

ORGANISMO DI COORDINAMENTO
PER LA SALUTE MENTALE
AMBITO TERRITORIALE DELL'AZIENDA SANITARIA
LOCALE DELLA PROVINCIA DI LODI

PATTO TERRITORIALE
PER LA SALUTE MENTALE
2008/2010

DICEMBRE 2008

PREMESSA

La Regione Lombardia con Delibera di Giunta Regionale n° 7/17513 del 17 maggio 2004 ha definito il “ Piano regionale triennale per la salute mentale “ in attuazione al Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004 e successivamente ha emanato, con Delibera N° VIII/ 8501 del 26/11/2008, le “ Linee di indirizzo Regionali per il Triennio 2009/2011 “

In particolare il piano e le Linee di Indirizzo si propongono i seguenti obiettivi:

- Favorire il collegamento e l'integrazione fra i diversi soggetti istituzionali che operano nell'area della salute mentale;
- sviluppare percorsi territoriali che promuovano una psichiatria di Comunità;
- rafforzare il ruolo gestionale del D.S.M.;
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza
- mantenere ed implementare il sistema di valutazione delle attività ambulatoriali e residenziali in ambito psichiatrico

Con tali documenti la Regione, sulla base dell'analisi del quadro esistente, ha individuato modalità di intervento innovative tese a riorganizzare l'assistenza erogata, migliorare continuamente la qualità dei Servizi Psichiatrici promuovendo complessivamente la Salute Mentale garantendo l'integrazione tra Servizi sanitari e Sociali, pubblici e del privato sociale ed imprenditoriale.

La Regione ha definito, fin dal 2004, anche l'attivazione di un organismo che ha il compito di coordinare i vari attori coinvolti nella assistenza ai cittadini affetti da disturbi mentali ed al sostegno dei loro famigliari.

A questa funzione di coordinamento è preposto “ L'ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE “ (O.C.S.M.) istituito su iniziativa delle ASL, che agisce sulla macroarea territoriale delle singole ASL della Regione Lombardia.

L'Organismo di Coordinamento istituito nella ASL della Provincia di Lodi il giorno 1/12/2004, ha operato dal 2005 ad oggi compiendo una rilevazione delle risorse esistenti, attivando una analisi dei dati di attività delle strutture che operano nel territorio lodigiano e di consumo di risorse da parte dei pazienti che ricevono cure psichiatriche nel territorio dell' ASL stessa ma anche complessivamente in Regione Lombardia, individuando problematiche e proponendo soluzioni che vengono raccolte nel seguente documento.

E' quindi uno dei compiti dell' Organismo quello di predisporre un “ PATTO TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE “ che ha validità triennale e viene diffuso a tutti gli operatori, Enti ed Istituzioni che sono interessati dalle problematiche dell'area psichiatrica.

Il presente Patto rappresenta quindi un documento che delinea le politiche e le azioni di sviluppo in materia di Salute Mentale nel territorio dell' A.S.L. della Provincia di Lodi quale evoluzione di quello originariamente formulato nel dicembre 2005.

Il Comitato Operativo incaricato della stesura del Patto (formato della Direzione Sanitaria ASL di Lodi, dal Responsabile D.S.M. A.O. di Lodi, dal Direttore Sanitario del Centro S. Cuore di Gesù di S. Colombano A.L. in considerazione che il presente documento deve avere ampia diffusione ha ritenuto di renderlo in forma immediata e facilmente leggibile, volendolo utilizzare soprattutto come mezzo di informazione al di fuori dell'ambiente specialistico.

Il presente documento riporta i dati di attività di cura / riabilitazione erogata dalle strutture territoriali e della spesa sostenuta dall'A.S.L. della Provincia di Lodi sulla base dei dati completi attualmente disponibili e validati dalla Regione Lombardia e che si riferiscono al 2007 per quanto riguarda i CPS ed il primo semestre 2008 per

la riabilitazione territoriale residenziale. Sono inoltre riportate le attività dell' O.C.S.M. nel 2008 e le principali azioni che si intendono sviluppare nel triennio. In considerazione della recentissima emanazione delle Linee di indirizzo regionali per il triennio 2009/2011 si ritiene di allegare al presente Patto tale documento onde assicurarne massima diffusione.

SITUAZIONE ATTUALE

TIPOLOGIA DI OFFERTA NELL'ASL

L'ASL della Provincia di Lodi presenta un ampio territorio con bassa densità abitativa e grande dispersione della popolazione in 62 Comuni dei quali, alcuni di piccolissime dimensioni. Al 31/12/2007 la popolazione residente era di 219.000 abitanti di cui 194.000 di età superiore ai 14 anni.

Nel territorio dell'ASL della Provincia di Lodi sono presenti strutture sanitarie dedicate sia all'attività di cura delle fasi acute (ambulatoriale e di ricovero) sia di riabilitazione nei casi di evoluzione cronica della patologia psichica (residenzialità psichiatrica). La dimensione territoriale dell' ASL e La recente evoluzione verso l'assetto provinciale dell'ASL hanno influenzato fortemente l'organizzazione dell'offerta da parte del D.S.M. che opera con varie unità attraverso le quali può realizzare la presa in carico e l'accoglienza del paziente con disagio psichico, intercettandolo attraverso i suoi servizi ambulatoriali e/o di ricovero.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (D.S.M.) DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI

Il D.S.M. ha il compito essenziale di realizzare la presa in carico e l'accoglienza del paziente psichico intercettandolo attraverso i suoi servizi ambulatoriali o di ricovero (C.P.S. –S.P.D.C.) oppure proveniente dai famigliari o da soggetti istituzionali.

Questo Dipartimento svolge le proprie funzioni attraverso varie Unità Operative con diverse caratteristiche d'intervento:

1 Reparto S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), per ricovero pazienti acuti presso il Presidio Ospedaliero di Codogno . Nel 2006 e 2007 sono stati attivi tutti i 14 posti resi disponibili dalla ristrutturazione dei locali.

2 Centri Diurni di cui uno presso il Presidio Ospedaliero di Casalpusterlengo (25 posti) ed uno nel Comune di Lodi (20 posti). Vengono erogati interventi sul singolo paziente ma soprattutto interventi di gruppo. Il C.D. di Lodi si è recentemente trasferito in una nuova struttura nel centro cittadino (via Fissiraga) .

1 Unità Operativa di Psicologia Aziendale che opera dal giugno 2005, con interventi di consultazione e psicoterapia individuale o di gruppo rivolti ai cittadini , ed interventi nell'ambito della formazione degli operatori della salute in ambito ospedaliero . Il servizio opera su tutti i 4 Presidi Ospedalieri della A.O. della Provincia di Lodi

U.O.N.P.I.A. - Unità Operativa NeuroPsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza che opera con attività di tipo ambulatoriale erogate nelle sedi di Lodi, Casalpusterlengo e S.angelo .Nel 2007 sono stati seguiti 2370 utenti di cui 247 con patologia psichiatrica pari al 10,4 %del totale . Le principali diagnosi sono risultate essere Psicosi, disturbi della personalità,disturbi della condotta e del comportamento alimentare.

2 Centri Psico-Sociali (C.P.S.) ubicati rispettivamente presso il Presidio Ospedaliero di Lodi e di Casalpusterlengo, nonché una sede staccata del CPS di Lodi presso il Presidio Ospedaliero di S. Angelo L. Nel 2006 è stata comunicata alla Regione, da parte della A.O. della Provincia di Lodi ,. la necessità di riorganizzare questa tipologia di servizio accreditando come sede unica il CPS di Lodi e come ambulatori periferici quelli di Casalpusterlengo e S.Angelo Quanto sopra si è reso necessario data la ridotta disponibilità di personale permettendo così da un lato di assicurare la presenza capillare sul territorio (nelle 3 aree distrettuali) onde favorire l'accessibilità da parte degli utenti, e dall'altro di ottenere economie di scala nella gestione delle risorse. I dati di attività del CPS di Lodi e quelli relativi alla dispersione verso altre ASL evidenziano la bontà della scelta organizzativa posta in campo dal DSM della Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi che è in grado di intercettare la quasi totalità dei pazienti lodigiani.

IL VOLONTARIATO

Nell'ASL di Lodi sono presenti 4 Associazioni di Volontariato che svolgono la loro attività a favore dei pazienti psichiatrici e dei loro famigliari:

❖ **PSICHE LOMBARDIA con sede in Via Veneto, 8 – Lodi**

In questi anni ha sempre organizzato e sostenuto economicamente ,insieme al Comune di Lodi ed al DSM della Azienda Ospedaliera vari interventi a favore di pazienti con disturbi psichici :

- soggiorni marini e montani per alcuni cittadini con disturbi psichici con la collaborazione del DSM della A.O. di Lodi.
- sostiene economicamente e con iniziative pubbliche un'esperienza di residenzialità protetta per pazienti seguiti dal CPS di Lodi denominata "Piccola ma adatta a me ".

❖ **ALLEANZA PER GLI AMMALATI MENTALI con sede presso il Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – S. Colombano al Lambro**

❖ **AIUTIAMOLI (associazione per i minori che collabora con NPI),Via Vistarino 13 – Lodi** che si occupa prevalentemente di pazienti affetti da ritardo mentale ma, dal 2006, ha attivato un gruppo di lavoro per far fronte a quelle situazioni in cui al ritardo si associano anomalie comportamentali a valenza psichiatrica.In questo periodo l'associazione si è dotata anche di un consulente psichiatra per poter prendere in carico anche pazienti con disturbi psichici.

❖ **Cooperativa AMICIZIA**

L'OFFERTA DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE NELL'ASL DI LODI

Il Dipartimento di Salute Mentale della Azienda Ospedaliera di Lodi come abbiamo visto svolge le proprie funzioni attraverso varie Unità Operative con diverse caratteristiche d'intervento ma dispone di una sola Comunità riabilitativa residenziale che è però affiancata da Comunità presenti nel Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di S.Colombano A.L. :

- **CRA (Comunità Riabilitativa ad alta intensità)** sita a Lodi (16 posti accreditati) in cui si effettuano trattamenti residenziali sulle 24 ore.
- **il privato accreditato a contratto è rappresentato unicamente dal Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di S. Colombano A.L.** che presenta la seguente organizzazione:

- ✓ una struttura per pazienti meno gravi definita Istituto di Riabilitazione per disabili psichici, che raccoglie 11 pazienti residenti in ASL su un totale di 60 posti letto occupati. Tale struttura afferisce al Dipartimento dei Servizi Socio Sanitari Integrati (Assessorato Famiglia della Regione Lombardia) e non nell'area della riabilitazione psichiatrica
- ✓ un'area rinnovata nel 2002 sia dal punto di vista edilizio che organizzativo (secondo il progetto sperimentale della Regione Lombardia attivo dal 2002 come da D.G.R. n. 48044/2000) con un totale di **191 posti letto**, che a seguito della recente riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche è stata così rinominata:

✓

Reparti	Posti letto totali
2 CPA Disturbi cognitivi	35
2 CPA Ritardo Mentale	50
2 CPA Psicogeriatría e psicorganicità	66
2 CRA Riabilitazione psichiatrica	40

Tra le Comunità presenti solo le C.R.A sono di stretta competenza psichiatrica mentre le rimanente fanno parte delle **“aree di confine”** individuate dal Piano Regionale e che dovrebbero essere oggetto di futuro riorganizzazione in quanto non di totale competenza psichiatrica .

Nelle tabelle successivamente riportate verrà sempre fatta una distinzione tra le aree propriamente psichiatriche e quelle della psicogeriatría e psicoorganicità, pur ricordando che i costi complessivi gravitano tutti sull'area della psichiatria regionale e quindi sono rendicontati col flusso regionale 46 San. Unico dubbio interpretativo a tal proposito è rappresentato dalle U.O. che trattano i pazienti con ritardo mentale che il piano triennale regionale per la salute mentale (maggio 2004) definisce come aree di confine . In questi reparti sono stati trattati 11 pazienti lodigiani nel 2008 per 1812 giornate con una spesa totale di € 311.664.

- ✓ un'area di riabilitazione per pazienti psichiatrici (per lo più storici provenienti da ex ospedali psichiatrici) definita Istituto di Riabilitazione Psichiatrica ex art. 26 legge 833/ 1978 con 154 posti letto accreditati di cui attualmente solo 126 occupati e di essi 21 da pazienti residenti nell'ASL di Lodi. Questi pazienti vengono rendicontati insieme a tutti i pazienti trattati presso strutture accreditate non a contratto (flusso regionale 43 san)

□ **R.S.A. DI CODOGNO**

Accoglie 56 donne dimesse nel 1999 dall'ex Ospedale Psichiatrico Femminile di Codogno. Essendo tali pazienti non portatrici di patologia in fase attiva ma solo residuale, la struttura è accreditata come una R.S.A. e tali pazienti non rientrano quindi più nel novero dei pazienti psichiatrici (competenza Assessorato Regionale Sanità) ma rientrano nell'area di competenza Sociale (Assessorato alla Famiglia e Politiche Sociali , Dipartimento ASSI) .

RIEPILOGO STRUTTURE CHE OPERANO IN AREA PSICHIATRICA
PRESENTI NELL' ASL LODI

Servizio / U.O.	A.O. DI LODI	PRIVATO ACCREDI TATO	UNITA' ATTIVE	POSTI ACCREDI TATI	AMBULA TORIALE
S.P.D.C. Codogno	X		1	14	
C.R.A	X	X	3	56	
Centro Diurno	X		2	45	
C.P.S.	X		2		3
Psicologia Aziendale	X		1		
Riabilitazione Psichiatrica ex art.26/ 833		X	1	154	
CPA Ritardo Mentale		X	3	50	
CPA Psicogeriatría		X	2	33	
CPA Demenze Disturbi Cognitivi		X	2	35	
CPA Psicorganicità		X	2	33	
RSA Codogno (sociale) *	ASL		1	60	
Disabili Psicici (sociale)*		X	1	60	

* competenza Assessorato Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale

PARTICOLARITA' DELL'OFFERTA RESIDENZIALE TERRITORIALE

Proprio per la particolarità dell'offerta presente sul territorio (reparti di psicogeriatría e psicoorganicità sopra descritti) la valutazione dei primi 6 mesi di attività di riabilitazione psichiatrica a favore dei cittadini lodigiani, sulla base del consumato in ASL e fuori ASL nella Regione Lombardia, risente di un dato particolarmente significativo per l'ASL della Provincia di Lodi.

Infatti l'offerta di riabilitazione si contraddistingue per la presenza di ben 152 posti di RIABILITAZIONE IN PSICOGERIATRIA E PSICOORGANICITA' attivi presso il Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratello di S.Colombano A.L. e classificati come CPA . Tali posti sono in buona parte occupati da pazienti lodigiani (soprattutto i reparti dei disturbi cognitivi dell'anziano) e ciò fa sì che apparentemente la spesa sanitaria per riabilitazione psichiatrica sia particolarmente elevata nella ASL di Lodi. Quanto sopra è particolarmente evidente se si analizza la spesa psichiatrica nel suo insieme in quanto la spesa per tali tipologie particolari di trattamento rappresenta ben il 38 % della spesa totale psichiatrica residenziale.

**TRATTAMENTI RIABILITATIVI IN STRUTTURE ACCREDITATE,
NON A CONTRATTO**

Negli ultimi anni è in continuo aumento il ricorso, da parte del DSM della Azienda Ospedaliera di Lodi, a strutture riabilitative accreditate ma non a contratto con il SSR o SSN (se fuori regione). Come chiaramente evidenziato a suo tempo all'interno dell' OCSM il ricorso a tali strutture è sempre più frequente a causa della mancanza di strutture a contratto in regione Lombardia, soprattutto a media e bassa intensità riabilitativa. Il ricorso a tali strutture è infatti necessario quando ci troviamo in presenza di pazienti "storici" cioè provenienti dagli ex ospedali psichiatrici soppressi, ed in presenza di pazienti anziani con patologia non più florida per i quali è possibile ricorrere a strutture a minore intensità riabilitativa. Nelle tabelle riportate al proposito si evidenzia come in queste strutture non a contratto sia molto elevato il numero di pazienti anziani. Sempre più difficile risulta inoltre l'inserimento in Comunità di pazienti con patologie particolarmente severe (con tratti aggressivi auto o eterolesivi, pazienti con precedenti penali) cosicché si è costretti a ricorrere a strutture anche al di fuori della regione.

MODALITA' DI ACCESSO AI SERVIZI PSICHIATRICI RESIDENZIALI

Vale la pena ricordare che l'attuale organizzazione della Regione Lombardia prevede l'accesso diretto dei cittadini ai servizi psichiatrici per acuti (C.P.S. e S.P.D.C.) mentre per tutte le altre strutture/Istituti Residenziali o semiresidenziali (Comunità Protette / Centri Diurni / Istituti di Riabilitazione) l'accesso deve essere attivato dallo Specialista Psichiatra che

- ✓ invia direttamente il paziente ai Centri Pubblici o Privati a contratto con la Regione
- ✓ inoltra la proposta di trattamento all'ASL di Lodi (U.S.C. di Assistenza Specialistica) nel caso d'invio a Centri ed Istituti Privati (es. Fatebenefratelli, Comunità private non a contratto), per la obbligatoria autorizzazione e/o delibera di impegno di spesa.

I PAZIENTI MINORENNI

Nel caso di situazioni psicopatologiche ad esordio nell'infanzia o nell'adolescenza il trattamento dei piccoli pazienti è demandato alla **U.O.N.P.I.A. (Unità Operativa di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza)** che non è più parte integrante dell' OCSM ma, pur essendone ancora uno dei partecipanti attivi, ha costituito, a partire dal giugno 2008 l' Organismo di Coordinamento per la Neuropsichiatria dell' Infanzia e Adolescenza come previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la NPIA (Del.VIII/ 6860 16/3/2008). Quest' unità operativa è una struttura interdisciplinare deputata alla diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (0-18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, intellettiva e relazionale).

L'attività clinica si svolge sia in regime di day-hospital (due letti presso il reparto di pediatria del Presidio Ospedaliero di Lodi) che, soprattutto , a livello ambulatoriale nei presidi Ospedalieri di Lodi e Codogno e presso i Servizi Territoriali di Lodi, S.Angelo L. e Casalpusterlengo.

Anche se l'attività è di tipo ambulatoriale la metodologia di intervento non è puntiforme ma prevede la presa in carico del soggetto, della famiglia e dei contesti di vita, in una rete coordinata di interventi terapeutici.

Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente e la loro diagnosi precoce, e la relativa cura, assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta.

Particolarmente critico è l'aspetto della **riabilitazione residenziale** in questi giovani pazienti. Infatti l'utilizzo di tale trattamento è limitato a situazioni molto particolari, (spesso sottoposte al decreto del Tribunale dei Minori) e richiedono strutture specializzate non presenti nel territorio dell'ASL di Lodi. Anche in questi casi il Neuropsichiatra dell' UONPIA (che ha in carico il paziente) propone il trattamento in Comunità che avviene

- ✓ direttamente su invio da parte dello Specialista verso strutture a contratto,
- ✓ oppure viene autorizzato dall'ASL della Provincia di Lodi se deve avvenire presso strutture private Non a contratto.

Altrettanto rilevante è la problematica rappresentata dalla mancanza sul territorio Aziendale (ma con grave carenza anche a livello regionale) di posti letto per il trattamento di minori con patologia psichiatrica in fase acuta scompensata.

D). GLI INSERIMENTI LAVORATIVI

Il Servizio Disabili ed Integrazione Sociale del Dipartimento ASSI (Assistenza Socio Sanitaria Integrata) dell'ASL di Lodi, ha in carico 93 utenti complessivi di cui 28 con patologia psichiatrica pari al 30%.. Di questi 28 utenti ben 10 sono inseriti in realtà lavorative ed i rimanenti sono stati valutati ed in attesa di inserimento.

A partire dal 2009 le competenze dell'inserimento lavorativo disabili passeranno ai Comuni attraverso la gestione diretta da parte di una Equipe Territoriale dell'Ufficio di Piano supportata per sei mesi dagli operatori dell'ASL nella presa in carico.

La stesura in itinere del nuovo Piano di Zona da parte di Comuni della Provincia di Lodi terrà presente tale tipologia di utenza allocando significative somme per l'attivazione di progetti di inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici e di sostegno alla autonomia di utenti i fase stabilizzata di cura.

La crisi economica in atto potrebbe influenzare negativamente gli inserimenti di questa tipologia di pazienti che però nel contempo potrebbero avvalersi di opportunità rappresentate dai progetti innovativi in atto da parte del DSM di Lodi incentrati proprio su tale problematica e che la Regione Lombardia potrebbe rinnovare nel triennio 2009/2011.

L'ANALISI DELLE ATTIVITA' EROGATE A FAVORE DI CITTADINI DELL'A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI

LA RIABILITAZIONE IN STRUTTURE RESIDENZIALI

L'analisi della attività di riabilitazione residenziale si basa sui dati più recenti disponibili e valicati dalla Regione e cioè sui primi 6 mesi di attività del 2008. La complessa analisi che è stata attivata sulla base delle indicazioni regionali di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 5743 DEL 31/10/2007

allegato 7, e successiva nota attuativa n° H1.2008.0005877 del 4/2/2008 , se applicata senza le distinzioni e le integrazioni di seguito riportate darebbe un quadro incompleto ed in parte fuorviante della realtà riabilitativa psichiatrica in favore dei cittadini lodigiani.

La particolarità di offerta del territorio dell' ASL di Lodi determina infatti una forte influenza sulla modalità di analisi e rappresentazione dei dati in quanto, trattandosi di valutazione di attività di riabilitazione psichiatrica, NON può prendere in considerazione le attività non strettamente attinenti tale area. Ad esempio inserire nella analisi complessiva i pazienti trattati nei CPA per disturbi cognitivi dell'anziano porterebbe ad alterare il dato sull'età dei pazienti psichiatrici, le diagnosi degli stessi , la spesa sostenuta per l'area psichiatrica ecc...

E' stato quindi necessario tenere distinti i dati di consumo delle CPA del Centro S.Cuore di Gesù FBF di S.Colombano (relativi ad 89 pazienti) non assommandoli ai dati propri della riabilitazione psichiatrica territoriale. L'attività clinica svolta presso queste CPA (nei 3 Centri regionali del FBF) dovrà essere oggetto di specifica analisi e valutazione da parte degli organismi regionali interessati (D.G. Sanità e D.G. Famiglia) e del tavolo tecnico che sta attualmente operando su indicazioni regionali.

Questa modalità operativa è stata seguita dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale fin dalla implementazione del primo Patto Territoriale per la Salute Mentale dell'ASL di Lodi a partire dal 2005.

Nei consumi di riabilitazione psichiatrica sono stati invece considerati anche i 67 pazienti che vengono seguiti presso strutture non a contratto sia in regione che fuori regione visto l'impatto che hanno numericamente ed economicamente sui dati complessivi. Pertanto la composizione della popolazione psichiatrica che viene rappresentata è ottenuta dalla tipologia di flussi così composta :

Numero di pazienti per tipologia di flusso regionale

Pazienti psichiatrici in strutture a contratto (46 san)	39
Pazienti psicorganicità in strutture a contratto (46 san Fatebenefratelli)	89
Pazienti storici in comunità non a contratto (43 san)	32
Pazienti in comunità non a contratto (43 san)	35
totale	195

Alcune tabelle riportate in allegato permettono di avere un quadro complessivo di spesa e di pazienti trattati nel primo semestre nelle varie tipologie di strutture residenziali evidenziando il peso delle varie aree nonché l'influenza sui costi generali assegnati alla riabilitazione psichiatrica ma non di stretta pertinenza (vedi psicogeriatrica e psicoorganicità).

CONSIDERAZIONI

Dall'analisi dei dati ottenuti (ed in parte riportati con le tabelle allegate) si ottengono le seguenti indicazioni:

dati epidemiologici

La scomposizione della popolazione che rientra nei flussi regionali della psichiatria (46 san e 43 san) evidenzia bene la particolarità del quadro descritto precedentemente dimostrando come

il 46% dei pazienti trattati esulano dalla area strettamente psichiatrica rientrando nelle aree di confine della psicogeriatrica e psicorganicità

il 34% dei pazienti è seguito presso strutture riabilitative psichiatriche non a contratto .

Per questo motivo tutte le tabelle analitiche successive prendono in considerazione solo i pazienti di area strettamente psichiatrica (pari al 54% del totale pazienti presenti nei flussi regionali).

Per questi pazienti la diagnosi maggiormente rappresentata è di gran lunga la schizofrenia , sia nella sua fase acuta che residuale, (65% perfettamente sovrapponibile ai dati regionali del 2004) che determina il maggior numero di ricorsi a trattamenti riabilitativi. Quasi assenti sono invece le nevrosi fra le patologie trattate in strutture riabilitative. La distribuzione per età evidenzia un elevato numero di ultra sessantacinquenni a causa della presenza di numerosi pazienti "storici".

Il problema della cronicità appare ben evidenziato anche nelle tabelle che analizzano la durata del trattamento negli ultimi 5 anni. Infatti ben il 31% dei pazienti si trova in comunità da oltre 5 anni con netta prevalenza di Comunità a media e bassa intensità. (27 pazienti su 33).

I pazienti oltre i 55 anni ricevono per lo più trattamenti di media e bassa intensità riabilitativa mentre quelli di età inferiore ricevono prevalentemente trattamenti di alta intensità.

I trattamenti di alta intensità riabilitativa sono diretti prevalentemente a pazienti con diagnosi di schizofrenia mentre i pazienti con disturbi di personalità o altre diagnosi oltre le principali ricevono trattamenti di media e bassa intensità.

Da questo punto di vista tutti i dati evidenziano una coerenza tra comunità di trattamento, intensità erogata diagnosi ed età dei pazienti trattati dimostrando un elevato grado di appropriatezza tra patologia, età e tipologia di trattamento in struttura corrispondente (ricordando che alla intensità di trattamento corrisponde una retta giornaliera adeguata).

Poco significativi sono risultati i dati relativi ai giorni di trattamento in quanto riferiti ad un periodo troppo breve (6 mesi) e quindi risentono eccessivamente delle date di ingresso o dimissione di pochi utenti rispetto al periodo stesso. A questo proposito appare utile però il dato complessivo delle giornate utilizzate in quanto i trattamenti presso strutture accreditate non a contratto (43 san) sono il doppio rispetto a quelle erogate in strutture a contratto (46 san).

Ciò è in linea con il numero di pazienti trattati presso le due tipologie di strutture (67 pazienti contro 39). La maggior parte delle giornate di

degenza è erogata in strutture a media intensità riabilitativa in accordo con l'età dei pazienti e la durata dei trattamenti negli ultimi 5 anni.

Valorizzazione:

I dati di valorizzazione della spesa sostenuta nei primi 6 mesi 2008 evidenziano come sia necessario distinguere tra spesa di pertinenza psichiatrica e spesa per psicogeriatría e psicoorganicità. Quest'ultima infatti rappresenta oltre il 50% del totale di spesa attribuito impropriamente alla psichiatria.

Altrettanto significativo è come la spesa per riabilitazione in strutture non a contratto sia doppia circa rispetto a quella per strutture a contratto (in coerenza con il numero di pazienti e giornate di degenza) e che nelle strutture a contratto la spesa è rivolta a trattamenti di alta intensità (CRA e CPA) mentre per quelle a contratto la spesa è soprattutto rivolta a strutture di media intensità (CPM).

Nel confronto di spesa tra primo semestre 2007 e 2008 si evidenzia un andamento di spesa pressochè invariato presso strutture a contratto (+2) ed in aumento invece in strutture non a contratto (+ 8%). Ciò è spiegato dal fatto che i nuovi ingressi, non trovando spazio nelle strutture a contratto, vengono dirottati su altre strutture riabilitative.

Da ultimo si segnala come il 50% della spesa per riabilitazione psichiatrica sia erogata a strutture con sede nell' ASL ed il 16% a strutture fuori regione. Su queste criticità è aperto un tavolo di lavoro regionale.

Il calcolo delle percentuali richiesto in quasi tutte le tabelle si è dimostrato non significativo a causa del numero assoluto limitato di pazienti in carico (106) cosicché piccole variazioni numeriche determinano importanti variazioni di percentuali.

Vista l'importanza che assume per una ASL come quella della Provincia di Lodi il valore dell'area riabilitativa di psicogeriatría e psicoorganicità (superiore alla spesa totale per riabilitazione psichiatrica vera e propria) si è ritenuto opportuno riportare anche una serie di tabelle con l'analisi dei dati di attività riconducibile a questa area riabilitativa erogata presso il Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di S. Colombano A.L.

Tale analisi è riportata nelle tabelle finali allegate.

CRITICITA'

CORRETTA DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE DI SPESA

Come già evidenziato in altre parti di questa relazione particolarmente sentito è il problema della corretta classificazione in ambito riabilitativo non psichiatrico delle Comunità Protette attivate nel 2002 dal Fatebenefratelli nei Centri di S.Colombano, Cernusco e Brescia.

Il Direttore del D.S.M. (vice presidente dell' OCSM) concorda con la necessità di affrontare in sede regionale il problema della differenziazione delle CPA presenti in tale Centro (così pure quelle del Centro S.Ambrogio di Cernusco S.N. e nel Centro s.Giovanni di Dio di Brescia) in modo tale da poter rappresentare correttamente il consumo di risorse reali per la riabilitazione psichiatrica riallocando la Psicogeriatría e Psicoorganicità in apposite aree riabilitative specialistiche.

La rappresentazione distinta dei dati di attività delle CPA del Centro S.Cuore di Gesù potrà risultare utile anche a livello regionale per valutare l'impatto economico della sperimentazione nell'area della psicogeriatrica e psicorganicità attivata nel 2002.

LA MANCANZA DI STRUTTURE RESIDENZIALI RIABILITATIVE A CONTRATTO PER TRATTAMENTI DI MEDIA E BASSA INTENSITA'

Particolare attenzione deve essere posta alla quota rilevante di attività riabilitativa territoriale svolta, a favore di cittadini lodigiani, presso **strutture accreditate non a contratto poste sia in regione che fuori regione** (vedi capitolo 1C).

Come già chiarito ad esse si deve fare ricorso sempre più frequentemente a causa della mancanza di strutture a contratto in regione Lombardia, soprattutto a media intensità. Questo aspetto è evidente anche dai dati riportati nelle Linee di indirizzo regionali del novembre 2008 da cui risultano presenti solo 1017 posti in media intensità e 192 in bassa intensità contro 2370 posti di alta intensità.

Vista la rilevanza di tale tipologia di trattamento (pari a 2/3 circa del totale di spesa e di pazienti trattati) si ritiene essenziale di riportare anche questi dati all'interno della casistica complessiva per poter dare un quadro completo, reale ed aggiornato dell'attività psichiatrica resa a favore dei cittadini lodigiani.

Si evince inoltre chiaramente come sia importante l'effetto, sia numerico che di spesa, del ricorso a tali strutture. Infatti con un totale di 67 pazienti seguiti in queste Comunità (rispetto al totale di **106 pazienti psichiatrici** in carico al DSM trattati in strutture territoriali ed ai 195 totale posti sul conto psichiatrico) rappresenta ben il 65% di tutti i trattati dal DSM.

Va altresì specificato che dei 67 pazienti complessivamente trattati in strutture NON a contratto **ben 32 sono " PAZIENTI STORICI "** dimessi a seguito della chiusura definitiva degli ex Ospedali Psichiatrici ed inseriti in strutture territoriali di media e bassa intensità riabilitativa (15 di essi sono donne dimesse dall' ex Ospedale Psichiatrico di Codogno nel 1999). Complessivamente i pazienti provenienti da ex O.P. sono quindi il 47 % del totale trattati, risultando superiori a quanto riportato nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (36 %)

E' quindi evidente come il problema della cronicità in psichiatria determini una ricaduta importante dal punto di vista numerico (come si evidenzia dalla tabella sottostante) e quindi economico rappresentando circa il 50% di tutti i pazienti trattati in Comunità non a contratto. Purtroppo di tale problematica non si occupa il nuovo documento programmatico regionale che punta quasi esclusivamente sullo sviluppo della residenzialità leggera per far fronte al problema della cronicità. Di fatto però questa tipologia di assistenza è utilizzabile solo per pazienti che si trovano in una fase clinica di sufficiente compenso e quindi si presume che non sia utilizzabile a seguito della dimissione da Comunità ad alta intensità riabilitativa. Questi pazienti richiedono infatti un periodo riabilitativo intermedio che è comunque carente nel territorio .

PUNTI DI FORZA

Sicuramente i punti di forza della riabilitazione psichiatrica territoriale nell'ASL della Provincia di Lodi sono riconducibili a:

- presenza di un unico ente che prende in carico il paziente e propone il trattamento (DSM della Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi) con un rapporto diretto e continuo con l'ASL della Provincia di Lodi (Direzione Sanitaria e USC Assistenza Specialistica)
- casistica numericamente consistente (106 pazienti seguiti) rispetto alla popolazione residente, ma di valore numerico assoluto tale da permettere una conoscenza diretta ed aggiornata di ogni singolo paziente non solo da parte del DSM (come è logico avvenga) ma anche da parte dell' ASL
- presenza di un sistema di controllo consolidato sui ricoveri in psicoorganicità (valutazione ed autorizzazione dei ricoveri entro 5 gg. lavorativi) e per i trattamenti in strutture non a contratto (valutazione e predisposizione di apposito atto deliberativo per ogni singolo provvedimento)

Si riportano in allegato alcune tabelle che si ritengono significative ed utili ad integrare ed illustrare l'assistenza territoriale residenziale in favore di pazienti psichiatrici lodigiani.

L'ATTIVITA' DEI CENTRI PSICO SOCIALI DELLA A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI

Vengono di seguito riportati ed analizzati i dati di attività di ogni singolo CPS/ambulatorio attivo sul territorio onde dare un quadro complessivo sulla distribuzione dei pazienti rispetto alle 3 realtà distrettuali disegnate dall'ASL. La rappresentazione prescelta permette di evidenziare l'attività psichiatrica territoriale non residenziale erogata complessivamente nell'ASL essendo in presenza di un unico soggetto erogatore (DSM della A.O. della Provincia di Lodi).

Poco significativo è risultato il monitoraggio delle attività rese a pazienti lodigiani presso CPS di altre ASL (totale di 118 pazienti) che rappresentano solo il 6,2% di tutti pazienti lodigiani trattati .

In presenza di dati numerici così limitati infatti perdono significato le valutazioni analitiche a più voci che determinano una dispersione della poco numerosa popolazione rappresentata.

L'analisi si riferisce ai dati completi del 2007 e verrà ripetuta anche per il 2008, sulla base di indicatori regionali previsti dalla Regione Lombardia con Delibera di Giunta Regionale n° 5743 DEL 31/10/2007 allegato 7, e successiva nota attuativa n° H1.2008.0005877 del 4/2/2008 .

LA PRODUZIONE ED IL CONSUMO DI ATTIVITA' PRESSO I CPS

I dati di macroattività riferiti all'utilizzo dei CPS in ASL e fuori ASL (in regione Lombardia) da parte di cittadini Lodigiani, nonché una distinzione indicativa della distribuzione dei pazienti nelle varie sedi dislocate nell'ASL di Lodi (e sedi operative riferite al CPS di Lodi) o in altre ASL della Regione mostrano chiaramente come l'attuale organizzazione territoriale dei CPS nell' ASL di Lodi permetta di intercettare la quasi totalità della domanda dei residenti (93,8%) ,malgrado la dispersione territoriale e la vicinanza di molti importanti Presidi Ospedalieri che potrebbero, teoricamente, svolgere una azione di attrazione sui cittadini lodigiani (come invece avviene in tutte le altre branche specialistiche).

D'altra parte analizzando verso quali Centri Psico Sociali extra ASL si rivolgono i pazienti risulta evidente l'enorme dispersione della stessa (118 pazienti distribuiti su 24 CPS sparsi in tutta la Regione) fatto salvo il caso del CPS del DSM di Melegnano che intercetta 46 pazienti (il 40% di tutte le "fughe") per ovvi motivi di stretta vicinanza geografica con la parte Nord della Provincia di Lodi. D'altra parte approfondendo ulteriormente questo dato si evidenzia come in generale solo 16 pazienti su 118 hanno effettuato più di 10 accessi ai CPS fuori ASL. Di essi 6 sono stati seguiti presso il CPS di Melegnano. Al contrario i CPS della A.O. di Lodi hanno trattato anche 52 pazienti residenti in altre ASL Lombarde su un totale di 1852 pazienti seguiti.

QUALITA' DEI DATI RACCOLTI

Dal tracciato di Psiche 2007 risultava elevato il numero di pazienti senza identificativo del Codice Fiscale o con codice errato. Questo dato identificativo del paziente veniva poi quasi completamente recuperato grazie all'utilizzo del Codice Sanitario Regionale, soprattutto per i pazienti in carico da lungo tempo. Infatti solo in 5 casi la totale mancanza di identificativo ha determinato la perdita dei dati e delle prestazioni collegate. La valutazione di questo aspetto ha determinato l'immediato intervento della Azienda Ospedaliera con recupero del codice fiscale di tutti i pazienti in carico al CPS per l'anno 2008. Per alcuni pazienti in carico ai CPS da breve tempo si è evidenziata la mancanza di diagnosi definitiva. Per lo più tale problema è legato alla necessità di prolungare l'osservazione dei pazienti prima di poter definire una diagnosi certa. Il problema in futuro verrà superato inserendo una diagnosi provvisoria nei pazienti di recente presa in carico.

INDICATORI DI ACCESSIBILITA'

L'analisi ha evidenziato come i pazienti trattati presentano in prevalenza età superiori ai 45 anni (pari al 53,6% di tutti i trattati) , richiamando la necessità di adeguati provvedimenti in particolare per i pazienti più anziani , superiori ai 65 anni che sono il 18,4% di tutti i pazienti trattati. Questo dato conferma l'importanza del problema della cronicità .

ANNO	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

PAZIENTI CPS	1860	1838	1810	1852
-----------------	------	------	------	------

I dati socio demografici confermano la necessità di affrontare il problema delle residenzialità leggere in quanto molti pazienti vivono soli, non sono coniugati e hanno un livello di scolarità non elevato . Peraltro anche per i pazienti che hanno un nucleo familiare di riferimento l'età del coniuge, la lontananza dei figli (soprattutto nei pazienti più anziani) riduce molto la possibilità di integrazione e mantenimento nel nucleo stesso. La questione sociale per questi pazienti va affrontata in collaborazione con gli enti locali preposti .Per la Provincia di Lodi esiste il problema di un territorio disperso in numerosi comuni di piccole dimensioni , dove il problema della accessibilità ai servizi è molto evidente ad esempio per l'inadeguata rete dei trasporti. Per questo motivo è indispensabile rivedere le modalità di dialogo con gli Enti ed i loro organismi come gli Uffici di Piano , ed i Consorzi deputati all'erogazione di servizi alla persona indipendentemente dalla loro patologia psichiatrica.. E' necessario che i pazienti dei servizi psichiatrici abbiano pari dignità con tutti gli altri assistiti diversamente abili, con risposte sociali commisurate ai loro bisogni.Vale comunque ricordare che da quando si è costituito il Coordinamento per la Salute Mentale nel Lodigiano , la situazione ha subito significativi miglioramenti , un vero e proprio cambio di direzione che fa ben sperare per il prossimo futuro soprattutto in relazione alle residenze leggere e alle problematiche del lavoro.

I pazienti per larga parte sono affetti da patologie severe (schizofrenia e disturbi affettivi) confermando la vocazione dei servizi alla presa in cura di pazienti affetti da psicosi ovvero da disturbi affettivi (circa 50% del totale) . Si registra un incremento di pazienti con diagnosi di Disturbi di Personalità (10%), anche in relazione alle problematiche offerte dalla particolarità delle cosiddette "Doppie Diagnosi ".Rimane elevato il numero di pazienti con diagnosi minori (25 %) che comunque determinano un elevato impegno di presa in carico da parte del CPS. Il 18% dei pazienti con diagnosi più severe sono seguiti da oltre 3 anni.La distribuzione per età conferma come la maggior parte di pazienti con patologie severe si concentri nella fascia 35/54 anni (46%).

L'analisi dell'attività effettuata al domicilio conferma che anche in questa sede vengono trattati in larga parte pazienti con diagnosi severa (86% dei trattati al domicilio con schizofrenia), si registra tuttavia qualche disagio nel trattamento generale dei pazienti al domicilio sia per la particolare dispersione del territorio con elevate distanze chilometriche , sia per le già segnalate difficoltà di trasporto che comunque non hanno impedito di seguire 250 pazienti (13,5 % del totale) erogando loro al domicilio 3623 interventi con una media di 14,5 interventi ciascuno .

PATTERN DI UTILIZZO

I pazienti che registrano la più alta intensità di trattamenti appartengono alle fasce di età da 35 a 54 anni. Le diagnosi più rappresentate sono Schizofrenia e Disturbi Affettivi , mentre la più alta intensità di interventi per diagnosi principale riguarda ovviamente la Schizofrenia : 135 pazienti richiedono infatti più di venti interventi pro capite all'anno, dimostrando un diretto rapporto tra patologia ed impegno terapeutico richiesto.

INDICATORI DI OFFERTA

I pazienti con diagnosi di Schizofrenia assorbono oltre il 50% degli interventi complessivamente erogati , con altissima prevalenza di interventi superiori a venti per anno.

Oltre il 50% di interventi si colloca nelle fasce di età 35--54 , confermando quanto già riferito in precedenza,

E' stato anche definito il numero di interventi effettuati per ogni tipologia di attività. Va a tal proposito ricordato che sono stati registrati dai CPS nel loro insieme complessivamente 21221 accessi/prestazioni che hanno previsto 44259 interventi di varie tipologie (psichiatrica, infermieristica, sostegno alla famiglia, riabilitazione, socializzazione ecc...) pari ad una media di oltre 2 interventi per accesso. Fra le attività erogate spiccano per numero l'attività di risocializzazione (31,7 %) ed attività psichiatrica (18,8%). Questa distribuzione si ritrova confermata nel caso delle principali diagnosi fatti salvi i casi di schizofrenia. Per questi pazienti infatti risultano numericamente rilevanti anche le attività di riabilitazione e l'attività infermieristica a conferma del maggiore impegno terapeutico-riabilitativo richiesto dalla gravità della patologia.

APPRORPIATEZZA DEL TRATTAMENTO TERRITORIALE

Su un totale di 1852 pazienti seguiti ben 893 (pari al 48,2%) sono stati trattati con almeno 2 tipologie diverse attività, mentre 1487 pazienti (pari all' 80,2% del totale trattati) ha ricevuto almeno 3 interventi, interessando soprattutto i pazienti tra i 35 e 54 anni . Nel caso dei trattamenti al domicilio ben 160 pazienti su 250 (64%) hanno ricevuto almeno 3 trattamenti ,mentre 423 pazienti hanno ricevuto anche attività rivolte alla famiglia. Questo valore rappresenta il 31,6% di tutti i pazienti che vivono in famiglia di origine o acquisita o con altri famigliari .

IMPATTO DELLE PRESTAZIONI NON VALORIZZATE

I dati rilevati in proposito evidenziano come non siano stati rendicontati in Psiche interventi domiciliari multipli nella stessa giornata e quindi il dato di attività domiciliare rendicontato sia pari al valorizzato. Diverso è il caso di interventi effettuati da personale del CPS su pazienti che si trovavano in regime di degenza continua (SPDC) o Comunità Terapeutica oppure in Centro Diurno. In questo caso infatti sono state rilevate 2032 prestazioni (pari al 9,5% del totale riconosciute) che dovrebbero trovare riconoscimento e quindi valorizzazione almeno per quelle rivolte a pazienti trattati in Centro Diurno (pari al 66,2% di tutte le prestazioni non riconosciute) . Questo aspetto rappresenta sicuramente uno stimolo ad evidenziare , riconoscere e valorizzare la complessità dell'intervento terapeutico e riabilitativo psichiatrico che ancor oggi non trova riscontro economico da parte della Regione.

CONCLUSIONI

Si concorda con la necessità di approfondire quanto previsto dalle disposizioni regionali che hanno avviato il monitoraggio delle attività territoriali. In particolare la necessità di valutare e verificare la appropriatezza delle prestazioni .

I dati qui riportati e rilevati dall' OCSM rappresentano il punto di confronto per la valutazione dello sviluppo futuro di piani di azione ed interventi migliorativi che verranno applicati. Appare poi oltremodo convincente l'idea di dare giusta valorizzazione a tutte quelle prestazioni che non sono riconducibili al paziente ma che costituiscono spesso l'ossatura del trattamento extraospedaliero. Ci pare inoltre importante procedere sulla strada della accessibilità dei servizi e dei percorsi di cura individualizzati, strada che impone un miglioramento dal punto di vista organizzativo. Appare quindi necessario che la Regione invii alle ASL dati di monitoraggio complessivi, quali sommatoria dell'attività di tutti i CPS Lombardi e rilevati secondo gli indicatori previsti, in modo da offrire un quadro generale di riferimento e confronto sia per i D.S.M. che per le ASL (dati generali di consumo e produzione) , ferme restando le particolarità proprie di ogni realtà territoriale nella quale i CPS si trovano ad operare.

A tale proposito si ritiene che il tavolo di lavoro regionale per la psichiatria attualmente attivo (nel quale si confrontano le Direzioni Generali Sanità e Famiglia, le ASL, i rappresentanti dei DSM e CPS Lombardi ed i rappresentanti del volontariato) dovrebbe essere coinvolto nella valutazione complessiva dei risultati evidenziati . In particolare nella fase attuale dei lavori in cui il tavolo regionale sta ridefinendo il ruolo ed i compiti del CPS.

PRIORITA' DI INTERVENTO

L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale durante l'anno 2008 ha individuato le **aree critiche prioritarie** sulle quali indirizzare le azioni dei prossimi anni

Le aree critiche possono essere così riassunte:

- ✓ la presenza di un elevato numero di pazienti psichiatrici cosiddetti "**storici**" ricoverati sia nei posti residuali di Riabilitazione Psichiatrica che per Disabili Psicici del Centro Sacro Cuore di Gesù di S.Colombano. Per tali pazienti i tentativi di inserimento in strutture a minor intensità assistenziale si scontrano con la mancanza di strutture come ricordato al punto precedente . I tentativi di inserire tali pazienti in RSA risultano assai difficoltosi a causa della forte opposizione di tali strutture ad accogliere pazienti con storia clinica psichiatrica. Va inoltre ricordato che molti pazienti sono ricoverati da oltre 10 anni (grande cronicità) ed anche per alcuni di essi dovrebbero essere individuate strutture a media e bassa intensità riabilitativa attualmente non disponibili, mentre non è praticabile la collocazione in RSA non essendo i famigliari disposti a sostenere le spese derivanti.
- ✓ L'integrazione tra i Servizi di carattere Sanitario attualmente attivi sul territorio allo scopo di semplificare il percorso di cura / riabilitazione dei pazienti e dei loro famigliari

- ✓ L'integrazione tra componente Sanitaria , componente Sociale Istituzionale e volontariato per contrastare gli effetti della deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma. In particolare andrà rinforzata ed approfondita la collaborazione con i Servizi Sociali Comunali attraverso l'integrazione con gli Uffici di Piano per favorire il reinserimento o il mantenimento dei cittadini con patologia nell'ambito sociale di riferimento.

INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI DI CARATTERE SANITARIO

La necessità è quella di mantenere ed ampliare gli esistenti canali di dialogo preferenziale tra tutte le strutture erogatrici sia all'interno del D.S.M. (tra Psichiatria e NPIA) che tra lo stesso e gli erogatori privati (principalmente il Centro S. Cuore di Gesù di S.Colombano A.L.). In particolar modo il Piano Regionale Triennale per la salute mentale e le circolari applicative (28/san 2004 e 49/san 2005 e Linee di Indirizzo Regionali per il triennio 2009/2011) richiedono una sempre maggiore condivisione degli obiettivi di cura obbligando le strutture riceventi a formulare un Progetto Terapeutico Riabilitativo coerente con il Piano di Trattamento Individuale elaborato dal D.S.M. inviante. In questa ottica andrà sviluppata la funzione di coordinamento propria dell' Organismo di Coordinamento ed in generale la funzione di interconnessione tra i Servizi e di garante per i cittadini che la ASL è tenuta a svolgere quale suo compito precipuo. Nel triennio verrà quindi attivato un tavolo tecnico di lavoro all'interno dell' Organismo per definire le eventuale proroghe dei trattamenti così come definito dalla DGR 4221/2007 e/o i passaggi verso differenti livelli di intensità di cura.

Vista l'istituzione del giugno 2008 dell'Organismo di Coordinamento per la Neuro psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza sarà compito dell' OCSM definire e mantenere modalità di forte raccordo ed integrazione con tale Organismo per le aree di comune interesse soprattutto per assicurare la continuità di cura dei pazienti minorenni al compimento della maggiore età.

INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI , COMPONENTE SOCIALE ISTITUZIONALE E VOLONTARIATO

Tutte le componenti dell' Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale hanno evidenziato questo come l'aspetto maggiormente critico all'interno dei complessi processi di gestione della malattia psichiatrica. Soprattutto si evidenzia come sia difficoltosa la gestione del paziente psichiatrico quando ha superato la fase acuta, post-acuta e di riabilitazione e deve essere reinserito (in modo completo o parziale) nella comunità sociale . Emerge in questi casi la problematica

- del sostegno alla famiglia, se inadeguata,
- dell'inserimento lavorativo quando residuano capacità in tal senso
- di una soluzione abitativa adeguata di tipo sociale o socio assistenziale non sanitaria in presenza di un quadro clinico stabilizzato.(casa famiglia, casa alloggio, appartamenti per la residenzialità leggera accreditati con la Regione) soprattutto in mancanza di sostegno familiare. In particolare sarà obiettivo nel 2009 attivare alcuni posti di residenzialità leggera in collaborazione con DSM e Volontariato

Risulta pertanto essenziale definire piani di intervento specifici coinvolgendo le Associazioni dei Comuni (in modo che inseriscano tali priorità socio-assistenziali nel nuovo Piano di Zona in fase di definizione) ed il volontariato Questa collaborazione potrà avere come punto di riferimento il TAVOLO CONSULTIVO PER LA CONTINUITÀ DI CURA istituito nell'ottobre 2008 al fine di conseguire l'obiettivo del coordinamento nella continuità delle cure sul territorio dell' ASL è stato costituito, nell' ottobre 2008, un " Tavolo Consultivo per la Continuità di Cura " con la partecipazione dell' ASL, Azienda Ospedaliera, erogatori privati accreditati, Enti locali in rappresentanza della Provincia, delle Assemblee Distrettuali dei Sindaci ed Uffici di Piano. Il Progetto è finalizzato alla attivazione di un Coordinamento Interaziendale ASL, AO, erogatori accreditati con l'intento di assicurare le opportune sinergie tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali presenti sul territorio, garantendo la Continuità di Cura dei pazienti nel passaggio dal ricovero al domicilio ed in generale tra i diversi livelli di intensità di cura.

Importante sarà pure continuare l'esperienza di collaborazione attivata nell'anno in corso tra DSM e Ufficio di Piano di Lodi e Basso Lodigiano con il GRUPPO DI LAVORO DISABILITA' E SALUTE MENTALE .

L'ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE

Per il triennio prossimo si pone le seguenti finalità:

- continuare, attraverso un gruppo tecnico individuato ,il monitoraggio dei trattamenti erogati a favore di cittadini lodigiani sia presso le strutture ambulatoriali (CPS) che riabilitative psichiatriche accreditate a contratto e non , con revisione dei piani riabilitativi in essere per il rispetto dei tempi previsti dalla regione e per la valutazione di proroghe agli stessi come previsto dalle DGR VIII/ 5743 del 31/10/2007 e DGR VIII/ 4221 del 28/2/2007
- Stimolare e supportare l' attivazione di strutture di residenzialità leggera attraverso la riconversione di spazi resi disponibili sia dalla ASL della Provincia di Lodi che dalla A.O. nonché dal Comune di Lodi e da Associazioni di Volontariato. Per queste strutture infatti è previsto dalla Regione solo un contributo di 45 € die per la componente socio-sanitaria mentre non è previsto alcun contributo per la componente abitativa ed alberghiera (affitti, utenze, pasti ecc.).Può considerarsi realistica l'attivazione di un numero tra 6 e 10 posti di residenzialità leggera nel triennio.
- Sostenere e ampliare sul territorio l'esperienza di collaborazione attivata nel 2008 tra DSM ed Ufficio di Piano Lodi-Basso Lodigiano con il Gruppo di Lavoro Disabilità e Salute Mentale (proseguendo la sperimentazione del progetto ORLANDO di supporto all'autonomia)
- Per gli inserimenti lavorativi la necessità di supportare l'Equipe territoriale dell' Ufficio di Piano con adeguate e complete valutazioni ed orientamenti sulle capacità lavorative residuali attraverso un percorso condiviso con l'U.O. Disabili dell'ASL di Lodi
- Orientare la Direzione del Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di S.Colombano A.L. verso l'attivazione di posti di Media assistenza (CPM) oppure di alta assistenza ma bassa

riabilitazione (CPA) che permettano ai pazienti di completare, all'interno della struttura stessa, un percorso completo riabilitativo dopo una fase di alta intensità (assistenziale e riabilitativa). Quanto sopra all'interno del processo di riqualificazione attivato nel 2002 che il Centro dovrebbe concludere entro il 2010.

- Attivazione di un posto letto per far fronte all'emergenza psichiatrica di pazienti minorenni secondo una proposta che vede il coinvolgimento della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, della U.O. di Pediatria di Codogno, dell' SPDC di Codogno, e delle Associazioni dei Comuni attraverso l'ufficio di Piano.

Prestazioni riabilitative residenziali previste dall'accREDITAMENTO regionale

struttura	programma	Tariffa/die	Durata del trattamento
Comunità Riabilitativa alta Assistenza	Programma post-acuzie	179,00	3 mesi
Comunità Riabilitativa alta Assistenza	Programma alta intensità riabilitativa	179,00	18 mesi
Comunità Riabilitativa alta Assistenza	Programma media intensità riabilitativa	172,00	36 mesi
Comunità Protetta Alta Assistenza	Programma media intensità riabilitativa	172,00	36 mesi
Comunità Protetta Alta Assistenza	Programma bassa intensità riabilitativa	155,00	Non prestabilita
Comunità Protetta Media Assistenza	Programma media intensità riabilitativa	118,00	36 mesi
Comunità Protetta Media Assistenza	Programma bassa intensità riabilitativa	105,00	Non prestabilita
Comunità Protetta Bassa Assistenza	Programma bassa intensità riabilitativa	80,00	Illimitata
Comunità Riabilitativa Media Assistenza	Programma alta intensità riabilitativa	140,00	18 mesi
Comunità Riabilitativa Media Assistenza	Programma media intensità riabilitativa	127,00	36 mesi
residenza	Residenzialità leggera	45,00	illimitata