezzature varie per lavorazione di materiali - Postazione completa computer (con stampante e scanner) - Macchina fotografica digitale - Amplificatori, casse acustiche e microfono
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> - N. di utenti in un anno (da 15 a 20) - Integrazione e contatti con altre strutture del DSM - Mantenimento e miglioramento del livello di soddisfazione di utenti e familiari rilevato con apposita scala di valutazione

fasi di attuazione degli interventi	Tempi previsti
Riqualificazione delle attività	Anno 2003
<ul style="list-style-type: none"> - Ridefinizione protocollo di collaborazione con associazione Raggio di Luna - Sviluppo delle diverse attività - Raccordo con il territorio per una sua maggiore integrazione 	Anno 2004
Ricerca ed individuazione di una sede adeguata per il Servizio	Anno 2005

risorse umane	4 operatori
risorse strutturali	Nuova sede
attrezzature	n. 1 pulmino
materiali	
altro (gestione)	Rimborsi per uscite per attività espressive

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totale
Personale (Operatori DSM)				
Strutture fisse				
Attrezzatura			18.000,00	18.000,00
Materiale				
Altro (rimborso)		1.000,00	1.000,00	2.000,00
Totale		1.000,00	19.000,00	20.000,00

Delibera Azienda Ulss 7 n. 874 del 5 giugno 2002; importo € 30.500,00.

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali: il progetto è a totale carico dei comuni.				
Ulss:		1.000,00	19.000,00	20.000,00
Privato sociale: eventuali contributi da parte del volontariato				
Sponsor / altro: eventuale contributo per acquisto pulmino				
Totali		1.000,00	19.000,00	20.000,00

PROGETTO: “FUTURO INSIEME”

“Sperimentazione di una rete di servizi e di opportunità per i giovani e le loro famiglie con problemi di disagio psicologico e psichico”

Il progetto pilota triennale “Futuro insieme”, presentato all’Azienda Ulss n.7 dalla Cooperativa Sociale “Insieme Si Può” (Isp), rivisionato dal Dipartimento Salute Mentale, al fine di una sua fattiva integrazione con i progetti già elaborati dal gruppo di lavoro del Piano.

Il progetto si propone di dare risposte ad alcuni specifici bisogni evidenziati dal Dipartimento di Salute Mentale e confermati all’interno del presente Piano, tramite l’ampliamento dell’offerta dei servizi; lo sviluppo della rete dei servizi considerata nel progetto pilota riveste carattere di integrazione e di ampliamento di quelli che sono i compiti del Dipartimento Salute Mentale.

Il suddetto progetto, può configurarsi come una opportunità operativa per la realizzazione delle politiche di prevenzione, di recupero e di riabilitazione definite dall’Azienda Ulss nel settore della salute mentale principalmente se riferite alla fascia di età adolescenziale/giovanile.

Con delibera del 21 agosto 2002 n. 1209, questa Azienda ha recepito i contenuti del presente progetto pilota trasmettendo alla Regione del Veneto, Direzione Programmazione Socio Sanitaria, la richiesta di un finanziamento per la sua realizzazione. All’interno della suddetta delibera è prevista, inoltre, una volta acquisito il finanziamento, la stipula di una convenzione con la Cooperativa Sociale Isp, per la realizzazione dell’intera progettualità.

Breve descrizione del progetto

1. Area territoriale della sperimentazione:

- a) Il progetto ha una valenza e una ricaduta a carattere regionale, in quanto sperimenta una rete di servizi e opportunità e una specifica metodologia di approccio che intercetta problemi psicologici e psichiatrici negli adolescenti, nei giovani e nelle loro famiglie che sono presenti in tutto il Veneto, quale area di prima sperimentazione è stata individuata l’Azienda Ulss 7. Oggetto della sperimentazione: la definizione, la pianificazione e l’organizzazione di una rete di servizi e risorse orientata a interventi mirati sulla fascia 14 – 30 anni, sulla famiglia e su alcune istituzioni privilegiate (la scuola). Obiettivo della sperimentazione: l’integrazione di un modello organizzativo di psichiatria territoriale, secondo i criteri della Psichiatria di Comunità con risorse e strutture in grado di favorire l’intervento per la prevenzione del disagio psichiatrico.
- b) Rispetto alla prevenzione: attivare interventi di prevenzione sulle tre dimensioni di educazione alla salute della popolazione, studio dei fattori e ambienti di rischio locale; ottimizzare l’accesso ai servizi; attivare la rete sociale e dei servizi del territorio e le opportunità di integrazione sociale; attivare una struttura semiresidenziale per pazienti con DCA e alcuni posti di residenzialità.

- c) Rispetto all'intervento sulle famiglie: attivare interventi per consentire a famiglie e pazienti di partecipare in maniera più attiva al processo di cura; fornire supporto e consultazione sulle situazioni maggiormente problematiche dal punto di vista delle relazioni e/o del carico familiare; fornire risposte idonee sia sul piano residenziale che su quello del sostegno sociale e psicologico per l'intervento nella crisi.
- d) Rispetto all'inserimento lavorativo: fornire possibilità differenziate di formazione e inserimento lavorativo; individuare settori formativi in relazione alle richieste del mercato; costruzione di nuovi posti di lavoro; creare opportunità di lavoro adeguate anche per i più deboli, mantenere il più possibile i soggetti nell'ambiente sociale, evitare le ricadute.

2. Servizi e attività del progetto:

- a) Interventi sulla crisi;
- b) Interventi di terapia prolungata dei disturbi del comportamento alimentare: centro diurno e residenzialità;
- c) Interventi di prevenzione e lotta al pregiudizio;
- d) Cooperativa sociale di tipo "B" – Eubios;
- e) Azienda agricola, ortoflorovivaismo e agriturismo.

3. Soggetti coinvolti nel progetto:

- a) Regione Veneto,
- b) Azienda Ulss 7,
- c) Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 7,
- d) Provincia,
- e) Scuola,
- f) Ater Treviso,
- g) Associazioni e gruppi del volontariato.

Costo complessivo del progetto pilota "Futuro Insieme":

- Costo per anno € 576.365,90
- Costo totale del triennio €1.729.097,70
dei quali cofinanziati dalla
Cooperativa ISP per € 576.365,90
(pari a € 192.121,97 per anno)

Fasi	Descrizione	Tempi
Start up	Selezione del personale: costruire un'equipe motivata e competente.	Entro marzo 2004
Attivazione servizi	Sistemazioni logistiche	Entro Marzo 2004
	Creazione del primo nucleo della rete di collaborazioni	Entro Aprile 2004
	Messa a regime delle équipe e apertura dei servizi: inizio dei sottoprogetti come definiti nell'allegato:	Entro Marzo 2004
	Lotta allo Stigma	Entro Marzo 2004
	Valutazione dell'esito	Entro Marzo 2004
	Intervento sulle crisi: dalla prevenzione alla diagnosi precoce, dal sostegno alle famiglie alla definizione di un progetto individuale	Entro Aprile 2004
	Centro Diurno e Comunità Alloggio per la conduzione di interventi terapeutici e riabilitativi nei Disturbi del Comportamento Alimentare.	Entro Maggio 2004
Attivazione azienda agricola agriturismo	Individuazione e acquisizione dell'area idonea Costruzione dell'opera Attivazione dell'azienda Inserimenti lavorativi e progetti abitativi.	A partire da Marzo 2004 e per tutta la durata del progetto
Attività e progetti per l'inserimento lavorativo	Definizione progetti specifici con CSM/SILD Realizzazione percorso previsto Eventuale assunzione come socio lavoratore nella Cooperativa Eubios e nell'Azienda Agricola/Agriturismo	A partire da Marzo 2004 e per tutta la durata del progetto

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Personale				
Strutture fisse				
Attrezzatura				
Materiale				
Totali		576.365,90	576.365,90	1.152.731,80

* per l'anno 2006 è previsto lo stesso importo pari a € 576.365,90.

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto: Contribuzione richiesta alla Regione Veneto con progetto per € 1.152.731,80 per il triennio 2004/2005/2006		384.243,93	384.243,93	768.487,86
Amministrazioni comunali:				
Ulss:				
Privato sociale: Fondi Cooperativa "Insieme Si Può" per un totale di € 576.365,90 per il triennio 2004/2005/2006.		192.121,97	192.121,97	384.243,94
Sponsor / altro				
Totali		576.365,90	576.365,90	1.152.731,80

