



COORDINAMENTO TOSCANO
DELLE ASSOCIAZIONI
PER LA SALUTE MENTALE



Ministero della Salute

Quanto la persona è al centro

della sua cura?

**2° verifica sul funzionamento dei
servizi integrati per la Salute Mentale**

Non c'è salute senza Salute Mentale



Venerdì 23 novembre 2007

**Auditorium Banca Toscana
Via Panciatichi Firenze, 87**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Regione Toscana Giunta Regionale

Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà
tel. 055 4383577
mirta.gonnelli@regione.toscana.it

con il patrocinio



Coordinamento Toscano per la Salute Mentale

Via F. Simonetti 55100 S. Vito Lucca
Tel. e fax 0583 440615
www.coordinamentotoscanosalutementale.it
info@coordinamentotoscanosalutementale.it

con la collaborazione



Atti del convegno

***Quanto la persona è al centro della
sua cura?***

***2° verifica sul funzionamento dei servizi
integrati per la Salute Mentale***

23 novembre 2007

**Auditorium Banca Toscana,
Via Panciatichi – Firenze**

A cura di

Gilda Madrigali

Chiara Piletti

Indice

Presentazione	5
Apertura dei lavori e Ringraziamenti	
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	9
Saluti delle autorità	
Guido Burrini, Responsabile della Direzione retail della Banca Toscana	9
Le politiche per la Salute Mentale della Regione Toscana	
Galileo Guidi, Coordinatore della Commissione Regionale per il governo clinico della Salute Mentale - in rappresentanza di Enrico Rossi, Assessore al Diritto alla Salute Regione Toscana	10
L'organizzazione dei servizi: quali indicatori di risultato	
Galileo Guidi, Coordinatore della Commissione Regionale per il governo clinico della Salute Mentale	12
La Salute Mentale in Regione Toscana: Valutazioni delle Associazioni di Familiari e Utenti	
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	28
Maria Grazia Bertelloni, Presidente della Rete regionale Toscana Utenti per la Salute Mentale	46
Roberto Pardini, Rete regionale Toscana Utenti per la Salute Mentale	47
Vito D'Anza, Coordinatore della Consulta Toscana Salute Mentale	48
Quale collaborazione tra l'Università e i Dipartimenti di Salute Mentale	
Giovanni Battista Cassano, Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università degli Studi di Pisa	53
Dibattito	
Franca Fiorini	57
Franco Sbarzagli	58
Luigia Paoli	59
Carlo Bonechi	62
Kira Pellegrini	63
Ripresa dei lavori	
Interventi delle Volontarie che hanno preparato il convegno	64

<i>Le modalità per garantire la qualità del percorso di cura individuale personalizzato</i>	
Pierluigi Tosi, Direttore Sanitario Azienda USL 10 Firenze	66
<i>La continuità assistenziale nel passaggio dall'adolescenza alla maggiore età</i>	
Marco Armellini, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 4 Prato	71
<i>L'abitare nell'ambito del progetto individuale personalizzato</i>	
Corrado Rossi, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 5 Pisa	77
Dibattito	
Ania Franceschini	82
Sergio Calosi	83
Kira Pellegrini	84
Conclusioni	
Gianni Salvadori, Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana	86
Considerazioni conclusive e sintesi dei lavori	93
Appendice A	96
Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale: chi siamo	126

PRESENTAZIONE

Il Coordinamento Toscano delle associazioni per la Salute Mentale si è costituito il 29/04/1993 e attualmente ha l'adesione di 21 associazioni di volontariato di familiari e utenti.

Lo scopo principale di questo organismo è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie facendosene portavoce con le istituzioni pubbliche e private, in particolar modo con la Regione Toscana, dove ha costanti contatti.

Il Coordinamento Toscano è impegnato nell'integrazione sociale e lavorativa dei disabili psichici e inoltre organizza convegni e iniziative per informare e orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche. Sperimentiamo ogni giorno che è attraverso la conoscenza che si abbatte il pregiudizio.

Come è emerso nei Convegni del 15 novembre 2005 e del 27 Novembre 2006 la soluzione ai problemi mentali sta nell'integrazione dei vari servizi sanitari e sociali e nell'attivazione dei Piani di salute integrati partendo dal progetto individuale personalizzato, che altro non sono che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda, gli enti locali e le associazioni. Dopo i Convegni, l'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Regione Toscana si è resa ancora più evidente molto però resta ancora da fare. Sappiamo che per quanto riguarda i disturbi mentali, è possibile guarirli o comunque migliorarli, ma affinché questo avvenga sono necessari molteplici interventi personalizzati, realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo, come previsti dalle Piano Sanitario Regionale, ma non del tutto applicati.

Il convegno vuole essere una seconda verifica su cosa è cambiato con l'obiettivo di vedere applicato quanto previsto dalle disposizioni della Regione Toscana in materia di Salute Mentale: tali normative sono pienamente condivise dal Coordinamento Toscano.

Il Convegno darà inizio alle manifestazioni che le varie province organizzeranno in occasione della "**Giornata Nazionale per la salute mentale**" del 5 dicembre 2007, in cui saranno distribuite candele a offerta con il messaggio "Luce per illuminare le menti" quale simbolo che unisce le associazioni toscane per la Salute Mentale.

Quanto la persona è al centro della sua cura?

**2° verifica sul funzionamento dei servizi integrati
per la Salute Mentale.**



23 novembre 2007

Auditorium Banca Toscana,

Via Panciatichi – Firenze

APERTURA DEI LAVORI E RINGRAZIAMENTI

Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Buongiorno a tutti e grazie per aver accettato il nostro invito. Il Convegno ha un titolo molto significativo per noi familiari "Quanto la persona è al centro della sua cura": questa giornata vuol essere una seconda verifica sul funzionamento dei servizi di salute mentale. L'incontro avrà un momento di verifica con le Istituzioni e momenti di riflessione.

Il Convegno vuol essere un invito per tutti quanti, Istituzione e cittadini, a riappropriarsi del proprio ruolo. Ringraziamo in particolar modo l'Assessore Rossi che ha accettato che questo Convegno venisse fatto. Ringraziamo poi il Dott. Guidi, la Dott.ssa Marzia Fratti e la Dott.ssa Mirta Gonnelli per la disponibilità che hanno sempre dimostrato nei nostri confronti e per il loro impegno. Un ringraziamento anche all'Assessore alle politiche sociali Gianni Salvadori che oggi dovrebbe essere qui con noi. Un ringraziamento particolare anche alla Banca Toscana che anche quest'anno ci ospita e che ci ha sempre dimostrato la sua solidarietà. In particolare ringraziamo il Dott. Giancarlo Picchi, vice-direttore generale della Banca Toscana, che ha sempre fatto da tramite per la realizzazione di questi convegni. Una riconoscenza e un sentito ringraziamento ai volontari che oggi sono all'accoglienza e a tutti quelli che hanno collaborato alla realizzazione di questo Convegno. Ringraziamo inoltre il Ministero della Salute e il Cescvot per il patrocinio, la **Provincia di Lucca per la stampa di tutti gli inviti e degli atti del convegno dello scorso anno che troverete in cartellina**. Diamo la parola al Direttore Retail della Banca Toscana che ci porta appunto il suo saluto.

SALUTI

Guido Burrini, Responsabile della Direzione Retail della Banca Toscana

Buongiorno a tutti e benvenuti a questo appuntamento consueto che si tiene qui nel nostro Auditorium. Io sono Guido Burrini e sono Responsabile della direzione Retail della Banca Toscana e con molto piacere vi porto i saluti del Direttore generale Giorgio Rivato e del Vice-Direttore generale Giancarlo Picchi che prima la Signora Del Carlo menzionava e che purtroppo oggi non possono essere qui a salutarvi perché impegnati in un Consiglio di amministrazione a Roma; per cui l'onore per questi saluti mi è stato dato con molto piacere e sono qui a darvi il mio saluto personale. Prima parlavo con la Signora Gemma di questa iniziativa che io non conoscevo, iniziativa molto importante, che ha nel suo slogan "Non c'è salute senza salute mentale" un centro di riflessione massimo. Quindi a nome di tutta la Banca Toscana vi auguro una buona giornata di proficuo lavoro, vi ringrazio di essere qui e Banca Toscana sarà sempre in vostra compagnia per

tutte le vostre iniziative che volete portare avanti con il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la salute mentale e per tutte le organizzazioni del caso. Grazie e buona giornata.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo di nuovo la Banca Toscana che ci sta sostenendo in queste nostre iniziative; un grazie anche al Direttore Burrini per la sua presenza.

Ora diamo la parola al Dott. Galileo Guidi che sostituisce l'Assessore alla Sanità Enrico Rossi, grande assente nella giornata di oggi in quanto impegnato nella sua veste di Coordinatore Nazionale degli Assessori Regionali alla Sanità nella finanziaria a Roma.

Le politiche per la Salute Mentale della Regione Toscana

Galileo Guidi, Coordinatore della Commissione Regionale per il governo clinico della Salute Mentale - in rappresentanza di Enrico Rossi, Assessore al Diritto alla Salute Regione Toscana

Buongiorno a tutti. Io ho l'onore e l'onere di portare i saluti dell'Assessore Rossi che in questo momento è impegnato. Era previsto che potesse tornare ieri sera, ma è impegnato per il suo ruolo di Coordinatore degli Assessori Regionali in altra sede per definire tutti gli aspetti relativi alla Finanziaria che in questo momento è l'argomento più importante che abbiamo sul tappeto. Io vi porto in questa fase i suoi saluti.

L'Assessore Rossi sostiene e ha sostenuto più volte (penso che vi ricordate l'intervento che ha fatto l'anno scorso nel corso del vostro convegno) come nell'ambito della salute mentale, in Toscana, si siano raggiunti importanti risultati, ma che altri obiettivi e impegni innovativi debbano essere ulteriormente conseguiti.

L'Assessore Rossi sostiene che in questa operazione di innovazione del sistema, di ulteriore miglioramento della qualità dei servizi di salute mentale devono essere attori protagonisti i professionisti e le istituzioni, ma un ruolo determinante in questi processi lo devono avere i familiari, gli utenti e i cittadini.

Questa importante indicazione la ritroviamo non solo nelle sue affermazioni, ma anche nei documenti varati dal Consiglio Regionale.

In questi giorni è stato approvato dal Consiglio Regionale il Piano Integrato Sociale che nella parte relativa all'alta integrazione prevede le azioni riguardanti la salute mentale e che trovate nella cartella che è a vostra disposizione. Questa volontà espressa dal Legislatore regionale in maniera chiara rappresenta ciò che, come responsabili tecnici dei servizi, siamo invitati a portare avanti.

Ma questo percorso, lo ripeto, può essere più facilmente compiuto se si realizza un protagonismo dei familiari, dei cittadini, degli stessi utenti.

Su questa linea il Convegno di oggi può dare un contributo perché il nuovo Piano sanitario regionale confermi la previsione per quanto riguarda il protagonismo degli utenti e dei cittadini. Deve essere confermato il ruolo degli utenti e dei familiari nella fase di progettazione e di programmazione dei servizi e un'altrettanto forte presenza nella fase di verifica dei risultati dei servizi forniti.

Auguro buon lavoro e per conto dell'Assessore ringrazio il Coordinamento dei familiari, in particolare la Signora Del Carlo e tutte le persone che lavorano con lei, per lo l'impegno dedicato per l'organizzazione di questo convegno, che rappresenta un momento importantissimo nell'azione dedicata a mettere insieme le diverse risorse e energie ed è la dimostrazione della capacità di quanto siano in grado di fare i familiari e gli utenti quando lavorano insieme.

Un altro ringraziamento è rivolto alla Consulta della salute mentale che in Toscana rappresenta un momento importante per la partecipazione e per l'integrazione delle varie figure che si occupano di questo argomento. Non parlerò di argomenti che saranno affrontati da Vinicio Biagi e dall'Assessore Salvadori, perché oggi in Toscana si sta avviando un progetto importante di assistenza per la non autosufficienza, una rivisitazione dei servizi territoriali in funzione di un nuovo modo di assistere la non autosufficienza . Sarà importante che anche i servizi di salute mentale vengano a conoscenza di queste innovazioni che il sistema sta cercando di portare avanti, si confrontino per verificare quali possono essere tutti gli aggiustamenti perché i nostri servizi siano sempre in grado di mettere al centro la persona.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Guidi: la preghiamo di riferire all'Assessore Rossi il nostro desiderio di essere ricevuti per sapere quali politiche la Regione ha per la Salute Mentale.

Persona del Pubblico

E allora perché ci avete fatto venire se non c'è nessuno di quelli che avevate detto? Niente Ministro, niente rappresentanti della Regione.

Gemma Del Carlo

Gentile Signora Il Dott. Guidi è qui per rappresentare la Regione Toscana. Nessuno vi ha obbligato a venire, però questa è una occasione per poter far sentire la propria voce che verrà riportata all'Assessore. Avevamo scelto questo giorno perché era stata garantita la sua presenza,

ma come è stato già detto all'Assessore Rossi è sorta un'urgenza imprevedibile e importante legata alla Finanziaria. Ci dispiace e siamo delusi tutti quanti.

Diamo di nuovo la parola al Dott. Galileo Guidi per il suo intervento.

L'organizzazione dei servizi: quali indicatori di risultato

Galileo Guidi, Coordinatore della Commissione Regionale per il governo clinico della Salute Mentale

Io penso che l'occasione di oggi sia un'occasione importante per proseguire un percorso. Come vi dicevo prima siamo in un momento particolarmente importante e delicato.

Ci sono degli aspetti relativi allo scenario nazionale perché nel mese di maggio il Ministro Livia Turco ha convocato la conferenza nazionale sulla salute mentale e in quella sede sarà presentato (così viene annunciato) un piano strategico per la salute mentale in Italia.

In preparazione di questo sono stati svolti tutta una serie di seminari ai quali molti dei presenti in questa sala hanno partecipato. All'interno di questo scenario si muove anche l'iniziativa di oggi, perché dovremo di qui a maggio proseguire nel nostro percorso e organizzare una conferenza regionale in preparazione della conferenza nazionale fissata per il mese di maggio.

Come vi dicevo prima, alla fine di ottobre è stato approvato il Piano Sociale che contiene al suo interno una serie di aspetti relativi alla salute mentale.

La riunione di oggi è stata preceduta da tutta una serie di iniziative prima a livello aziendale poi a livello di area vasta: le due aree vaste, quella centro e quella nord-ovest hanno svolto le loro iniziative, ma questo non è successo per l'area vasta sud-est.

Queste due iniziative di area vasta sono state precedute da diverse iniziative all'interno delle singole aziende e hanno rappresentato un momento di sintesi, o di tentativo di sintesi, dei problemi in ambito di area vasta.

Sono state iniziative davvero importanti perché hanno permesso di mettere in evidenza vari aspetti delle realtà locali. Intanto in quella sede si è potuto iniziare a discutere e a mettere a confronto cosa si fa in un territorio e nel territorio vicino. Abbiamo ascoltato importanti comunicazioni perché dal quadro emerge sicuramente una situazione di chiaroscuro, ma anche una situazione dove, accanto a situazioni problematiche, esistono altre di eccellenza; inoltre sono state occasioni di scambio di esperienze e di illustrazione di buone pratiche.

Non solo, in quelle occasioni si è aperto un dibattito e una discussione anche con le Università presenti all'interno delle aree vaste. Si è aperta una discussione con opinioni non sempre concordanti, ma il punto positivo è l'apertura di un tavolo e di momenti di dibattito e di discussione. Anche perché, (tanto per dirvi i risvolti della finanziaria) sembra che nella prossima

finanziaria sia previsto uno stanziamento specifico per gli specializzandi, per cui se verrà confermato il progetto approvato al Senato, le scuole di specializzazione dovranno modificare in parte il loro lavoro e per la salute mentale, in modo particolare, ci sarà da parte dell'Università la necessità di aprirsi sul territorio.

All'interno delle strutture universitarie non esistono i servizi che sono presenti sul territorio, per cui si dovrà aprire necessariamente un confronto serrato mirato a migliorare aspetti importanti sulla formazione degli specialisti.

Non solo in psichiatria, ma in neuropsichiatria infantile, in psicologia clinica eccetera.

Da questi incontri sono emersi però anche alcuni aspetti di criticità. Prima ricordavo, per esempio, la non uniforme idea nella dimensione di area vasta per affrontare i temi che riguardano la salute mentale, ma anche coloro che la pensano in questo modo riconoscono come l'area vasta può essere un'occasione di scambio, di informazione. Manca in molti aspetti una ricognizione chiara ancora di ciò che si fa in certi territori. Questo fa emergere un pericolo di autosufficienza dei Servizi. Durante questi incontri è emersa una grave lacuna: in nessuna occasione si è parlato dei rapporti necessari con i servizi sociali e gli altri servizi.

A livello nazionale si sta discutendo di rivedere alcuni aspetti di questa materia; a livello regionale, come ci dirà oggi Biagi, ci sono grandi innovazioni all'orizzonte e quindi è opportuno che si approfondiscano, da parte dei servizi, rapporti maggiori e più strutturati con i servizi sociali. Questo nell'ottica di mettere al centro il paziente e non di vedere il paziente a seconda dei servizi di riferimento, ma i servizi al servizio del paziente.

L'altra difficoltà che è emersa da questi incontri è una difficoltà di delineare i rapporti, in alcuni casi questo non è vero, ma in molte situazioni è stato segnalato, con le società della salute. La società della salute rappresenta un'innovazione strutturale organizzativa importante che la Regione Toscana intende adottare e portare avanti, per cui è opportuno anche su questo aspetto approfondire gli aspetti problematici che emergono.

La bozza di regolamento che è stata discussa dovrebbe essere di aiuto per la strutturazione di questo tipo di rapporti e siamo alla fine del percorso deliberativo da parte della Giunta Regionale.

Da questi incontri, quello però che emerge con forza, almeno secondo la mia opinione, è la crescita del protagonismo degli utenti e dei familiari. In tutte le occasioni di incontro la partecipazione degli utenti e dei familiari è stata estremamente puntuale e precisa ed ha arricchito il dibattito che nell'occasione è stato svolto. Oggi si può parlare di come gli utenti e i familiari siano e possano e debbano sempre di più diventare partner per l'innovazione, superando gli aspetti prevalentemente rivendicativi.

Il compito che mi era stato assegnato era quello di illustrarvi come sono i servizi, quali possono essere i nuovi, e cosa sarà opportuno misurare per avere un'idea della funzionalità dei servizi.

L'elemento nuovo di cui oggi sono particolarmente fiero, perché costituisce un punto di arrivo, ma nello stesso tempo di partenza, è che oggi presenteremo i dati forniti dal sistema informativo regionale di salute mentale.

Abbiamo cominciato nel 2005 ma i dati non erano ancora utilizzabili, ma oggi abbiamo i dati consolidati del 2006. Non so quante Regioni, nel panorama nazionale possano fare questo tipo di affermazione, noi oggi abbiamo un sistema informatico regionale per la salute mentale al quale attingere e vi farò vedere alcuni dati e alcuni ve li abbiamo messi nella cartella, è una miniera di informazioni con cui lavorare per poter andare avanti.

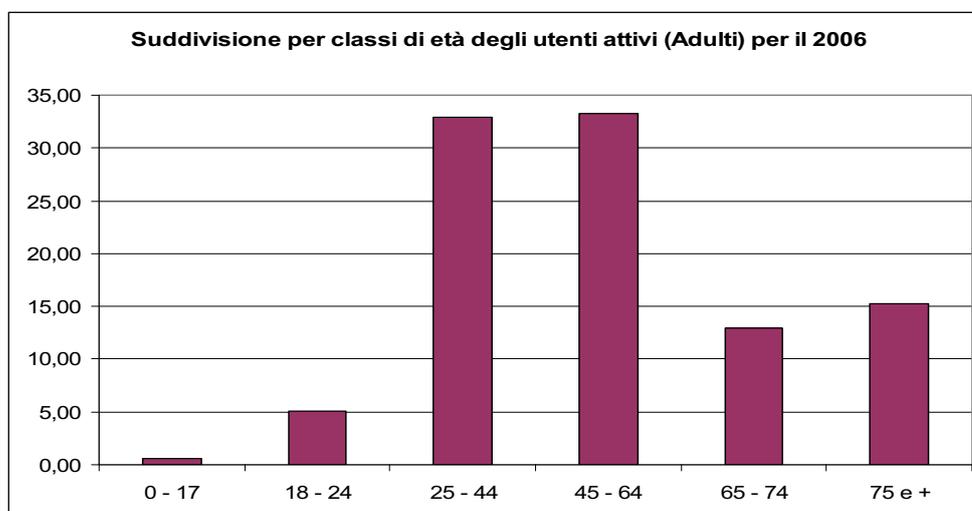
Il primo dato è quello degli utenti adulti diviso per Azienda e fascia di età. L'Azienda Usl di Massa, al momento che non abbiamo fatto questa elaborazione, non aveva inviato i dati, credo che siano arrivati negli ultimi giorni ma non abbiamo fatto in tempo ad aggiornare questa diapositiva. Il primo punto e lo vediamo nelle diapositive seguenti sono gli utenti che abbiamo in carico ai servizi.

Utenti Attivi Settore Adulti per azienda e fasce d'età

AZIENDE	CLASSI DI ETA' (valori percentuali)						Totale
	0-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75 e +	
101 - Massa	-	-	-	-	-	-	-
102 - Lucca	0,17	5,38	29,49	33,47	13,64	17,85	100
103 - Pistoia	0,15	5,19	35,63	36,10	12,88	10,05	100
104 - Prato	0,53	7,20	34,87	35,26	11,53	10,61	100
105 - Pisa	0,06	3,99	31,80	33,31	13,75	17,08	100
106 - Livorno	0,27	5,07	32,88	34,09	12,85	14,84	100
107 - Siena	0,44	4,87	32,82	33,13	11,62	17,11	100
108 - Arezzo	0,59	5,46	31,41	31,39	13,61	17,54	100
109 - Grosseto	0,89	4,31	30,07	35,85	14,17	14,72	100
110 - Firenze	1,28	4,49	33,63	33,88	13,13	13,59	100
111 - Empoli	0,23	6,03	34,98	28,25	11,81	18,70	100
112 - Viareggio	0,23	5,52	33,82	34,32	12,63	13,47	100
TOTALE	0,61	5,12	32,87	33,22	12,96	15,21	100

Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2006

Utenti Attivi Settore Adulti per azienda e fasce d'età



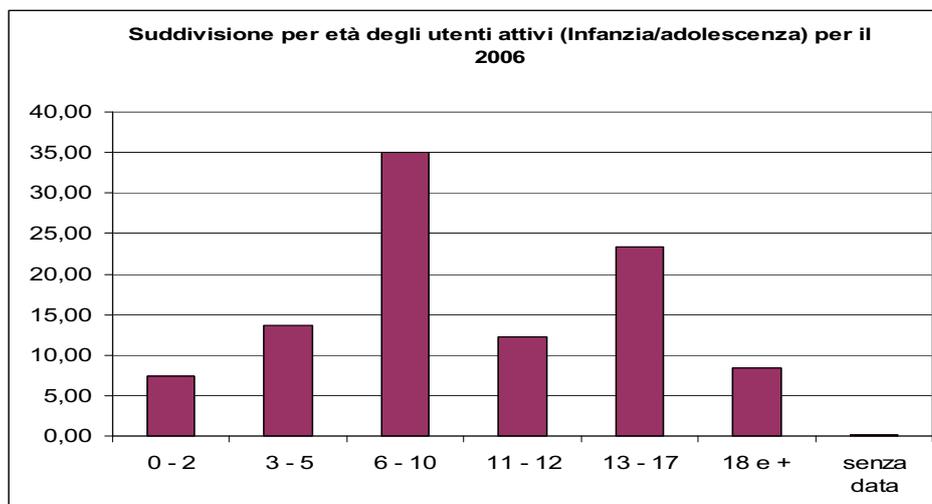
Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2006

Vediamo come gli utenti si concentrino nella fascia di età 25-44 e 45-64, con un incremento successivo nella fascia di età 75 in avanti.

Vediamo solo un 5 % nella fascia della prima infanzia, con grandi differenze tra le diverse Aziende sanitarie. Questo è un dato su cui riflettere perché quel target di età può rappresentare un obiettivo futuro.

Dal grafico vediamo bene come nell'infanzia e l'adolescenza abbiamo l'attività prevalente tra i 6 e i 10 anni.

Utenti Attivi Settore InfanziaAdolescenza per azienda e fasce d'età



Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2006

Questo è un periodo importante perché è legato prevalentemente al periodo scolastico.

Utenti Attivi Settore InfanziaAdolescenza per azienda e fasce d'età

AZIENDE	CLASSI DI ETA' (valori percentuali)							Totale
	0-2	3-5	6-10	11-12	13-17	18 e +	senza data	
101 - Massa	3,52	15,74	41,89	13,61	22,30	2,95	-	100
102 - Lucca	6,98	16,85	36,95	12,03	23,17	4,01	-	100
103 - Pistoia	15,02	15,75	33,22	11,52	16,88	7,35	0,26	100
104 - Prato	12,19	15,13	35,08	10,53	20,55	6,52	-	100
105 - Pisa	1,58	9,14	34,53	12,95	28,20	13,45	0,14	100
106 - Livorno	9,04	13,38	35,60	13,15	23,10	5,67	0,06	100
107 - Siena	-	-	-	-	-	-	-	-
108 - Arezzo	2,51	12,30	35,36	14,97	28,42	6,34	0,11	100
109 - Grosseto	3,87	15,56	36,29	12,04	25,11	7,14	-	100
110 - Firenze	4,13	11,85	33,15	12,16	24,58	13,90	0,22	100
111 - Empoli	14,47	15,39	33,79	10,63	20,38	5,34	-	100
112 - Viareggio	13,47	14,90	38,20	10,79	20,53	2,10	-	100
TOTALE	7,37	13,66	35,01	12,21	23,30	8,35	0,10	100

Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2006

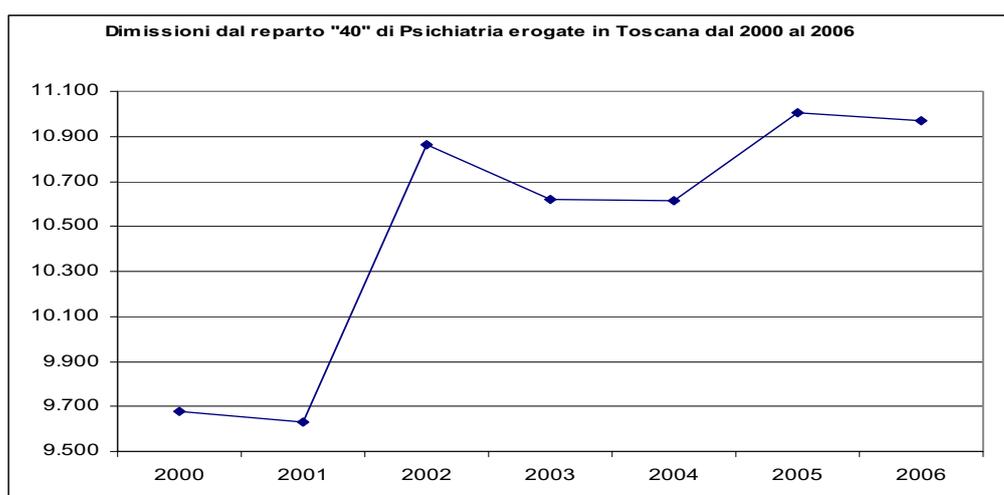
L'altro punto che abbiamo cercato di esplorare sono le dimissioni nel reparto 40 di psichiatria, cioè le dimissioni dal SPDC.

Dimissioni dal reparto "40" di Psichiatria erogate in Toscana e suddivise per azienda . 2000-2006

Azienda di Erogazione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
A USL 101 - Massa Carrara	276	319	330	280	295	318	241
A USL 102 - Lucca	665	691	714	588	778	955	1076
A USL 103 - Pistoia	584	626	632	666	601	566	556
A USL 104 - Prato	253	265	318	287	298	254	308
A USL 105 - Pisa	786	734	724	772	720	758	740
A USL 106 - Livorno	592	558	612	653	667	609	590
A USL 107 - Siena	298	297	318	385	340	335	348
A USL 108 - Arezzo	380	367	430	399	394	382	324
A USL 109 - Grosseto	483	344	331	343	351	381	401
A USL 110 - Firenze	2.777	2.728	3.381	2.977	2.784	2.953	2.859
A USL 111 - Empoli	300	298	278	332	362	357	361
A USL 112 - Viareggio	619	602	709	749	832	827	751
A 901 - A.O. Pisana	1.115	1.075	1.363	1.436	1.435	1.476	1.617
A 902 - A.O. Senese	273	310	319	305	269	341	356
A 903 - A.O. Careggi	278	418	403	448	486	492	442
Regione Toscana	9.679	9.632	10.862	10.620	10.612	11.004	10.970

Come vedete si passa da 9.679 (nel 2000) a 10.970 (nel 2006), un incremento modesto, ma molto significativo se consideriamo che nello stesso periodo l'andamento dell'indice di ricorso all'ospedale per quanto riguarda il complesso di tutte le altre patologie ha avuto in Toscana un calo vertiginoso, siamo sotto 160 per mille. Il dato ci segnala come per questo tipo di patologia i bisogni stanno crescendo contrariamente a quanto accade per tutte le altre patologie.

Dimissioni dal reparto "40" di Psichiatria erogate in Toscana e suddivise per azienda . 2000-2006



Poi abbiamo misurato le dimissioni, da tutti i reparti, effettuate in Toscana con diagnosi principale psichiatria.

**Dimissioni erogate in Toscana con diagnosi principale
PSICHIATRICA codici ICD9CM 290-319,
suddivise per azienda di erogazione. Anni 2000-2006.**

Azienda di Erogazione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
USL 1 - Massa e Carrara	547	620	634	562	515	523	456
USL 2 - Lucca	945	1.055	1.008	790	966	1.111	1.261
USL 3 - Pistoia	856	859	881	844	758	692	697
USL 4 - Prato	765	806	881	658	460	397	443
USL 5 - Pisa	1.170	1.056	958	945	912	903	875
USL 6 - Livorno	1.098	1.100	1.146	1.064	1.055	981	949
USL 7 - Siena	514	462	473	522	464	413	408
USL 8 - Arezzo	1.118	1.088	1.084	979	903	789	641
USL 9 - Grosseto	688	490	488	480	506	500	533
USL 10 - Firenze	4.029	3.946	4.202	3.522	3.372	3.467	3.329
USL 11 - Empoli	504	484	415	433	465	456	443
USL 12 - Viareggio	815	805	865	827	884	845	758
Az. Osp. Pisana	1.333	1.323	1.677	1.828	1.787	1.784	2.010
Az. Osp. Senese	2.089	1.784	1.761	1.425	1.341	1.426	1.424
Az. Osp. Careggi	2.219	2.421	2.197	2.093	2.187	1.643	1.363
Az. Osp. Meyer	140	172	264	232	256	246	203
IRCCS INRCA	209	262	213	107	45	-	-
IRCCS Stella Maris	1.178	1.153	1.105	1.212	1.235	1.203	1.279
Ente di ricerca C.N.R.	2	2	1	1	-	-	-
Regione Toscana	20.219	19.888	20.253	18.524	18.111	17.379	17.072

I ricoveri con diagnosi psichiatrica fatti in tutti i reparti evidenziano un calo complessivo.

Per quanto riguarda il fenomeno delle fughe e dell'attrazione registriamo circa 700 pazienti che vanno a curarsi fuori della nostra Regione e 4500 che da altre regioni vengono a curarsi in Toscana.

Sono le cliniche universitarie e gli istituti di ricerca e cura che attraggono con molta intensità, ma anche le cliniche private presenti a Lucca e Firenze che ospitano pazienti da altre Regioni.

AZIENDE	2000			2006		
	I	U	SALDO (I - U)/ max(I;U)	I	U	SALDO (I - U)/ max(I;U)
USL 1 - Massa e Carrara	59	163	-0,64	63	133	-0,53
USL 2 - Lucca	118	20	0,83	446	33	0,93
USL 3 - Pistoia	48	57	-0,16	37	46	-0,20
USL 4 - Prato	102	32	0,69	24	25	-0,04
USL 5 - Pisa	23	47	-0,51	16	70	-0,77
USL 6 - Livorno	62	58	0,06	60	50	0,17
USL 7 - Siena	43	62	-0,31	39	44	-0,11
USL 8 - Arezzo	88	80	0,09	48	63	-0,24
USL 9 - Grosseto	68	75	-0,09	35	52	-0,33
USL 10 - Firenze	325	152	0,53	548	124	0,77
USL 11 - Empoli	19	20	-0,05	29	17	0,41
USL 12 - Viareggio	87	25	0,71	49	34	0,31
Az. Osp. Pisana	783		1,00	1.288		1,00
Az. Osp. Senese	1.506		1,00	872		1,00
Az. Osp. Careggi	356		1,00	202		1,00
Az. Osp. Meyer	35		1,00	30		1,00
IRCCS INRCA	3		1,00			
IRCCS Stella Maris	673		1,00	775		1,00
Ente di ricerca C.N.R.						
Totale Regione Toscana	4.398	791	0,82	4.561	691	0,85

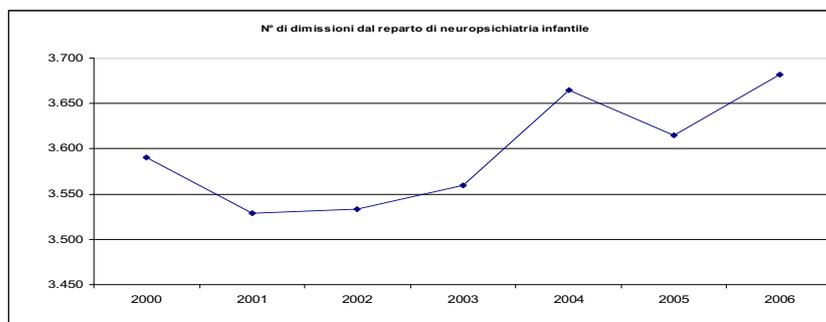
Dimissioni con diagnosi principale PSICHIATRICA Saldo fra dimissioni erogate in Toscana per residenti di altre regioni (I) e dimissioni erogate fuori regione (U) per residenti in Toscana.

Anni 2000-2006.

Questi sono i dati relativi ai ricoveri di neuropsichiatria infantile.

Dimissioni dal reparto "33" di Neurosichiatria Infantile erogate in Toscana e suddivise per Azienda e Stabilimento di erogazione con indicazione della tipologia di struttura erogatrice.

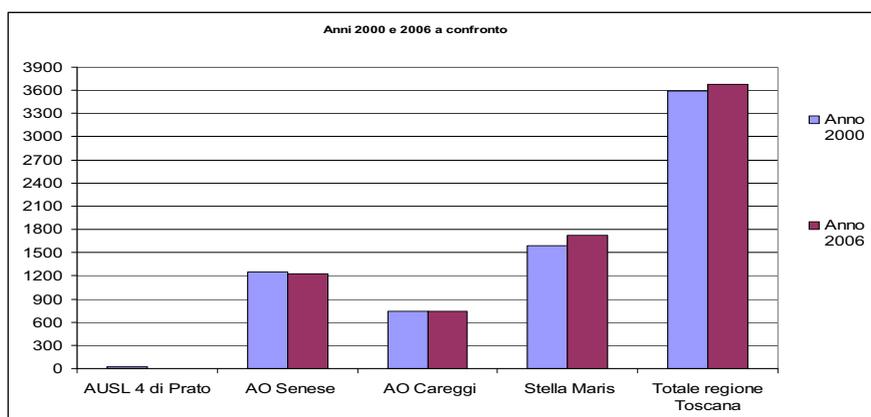
Azienda e ospedale di erogazione		Tipologia struttura erogatrice	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Az. USL 4 di Prato	Misericordia e Dolce Prato	Presidio Pubblico di USL	18	27	10				
A.O. Senese	Le Scotte Siena	Azienda Ospedaliera	1.243	1.165	1.231	1.148	1.200	1.220	1.225
A.O. Careggi	Complesso Ospedaliero Careggi - CTO (FI)	Azienda Ospedaliera	741	717	733	776	783	682	739
Stella Maris	Fondazione Stella Maris Pisa	IRCCS Istituto di ricerca a carattere scientifico e Enti di Ricerca	1.588	1.620	1.559	1.636	1.682	1.713	1.718
Totale Regione Toscana			3.590	3.529	3.533	3.560	3.665	3.615	3.682



Il dato evidenzia una crescita dovuta in gran parte alla forte attrazione che la Azienda Ospedaliera di Siena e l'IRCCS Stella Maris di Pisa esercitano nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni.

Confronto fra le dimissioni dal reparto 33 per l'anno 2000 e per l'anno 2006 nella regione Toscana.

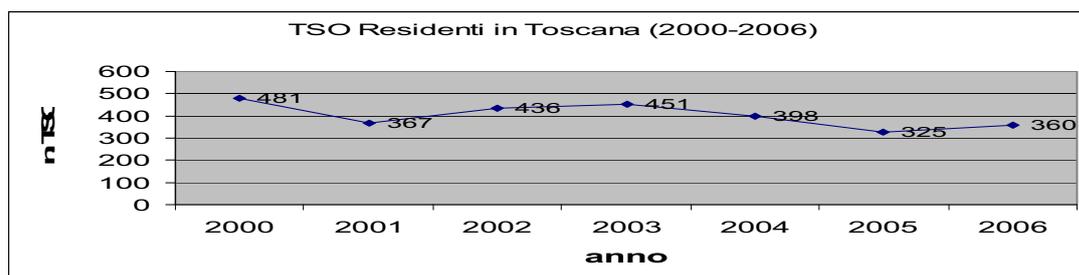
Azienda di Erogazione		2000	2006
104	Az. USL 4 di Prato	18	0
902	A.O. Senese	1.243	1.225
903	A.O. Careggi	741	739
906	Stella Maris	1.588	1.718
TOTALE REGIONE TOSCANA		3.590	3.682



I ricoveri sono in crescita ma questi sono prevalentemente fatti per pazienti provenienti da altre Regioni.

Nella cartellina abbiamo riprodotto anche il numero dei ricoveri fatti Azienda per Azienda, così potete verificare cosa succede localmente per quanto riguarda il problema della neuropsichiatria infantile e nei reparti. Qui dentro ci sono diagnosi di tipo neurologico, come paralisi neo natale, ma anche diagnosi tipo psichiatrico. Questo problema, per quanto riguarda i dati a disposizione, è un problema ancora inesplorato e ci riproponiamo di approfondirlo. Chiediamo a voi e ai professionisti di valutare questi dati realtà per realtà per capire cosa sta succedendo rispetto a questo fenomeno specifico.

Adesso vi presenterò un indicatore oramai riconosciuto a livello nazionale, utilizzato in diverse ricerche, che è il numero dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in rapporto ai residenti.



Vediamo come dal 2000 al 2006 abbiamo avuto una riduzione ed è chiaro come l'andamento di questa riduzione non può essere più evidente in quanto partiamo da dati molto bassi perché siamo forse la Regione che ha un livello di TSO più basso del resto d'Italia. Questo è un dato positivo, il basso numero di TSO viene considerato come un indicatore della presa in carico del territorio da parte dei servizi di salute mentale, in quanto si riesce a ridurre i TSO se i servizi hanno realmente in carico i pazienti presenti sul territorio. Sicuramente c'è ancora da lavorare su questo tema, ma valutiamo molto positivamente l'impegno che i servizi di salute mentale della Toscana stanno dedicando a questo obiettivo.

L'altro punto che oggi vorrei presentarvi, su cui sarà opportuno ritornare a discutere sia con i professionisti che con gli utenti, è il problema del consumo degli antidepressivi: siamo la Regione che ne consuma più di tutti a livello nazionale.

**Consumi farmaci antidepressivi (codice ATC = N06A).
Numero confezioni.**

USL		2001	2002	2003	2004	2005	2006	1° sem 2007
101	MASSA CARRARA	152.319	174.134	176.843	183.840	187.047	200.212	104.512
102	LUCCA	190.048	206.989	211.604	215.103	220.693	228.740	115.968
103	PISTOIA	215.691	239.524	253.914	267.440	273.569	284.719	148.011
104	PRATO	140.087	155.828	154.567	150.966	147.930	153.355	81.487
105	PISA	224.709	241.136	237.761	234.962	236.324	250.112	130.576
106	LIVORNO	253.096	274.776	262.266	260.340	261.445	272.081	139.690
107	SIENA	151.061	171.358	177.162	177.117	176.886	192.112	100.744
108	AREZZO	199.319	222.790	232.157	238.375	244.213	263.101	140.814
109	GROSSETO	127.372	138.817	143.426	144.698	146.279	155.861	81.792
110	FIRENZE	535.582	610.512	614.802	629.801	644.646	715.551	387.030
111	EMPOLI	135.386	150.421	149.628	157.279	164.408	177.047	93.238
112	VERSILIA	137.995	149.522	149.529	150.319	151.650	157.706	80.156
Tos	TOSCANA	2.462.665	2.735.807	2.763.659	2.810.240	2.855.090	3.050.597	1.604.018
Ita	ITALIA	21.214.107	23.131.711	24.144.317	25.329.701	26.171.416	28.254.610	14.932.592

In termini di consumi si ha un aumento importante mentre in termini di spesa si ha una riduzione, questo perché alcune molecole non sono più sotto brevetto e quindi c'è stato un calo di costi.

**Consumi farmaci antidepressivi (codice ATC = N06A).
Spesa a carico del SSN.**

USL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1° sem 2007	var% 06/01	var% 06/05
101 MASSA CARRARA	2.486.166	3.178.296	3.025.133	3.266.372	3.000.867	2.740.779	1.331.661	10%	-8,7%
102 LUCCA	2.998.925	3.694.801	3.622.068	3.837.689	3.666.302	3.255.831	1.513.527	9%	-11,2%
103 PISTOIA	3.539.504	4.431.331	4.444.960	4.922.046	4.615.568	3.964.864	1.944.097	12%	-14,1%
104 PRATO	2.464.227	3.054.000	2.817.067	2.819.631	2.513.888	2.181.768	1.083.926	-11%	-13,2%
105 PISA	3.960.637	4.665.850	4.219.129	4.317.833	3.935.668	3.407.229	1.632.392	-14%	-13,4%
106 LIVORNO	4.291.561	5.221.693	4.598.849	4.751.949	4.345.732	3.748.526	1.786.904	-13%	-13,7%
107 SIENA	2.739.053	3.375.417	3.251.317	3.463.734	3.156.072	2.904.050	1.425.232	6%	-8,0%
108 AREZZO	3.521.505	4.341.254	4.297.869	4.629.669	4.350.341	3.928.448	1.959.098	12%	-9,7%
109 GROSSETO	2.243.106	2.720.494	2.632.018	2.809.422	2.638.536	2.412.554	1.168.668	8%	-8,6%
110 FIRENZE	9.013.107	11.525.419	10.910.022	11.643.565	10.729.064	9.990.226	5.086.095	11%	-6,9%
111 EMPOLI	2.246.662	2.745.842	2.565.699	2.818.190	2.699.913	2.350.721	1.122.206	5%	-12,9%
112 VERSILIA	2.335.853	2.826.023	2.641.545	2.775.721	2.575.071	2.287.823	1.090.797	-2%	-11,2%
Tos TOSCANA	41.840.307	51.780.419	49.025.675	52.055.818	48.227.020	43.172.817	21.144.599	3%	-10,5%
Ita ITALIA	376.075.446	450.028.034	428.380.857	476.076.103	460.913.235	429.365.602	213.218.077	14%	-6,8%

**Analisi sul consumo di farmaci antidepressivi in Toscana,
per Azienda di residenza dell'utente. Anno 2006**

Azienda di residenza	Utenti certificati in anagrafe *	Numero utenti di farmaci antidepressivi (A)	Numero pezzi erogati (B)	Pezzi per assistito (B/A)	Popolazione residente (C)	Pezzi per 1000 residenti (B/Cx1000)	Numero utenti per 1000 residenti (A/Cx1000)
101 - Massa Carrara	21.148	22.958	190.747	8,3	200.793	950	114
102 - Lucca	24.113	28.244	225.657	8,0	214.911	1050	131
103 - Pistoia	31.249	36.188	280.278	7,7	279.061	1004	130
104 - Prato	17.777	22.253	153.218	6,9	242.497	632	92
105 - Pisa	28.312	33.036	249.512	7,6	324.631	769	102
106 - Livorno	31.441	33.561	257.170	7,7	345.742	744	97
107 - Siena	26.365	28.646	185.926	6,5	261.894	710	109
108 - Arezzo	32.987	35.902	251.547	7,0	335.500	750	107
109 - Grosseto	13.145	14.487	70.127	4,8	219.496	319	66
110 - Firenze	67.958	86.204	675.911	7,8	801.060	844	108
111 - Empoli	18.846	20.331	173.325	8,5	228.961	757	89
112 - Viareggio	18.229	21.162	157.768	7,5	165.326	954	128
Totale	331.570	382.972	2.871.186	7,5	3.619.872	793	106

La seconda colonna mette il numero di utenti di farmaci antidepressivi: noi vediamo che in Toscana, nel 2006, 382.972 persone hanno fatto uso di questi farmaci, con una media per assistito di pezzi 7,5 ovvero, tradotto in media, si parla del 10,6% cioè 10 residenti su 100 hanno fatto uso di questo tipo di molecole.

Se andiamo a vedere realtà per realtà e vi prego di porre attenzione all'ultima colonna che possiamo esaminare e commentare insieme: vediamo come a Massa Carrara siamo all'11,4%; a Lucca siamo al 13,1%, a Pistoia al 13%; si scende al 9% a Prato; si risale al 10% a Pisa; 9,7% a Livorno; 10% a Siena; Grosseto il 6,6%.

Quindi se noi vediamo nelle realtà regionali, vediamo che questo tipo di consumo non è omogeneo, è vero che siamo la regione che ne consuma più di tutti: ripeto, questo tipo di consumo non è omogeneo e abbiamo iniziato a domandarci perché. Anche a livello di commissione bioetica regionale è stata costituita un gruppo di lavoro che sta analizzando questo fenomeno e sta facendo audizioni e produrrà un documento finale. Segnalo questo per ricordare come altri settori del sistema sanitario stanno discutendo su questo argomento.

Ma stamani vorrei porvi questa diapositiva in maniera problematica, infatti che nelle realtà dove si consuma meno farmaci abbiamo dei dipartimenti di salute mentale che da anni stanno lavorando con i medici di medicina generale sull'appropriatezza del consumo degli antidepressivi. Questo dimostra che là dove si lavora abbiamo risultati positivi, questo dato fornisce nuovi obiettivi di lavoro ai nostri servizi rispetto ai legami che devono essere instaurati con i medici di medicina generale. Gli utenti in carico ai servizi di salute mentale della Toscana al 31/12/2006 sono 85.810, a questi mancano i dati di Massa (adulti) e Siena (infanzia).

Utenti attivi - Consolidato 2006

ASL inviante	Utenza Adulti	Utenza Infanzia/Adolesc enza	Totale Utenza
101 - Massa Carrara	-	1.220	1.220
102 - Lucca	5.226	2.119	7.345
103 - Pistoia	2.756	1.511	4.267
104 - Prato	3.599	2.346	5.945
105 - Pisa	3.308	1.390	4.698
106 - Livorno	5.547	3.385	8.932
107 - Siena	2.934	-	2.934
108 - Arezzo	6.581	1.830	8.411
109 - Grosseto	4.736	1.163	5.899
110 - Firenze	15.672	7.571	23.243
111 - Empoli	7.012	2.267	9.279
112 - Viareggio	2.590	1.047	3.637
Totale	59.961	25.849	85.810

Quindi molto probabilmente si arriverà a 90.000/95.000 utenti. I servizi pubblici hanno rapporti con circa 95.000 cittadini toscani, nello stesso tempo ci sono stati 380.000 cittadini toscani che si curano per patologie e disturbi collegati.

Di questi 95.000 circa, 28.500 nuovi ingressi cioè utenti che hanno avuto nel corso del 2006 il loro primo contatto con i servizi.

Abbiamo misurato il consumo degli ansiolitici (il dato lo troverete nella cartella). Questi sono prodotti che si pagano e non vengono forniti dal servizio sanitario nazionale, ma potrete vedere come il consumo sia altissimo anche su questo settore.

Consumo di ansiolitici (ATC3 0 N05B), per Azienda erogatrice e periodo di riferimento.

	Azienda	Unita 1 SEM 2006	Unita 2 SEM 2006	Unita 1 SEM 2007	DDD x 1000 Ab. Res. Die 1 SEM 2006	DDD x 1000 Ab. Res. Die 2 SEM 2006	DDD x 1000 Ab. Res. Die 1 SEM 2007
101	MASSA CARRARA	102.219	100.502	96.847	28,3	27,3	27,0
102	LUCCA	157.383	149.864	148.585	41,8	38,5	38,9
103	PISTOIA	186.387	178.331	180.398	37,1	35,0	36,2
104	PRATO	135.853	124.773	133.016	31,9	28,8	31,3
105	PISA	132.742	121.461	126.835	23,6	21,2	22,4
106	LIVORNO	167.742	160.844	157.400	29,2	27,3	27,5
107	SIENA	121.540	117.008	115.780	27,5	25,9	26,1
108	AREZZO	173.164	167.051	168.197	31,3	29,6	30,5
109	GROSSETO	130.140	127.839	125.554	35,1	33,5	34,0
110	FIRENZE	595.057	540.867	569.391	40,9	36,1	39,0
111	EMPOLI	113.215	103.955	111.292	28,1	25,2	27,4
112	VERSILIA	116.265	111.147	110.630	42,2	39,0	39,4
090	TOSCANA	2.131.707	2.003.642	2.043.925	33,7	31,0	32,3

Poi siamo andati a vedere il personale che lavora nei servizi di salute mentale della aziende sanitarie.

**Operatori sanitari nei DSM aziendali su popolazione residente.
Anno 2006.**

CODICE AZIENDA	NUM. DIP. PART TIME FINO 50%	NUM. DIP. PART TIME OLTRE 50%	NUMERO CONVENZIONATI	NUM. DIP. TEMPO PIENO	num dipendenti TOTALE	POPOLAZIONE RESIDENTE PER ASL DI APPARTENENZA	n. dipendenti ogni 1.500 ab.
1 - Massa Carrara	0	0	0	78	78	200.793	0,58
2 - Lucca	0	3	0	127	130	214.911	0,91
3 - Pistoia	1	2	10	130	143	279.061	0,77
4 - Prato	5	6	13	89	113	242.497	0,70
5 - Pisa	0	7	0	138	145	324.631	0,67
6 - Livorno	2	2	0	180	184	345.742	0,80
7 - Siena	3	2	10	129	144	261.894	0,82
8 - Arezzo	5	4	4	208	221	335.500	0,99
9 - Grosseto	0	2	0	142	144	219.496	0,98
10 - Firenze	16	11	17	415	459	801.060	0,86
11 - Empoli	2	16	1	135	154	228.961	1,01
12 - Viareggio	0	1	4	60	65	165.326	0,59
REGIONE TOSCANA	34	56	59	1.831	1.980	3.619.872	1

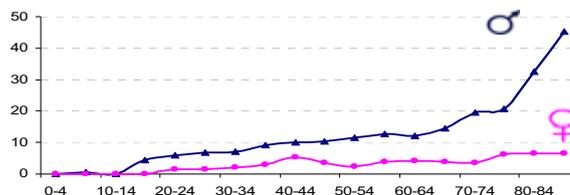
Questi dati provengono dal flusso informativo che le Aziende inviano al Ministero. Non abbiamo la disponibilità dei dati relativi ai servizi esternalizzati, la stima non contiene questo dato che è davvero importante. Inoltre, ad oggi, non siamo riusciti a distinguere quante persone si dedicano agli adulti e quante si dedicano all'infanzia e adolescenza. Ad oggi abbiamo quindi in totale 1.956 persone dipendenti dal servizio sanitario regionale che lavorano nella salute mentale, otteniamo una media di 0,8 per 1500 abitanti e, visto che il piano sanitario regionale prevedeva 1 dipendente per 1000 abitanti, si può affermare che siamo sotto la previsione anche se in questo dato manca il numero del personale dipendente da aziende o cooperative che gestiscono i servizi per conto del sistema sanitario. Non siamo lontani, anzi può darsi che siamo anche sopra agli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale. Ma quello che emerge con estrema preoccupazione e su cui tutti insieme dobbiamo lavorare è la disomogeneità. Se confrontiamo Empoli e Viareggio vediamo che abbiamo 154 persone a Empoli e 65 a Viareggio. Le dimensioni della Az. USL non credo siano molto diverse. Questi dati danno un materiale di lavoro su cui lavorare tutti insieme. Lo stesso per Massa Carrara e Lucca, con USL non molto diverse per dimensioni, ma differenti per il personale dedicato.. Nella cartellina questo totale che vi ho rappresentato lo troverete disarticolato per figure professionali, quindi verificatelo attentamente insieme ai servizi di controllo di gestione per avere una rappresentazione quanto più precisa della realtà.

Ultimo tema su cui intendo soffermarmi è il problema dei suicidi. Nel Libro Verde della Comunità Europea e la carta di Elsinki del 2005 sulla salute mentale in Europa vedete come nei

due documenti, uno dell'OMS – organizzazione mondiale della sanità- e l'altro dell'Unione Europea, troverete scritto che il primo indicatore della salute mentale di una popolazione, non dell'attività dei servizi, ma della salute mentale di una popolazione, è il numero dei suicidi.

Caratterizzazione della coorte di suicidati coorte 2003-2005

	♂	♀	
N	549	176	725
%	75,7	24,3	100
Età media	57,6	59,0	57,9

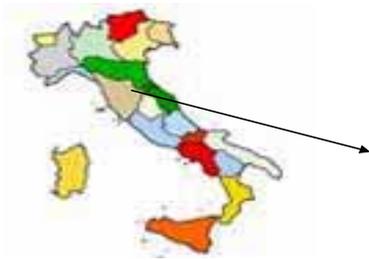


STATO CIVILE	MASCHI	%	FEMMINE	%	TOTALE	%
coniugato/a	285	52	83	47	368	51
celibe/nubile	164	30	33	19	197	27
vedovo/a	77	14	47	27	124	17
divorziato/a - separato/a	13	2	11	6	24	3
sconosciuto	10	2	2	1	12	2
TOTALE	549	100	176	100	725	100

Il problema dei suicidi non può essere addossato esclusivamente ai servizi di salute mentale, ma i servizi di salute mentale hanno un problema di governo del processo della salute mentale sul territorio, all'interno di questo il problema dei suicidi diventa centrale. L'altro punto della centralità del problema dei suicidi è che se noi andiamo a disarticolare questo fenomeno vediamo come ci siano due popolazioni a rischio di suicidio che hanno una prevalenza di fenomeno più alta degli altri. La prima sono i cittadini reclusi in carcere che hanno un incidenza di suicidio altissima, mentre l'altra sono i pazienti seguiti dai servizi di salute mentale, cioè i nostri pazienti che hanno una percentuale di questo fenomeno molto più alta. Nello studio fatto da Maurizio Ferrara a Firenze e da Mario Serrano a Livorno, sulla mortalità dei pazienti seguiti dai servizi, emerge con chiarezza come questo sia un fenomeno molto importante.

Ecco allora l'importanza di poter intervenire in qualche modo su questo fenomeno. Il Consiglio Regionale nell'approvazione del PISR - Piano Sanitario Integrato – pone il problema dei suicidi lo assume come uno argomento di specifica azione.

Tassi di mortalità



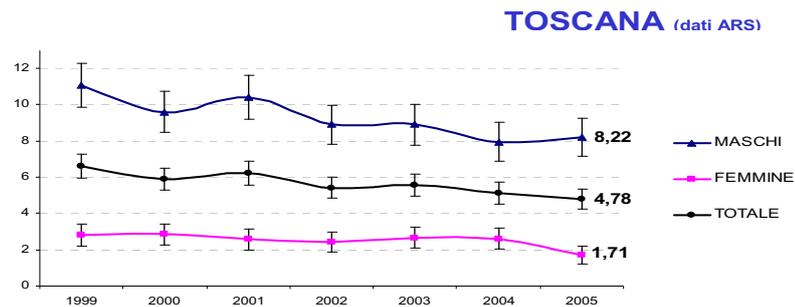
EUROPA 15,7* (t. gr.):

> Lituania 39
< Grecia 2,8

ITALIA 5.6** (t. gr.):

> Friuli -Venezia Giulia 9,8
< Campania 2,7

TOSCANA 4.6** (t.gr.):



*fonte: *MDB -OMS 2004; **Istat, 2004

Sui tassi di mortalità, vediamo come l'andamento della Toscana sia un andamento positivo nel senso che il fenomeno sta riducendosi. Fino a qualche tempo fa no, ma sui dati del 2005 abbiamo dei dati migliori della media nazionale. E' un problema importante, anche se, come vedrete nella vostra cartella, l'articolazione delle diverse ASL, evidenzia come in alcuni territori, questo fenomeno, sia presente in maniera accentuata. E questa evidenza richiede da parte dei servizi e non solo, un'attenzione particolare là nei territori dove questo fenomeno è più presente.

L'occasione di oggi è estremamente importante perché quello che emergerà dal dibattito potrà fornire un contributo importante alla stesura del nuovo piano sanitario regionale.

Nel pomeriggio in particolare la relazione del Dott. Biagi sarà da seguire molto attentamente perché affronterà un tema che io volutamente non ho tracciato e in particolare il tema dell'alta integrazione, dell'integrazione socio sanitaria e tutti gli aspetti legati al lavoro, alla casa, aspetti di cui sempre si parla, stamani ho trattato più la parte relativa ai temi sanitari oggi pomeriggio il Dott. Biagi affronterà più la parte relativa all'integrazione sociosanitaria. Lo dico perché, a fine intervento, mi rendo conto che non ho volutamente menzionato tutti gli aspetti che saranno oggetto dell'intervento oggi pomeriggio di Biagi e poi dell'Assessore Salvadori.

Vi ringrazio. Buon lavoro.

La Salute Mentale in Regione Toscana: Valutazioni delle Associazioni di Familiari e Utenti

Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Grazie al Dott. Guidi per il suo intervento focalizzato in particolare sui dati e sul sistema informativo. Oltre a quanto illustrato, vorremmo anche sapere quale ricaduta hanno tutti gli interventi sui nostri pazienti, perlomeno per quelli che sono in carico ai servizi. Sto chiedendo questa informazione da molto tempo alla nostra Azienda, e così anche le altre Associazioni, ma questi dati non ci vengono forniti, in quanto tale ricerca richiede per le aziende troppo tempo; riteniamo però che capire la ricaduta che gli interventi hanno sui pazienti sia fondamentale; bisogna quindi lavorare tanto su questo perché è dai risultati che possiamo modificare il modo di operare.

Ora vengo ad illustrarvi quanto il Coordinamento Toscano chiede alla Regione Toscana.

Molti di voi sanno che il Coordinamento Toscano si è costituito il 29-04-1993 e attualmente ha l'adesione di 23 associazioni di familiari e di utenti ed è così composto:

- 21 associazioni che formano il Coordinamento U.N.A.S.A.M. della Regione Toscana costituitosi il 21 luglio scorso a seguito delle ultime modifiche statutarie U.N.A.S.A.M., perché il Coordinamento Toscano è da sempre stato aderente all'UNASAM, ma da poco questa adesione è stata formalizzata con la nascita del Coordinamento Regionale UNASAM.

In più ne fanno parte la:

- Di.A.Psi.Gra Sezione di Firenze;
- Di.A.Psi.Gra Sezione di Prato.

Inoltre ne potranno far parte tutte le Associazioni che lo richiederanno e che a livello nazionale sono presenti, purché il loro statuto non contrasti con il nostro.

Lo scopo principale del Coordinamento Toscano è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosene portavoce con la Regione Toscana, con cui ha costanti contatti.

Inoltre il Coordinamento Toscano è impegnato nella lotta allo stigma e nell'integrazione sociale e lavorativa di queste persone.

Il Coordinamento Toscano organizza convegni e manifestazioni per orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche. Il fatto di orientare positivamente l'opinione pubblica

crediamo che sia molto importante, perché è attraverso la conoscenza che si abbatte il pregiudizio e questo, lo sperimentiamo ogni giorno: grazie alla conoscenza le persone non sono ostili e diventano solidali.

Le esperienze dei familiari e degli utenti sono indispensabili per realizzare la cura e infatti alle Associazioni di volontariato non viene riconosciuto solo un ruolo operativo, ma, soprattutto propositivo.

Questo è sancito in particolare dalla legge 502/92 con le modifiche del D.L. 19 giugno 1999 n°229 che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato nella fase di progettazione, di controllo, e di valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Però dobbiamo fare ancora molta strada: siamo poco coinvolti e veniamo solo informati a programmi fatti. Noi Associazioni dobbiamo pretendere di essere presenti perché è un diritto che abbiamo e anche perché il contributo che possiamo portare è molto forte e importante. Come già ribadito dal Dott. Guidi, le Associazioni devono essere indipendenti e non guidate dai Servizi e devono farsi portavoce di loro stesse con le istituzioni. Occorre collaborare con le istituzioni ma come valore aggiunto molto importante e non sostitutivo ai servizi.

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Regione dopo i convegni del 15 novembre 2005 e del 27 novembre 2006 si è resa più evidente. Molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare. Quindi bisogna impegnarci perché quanto resta ancora da fare venga realizzato.

L'Art.32 della Costituzione della Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Le ultime disposizioni della Regione Toscana in materia di Salute Mentale sono pienamente condivise dalle Associazioni, dai familiari e dagli utenti, ma sono poco applicate sul territorio. Questo ci deve far riflettere. Non si capisce perché la Regione dia delle disposizioni ben precise che poi vengono disattese. Proprio per questo i due Convegni che abbiamo organizzato insieme alla Regione Toscana, e questo è il terzo, hanno lo scopo di verificare che sia applicato quanto previsto.

Il convegno organizzato nel 2005 aveva come titolo "Piani di Salute integrati – Quali servizi per la Salute Mentale?" partendo sempre dal Progetto individuale personalizzato: Il convegno dello scorso anno aveva "Quanto il paziente è al centro della sua cura ad un anno dal primo convegno"

Il convegno di oggi è il terzo, come seconda verifica sui servizi integrati per la salute mentale.

Dai Convegni del 15 Novembre 2005 e del 27 novembre 2006 è emerso che la risposta ai problemi mentali sta nell'integrazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali.

La Regione Toscana, come è stato detto anche dal Dott. Guidi, si era impegnata insieme al Coordinamento Toscano, seguendo le direttive espresse dell'Assessore alla Salute Enrico Rossi

nel convegno del 27 novembre 2006 a promuovere iniziative di verifica e confronto nelle tre aree vaste, precedute da verifiche locali.

Tali iniziative si sono realizzate nell'Area Vasta Centro il 9-11-2007 e nell'Area Vasta Nord Ovest due giorni fa, martedì scorso 20-11-2007. L'area Vasta Sud Est non è riuscita ad organizzarla. Ora diciamo, queste erano disposizioni che venivano dall'Assessore Regionale al diritto alla salute Enrico Rossi, quindi i Servizi dovrebbero fare quello che gli viene richiesto e invece ognuno fa come vuole. Infatti abbiamo visto che le Aree vaste Centro e Nord Ovest hanno realizzato ed eseguito con fatica queste conferenze e proprio a ridosso del convegno. L'Area Sud Est addirittura non è ancora riuscita ad organizzarla: questo ci dimostra chiaramente che quello che richiede la Regione non è rispettato dalle singole Aziende USL del territorio; questi fatti, a noi associazioni, fanno stare male e inoltre la fiducia che dovremmo avere nei servizi viene sempre meno. Non ci sentiamo più di difendere le Aziende USL e i professionisti che abbiamo di riferimento, proprio perché le direttive vengono disattese. Noi associazioni vorremmo sapere il perché.

Comunque andiamo avanti e continuiamo a sperare perché sappiamo che dai disturbi mentali oggi è possibile anche guarire, o comunque migliorare, ma come è già emerso nei convegni, la risposta ai problemi mentali è nell'integrazione dei vari servizi realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo e nell'attivazione dei Piani Integrati di Salute, partendo dal Progetto individuale personalizzato. Noi crediamo in questo e lo chiediamo con fermezza.

Inoltre, come abbiamo visto dalle tabelle dei dati, il numero delle persone con disturbi mentali è in costante aumento, mentre le risorse rimangono le stesse; preoccupa tanto che ci sia una percentuale più alta nell'infanzia e adolescenza, visto che questi bambini/ragazzi saranno futuri pazienti che avremo in più domani. Quindi bisogna fare bene attenzione a come si spendono le risorse.

E' necessario mettere insieme le risorse di tutti per realizzare la qualità della cura e per far emergere il protagonismo degli utenti. Abbiamo sentito che la Regione ci crede e ci crediamo anche noi e lo vogliamo.

Riportiamo adesso di nuovo le priorità che vorremmo fossero applicate:

- Ripetiamo ancora un'altra volta, perché ci sembra molto importante: noi vogliamo vedere applicate le leggi vigenti condivise dai familiari e dagli utenti indispensabili per la cura e chiediamo con fermezza alla Regione Toscana, di rafforzare gli strumenti per la loro applicazione. **La Regione è al di sopra di tutti e deve pretendere che quanto decreta sia rispettato.**
- Vogliamo poi vedere realizzati i progetti individuali personalizzati attivando i Piani di Salute integrati, come previsto dalle normative.

- Il progetto individuale personalizzato non è altro che una rilevazione dei bisogni utile per attivare gli interventi mirati alla cura, alla riabilitazione e all'integrazione sociale e lavorativa. Si capisce bene che se non c'è un progetto sulla persona non si può attivare quanto gli necessita per farlo guarire, altrimenti si finisce che, come avete visto, il farmaco viene somministrato molto, in particolare in Toscana se ne usa più di altre parti. Il farmaco è facile da prescrivere. Ma è attivando tutto il resto che poi si ottengono i miglioramenti della persona.
- La persona deve essere sempre al centro e fatta partecipe della sua cura: deve essere aiutata a ricostruire il sé e a liberarsi dalle sue angosce e a convivere con i suoi problemi.
- Ciascuna Azienda USL dovrebbe esplicitare il percorso riabilitativo dal loro punto di vista dal momento che noi proprio non lo conosciamo o per lo meno non siamo riusciti a capirlo.
- Inoltre è necessario integrare il personale e su questo punto ci teniamo in modo particolare a specificare che deve essere **qualificato, in numero sufficiente e stabile e rimpiazzato prima del pensionamento e delle gravidanze**. Di solito, nascono i bambini e non ci sono stati rimpiazzi ; e chi va in pensione viene rimpiazzato dopo mesi e molte volte mai.
- E' importante che l'operatore sia **stabile e formato e in numero sufficiente**. La stabilità del personale permette all'operatore di avere un rapporto empatico con il paziente e con la sua famiglia in modo da valorizzare e sviluppare le sue potenzialità facendolo sentire importante.
- L'operatore deve rispettare la persona aiutandola ad avere più fiducia in se stessa, ed educarla ad avere cura della propria persona e a rispettare gli altri così da ricevere più facilmente il rispetto degli altri.
- La famiglia deve essere **accolta, educata, informata, supportata e indirizzata alle associazioni e ai gruppi di auto-aiuto** dove, attraverso la condivisione, si facilita l'accettazione dei problemi: può così partecipare attivamente al percorso di cura dei figli. E' raro che i professionisti indirizzino i familiari alle Associazioni di volontariato, e invece ciò sarebbe una risorsa da sfruttare. Il più delle volte le famiglie diventano a loro volta pazienti, perché non riescano da sole a portare avanti le situazioni.
- Come ha detto anche il Dott. Guidi, bisogna favorire il protagonismo degli utenti assumendo come operatori coloro che hanno conseguito l'attestato di facilitatore sociale.
- Le esperienze degli utenti ci hanno dimostrato che sono persone in grado di riconoscere il loro disturbo e di convivere con i loro problemi, diventando poi protagonisti della loro cura e di essere capaci di aiutare se stessi e gli altri. Gli stessi hanno organizzato vacanze, convegni e conferenze regionali e poi chi sa? Altro ancora....

- Vorremmo inoltre vedere dotati i servizi di sufficienti e **adeguati mezzi di trasporto per favorire il servizio sul territorio**: Qualche responsabile dei servizi sostiene che questo è una cosa secondaria, mentre secondo il nostro punto di vista è una priorità, perché è proprio a causa dei mezzi insufficienti che il personale non riesce a svolgere il servizio e quindi abbiamo l'ennesimo spreco di risorse.
- C'è bisogno di rafforzare la prevenzione nella scuola intensificando il rapporto tra scuola e famiglia e istituzioni sanitarie e sociali
- Inoltre vanno studiati interventi mirati per i giovani adolescenti con disagio mentale che hanno terminato la scuola dell'obbligo, in quanto è proprio in questo periodo che la malattia degenera, per isolamento e per mancanza di socializzazione e di informazione.
- La continuità terapeutica e assistenziale non è mediata sufficientemente nel passaggio all'età adulta. Questo è un periodo molto fragile per i ragazzi e anch'io posso affermare, raccogliendo le testimonianze di molti pazienti e familiari, che in molti casi il disturbo si è conclamato proprio in questo periodo. Affronteremo questo importante tema nel pomeriggio.
- Particolare attenzione vorremmo per i pazienti non collaboranti, che rifiutano il trattamento; purtroppo spesso si ricorre per essi ai TSO che creano un circolo vizioso, in quanto nel periodo del ricovero c'è una contenzione farmacologica e talvolta fisica e dopo qualche giorno dalla dimissione molte volte si ripresenta il problema.
- La contenzione fisica oltre ad essere vietata dalla Regione Toscana non favorisce la cura, però preoccupa molto anche la contenzione farmacologica perché non controllabile da noi familiari.
- I trattamenti TSO sono riservati alle persone aggressive, mentre le altre che non collaborano, e sono tante, se ne stanno chiuse in casa e passano la maggior parte del tempo a letto, con grande sofferenza e impotenza da parte dei familiari.
- Una alternativa potrebbe essere una Comunità terapeutica ad alta intensità per un massimo di 8 posti per ogni Azienda o interaziendale. La stessa potrebbe prevenire i ricoveri ed evitare il protrarsi negli S.P.D.C. Ora qualcuno dice che non dobbiamo creare altre strutture, però affinché avvenga l'integrazione sul territorio c'è bisogno di una filiera, come si suol dire, di passaggi residenziali che permetta di evitare il ristagno in esse diversificando le patologie dell'utenza, dalla fase acuta alla fase intermedia ai gruppi appartamento o al rientro in famiglia.
- Nella conferenza di area vasta nord- est, abbiamo visto dati preoccupanti riguardo agli utenti in cura in strutture fuori Azienda. Livorno ad esempio ha 38 persone ospitate fuori ASL; Lucca ne ha 27, altre aziende ne hanno anche di più: sono una montagna di soldi

spesi così. Questi dati ci dimostrano che non è vero che non c'è bisogno di residenze, quindi ci domandiamo il perché non si investe in strutture, comunità terapeutiche nel territorio di appartenenza.

- Un'attenzione diversa va rivolta alle persone non del tutto autosufficienti che se lasciate ad ozio o parcheggiate in qualche centro o a casa regrediscono e diventano anche aggressive. In particolare è con i familiari che questa aggressività si riscontra. Se stimulate queste persone possono dare molto e raggiungere così sempre più autonomia e indipendenza dalla famiglia.
- Un'attenzione diversa va rivolta anche alle persone con doppia diagnosi, cioè dipendenza da droga, da alcool o dalle due cose associate e disturbi psichici. In questi casi la situazione è ancora più drammatica in quanto vi è poco collegamento fra i medici che curano la dipendenza e quelli che curano la psiche. Chiediamo quindi più comunicazione tra i medici della psichiatria e quelli del SERT, per evitare che sia il familiare a riportare la comunicazione con possibilità di errori d'interpretazione.
- Inoltre le persone affette dallo **spettro autistico sono in aumento**. Per questo è importante che la Regione Toscana aggiunga risorse ai budget previsti per la salute mentale per poter realizzare gli interventi necessari per questa patologia così grave e complessa. Questa malattia necessita di trattamenti particolari e bisogna investire di più.
- E' necessario incrementare l'attività lavorativa per tutti. Spesso però emerge questa problematica: per le persone che hanno un'invalidità inferiore al 100% e percepiscono una pensione di **€ 242,84 mensili**, un lavoro part-time sarebbe terapeutico e andrebbe a integrare la pensione, rendendoli più indipendenti. Purtroppo attualmente con un lavoro part-time la pensione viene tolta, perché si supera il reddito previsto e di conseguenza gli stessi rifiutano il lavoro, e ciò è normale, perché la persona dice che se deve prendere la stessa cifra, allora se ne sta a casa ed è un ragionamento giusto. Quindi è necessario alzare il reddito annuale dagli attuali **€ 4.242,84** ad almeno **€ 8.000,00** in modo che la persona possa lavorare ed integrare la pensione che è molto bassa. Mentre invece, chi ha un'invalidità del **100%** può lavorare fino ad un reddito annuo massimo di **€ 14.256,92**, senza perdere la pensione. Rispetto a questo problema ci faremo portavoce con i Ministeri di riferimento perché è una cosa molto importante e da rivedere
- E' importante incrementare i gruppi appartamento **"La casa per la vita"** i quali consentirebbero di raggiungere una piena integrazione sociale. Anche per quanto riguarda gli appartamenti è dal progetto individuale e personalizzato che si attivano tutte le domande e quindi se c'è una richiesta esplicitata per la casa, noi crediamo che i Comuni interverranno.

- Una cosa che mi viene spesso chiesta direttamente da persone con disturbi mentali riguarda l'abolizione della tassa per i controlli annuali della patente. Infatti tutti coloro che prendono psicofarmaci ogni anno o al massimo due devono fare dei controlli e devono pagare la tassa. E' giusto fare i controlli, ma la tassa sulla patente dovrebbe essere pagata ogni 10 anni o 5 come prevista per tutti i cittadini.
- Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto "**SEMPRE CON NOI da realizzare CON NOI**" c'è stato un incontro il 7 settembre 2007 dove la Regione Toscana ha presentato le linee guida e la bozza dello statuto per costituire la fondazione partecipata. E sembra che sia l'unica strada da perseguire. Secondo il nostro punto di vista, le Istituzioni devono essere maggiormente responsabilizzate e devono garantire il loro impegno. Sullo statuto questa cosa deve essere maggiormente vincolante per gli Enti pubblici. Inoltre vanno definite le quote di partecipazione degli enti pubblici perché senza definire questo non si può riuscire a partire con questa Fondazione.
- Per quanto riguarda l'OPG di Montelupo Fiorentino vorremmo sapere:
 - A che punto sono le operazioni di chiusura?
 - Quando vengono fatti progetti personalizzati e individualizzati?
 - Quale rapporto con i DSM di appartenenza?
 - Quale accoglienza per il dopo quando ritorneranno sul territorio?
- Si ribadisce ancora una volta che:

Diverse Leggi Finanziarie hanno stabilito che il ricavato delle dismissioni dei beni degli ex O.P. dovesse essere destinato ai servizi territoriali per la Salute Mentale e per le residenze per la Salute Mentale. Sono anni che rivendichiamo questa cosa. Ciò non è avvenuto e non si capisce il perché e ora sarebbe l'ora di saperlo, perché assistiamo proprio ad uno spreco di potenziali risorse.

Stiamo per concludere la parte dedicata al Coordinamento.

Noi invitiamo i servizi di Salute Mentale ad essere più aperti ai contatti esterni.

E' importante cambiare cultura, modo di pensare e di lavorare in rete, facendo degli studi seri perché molte volte i percorsi di cura sembrano non orientati alla guarigione.

Chiediamo con fermezza alla Regione Toscana, di nuovo, che tutto ciò che decreta sia più vincolante per le Aziende USL e gli Enti Locali affinché gli stessi svolgano ciò che compete loro..

Anche le famiglie e gli utenti si dovranno impegnare a ritrovare il proprio ruolo, e al tempo stesso coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale, poiché ogni soggetto non può sostituire l'altro.

Il Convegno di oggi apre le manifestazioni per la Giornata Nazionale per la Salute Mentale

Alcune città della Toscana sono state unite dal simbolo della candela con il messaggio "Luce per illuminare le menti". Auspichiamo che in un prossimo futuro la candela diventi veramente un simbolo nazionale e per tutti noi, perché lo slogan riguarda tutti.

A Lucca questa cosa ha avuto molto successo sia per la sensibilizzazione e promozione della salute mentale che ha avuto sul territorio, sia per la conoscenza dell'Associazione.

Ora le richieste delle singole Associazioni del Coordinamento vengono riportate in sintesi rispetto alle loro richieste, però nella cartellina trovate un fascicolo spillato, dove è riportato il dettaglio delle relazioni di ogni singola Associazione .

Vediamo allora le **Associazioni dell'Area Fiorentina** che sono

AUTO- AIUTO NICOLA

Di.A.Psi.Gra

IL VILLINO

NUOVA AURORA

PONTE

SANTAROSA

SEME

che ci segnalano quanto segue:

Gli utenti aumentano costantemente negli anni (6600 nel 2006 e sono 7200 nel 2007) ma gli psichiatri sono gli stessi (34-45) e gli psicologi non più di 8.

Gli utenti psicotici sono oltre 2000 (33%): la presa in carico e il PAP (progetto di assistenza personalizzato) è possibile solo per poche centinaia di pazienti gravi.

Gli altri restano affidati a famiglie precarie, spesso non in grado di assisterli.

Richieste:

- Presa in carico degli utenti gravi, secondo il criterio del bisogno;
- Attuare il servizio di guardia medica psichiatrica, attiva nelle 24 ore (anche festivi e fine-settimana);
- Proseguire e intensificare il programma di inserimenti lavorativi e programmare un'efficace assistenza domiciliare per chi non è in grado di lavorare;

- Promuovere e incoraggiare lo sviluppo di gruppi di auto-aiuto di utenti (già attivi nella zona di Firenze);
- Residenzialità: c'è stato un miglioramento di qualità con il trasferimento di alcune strutture in locali più idonei, ma occorre promuovere lo sviluppo delle politiche abitative per utenti psichiatrici, dall'inserimento in strutture graduate per intensità riabilitativa, ai gruppi appartamento o case famiglia per la fase estensiva di riabilitazione; e quindi è importante avere la filiera delle strutture.
- Partecipazione dei cittadini alla programmazione dei servizi di salute mentale: attualmente è limitata alla partecipazione individuale al percorso di cura del proprio congiunto. Il concetto stesso di partecipazione dovrà ancora essere chiarito in tutte le sedi: la Regione pone il cittadino al centro del sistema socio-sanitario, non come oggetto ma soggetto del programma di integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

Due iniziative importanti promosse e organizzate dall'A.I.S.M.E. in collaborazione con la Casa della Cultura, l'Az. Usl 10, il Comune di Firenze e le Associazioni dell'Area Fiorentina:

- 2-3 Ottobre presso la Casa della Cultura: Seminario "Udire le voci e recovery" condotto da Ron Coleman e Karen Taylor
- 10 Ottobre: Convegno a carattere internazionale tenutosi in Palazzo Vecchio (Salone de'Dugento) "Una risposta globale ai problemi di salute mentale in un mondo che cambia"

Parliamo adesso della Casa Al Giogo (Area del Mugello) che come detto lo scorso anno è un progetto voluto dalla:

- Consulta provinciale di Firenze delle Associazioni di familiari di pazienti psichiatrici,
- Associazione Astolfo (capofila),
- E' stata realizzata con i fondi della Comunità europea,

Con il contributo: della Regione Toscana, della Comunità montana del Mugello, e della Provincia di Firenze.

Questo luogo è stato luogo di incontri per molti gruppi. Il 7-8 luglio 2007 si è tenuto un incontro per familiari dal titolo "Familiari consapevoli", promosso dall'associazione Astolfo, che ringraziamo, in collaborazione con il Cevot e il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale. Erano presenti le Autorità locali e regionali. Le riflessioni, in un clima così distensivo, e i momenti condivisi ci hanno fatto comprendere maggiormente l'importanza del nostro

ruolo di familiari. Credo che incontri così, dove si può parlare in tutta tranquillità, sono davvero importanti farli per noi familiari.

Inoltre il 4-5 Agosto 2007, sempre promossi dall'Associazione Astolfo, si sono svolti due giorni di scambio di esperienze fra utenti di salute mentale, dal titolo "Incontri sul crinale", per accrescere la consapevolezza dei propri diritti/doveri per l'autonomia, in un clima disteso, di rispetto reciproco, alla pari.

L' **Associazione Astolfo dell'Area del Mugello** ci segnala inoltre che:

- Concertazione su analisi dei bisogni, avviene su progettazioni, valutazione: rapporti interrotti con ASL, appunto perché poco proficui con la Società della Salute;
- Progetti individuali personalizzati: solo per alcuni, senza differenze tra utente e l'altro (fatti "per" e non "con"), la famiglia è coinvolta solo se considerata utente;
- Riguardo alla Filosofia riabilitativa del DSM vediamo che mancano percorsi di guarigione allargati alla sfera sociale. L'utente è seguito quando va in ambulatorio; pochi interventi domiciliari; famiglia responsabilizzata per i non collaboranti; per chi vive da solo e non si cura, si fa intervenire periodicamente la polizia municipale.

Per le crisi con TSO; l'SPDC è all'interno dell'ospedale ma con ingresso separato e usa sistemi di contenzione.

Passiamo alla **Di.A.Psi.Gra Sez. di Prato** che ci segnala che:

Il DSM di Prato sta, anche se lentamente, tentando di investire nella psichiatria di comunità attraverso una serie di "buone pratiche":

- Grazie al Protocollo di intesa stipulato con Az. USL 4 e l'Associazione sono avvenuti incontri periodici con il Direttore Generale al fine di migliorare i servizi di salute mentale, in particolare il Direttore Generale ha preso l'impegno di ristrutturare entro il 2008 l'SPDC;
- E' stato costituito il Forum del dipartimento;
- Sarà attivata l'accoglienza attraverso uno sportello gestito da utenti e familiari;
- Iniziative lavorative a cura delle associazioni attraverso l'ausilio di canali extra-istituzionali;
- Per le attività sportive e ricreative prosegue la collaborazione con la Polisportiva Aurora; è stato approvato un progetto che prevede incontri con associazioni sportive europee che operano nello stesso settore della Polis. Aurora.

Per migliorare il servizio chiedono che venga realizzata una forte presa in carico, che si sviluppi in almeno quattro punti:

1. la conoscenza reale della persona e della sua famiglia
2. maggiore fiducia dell'utente e della sua famiglia nei confronti del servizio
3. piena condivisione dei percorsi di cura fra utente, la sua famiglia e l'operatore di riferimento
4. un maggior investimento nella lotta allo stigma e al pregiudizio.

Passiamo ora all' **Associazione "Oltre l'Orizzonte" di Pistoia**

La salute mentale a Pistoia: Azienda ASL3

- Sconvolgimento per il cambiamento di responsabile UFSMA di Pistoia, del Direttore del DSM e del direttore generale dell'ASL 3
- SPDC insicuro, angusto e PROVVISORIO dal 1985!
- PPI solo per pochi e in modo sommario e frammentato
- Finora è mancata la progettualità a breve e a lungo termine
- Operatori: mancanza di educatori per la presa in carico continuativa nel territorio
- Integrazione socio-sanitaria: fino a quest'anno non c'è stata nessuna integrazione, ora sono iniziati incontri

Buone pratiche (da affinare):

- Migliorata l'accoglienza ai CSM
- Assegnazione di un operatore per gli inserimenti lavorativi
- Assegnazione di due assistenti sociali all'interno del DSM
- Corso per facilitatori sociali

Protagonismo degli utenti:

- Finalmente incoraggiato ma ancora solo con i gruppi organizzati
- Nascita dell'associazione di utenti "Rosa Spina" in Valdinievole
- Sostegno delle UUFF ai nascenti gruppi di auto-aiuto a Pistoia
- Sostegno del DSM all'associazione sportiva e culturale "La Giostra"

Vediamo le richieste

All'ASL 3:

- Trasferire l'SPDC nel corpo dell'ospedale
- Assegnare alla salute mentale tutte le risorse previste dalla normativa

- Individuare le criticità nei percorsi interni
- Rimpiazzare tutti gli operatori e ampliare l'organico
- Inserire gli educatori nelle UUFFSMIA
- Espletare i concorsi tempestivamente
- Incentivare l'integrazione socio-sanitaria
- Risolvere il problema dello stigma nella commissione per le patenti di guida
- Eliminare le barriere architettoniche

Mentre le richieste al DSM dell'ASL 3 sono:

- Esplicitare e condividere la filosofia della riabilitazione e formare continuamente operatori e familiari in base ad essa
- Occuparsi in modo continuativo di tutti i pazienti in carico, inclusi i "non collaboranti"
- Formulare il progetto terapeutico con la persona e condividerlo con i familiari
- Coinvolgere le associazioni in tutte le fasi della progettazione, particolarmente nella fase di valutazione.

1. Passiamo all'**Associazione Vivere Insieme di Arezzo** che ci riporta che scarse attenzioni vengono rivolte alle necessità di alcuni servizi territoriali e di cura (centri diurni, comunità terapeutiche, laboratori per attività di socializzazione), che non riescono ad avere, all'interno della USL 8, i giusti finanziamenti, fondamentali per i percorsi terapeutici e riabilitativi.

Punti chiave che l'Associazione richiede per la cura dei disturbi mentali:

- Interventi diretti al recupero o ripristino di attività lavorative;
- Cure mediche, concepite come un ventaglio di opzioni terapeutiche che vanno dal trattamento farmacologico al trattamento psicologico in programmi di intervento combinato;
- Si ritiene che debba essere fatto di tutto affinché "la dipendenza" dai servizi sanitari sia attenuata e possibilmente superata, evitando la cronicizzazione ove possibile, favorendo lo sviluppo e l'utilizzo di reti nel contesto della comunità di appartenenza;
- Le Associazioni di volontariato e i gruppi di auto aiuto sono un punto di riferimento fondamentale, sia per le persone sofferenti che per le famiglie, garantendo anche impegno nell'aggiornamento e nella informazione e nel farsi portavoce anche con le Istituzioni di riferimento, per dare ascolto e produrre visibilità a problematiche che vogliono essere riconosciute con maggiore dignità.

L'Associazione ha organizzato un Convegno tenutosi nel mese di Febbraio 2007 ad Arezzo per dar vita ad un progetto teso al reinserimento di persone con svantaggio psichico nel settore agricolo, dove l'individuo può ancora trovare la realizzazione personale e la valorizzazione di capacità e abilità altrimenti inespresse.

Veniamo ora all'**Associazione CAMMINARE INSIEME Onlus di Empoli**

- Qui c'è soddisfazione per l'articolazione dei servizi sul territorio: ambulatori, ospedale, residenze e presidi semiresidenziali;
- Percorsi di cura articolati in base al bisogno;
- Due comunità terapeutiche per cure intensive;
- Residenze assistite e gruppi appartamento;

Iniziativa originale ed esclusiva:

- 6 appartamenti in cui convivono a gruppi di tre/quattro pazienti grazie alla disponibilità dei pazienti proprietari (con assistenza domiciliare);
- La Cooperativa B Pegaso (aperta nel 2000) è in fase di sviluppo

Il DSM risponde ai bisogni:

- Gruppi di lavoro sull'autismo e sui disturbi del comportamento;
- Attività di prevenzione e di sensibilizzazione;
- Punto di forza: qualità e quantità del personale sanitario

E allora, qui di problemi non ce ne sono.

Ora veniamo **all'Associazione ALBA**, l'Associazione degli utenti **di Pisa** che è in continua espansione.

Vediamo la "crescita de l'Alba 2006-2007":

- Nel 2007 è partito il laboratorio di ceramica "Ceramica e psiche";
- Poi continua il Progetto "Essere acqua";
- Implementazione delle attività di socializzazione ed integrazione nella rete primaria, dei gruppi di auto-aiuto e dei laboratori di arteterapie;
- Per quanto riguarda "L'Alba Auto-aiuto", è stato approvato un progetto dal CESVOT sui Bandi Innovazione 2006 dal titolo "Auto-aiuto in circolo" che partirà nel 2008 con altri 7 gruppi nei comuni della zona pisana. Quindi trasmettono l'auto aiuto nell'area pisana.

La novità, proprio di quest'anno, è l'apertura del circolo che avevamo già preannunciato lo scorso anno, "Il Circolo socio-ricreativo", è un luogo che invito tutti ad andare a vedere ed è in Via delle Belle Torri n°8 a Pisa in pieno centro storico. Questo locale è gestito dai facilitatori e dalla rete dell'auto-aiuto, è sede di incontri, liberi tra persone, utenti e cittadini. Dal circolo passano almeno 70-80 utenti al giorno misti a persone del territorio che vengono a pranzo e a cena o a frequentare il bar e le ricche attività animative e ricreativo-artistico serali. E' una cosa molto innovativa, liberamente frequentata da tutti i soci. Il Circolo è aperto tutti i giorni dalle 8:30 alle 24:00 ad orario continuato eccetto il martedì. Al piano superiore hanno una attrezzatura video e Mac, con un punto di Internet e la sede organizzativa del lavoro; trovate i dettagli nella cartellina; consiglio a tutti di andare a visitare il circolo. L'esperienza ha portato un nuovo punto di riferimento per la città, aiutando lo svincolo degli utenti dai circuiti psichiatrici.

Il Circolo, durante la settimana, propone giochi e divertimenti vari. Al Circolo poi si organizzano: corsi di computer, di formazione rivolti a volontari in collaborazione con il Cesvot e L'Alba auto-aiuto; convegni, dibattiti, conferenze, incontri di conversazione e approfondimento sulle tematiche rivolte anche ai familiari; eventi artistici di varia natura e soprattutto cene di socializzazione, compleanni, liberi incontri e cose varie.

Alla quotidiana attività si è aggiunto un servizio di catering al quale partecipano volontariamente vari utenti: hanno realizzato con successo 7 catering dall'inizio dell'anno. Complimenti e un applauso!

Qui un po' di numeri per un totale di 21 utenti attivi a svolgere mansioni di lavoro vero e volontario e gli utenti che frequentano i laboratori, i gruppi di auto-aiuto ed il Circolo sono oltre 100. I soci del Circolo L'Alba sono ad oggi 165. Davvero complimenti!

Molto importante è il lavoro di rete che stanno svolgendo con le Istituzioni, in particolare si è incrementato quello con i Servizi e il territorio. Ci sono ancora nodi critici nel settore dei minori con problematiche psichiatriche. La società della Salute di Pisa si è mossa per l'inserimento abitativo, rafforzando le carenze nelle aree della casa e del lavoro e degli inserimenti ad esso connessi. Come Associazione in accordo con USL5 e SDS hanno creato posti di lavoro e ampliato gli spazi di integrazione e socializzazione con il progetto circolo e contribuito nell'area dell'abitare con l'inserimento di persone in case nel territorio. Pisa vi invita tutti al loro circolo e perché no, potremo andare tutti insieme perché sono veramente favolosi!

Rimandando su **Pisa** abbiamo un'altra Associazione di familiari che si è costituita lo scorso anno e si è ingrandita fino a raggiungere la quota di 80 associati: l'**Associazione Speranza-**Associazione Familiari Diversabili Psichici.

Da questo anno partecipano come membri al tavolo della “ SOCIETA’ DELLA SALUTE “ dell’area Pisana.

I temi che stanno affrontando per il 2008 in questa sede sono: Infanzia e Adolescenza; Progetto Lavoro e le Residenze.

- Hanno Partecipazione attiva alla “Consulta del Volontariato” presso la Provincia di Pisa.
- Nel maggio 2007 hanno organizzato un convegno aperto a tutte le figure professionali dell’Unità Funzionale Salute Mentale Adulti dell’Area Vasta e dei soci delle Associazioni Familiari di pazienti psichiatrici con il titolo “L’ASSOCIAZIONISMO DEI FAMILIARI NELLA RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI. Fino a che punto la famiglia può essere una risorsa?”. Tema a mio avviso molto interessante.

Ora vediamo cosa ci segnala l’**Associazione C.P.F.U.S.M. – Coord.to Prov.le Familiari degli Utenti Salute Mentale - di Massa**

La situazione delle politiche e attività dei servizi socio sanitari per la tutela della salute mentale ha registrato una forte “Stagnazione”, che a fronte di un costante e diversificato aumento del disagio psichico si è tradotta per i Servizi Sociali e Sanitari in una risposta esclusivamente Istituzionale.

Le proposte innovative per migliorare la rete sociale e sanitaria , avanzate sia dal DSM che dalle Associazioni, sono bloccate da mesi (se non anni), per iter e conflitti amministrativi a loro incomprensibili. Anzi , in taluni casi, hanno assistito a forme di censura istituzionale nei confronti di proposte avanzate dalle associazioni per migliorare la qualità dei servizi all’utente.

Comunque, questa “Stagnazione”, grazie al lavoro svolto in questi anni di forte collaborazione tra il DSM e le Associazioni dei Familiari e Utenti, non ha intaccato “la centralità della persona” nelle pratiche per la tutela della salute mentale.

Nonostante tutto questa Associazione unitamente a quella degli Utenti continua imperterrita a sostenere e a rivendicare “ buone pratiche” per la tutela dei diritti degli utenti, nonostante l’attuale muro di gomma istituzionale locale .

Ora diamo il benvenuto con un applauso all’**Associazione COMUNICARE PER CRESCERE - Familiari per la salute mentale di Piombino (LI)** che è entrata quest’anno a far parte del Coordinamento.

L’Associazione è molto attiva sul territorio della Val di Cornia dal 2001, ha dato vita a iniziative tese a:

- Controllare e stimolare le Istituzioni sanitarie;
- Realizzare progetti che coinvolgano Enti pubblici, Associazioni e privati cittadini;
- Promuovere gruppi di auto aiuto per familiari;
- Superare i pregiudizi sul disagio mentale.

Veniamo alle richieste dell'Associazione Comunicare per crescere:

- Un SPDC per la Val di Cornia, per non costringere il malato in crisi acuta ad un ricovero a Livorno o anche più lontano (durante la Conferenza dei Servizi dello scorso anno, avvenuta a Livorno, era stata indicata la Sede di Cecina), ma fino ad ora non se ne è più parlato
- Una migliore informazione sul territorio circa la presenza dell'UFSMA;
- Una migliore informazione e collegamento della stessa con i medici di famiglia allo scopo di rendere più possibile la presa in carico del malato fin dalle prime manifestazioni della crisi;
- Maggiore informazione sul rapporto e sul coordinamento tra gli operatori dell'area infanzia-adolescenza e quelli dell'età adulta e sul modo di operare;
- Una maggiore garanzia di continuità terapeutica e, a tale scopo, più informazioni e contatti tra i servizi e la famiglia;
- Assistenza farmacologia sì, ma non senza informare il malato sugli effetti dei farmaci, in particolare su quelli collaterali. Questo è molto importante;
- Potenziamento del servizio psicoterapeutico a favore sia dell'utente che dei suoi familiari;
- Interesse alla centralità della persona e dell'utente attraverso la progettazione di percorsi tesi a favorirne e facilitarne il reinserimento sociale, l'indipendenza economica, abitativa e il riconoscimento del diritto al lavoro;
- Invio di messaggi positivi che alimentano nella famiglia e nell'utente la speranza e la motivazione per un futuro diverso;
- Attivazione di strategie volte a stimolare il malato, in fase depressiva, ad uscire dall'isolamento;

Ora veniamo all'**Associazione F.A.S.M.** - ASSOCIAZIONE FAMIGLIE PER LA SALUTE MENTALE **di Lucca** dove il dialogo con l'Azienda e con gli Enti Locali continua in un rapporto di stima reciproca. Per l'Azienda è stato un anno critico. La salute mentale, in particolare, ne ha risentito e le persone con questi problemi aumentano sempre di più.

Riportiamo alcuni impegni da assolvere nell'immediato che erano stati presi dopo il Convegno del 10 Febbraio 2006 "Progetto Individuale Personalizzato e Piani di Salute Integrati: Quali servizi per la salute mentale" che era stato organizzato dall'Associazione per continuare le riflessioni del primo convegno del 2005 a Firenze, sul progetto individuale personalizzato. Purtroppo questi impegni non sono ancora stati rispettati.

Era stato chiesto di:

- Rimpiazzare e integrare il personale: attualmente siamo sotto di molte più unità rispetto allo scorso anno;
- Adeguati mezzi di trasporti: quelli forniti non sono ancora sufficienti;
- Stilare per iscritto il progetto individuale personalizzato coinvolgendo anche la famiglia, ma ancora non è avvenuto. Però è stata elaborata una scheda valida dal Dott. Mario Betti - Responsabile. U.F.S.M.A. Val di Serchio - presentata nella Conferenza Aziendale di Salute Mentale il 24-10-2007 e che speriamo venga adottata da tutti. Inoltre voglio ringraziare il Dott. Betti per la formazione che tutti gli anni offre ai nostri volontari;
- Realizzare una Comunità terapeutica ad alta intensità per circa 8 persone: l'Az. è disposta a realizzarla ma ancora non sappiamo quando.
- Riconvertire la spesa riportando nella nostra U.S.L. alcuni dei 27 utenti che sono ospiti in altre U.S.L. L'anno scorso erano 22, quest'anno sono 27, quindi non so cosa hanno risparmiato. Questo potrebbe risolvere il problema che abbiamo nell' SPDC di Lucca, che è unico per le due zone, perché a Lucca c'è la zona di Lucca piana e quella della Valle di Serchio, i pochi lavori eseguiti non hanno risolto il problema della promiscuità: il reparto risulta essere sempre affollato, molti ricoveri sono impropri, anche giovani adolescenti vengono spesso ricoverati, persone tossicodipendenti o che magari si sono ubriacate, tutti finiscono in questo reparto. Inoltre la contenzione si pratica ancora anche se in misura minore. La struttura che abbiamo richiesto potrebbe evitare molti ricoveri in S.P.D.C. e il protrarsi in esso, perché molte persone purtroppo ci passano molto tempo in quanto non c'è dove ospitarle
- Partecipazione ai progetti individuali personalizzati da parte dei medici di medicina generale, obiettivo ancora da raggiungere e non si sa quando;
- Partecipazione delle associazioni con i SERVIZI di SALUTE MENTALE nella fase di progettazione dei programmi annuali: non sappiamo ad oggi con precisione quali programmi siano predisposti per la Salute Mentale. forse a causa della forte riduzione di risorse, in particolare per l'età evolutiva in cui c'è una lunga lista di attesa perché c'è carenza di personale.

- Promozione di incontri inerenti la Salute Mentale: Il 27 Marzo dello scorso anno la Conferenza dei Sindaci si è impegnata a promuovere incontri specifici per la Salute Mentale, ma gli stessi sono poi andati a rilento, forse anche a causa del rinnovo delle Amministrazioni comunali e quindi c'è stato anche questo fatto; si è parlato un po' di Salute Mentale di luglio 2007 in cui doveva essere approvato il Regolamento per la Salute Mentale e ancora non è stato approvato. Si è parlato di nuovo il 18 settembre quando si è tenuta una Conferenza dei Sindaci sul tema specifico della Salute Mentale ed erano presenti diversi Sindaci e speriamo che il percorso continui. Il 24 Ottobre, poi, si è tenuta la Conferenza Aziendale per la salute Mentale, in cui abbiamo ribadito quanto detto, abbiamo ribadito quanto detto e la Conferenza era appunto in preparazione alla Conferenza in area vasta. Noi abbiamo chiesto all'Az. U.S.L. 2 e alla Conferenza dei Sindaci di promuovere ogni due mesi dei tavoli istituzionali dove ogni soggetto dovrà svolgere ciò che gli compete, però con argomenti a tema mettendo in evidenza le criticità perché si parla di quello che c'è di bello e invece le criticità restano lì, e invece bisogna cominciare negli incontri a parlare delle criticità e poi cercare di risolverle. E' inutile portare una serie di sfilate di cose che si faranno e poi non si fanno e invece sarebbe opportuno magari portare un tema soltanto e poi cercare di risolverlo;

Il prossimo anno l'Associazione avrebbe in programma, e vediamo se ci riusciamo, di istituire una Fondazione partecipata per il "Sempre con noi" seguendo le linee guida della Regione. Le due Fondazioni: Cassa di Risparmio di Lucca e Banca Del Monte di Lucca hanno garantito i loro contributi. Anche gli Enti sono interessati alla partecipazione e alla realizzazione della Fondazione. Vediamo se ci riusciamo.

Abbiamo inoltre

- segnalazioni di insoddisfazione dei Servizi di Salute Mentale dall'Az. 12 Versilia, provengono da familiari. Poiché Viareggio è provincia di Lucca, molte persone vengono a lamentarsi a Lucca. In particolare c'è una lamentela per l'autoreferenzialità del Primario che considera queste persone oggetti, pacchetti che non vengono sentiti per niente e le famiglie ancora meno. Quindi io segnalo anche questo.
- Per quanto riguarda la Giornata Nazionale per la Salute Mentale, quest'anno siamo alla 4° edizione, e in particolare Lucca sta organizzando degli eventi con varie manifestazioni, fuori per chi vuole c'è il calendario, con la distribuzione di candele. Portiamo avanti questa cosa perché è una cosa a cui crediamo molto soprattutto per la sensibilizzazione del territorio.

Gemma Del Carlo

Diamo adesso la parola a Maria Grazia Bertelloni che è Presidente della rete degli utenti della Toscana.

Maria Grazia Bertelloni, Presidente della Rete regionale Toscana Utenti per la Salute Mentale

Buongiorno a tutti. Sono Bertelloni Maria Grazia. Ringraziamo il Coordinamento Toscano per questo invito e siamo molto dispiaciuti perché abbiamo un problema tecnico: avevamo scritto e condiviso la relazione da leggere qui oggi a tutti voi però Roberto non l'ha scaricata dall'Associazione e non riesco a trovarla nel pennino. Indicativamente si rifaceva un pochino al Convegno del CPT. Quindi ora, avevamo delegato Roberto a fare il portavoce della rete perché nella rete ci stiamo dividendo i compiti che stanno diventando, come dire, impegnativi. Naturalmente noi abbiamo una struttura mentale che può reggere fino ad un certo punto e per questo ci stiamo dividendo i compiti. Roberto leggerà un po' quello che è la Rete Regionale, il profilo della Rete Regionale, quello che ha fatto e sta facendo e sperando anche noi, come diceva Gemma, di uscire poi con un documento pubblico, dopo aver fatto un incontro con il Dott. Galileo Guidi e la Dott.ssa Marzia Fratti dove esplicheremo delle nostre esigenze come utenti. Tra le esigenze importanti c'è la necessità di incontrare e confrontarci con i Direttori dei dipartimenti della Regione Toscana, perché anche noi abbiamo delle cose, non da imporre, ma da confrontare per portare il nostro punto di vista, visto che è un punto di vista diverso da quello che ha il Professionista, l'Educatore, l'Amministratore; abbiamo un punto di vista che è, come dire, timbrato sulla pelle. Sperando di riuscire a costruire un momento pubblico e sperando di poterlo fare su Firenze, cerchiamo di riuscire a portare avanti questo nostro progetto dove abbiamo cominciato a buttare giù le linee guida. Nella relazione c'era anche scritto, in fondo, che la Rete è dentro la Consulta del Ministero per quando riguarda la salute mentale e pubblicamente vi invito alla V° Conferenza della Rete Regionale Toscana che si farà a Roma, perché il Ministero ha messo a disposizione un budget per fare una campagna contro lo stigma. La Rete ha pensato, come forma contro lo stigma, a una forma alternativa, superando tutte quelle forme di affissioni pubbliche e di spot pubblicitari, e abbiamo proposto all'intera Consulta, tra l'altro, di poter far passare questa iniziativa in questa programmazione, nel senso che chiameremo, nelle due giornate in cui si terrà la Conferenza, tutte le reti televisive, tutta l'informazione, in modo che, per la prima volta, il nostro paese vedrà lavorare un insieme di persone che sono malati di mente. Questo credo che sia il primo passo per abbattere lo stigma: farci vedere non solo nelle fasi drammatiche dove ci propongo continuamente televisivamente, ma anche in forme dove i matti si esprimono e si sanno organizzare. Grazie.

Roberto Pardini, Rete regionale Toscana Utenti per la Salute Mentale

Io personalmente sono dispiaciuto di non poter leggere il documento perché non me lo ricordo. Ho dei problemi con il computer ed è stato uno dei fatti che mi ha fatto poi ammalare. Però vi posso dire questo: come Rete Regionale cerchiamo non di superare quello che è il ruolo della rivendicazione, perché comunque vogliamo sempre essere pronti e disponibili a rivendicare, però rivendicare deve andare insieme a partecipare e collaborare. Noi vogliamo fare delle rivendicazioni però vogliamo partecipare nelle rivendicazioni, vogliamo esserci nelle rivendicazioni. Non vogliamo più dire: "Noi Vogliamo", ma vogliamo essere intorno a un tavolo insieme a chi poi decide. Quindi io ringrazio Maria Grazia che vi ha anticipato che il prossimo anno ci sarà questa Conferenza a Roma, grazie anche all'aiuto e al contributo del Ministero della Sanità. Comunque la Rete Regionale lo sapete cos'è? Se non lo sapete ve lo dico adesso: è un insieme di persone che hanno costituito nel 2006 un'Associazione, di cui fanno parte liberamente degli utenti con lo scopo e l'obiettivo di diffonderci nel territorio affinché le persone riacquisiscano quella che è l'autodeterminazione, cioè l'imparare ad autodeterminarsi e ad essere protagonisti del proprio processo di cura ovviamente collaborando con tutti quelli che poi sono i soggetti deputati a questo processo di cura. I nostri programmi io ve li dico velocemente sono tematiche discusse e elaborate, che poi sono state decise, e sono iniziative e proposte quali: contro il pregiudizio e lo stigma sociale dove il pregiudizio e lo stigma sociale c'è, comunque c'è.

Noi a Pisa abbiamo fatto un circolino e vengono le persone, ma mi sembra di aver capito, che è l'unico esempio concreto di dove c'è un insieme di persone che hanno un'etichetta "io sono malato" "io no" "te sì"; lì si sta tutti insieme, si guardano i programmi, si guarda la televisione, si guardano le manifestazioni, eccetera, però non è il ghetto e questo credo che sia già una grande vittoria. Quindi diffondiamoci nel territorio e facciamo opera contro il pregiudizio e lo stigma.

Poi per quanto riguarda i non collaboranti, l'altro giorno al Convegno dell'area vasta mi hanno detto, credo il Prof. Cassano o altre persone, che i non collaboranti si vedono in un certo modo dal punto di vista medico, cioè noi pensiamo non collaboranti anche persone che non sanno di essere malati, che stanno in casa, che non arrivano ai servizi, che vivono una vita che è una non vita, le famiglie che si vergognano e, vi dico la verità, ce ne sono tanti. Allora noi come Rete vogliamo aprire la porta anche a loro perché credo che sia anche un diritto di loro poter accedere a una possibilità di cura e migliorare la propria qualità di vita.

Poi diffusione e realizzazione dei corsi dei facilitatori sociali. Il facilitatore sociale, credo che ormai in Toscana si stia realizzando e sapete chi è: è un utente che da utente passivo si ritrasforma in utente attivo e diventa risorsa per il territorio. Noi a Pisa l'esperienza l'abbiamo fatta dopo un periodo di sperimentazione e la cosa sta andando molto bene. Ci sono persone che aiutano e persone che si fanno aiutare e che nel processo di aiuto si emancipano e poi si staccano e riescono a camminare da sole, cioè è un operatore sociale a tutti gli effetti.

Poi vogliamo garantire la presenza di rappresentanti degli utenti negli organismi di partecipazione nelle Società della Salute. Io per esempio ho partecipato all'inizio quando si stava costituendo la Società della Salute al tavolo di costituzione, poi mi ci sono un po' staccato perché io mi voglio proteggere, nel senso che noi conosciamo i nostri limiti ma anche le nostre possibilità. Credo che questa sia la chiave di lettura: non sforzate troppo un utente, una persona, ma prendiamo quello che ci può dare e rispettiamo; io cerco di volermi bene e di rispettarmi.

Per quanto riguarda la prosecuzione del Progetto Regionale del viaggio "Mare Costa e dintorni": sono vacanze autogestite e quindi ci impegniamo e speriamo che possa continuare.

E poi come tutti ben sapete le tre parole chiave che nella salute mentale, nella comunità, nel territorio, sono difficili da realizzare, però credo che tutti noi insieme possiamo con una spinta almeno in alcuni casi risolvere sono: lavorare, abitare e socializzazione e relazioni significative. Queste sono le tre parole perché se non si raggiunge questo le persone rimarranno comunque sempre nella porta girevole: ricovero-casa-casa-ricovero-medicina-ricovero-casa. Mi dispiace per il documento. Grazie.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo Maria Grazia Bertelloni e Roberto Pardini e diamo ora la parola a Vito D'Anza, Presidente della Consulta Regionale.

Vito D'Anza, Coordinatore della Consulta Toscana Salute Mentale

Grazie al Coordinamento Toscano e a Gemma Del Carlo per l'invito a questa iniziativa che credo anche che sarà una delle ultime occasioni in cui parlerò come Coordinatore della Consulta Regionale Salute Mentale della Toscana, poiché abbiamo avviato un processo all'interno della Consulta e all'interno della CGIL, che parecchi anni addietro ha promosso la nascita della Consulta, per arrivare a un cambio della dirigenza, per due buoni motivi: primo perché dopo un certo periodo di tempo è bene che i dirigenti cambino, ed è ormai da circa 5 anni che assolvo a questo compito, e secondo è che per impegni di lavoro, ho difficoltà a seguire bene anche la Consulta.

Noi abbiamo fatto diverse riunioni negli ultimi tempi come Consulta, anche in previsione dell'incontro di oggi per definire un po' alcune considerazioni e per portare il nostro contributo alla discussione di oggi.

Intanto c'è una considerazione generale: il clima generale che si avverte in questo periodo è un clima pesante caratterizzato da molti dubbi ed incertezze. In particolare mi riferisco al tema generale della sicurezza. Il tema che una società esprime in termini di sicurezza, pericolosità sociale e controllo sociale si riflette inevitabilmente sulla psichiatria. Del resto la natura della

psichiatria, ma la sua stessa storia come ci ha insegnato la lezione basgkiana, è la storia di una disciplina che risponde ad un mandato contraddittorio: curare e controllare.

Dico questo poiché sul terreno dell'ordine e sicurezza sociale si sono accumulate differenti vicende che indicano una stessa strada: maggiore controllo sociale e minore tolleranza della "diversità". Pensiamo al problema dei lavavetri ai semafori di Firenze, al problema dei Rom in seguito all'omicidio romano, al problema degli psicofarmaci ai bambini, e al problema della condanna di Imola in seguito all'omicidio di un operatore da parte di un utente del locale servizio di salute mentale. Queste cose stanno generando un clima, delle aspettative, che sono l'esatto contrario delle cose che sto ascoltando qui stamattina.. Più in particolare la vicenda della condanna dello psichiatra di Imola sta innescando un clima di apprensione, soprattutto negli psichiatri, sulle responsabilità medico-legali stretti come sono tra responsabilità della cura e responsabilità di controllo e custodia. La preoccupazione che queste preoccupazioni possono innescare un atteggiamento del tipo: meno si fa e meno si sbaglia e meno responsabilità ci sono. Spero di sbagliarmi ma il clima del dibattito che si sta sviluppando a partire da alcuni convegni non mi sembra molto incoraggiante.

Il problema invece di questa condanna è molto ambigua, perché ritorna a distanza di trenta anni il tema, per esempio, del controllo sociale e della responsabilità e ruolo dello psichiatra che è di garantire la comunità dei cosiddetti sani rispetto a quella dei malati. Perché, guardate, su questa sentenza c'è un dibattito su internet che si è scatenato lo stesso giorno dell'emissione della sentenza e si sono aperti immediatamente dei forum. Questa è una storia pericolosa e quindi, a mio parere, va discussa. Tutti questi elementi, tutti e quattro gli elementi che ho citato cosa stanno a significare? Sono, se non altro, tentativi in nome della sicurezza di normalizzare e silenziare tutto quello che è un po' il diverso, il matto e tutto ciò che non appartiene al regno della normalità, Questa tendenza contrasta con quello che l'anno scorso e in questa stessa sede e da questo podio diceva, Maria Grazia Bertelloni. A proposito di utenti, servizi di salute mentale e diritti, diceva una cosa di questo genere: "Noi al di là di dei diritti quali casa, lavoro, buone cure, eccetera, tutti diritti fondamentali e importantissimi per la guarigione delle persone, il primo diritto per cui noi ci battiamo è di essere delle persone accettate, in qualche modo, dentro la comunità, con i nostri disturbi, sapendo chi siamo. Sto parlando del diritto al rispetto della soggettività e non di essere accettati non una volta normalizzati e silenziati o stesi dai farmaci, con comportamenti socialmente più adeguati. Noi vogliamo essere accettati anche con i nostri disturbi". Diceva prima il rappresentante della Rete Toscana dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto: "Sì, con le nostre difficoltà, con le nostre capacità, le nostre potenzialità è questo che la società civile in un paese come l'Italia a distanza di trenta anni dalla chiusura dei manicomi dovrebbe fare".

Questo clima un po' pesante venga superato per mettere in grado i servizi e soprattutto la categoria degli psichiatri di lavorare con, diciamo, la sufficiente tranquillità. Anche perché, è vero che in generale, è tutta la sanità, tutti i medici, che oggi, sull'onda di un modello americano il tema

delle cause per eventuali risarcimenti si moltiplica a dismisura. Noi riteniamo che non ci siano categorie intoccabili e che se un medico sbaglia ne debba rispondere ma altra cosa è che non debba essere ulteriormente dilatata la responsabilità dello psichiatra in direzione del controllo sociale.

Fatta questa considerazione non attinente strettamente alla discussione di oggi, ma che comunque ci riguarda tutti, vorrei adesso dire qualcosa in merito ai nostri servizi, ai servizi di salute mentale della nostra regione. Galileo Guidi prima accennava alla necessità di cambiamento, di cambiare alcune cose e alcuni dispositivi anche di carattere organizzativi e non solo di contenuti, perché l'organizzazione, i contenuti e le pratiche, molto spesso, non sono cose poi così dissociate. In realtà credo che Galileo, se ho interpretato bene quello che diceva, si riferisse al fatto, come anche a Empoli abbiamo sottolineato, che noi oggi abbiamo dei servizi, in toscana ma più in generale in Italia, che sono nati come percorsi assistenziali per svuotare i manicomi; cioè i servizi che abbiamo sono sotto molti aspetti i servizi creati 30 anni fa, i servizi degli anni '80, sicuramente nelle loro articolazioni di presidi. Ogni DSM ha i Centri Diurni, ha il Centro di Salute Mentale, ha l'SPDC, cioè ha tutta una serie di strutture e organizzazioni che hanno avuto una funzione e un ruolo necessario ed indispensabile all'epoca dell'approvazione della Legge 180. Si trattava allora di svuotare i manicomi, e allora vi erano circa 80.000 internati e si trattava di dare delle risposte su un piano di assistenza e non solo di cura a questa utenza. Oggi ci troviamo di fronte dei problemi e delle persone che hanno e pongono delle esigenze diverse e noi, come servizi, dovremmo pensare a delle strategie di cura e a degli assetti organizzativi più adeguati ad un mutamento di domanda. Galileo Guidi ci mostrava nel suo intervento che la fascia più alta di persone in carico ai servizi è la fascia compresa tra i 25 e i 50 anni, che non era la fascia di età preponderante di persone che all'epoca venivano dimesse dai manicomi. Oggi ci troviamo di fronte a persone che sono scolarizzate, il '68 ha portato la scolarizzazione di massa, sono persone che hanno vissuta la fase di crescita economica e di benessere e le cui capacità sociali, economiche e finanziarie sono nettamente superiori alle persone che fino al '78 venivano internate in manicomio. Oggi ci troviamo di fronte ben altre persone che di comunità e di strutture residenziali comunitarie e di centri diurni non ne vogliono sapere tanto. Rifiutano circuiti ghettizzanti e psichiatrizzanti come i circuiti assistenziali che ancora oggi persistono: luoghi virtuali dove si svolge una vita virtuale e che si producono(nei centri diurni) cose e prodotti che non interessano nessuno. Per noi oggi quotidianamente non è facile dare delle risposte utilizzando degli strumenti di questo genere. Ora per quanto riguarda l'idea degli strumenti, non è che qua nessuno si sogna di dire che un centro diurno non ha senso o non ha senso un centro di salute mentale o non ha senso una struttura residenziale, ma il problema è di vedere come ci si rapporta con questo assetto organizzativo rispetto a queste esigenze nuove e all'interno della nuova normativa e soprattutto come trasformare queste strutture nelle loro funzioni.

Due parole sulle società della salute, sul loro rapporto con la salute mentale che diventano importanti nel momento in cui puntiamo a costruire servizi di comunità, una salute mentale di comunità.. Il senso più autentico delle società della salute è quello di coinvolgere una comunità locale in modo più partecipe sul tema della salute, più partecipe sul tema in generale della salute e quindi della salute mentale, insieme, ovviamente, al tema altrettanto importante del governo della domanda. La società della salute o è questo o non è, altrimenti diventa un'altra cosa, diventa quello che i critici a priori definiscono la società della salute carrozzone e cose di questo genere.

In realtà, la società della salute con queste finalità può essere uno strumento utile. Noi in Consulta abbiamo discusso di questi temi e quello che sto dicendo adesso è condiviso da tutte le Associazioni che partecipano alla consulta, e lo condividiamo con la CGIL.

Siamo invece preoccupati su un eventuale rischio riguardo al tema delle funzioni, del ruolo e dell'assetto organizzativo su cui si assesteranno le Società della Salute, in particolare il tema della gestione delle risorse che noi vorremmo ancora gestite dalle aziende e dalle Zone/Distretto. . Il tema della gestione diretta delle risorse affidate alle Società della salute, per alcuni versi, ci preoccupa. Ci preoccupa perché si incomincia a perdere l'unitarietà del governo della salute mentale in una determinata Azienda. Una salute mentale su base distrettuale è una scala troppo piccola per costruire strategie e percorsi di salute mentale.

In Toscana abbiamo i DSM di coordinamento tecnico scientifico e non gestionali , ma questo non è in discussione, e quindi la gestione delle risorse è distrettuale ma nella stessa azienda permane il problema di strategie di governo complessivo dei servizi e dei dipartimenti (pensiamo solo, ad. es., al ruolo SPDC). Noi riteniamo che una dimensione aziendale, di area vasta e regionale per alcuni aspetti vada assolutamente mantenuta.

Voglio affrontare brevemente un'altra questione, approfitto anche della presenza, e visto che parlerà dopo di me, del prof. Cassano, questione che abbiamo già posto l'anno scorso: la questione della formazione degli operatori. Galileo Guidi ci parlava di questo progetto europeo e nazionale della riforma delle scuole di specializzazioni dei medici, progetto che prevede l'allungamento della specializzazione in psichiatria a 5 anni e dove gli ultimi due anni, se ho capito bene, gli specializzandi dovrebbero fare tirocinio nei DSM.

Il problema dell' integrazione e di rapporto tra università e territorio è cruciale. Oggi siamo due enti pubblici che dovrebbero avere come punto di arrivo, pur nella diversità di funzioni, lo stesso obiettivo: la cura delle persone con disturbo mentale. E fin qua siamo tutti d'accordo.

Il problema però è che questa cosa va gestita e va governata in maniera unitaria . Detto questo non ci possiamo nascondere che attualmente lo psichiatra universitario e lo psichiatra del DSM , sostanzialmente, fanno due mestieri in parte diversi. Già dal nome si indicano contesti e lavoro diverso: cattedra di psichiatria l'università e dipartimento di salute mentale noi. L'università si occupa di psichiatria e noi di salute mentale.

I DSM si devono confrontare e dare risposte *con riferimento alle leggi nazionali e regionali, ai Progetti Obiettivi nazionali e regionali*. Le pratiche professionali sono diverse: visite domiciliari, sostegno alle famiglie, riabilitazione con percorsi lavorativi, residenziali e di socialità, clinica, TSO, etc. per i DSM; esclusivamente clinica per l'Università. Le domande che le persone portano in un DSM sono molto più complesse delle domande che portano in una clinica universitaria.

La clinica universitaria riduce o stronca i sintomi di una crisi ma poi di quella persona non sa cosa farne. Una quota di persone che può essere soddisfatta ambulatorialmente può continuare anche successivamente a curarsi presso la clinica universitaria ma una quota importante con cui l'ambulatorietà programmata non funziona o non è sufficiente ritornano nei servizi, e sono tanti e cui bisogna dare risposte che vanno oltre il riduzionismo clinico.

Ecco, queste persone pongono il problema di quella che impropriamente e malamente viene detta come "riabilitazione", pongono il problema di diritti come casa, lavoro, socialità, affettività. Galileo nelle sue diapositive citava, per esempio, i trattamenti sanitari obbligatori, le visite domiciliari, i percorsi di cura che comprendono risposte terapeutiche che vanno date su terreni che le cliniche universitarie non conoscono nemmeno da lontano, semplicemente perché non le praticano. E quindi l'università insegna solo un pezzo di quello che le persone richiedono a un DSM e quando dopo la specializzazione universitaria gli psichiatri si troveranno proiettati in contesti per loro in gran parte sconosciuti e continuando a pensare che il tutto nostro lavoro è quello che gli ha insegnato la clinica. Allora, ben venga, come necessaria e indispensabile, l'integrazione tra DSM e Università dove solo una collaborazione più stringente potrà sfornare medici, ma anche tutte le altre figure professionali, in grado di rispondere a una domanda sul territorio che si fa sempre più complessa. Se a questo si somma l'aspetto che potremmo definire di mandato sociale, vale a dire i compiti che i vari Progetti Obiettivi Nazionali e regionali, le varie leggi nazionale e regionali, i vari PSN e PSR, allora si comprende bene che la cura delle persone con disturbo mentale non si può esaurire in una terapia psicofarmacologica come succede inevitabilmente nelle cliniche universitarie ma c'è bisogno di una formazione del personale adatta a rispondere alla domanda di salute mentale che vada oltre il riduzionismo biologico del disturbo mentale. La questione è: come si risponderà a questo interrogativo? La strada non può che essere una contaminazione sempre più stretta, e soprattutto più vera, tra Università e DDSSMM.

Grazie

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. D'Anza per il suo intervento. Ora diamo la parola al Prof. Cassano che ci illustrerà il rapporto tra i Dipartimenti di Salute Mentale e l'Università.

Quale collaborazione tra l'Università e i Dipartimenti di Salute Mentale

Giovanni Battista Cassano, Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università degli Studi di Pisa

I continui progressi in ambito sociale, medico e psichiatrico hanno comportato un approfondimento delle problematiche relative sia all'organizzazione dei Servizi in Psichiatria sia alla necessaria integrazione tra la Psichiatria Universitaria, le Cliniche Psichiatriche, la Psicologia Clinica, la Psicologia del Territorio, i Dipartimenti di Salute Mentale ed i Dipartimenti per le Dipendenze.

L'assistenza psichiatrica in Italia è tuttora disomogenea e variegata. In alcuni casi, le Università gestiscono completamente i D.S.M., con le difficoltà derivanti dal tentativo di integrare *'momento formativo'* e *'momento assistenziale'*. In altri casi, la funzione formativa propria dei centri universitari è presente in modo solo marginale sul territorio. Pertanto, la proposta di dividere le aree di competenza dell'Università da quelle dei dipartimenti dell'A.S.L., proposta che è stata avanzata per l'organizzazione dei servizi psichiatrici pisani, comporta un ulteriore rischio di aumentare la distanza tra percorsi assistenziali e percorsi di formazione.

Quando il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Dott. Vairo Contini e la Dott.ssa Maria Teresa de Lauretis mi hanno incaricato, insieme al Dott. Corrado Rossi, di pensare ad una proposta di accordo di convenzione tra Università e D.S.M. di Pisa, è stato subito chiaro che l'obiettivo era la costituzione di un modello di collaborazione che riunisse in sé l'assistenza dei pazienti (con i loro percorsi riabilitativi) e la formazione (didattica e di aggiornamento continuo) del personale medico ed infermieristico. Il concetto di convenzione è la conseguenza di questo modello e ne costituisce la modalità esecutiva. Il progetto di integrazione permette di oltrepassare la sfera di azione delle singole strutture, con la definizione di nuovi percorsi assistenziali ottimizzati ed individualizzati. La cura del paziente non è, quindi, limitata alla sola *'presa in carico'* ma è la risultante di competenze differenti, di specifici interventi atti alla prevenzione delle ricadute, di percorsi di riabilitazione, integrati in progetti finalizzati. Per rendere questo programma realizzabile nel concreto, ci siamo avvalsi della collaborazione di diversi colleghi di Pisa, come la Prof.ssa Liliana Dell'Osso, il Prof. Mario Guazzelli e il Dott. Alfredo Sbrana, il Dott. Annibale Fanali, oltre che del contributo offerto dal Prof. Corlito e dal Prof. Serrano. Per ottimizzare questo disegno, sono in programma altri incontri nei quali recepire ulteriori suggerimenti.

Secondo il modello da noi proposto, D.S.M. e Università dovranno collaborare e coordinare l'attività di diverse figure professionali, dal Medico di Medicina Generale agli operatori dei dipartimenti sociali, ai colleghi dei Dipartimenti per le Dipendenze, ai colleghi della Casa Circondariale 'Don Bosco', in cui l'assistenza agli ospiti è fornita da due specialisti in psichiatria.

Tuttavia, prima di illustrare più in dettaglio i punti principali di questa proposta di accordo, è necessario descrivere l'attuale organizzazione della Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e del D.S.M.. La Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa, fin dalla sua fondazione negli anni '60, è dotata di un servizio di guardia attiva-24 ore su 24-e di una funzione di emergenza/urgenza. Al momento, questa attività è estesa al Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Chiara e al Presidio Ospedaliero di Cisanello. La Clinica Psichiatrica ha un reparto che dispone di 50 posti letto, comprensivi del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del territorio dell'area pisana (S.P.D.C.) e di un reparto sovra-zonale. Il reparto si coordina con il day hospital, che offre assistenza a malati provenienti non solo dall'area pisana, ma anche da altre aree regionali ed extra-regionali. Anche l'attività di assistenza ambulatoriale è proiettata oltre l'area pisana e toscana. E' attivo, inoltre, il servizio di psichiatria di consultazione, operante sui presidi di S. Chiara e Cisanello, che ha richiesto 4 contrattisti e un coordinatore strutturato che operano nell'area dei trapianti, dell'oncologia, della gravidanza, dell'obesità e in tutti gli altri settori di assistenza, dalla cardiologia alla nefrologia. In quest'ambito sono stati coordinati dalla Clinica Psichiatrica specifici progetti-obiettivo (dallo studio dell'obesità, alla valutazione dei rischi di depressione in gravidanza e post-partum). I pazienti appartenenti all'area pisana che hanno usufruito del servizio di psichiatria di consultazione sono stati presi in carico gradualmente dal D.S.M. ed hanno, al tempo stesso, ricevuto assistenza da parte degli specialisti della struttura universitaria. Sempre all'interno della Clinica Psichiatrica, i percorsi di riabilitazione e i gruppi di auto aiuto sono gradualmente cresciuti ed hanno acquisito una piena funzionalità e maturità operativa.

Per quanto riguarda la didattica, i docenti della Clinica Psichiatrica svolgono attività di formazione e perfezionamento per gli studenti del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Laurea Triennale (terapia occupazionale, riabilitazione psichiatrica e psicologia della salute), per i medici specializzandi in psichiatria, per gli psicologi clinici e per i dottorandi di ricerca. Sono oltre 100 i giovani che attualmente sono impegnati in attività formative, cliniche e di ricerca: si tratta di medici specializzandi, dottorandi, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori che operano sia per apprendere sia per fornire il loro contributo individuale. Per ottemperare a questa ampia attività didattica e formativa, la Clinica Psichiatrica si avvale della collaborazione di docenti provenienti dai D.S.M. di Area Vasta e non solo. La clinica psichiatrica è, poi, intensamente impegnata nell'organizzazione di Master post-laurea. Il 'Master Universitario di I Livello di Infermieristica nella Salute Mentale e nella Psichiatria' è stato il primo in Italia a formare infermieri specializzati e adeguatamente preparati in psichiatria e in salute mentale. La proposta di questo progetto formativo è venuta dal personale infermieristico e grazie all'opera dei coordinatori, Dott. Fanali e Dott. Lenzi, possiamo ora vedere crescere queste figure professionali. Il master è articolato in 500 ore di lezioni frontali, 500 ore di tirocinio pratico e altre 500 ore di studio. E' inoltre attivo il 'Master per le Dipendenze Patologiche', estremamente innovativo e all'avanguardia, sostenuto dal Dott. Meini e dal Dott. Zanda, del Dipartimento per le Dipendenze e supportato dalla

Regione Toscana, il cui percorso didattico fornisce a psichiatri e psicologi una super-specializzazione in questo settore. Infine, è appena iniziato per il secondo anno il 'Master di Psicoterapia Integrata a Livello Interpersonale'.

L'attività di ricerca della Clinica Psichiatrica di Pisa, attualmente al di sopra della media europea di produzione di pubblicazioni scientifiche, si è concentrata negli ultimi anni sull'area dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia, con un approccio multidisciplinare, che va dalla psicopatologia alla clinica, dalla psicofarmacologia alla neurobiologia, alla psicoterapia. Nei diversi ambiti della ricerca, si sono consolidate negli anni collaborazioni intra-aziendali, inter-aziendali, nazionali ed internazionali, fondamentali per affinare e migliorare costantemente le procedure diagnostiche e di terapia.

Per quanto riguarda l'assetto del Dipartimento di Salute mentale di Pisa, il D.S.M. è dotato di diverse funzioni e strutture con caratteristiche di estrema validità. Sono attivi i Centri di Salute Mentale, i presidi distrettuali, il centro Interdisciplinare Arianna per i disturbi del comportamento alimentare, il centro per la terapia familiare, i servizi per l'infanzia e l'adolescenza, le strutture residenziali. Le prestazioni erogate abbracciano ambiti diversi: la prevenzione, la cura, la riabilitazione, la psicoterapia, i servizi alla famiglia, gli inserimenti eterofamiliari. L'attività del D.S.M. è differente da quella della Clinica Psichiatrica e, al tempo stesso, le due strutture operano in sinergia.

Secondo il progetto da noi proposto, l'integrazione fra Clinica Psichiatrica e D.S.M. deve coinvolgere la totalità dei servizi erogati dalle due strutture ed estendersi, oltre che all' S.P.D.C., alle attività ambulatoriali dei distretti, al C.S.M., al Dipartimento per le Dipendenze, alla Neuropsichiatria Infantile, alla Casa Circondariale, alle residenze assistite, alle residenze per anziani. L'integrazione dovrà co-interessare sia l'area psichiatrica sia l'area della psicologia.

I campi di integrazione proposti comprendono:

1. Il nuovo S.P.D.C., che verrà gestito dal D.S.M. e nel quale si dovranno coordinare i servizi delle due unità operative della Clinica Psichiatrica, dal reparto sovrazonale, al Day-Hospital, agli ambulatori, insieme alla Psicologia Clinica. La Clinica Psichiatrica avrà a comune con l'S.P.D.C. il servizio di guardia attiva (uno strutturato e uno specializzando). Al tempo stesso l'S.P.D.C. dovrà rapportarsi con i diversi servizi del D.S.M., non trascurando il rapporto con i medici di Medicina Generale.
2. E' auspicabile che la psichiatria di consultazione, necessariamente effettuata dalla Clinica Psichiatrica, si rapporti con il territorio per una presa in carico ottimale dei pazienti.
3. Una nuova forma di collaborazione di secondo livello avverrà nei distretti. L'integrazione della clinica psichiatrica e della psicologia clinica sul territorio prevede almeno uno o due giorni di attività del personale universitario presso i distretti, a fianco dei colleghi del

Dipartimento di Salute Mentale. In quest'ambito, è fondamentale il collegamento con il medico di Medicina Generale ed è auspicabile che possano essere attuati specifici progetti di formazione per la conoscenza dei disturbi d'ansia, della depressione, con lo sviluppo di percorsi assistenziali per i pazienti non collaboranti e per i pazienti a rischio di suicidio.

4. Un terzo livello di integrazione verrà avviato nel Centro di Salute Mentale, presso il quale il personale della Clinica Psichiatrica e della Psicologia Clinica presteranno servizio uno o due volte alla settimana, sia collaborando all'attività ambulatoriale sia operando nei centri diurni per le attività di riabilitazione.
5. Fondamentale sarà la collaborazione nelle strutture residenziali e soprattutto nelle residenze per anziani, per sviluppare il campo della psicogeriatrica.
6. Al momento è attiva a Pisa una convenzione tra Clinica Psichiatrica e Dipartimento delle Dipendenze, che ha reso possibile, come già ricordato, l'attivazione di un Master per le Dipendenze Patologiche ed ha permesso lo sviluppo di comuni progetti di ricerca.
7. Un ulteriore campo di integrazione dovrà attuarsi a livello della struttura carceraria, realtà da condividere con i colleghi del territorio.
8. Le collaborazioni con l'Istituto Stella Maris e con la Neuropsichiatria infantile del territorio verranno ulteriormente potenziate ed ottimizzate.
9. Nella progressiva integrazione fra Clinica Psichiatrica e D.S.M. si assisterà, inoltre, alla graduale presa in carico, da parte dei servizi territoriali, dei pazienti della zona pisana afferiti ai servizi della Clinica Psichiatrica (ambulatorio e day-hospital). Si cercherà di non creare 'doppioni nell'assistenza' e di collaborare in modo sinergico.
10. Infine, dovranno essere attivati progetti comuni di ricerca con notevoli ricadute sul piano clinico (per esempio, il monitoraggio delle malattie fisiche e metaboliche nei pazienti psichiatrici) sul modello di studi già condotti presso la Clinica Psichiatrica di Pisa, come lo studio 'Depressione: ricerca di fenotipi rilevanti per il trattamento', in collaborazione con il Western Psychiatric Institute and Clinic di Pittsburgh, U.S.A.

Si tratta, pertanto, di un progetto che consentirà di mantenere le caratteristiche fondamentali e le peculiarità del D.S.M. e dell'Università, nell'ottica di una progressiva integrazione delle due competenze, esperienze e culture, affinché queste due realtà possano integrarsi e produrre una ricaduta in termini di ottimizzazione della assistenza, della formazione, della ricerca scientifica, senza la quale l'assistenza e la pratica clinica non possono progredire. Questo obiettivo potrà essere realizzato solo con il supporto concreto della Regione Toscana. La psichiatria richiede apparecchiature, sedi e strumenti diagnostici e terapeutici adeguati, oltre ad un personale che sia al contempo specializzato, aggiornato e motivato. I costi dell'assistenza psichiatrica sono, pertanto, destinati a crescere.

DIBATTITO

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Prof. Cassano e ci auguriamo veramente che l'Università scenda sul territorio, in modo che i nostri professionisti siano più formati.

Passiamo adesso al dibattito. Chiamo la Signora Fiorini Franca, responsabile del gruppo Isteria e vice-presidente dell'UTISIM.

Franca Fiorini

Buongiorno a tutti. Sono la Vice-Presidente dell'UTSM, l'Unione Toscana Salute Mentale, che è un piccolo parallelo del Coordinamento. La Presidente non è potuta venire per motivi di salute e porge il suo saluto, oggi pomeriggio probabilmente verrà. Io vorrei parlare brevemente dando dei brevi flash. Gli interventi di stamani mattina sono molto stimolanti e ci piacerebbe intervenire su ciascuno di essi per dare il nostro giudizio e le nostre considerazioni, ma questo non è possibile, quindi mi limito a braccio a dire brevemente la situazione di Livorno che è abbastanza buona. Le strutture funzionano bene, quello che dà una certa preoccupazione è l'aumento vertiginoso delle persone con problemi psichiatrici; benché il personale attualmente sia sufficiente e risponda pienamente alle esigenze, ci preoccupa quello che sta per avvenire a breve. Per quanto riguarda Firenze e Pistoia salto a piè pari perché se ne è già parlato. Rimane Siena: ne abbiamo già parlato in passato che Siena ha una situazione molto difficile, ma vi devo dare una buona notizia, perché credo che siamo sulla strada buona in questo senso: ci sono stati dei cambiamenti a livello direzionale, di responsabili e soprattutto a livello di psichiatri e spero anche a livello di figure professionali. Noi facciamo parte anche del Coordinamento Regionale, nato dalla necessità di unire e, giustamente come ha detto Roberto della Associazione degli utenti, per collaborare, come Associazioni Familiari, con tutte le figure professionali e non solo con gli psichiatri, educatori e quant'altro. Crediamo che la persona che ha problemi psichiatrici ha tante sfaccettature, non solo quella biologica che richiede il medico: c'è in realtà una parte sociale, una parte affettiva e una parte biologica, servono quindi più figure. Abbiamo quindi sottoscritto questa idea del Coordinamento Toscano degli Psichiatri, ovvero tutti insieme si collabora. Infatti è nato questo soggetto nuovo e abbiamo dei risultati, perché noi familiari abbiamo la possibilità non di criticare solamente, ma di trovare insieme quali sono le soluzioni più adatte per la persona: la persona viene messa al centro. Stiamo quindi avendo dei buoni risultati. L'altro giorno siamo stati ricevuti dal Direttore Generale e abbiamo discusso insieme le soluzioni. E' venuto fuori che l'Amiata e la Val di Chiana hanno una situazione abbastanza buona, mentre la zona Valdelza e la zona Senese hanno da camminare molto.

I problemi maggiori sono la formazione del personale e il grosso turn-over in particolare dovuto alla mancanza di personale per cui viene spesso chiamato personale da cooperative e si

finisce nei guai, nel senso che questi operatori devono capire, come pure il personale nuovo o proveniente da altri settori della medicina.

Volevo concludere per la formazione: il tirocinio affiancato alla persona, per un certo tempo che sarà ritenuto opportuno, in modo che la persona si forma e c'è subito il posto coperto.

Visto che ci sono altre cose da dire, faremo un convegno per conto nostro, però mi preme parlare un attimo dell'area vasta: nell'area vasta sud-est non è che si dorme, stiamo partecipando, ma non sono ben chiari gli obiettivi. Io che riconosco di essere ignorante non ho ancora capito cosa di deve fare. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie. Diamo adesso la parola a Franco Sbarzagli.

Franco Sbarzagli

Buongiorno a tutti. Sono Franco Sbarzagli e sono dell'Associazione Astolfo, del Direttivo della Rete degli Utenti, sono un ex-utente e faccio anche politica: lavoro con Rifondazione Comunista.

Vi leggo brevemente quello che ho scritto in questa occasione: "Vediamo favorevolmente il fatto che gli psichiatri in Toscana si uniscano in un coordinamento, capeggiato dal Dott. Siriani, alla ricerca di un metodo comune, anche se sappiamo che le versioni sulla Salute Mentale sono le più variegate. Noi siamo disponibili ad iniziare una collaborazione, pur mantenendo una nostra autonomia. Se è positivo il fatto che gli psichiatri, i familiari, gli utenti e la società inizino un dialogo alla pari, bisogna chiarirsi bene chi siamo e dove vogliamo andare. Per conto nostro possiamo dire che non abbiamo la verità in tasca, ma abbiamo l'esperienza che è indispensabile per trovare la verità. Il nostro obiettivo è cambiare il sistema psichiatrico tradizionale, che vede nei fenomeni psichici una malattia. Oramai sono diffusi i metodi e le esperienze che testimoniano il contrario e indicano soluzioni alternative al normale intendere il problema della salute mentale. La realtà che ci circonda è molto più drammatica di come alle volte la si presenta. I momenti di difficoltà interessano sempre un maggior numero di persone e le risposte che riceviamo dalla psichiatria tradizionale sono a dir poco fallimentare. Gli utenti vengono avviati ad una carriera di malato a vita, secondo una concezione manicomiale che riguarda istituzioni, privati e società civile. Basti pensare a quello che avviene all'interno delle RSA, dei ricoveri, degli ospedali, degli SPDC, delle carceri e di tutte quelle strutture dove il malato viene istituzionalizzato, senza possibilità di alternativa, per non parlare poi dei manicomi familiari, dove è prigioniera tutta la famiglia. Purtroppo fino ad oggi la psichiatria tradizionale è produttrice di cronicità e accetta supinamente il ruolo da controllore che la società le consegna: i costi economici, sociali e umani di questo

processo sono moralmente, eticamente e praticamente ormai insostenibili. Forse questo potrà giovare alle multinazionali del farmaco o ad un progetto politico della parte dominante, per azzerare ogni istanza di libertà e auto-determinazione che viene dal mondo, ma non certo a chi si impegna a migliorare le cose. Un cambiamento è indispensabile e fortunatamente le esperienze positive che ci spingono a sostenere tesi diverse ci sono e cominciano ad essere importanti. Compito vostro, di voi specialisti, è di comportarsi da persone: ascoltarci, confrontare i fatti, documentarsi, studiare quello che è sconosciuto e non avvalorare teorie biologiche che non hanno alcun fondamento scientifico, sperimentando sulle persone più sensibili pratiche farmacologiche che paradossalmente aggravano invece di produrre benessere. Questa situazione è ormai intollerabile e non siamo più disposti a subirla, ma le nostre rivendicazioni non vengono proposte per creare conflitti, anche se ne avremmo il diritto e vigileremo per tutelare gli utenti da ogni abuso e sopruso, ma per indicare soluzioni che stiano a cuore a tutti.

Apriteli e aiutateci ad iniziare quel viaggio verso la libertà e l'auto-determinazione che gioverà a tutta la società.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo Franco. E' necessario avere ottimismo e siamo qui riuniti per trovare delle soluzioni integrate e migliori. Diamo la parola alla Signora Paoli Luigia.

Luigia Paoli

Mi scuso innanzitutto con la Signora Del Carlo, non ce l'avevo con lei, rispetto a ciò che ho detto stamani mattina, ma quando io sono così delusa dai politici, specialmente quelli che ho votato, divento fobica. Io sono venuta per il Ministro Livia Turco, e mi sarei accontentata anche del Ministrino Enrico Rossi, ma non è venuto pure lui. Le malattie mentali a chi interessano? Il Ministro Livia Turco avrebbe potuto dare delle risposte.

Faccio parte dell'Associazione "Camminare Insieme" di Empoli e sono qui con un notevole gruppo. Ho un'esperienza di quindici, diciotto anni di terapia di mia figlia purtroppo; i costi dei farmaci iperbolici sono altissimi. Quando mia famiglia fu dimessa dal suo primo ricovero, gli operatori sanitari mi consigliarono, essendo così giovane, di rivolgermi a qualcuno di privato. Mi fu fatto il nome del Prof. Placido di Pisa, dal quale siamo in cura da quindici anni. Ovviamente noi fino a 2-3 anni fa abbiamo speso tra terapia e visita in media fino a 500.000 lire al mese. Le spese sono diminuite solo negli ultimi due anni. Questa è una cosa terribile. Io avevo scritto al Ministro Bindi, durante il primo governo Prodi e c'è stato un contenzioso e lunghissimo dibattito tra telefonate e lettere, rispetto a un farmaco che in quel momento era riconosciuto solo per l'epilessia, anche se produceva miracoli anche per le patologie come quelle di mia figlia -

bipolarismo acuto con sindrome maniacale -. Lo cominciamo a comprare a 85.000 fino a 120 e 130 mila lire. Ci fu quindi un contenzioso tra me e la Bindi, finché mi arrivò una lettera da un signore che è a capo del Dipartimento Farmacologico del Ministero della Salute; la lettera diceva che avrei dovuto fare un protocollo di ricerca, attraverso i medici e le strutture sanitarie, in modo da dimostrare che tale farmaco faceva bene anche al bipolarismo. Al che mi dissi "lasciamo perdere".

Io mi domando, per curare i disturbi di mia figlia, mangio pane e cipolla e mi metto i cappotti delle mie sorelle e non me ne vergogno visto che ho un figlio che va curato e salvato, ma chi non ha questa forza di contestare?

Sono andata a Pisa, al dipartimento di Pisa, a fare il Piano Terapeutico Sanitario per avere il Leponex, altrimenti non ci passavano nemmeno quello. Il piano terapeutico in che cosa consiste? La parola è grande, ma in realtà è solo un foglietto con un marchietto sopra, dove si dice che per *tot* mesi ect la signorina Tal dei Tali ha bisogno dei Tal dei Tali medicinali. Questo è quello che avrei voluto dire stamani al Ministro Turco.

Ho sentito stamani nelle varie relazioni e ho visto anche sulle diapositive la parola "stigmatizzazione": perché una volta tanto non si fa una campagna a livello nazionale per sensibilizzare l'opinione pubblica, affinché si smetta di pensare che i malati di mente sono dei mostri perché non lo sono? Sono creature malate e infelici più delle altre. Si fanno campagne contro la droga, l'alcolismo, gli incidenti per i discotecari che hanno bevuto e sono tutte giuste - già il Prof. Cassano ha accennato a quanto poco interessi la psichiatria in Italia, perché è stata una branca della medicina di cui nessuno se ne è curato, come ci si cura per esempio per una malattia cardiaca o per una donna i timori all'utero.

Sarebbe quindi importante una campagna di sensibilizzazione a livello capillare e fatta bene.

Vorrei poi parlare dei servizi sociali: quando ho cominciato a parlare di reinserimento lavorativo attraverso i servizi sociali del mio comune Montelupo Fiorentino, sono passati dieciododici anni prima che mia figlia fosse inserita. Dopo 4 notevoli peggioramenti è stata inserita e ci sono stati qualche miglioramento dopo il suo inserimento a 8 ore di lavoro settimanale per la modica cifra di 190€ al mese. Io e mio marito dovessimo non esserci più, come potrebbe campare mia figlia? Mia figlia potrebbe lavorar tre – quattro ore al giorno, perché non fargliele fare? Mia figlia è inserita in un a cooperativa, grazie al volontario di Montelupo, il Signor Calosi, che oggi non è potuto venire perché ha portato suo figlio a togliersi un gesso; se non ci fosse stata questa cooperativa, mia figlia non avrebbe avuto nemmeno quel lavoro lì. Come facciamo per questi ragazzi? Vogliamo provare a togliere un po' di questa sofferenza.

Gemma Del Carlo

Mi sembra che lei si sia sempre rivolta al privato e non al servizio pubblico.

Luigia Paoli

No Signora, mia figlia frequenta da 5 anni il CIM di Empoli. Funziona molto bene e si trova bene.

Gemma Del Carlo

Quello che intendo dire è che non è vero che il servizio non da niente: molti farmaci importanti e costosi vengono offerti.

Luigia Paoli

Non ho detto questo. Ho parlato di farmaci, di sensibilizzazione e di lavoro terapeutico. Fanno miracoli.

Io mi riferivo ai servizi sociali, agli assistenti sociali del mio paese, che non funziona, non perché non siano capaci, ma perché sono pochi: sono due e fanno due paesi.

Io mi rivolgo al servizio sanitario, ma ci sono voluti 10 anni di attesa e di domanda. Il CIM di Empoli funziona perfettamente, anzi io sostengo che chi lavora nella sanità in generale è un vero eroe. Tra questi veri eroi chi lavora in psichiatria lo è ancora di più, perché con la scarsità di denaro e la cattiva organizzazione che c'è ovunque, lavorare non è facile.

Io vado al mare di ottobre, quando mia sorella mi può ospitare e avevo bisogno di un dottore: era impegnato fino a dicembre. Speriamo il cielo che mia figlia non peggiori. Come faccio a non rivolgermi al privato?

Gemma Del Carlo

Si rivolga alle associazioni di appartenenza e segnali quanto ha detto che verrà riportato alle istituzioni pertinenti.

Luigia Paoli

E' stato anche fatto cenno al TSO: quando mia figlia tre anni fa ebbe un terribile peggioramento che da bipolarismo si passo totalmente allo sdoppiamento e si rasentò la schizofrenia, venne ricoverata il 14 Giugno dal 25 aprile, per non darci il TSO. Quanto è peggiorata mia figlia in tutto questo tempo?

Anche sul TSO, sarà bene parlarne. Parliamo delle cose storte. Io quella volta avevo bisogno di un TSO, ho pregato il sindaco e il mio medico di base, così come mi sono rifiutata di mandare mia figlia a giro con una ragazza che ha la patente, ma che le capita una crisi ogni due minuti. Gira di notte per andare al cinema. Ho chiamato il CIM e ho chiesto di non mandare mia figlia con lei. Abolire la tassa sulla patente ok, ma abolire anche la patente a chi sta così male.

I facilitatori: mi viene proposta una vacanza al mare a Viareggio. Sono contenta e chiedo chi li accompagna; mi dicono i facilitatori. Era la prima volta che sentivo questa parola. Mia figlia non può prendere il sole e questi allora mi dicono: "come si fa?". Se i facilitatori sociali sono questi, dove si pensa si andare? Perché non si devono dire i nei?

Gemma Del Carlo

Signora la prego di segnalare tutto quanto per scritto e dia spazio anche alle altre persone. Il pregiudizio deve essere abbattuto anche in noi familiari. Noi familiari dobbiamo essere più aperti e dobbiamo dare fiducia agli operatori che ci aiutano. Diamo la parola a Bonechi Carlo.

Carlo Bonechi

Il mio intervento è basato sulla presa in carico, lo stigma e il pregiudizio e la psichiatria di comunità. C'è un discorso di accoglienza dei dipartimenti di salute mentale, c'è un discorso importante sulla psichiatria di comunità. Come parlai all'area vasta, io credo che i dipartimenti di salute mentale, così come sono attualmente strutturati con il loro centralismo tecnico, non fanno psichiatria di comunità.

Io sono stato in Cina e ho portato con me un ragazzo che è curato nella clinica del Prof. Cassano; è un ragazzo che sta bene, anche se prende 6 farmaci al giorno. Lo chiameremo Massimo, anche se non è il suo nome, esso sta bene per un altro motivo, non solo grazie alle medicine del Prof. Cassano: Massimo a Prato ha un inserimento lavorativo alla polisportiva Aurora; Massimo viene seguito e aiutato. Le medicine ci devono essere, ma senza inserimento lavorativo e tutte queste situazioni le medicine non bastano. E' inutile curarli. I familiari e gli utenti hanno dei saperi, perché nell'Università, ogni tanto, non si chiama un utente o un familiare a raccontare a questi medici la loro condizione? E' un momento importante e di vita, quando si parla di luoghi di cura il luogo di cura è la famiglia! E su questo mi riallaccio al pensiero di stamani mattina mentre mi facevo la barba: mancano i soldi abbiamo chiuso le cliniche psichiatriche, abbiamo chiuso i manicomi, quanto costava una degenza dentro un manicomio? Allora Basaglia e Mario Tommasini sono riusciti a far chiudere queste strutture manicomiali. Ora io mi domando: tutti questi soldi che risparmiano lo Stato, le Regioni e le Province non potrebbero ridistribuirli nei confronti delle famiglie? Problemi che la signora esponeva e che sono reali. Vogliamo ricominciare a rivedere una

distribuzione dei soldi. Come si fa a dire che mancano i soldi? Un ricovero costa 250€ normalmente; quando questi ragazzi finivano in un manicomio, quanto costavano alla comunità? Se non ci si mette a lavorare in rete e non c'è l'accettazione da parte degli operatori dei saperi degli utenti e dei familiari andiamo poco lontano. Grazie

Gemma Del Carlo

Grazie a Carlo Bonechi che ha ribadito quanto avevamo espresso. Chiamo la Signora Kira Pellegrini che è Vice Presidente del Coordinamento Toscano della Salute Mentale e Presidente dell'Associazione Oltre l'Orizzonte di Pistoia, che parlerà del profilo di salute.

Kira Pellegrini

Ci sono state molte sollecitazioni stamani e credo che si arrivi al nodo che è quello di due versioni e posizioni che dovrebbero integrarsi per creare delle risorse importanti che sono il protagonismo degli utenti e quello del funzionamento dei servizi. Bisogna trovare in questo un punto di incontro importante. E' necessaria una formazione degli operatori, perché la sfida nei loro confronti è enorme. La mia richiesta è alla Regione: si deve fare un salto di qualità, noi dobbiamo solo ringraziare i Dirigenti e i Funzionari che ci hanno seguito finora perché hanno creduto nelle nostre richieste e ci hanno dato sostegno, comunicandoci con la loro persona l'essere vicini ai nostri bisogni. Però ora bisogna fare un salto che è quello politico, dobbiamo chiedere che ci sia una consapevolezza nel Consiglio Regionale, e quindi almeno la commissione della salute deve riceverci. Devono sapere di queste nuove tendenze e di questo nuovo mondo che si apre al protagonismo degli utenti e anche della fatica che fanno i dipartimenti a mettere in piedi tutto questo. Mentre dall'esterno **augmenta sempre più la disinformazione e la richiesta di controllo:** io ieri l'altro ho litigato con una signora al mercato, mai vista e mai conosciuta, perché passava di lì e ha detto che dovrebbero rinchiudere questi ragazzi. C'è bisogno di cambiare le cose, e il modello toscano deve far proprio tutto questo. **Ho appena letto la pubblicazione dell'ARS sul profilo di salute che mi ha portato a delle considerazioni.** Nel profilo di salute la componente sociale non appare. Ci sono tanti dati che sono importanti, ma l'aspetto sociale e dell'integrazione non è assolutamente percepito. E questo, **invece**, bisogna farlo percepire. Bisogna chiedere questo. Capisco che stamani l'assessore non ci sia per problemi **legati all'approvazione della legge finanziaria**, ma tutte le volte che chiediamo di essere ricevuti è sempre così. Io chiederei come coordinamento un'audizione al Consiglio Regionale: devono dedicare del tempo alla salute mentale e devono fare un librettino su che cosa vuol dire fare salute mentale non solo per noi ma anche nella società. Siccome **io** ho visto i due volumi "Profilo di Salute" e il "Profilo Socio Sanitario" dove per la Salute Mentale c'era un solo paragrafetto per dire che i suicidi in Toscana sono diminuiti e niente sull'integrazione sociale. Ecco io vorrei che le cose cambiassero.

Gemma Del Carlo

Grazie a Kira Pellegrini. Si conclude qui la prima parte del Convegno.

RIPRESA DEI LAVORI

Gemma Del Carlo

Buon pomeriggio a tutti. Adesso vorrei chiamare le volontarie dell'Associazione F.A.S.M. di Lucca che hanno collaborato alla realizzazione del Convegno e che oggi sono alla reception. C'è anche la nostra mascotte Paolo che ha 17 anni. Ringraziamo anche le volontarie e volontari che non sono presenti. Intorno alla Salute Mentale un po' di gioventù sta bene. Passo la parola a Gilda che attualmente è la segretaria del Coordinamento.

Gilda Madrigali

Buon pomeriggio a tutti. Sono Gilda Madrigali e sono una volontaria dell'Associazione F.A.S.M. di Lucca. Ho iniziato la mia esperienza di volontariato circa 8 anni fa, grazie un corso di formazione per volontari, organizzato dalla stessa associazione e che è stato tenuto dal Dott. Mario Betti, che è qui con noi oggi e che ringrazio a nome di tutta l'associazione. Nell'ambito di questo corso il Dott. Betti ci ha fornito sia conoscenze teoriche che pratiche: abbiamo fatto un percorso su noi stessi per rapportarci poi in maniera efficace con gli altri. Questo corso mi è servito molto ed è stato la base e l'inizio della mia esperienza, dandomi la consapevolezza giusta da poter spendere con i ragazzi nell'ambito dell'associazione. La F.A.S.M. ripropone il corso annualmente perché crediamo molto nel potere della formazione per nostri volontari.

Da circa un anno sono segretaria del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la salute mentale che a mio avviso svolge un lavoro molto importante. Questo convegno, come quelli degli anni passati, è un momento fondamentale di crescita e di confronto che vede riunite sia le Istituzioni sia le varie Associazioni della Toscana che sono poi rappresentate dal Coordinamento e sono impegnate in un obiettivo comune che è quello di vedere finalmente applicati i piani di salute integrati e quanto previsto dalla Regione in ambito di Salute Mentale.

Ritengo che oggi siano emersi dei concetti molto importanti e ne emergeranno anche nel pomeriggio: quello che ci auguriamo è che tutto ciò che è stato detto venga attuato concretamente a livello di ciascuna realtà locale, perché secondo noi la soluzione ai problemi mentali è

nell'integrazione e nella coordinazione tra i vari servizi, tra gli enti e le associazioni, ognuno nel rispetto del proprio ruolo. Grazie.

Elisa Carnicelli

Buon pomeriggio a tutti. Mi chiamo Elisa e sono coinvolta nell'associazione F.A.S.M. da tre anni. Il mio percorso è iniziato durante il servizio civile come volontaria; partecipo costantemente a tutte le attività che vengono fatte, soprattutto al Progetto Esci con Noi che è rivolto a tutte le persone che sono impegnate in un percorso di integrazione e di socializzazione. Nell'ambito di questo progetto organizziamo uscite, cene, gite e tante altre attività. In questo periodo finalmente sta nascendo il nostro giornalino che si chiama "Raccontiamoci", grazie al contributo del Bando Cescvot – Percorsi di innovazione 2006, dove i protagonisti principali saranno i ragazzi del Gruppo ESCI CON NOI.

Il Convegno di oggi è molto importante perché rappresenta un confronto di verifica tra le Associazioni toscane e le Istituzioni del territorio.

Personalmente sono molto contenta di fare parte della F.A.S.M. e sono sicura che il progetto del giornalino avrà successo e sarà un forte stimolo per i ragazzi e per tutto il gruppo dell'Associazione. Grazie

Chiara Piletti

Buona sera a tutti. Mi chiamo Chiara e faccio parte dell'Associazione F.A.S.M. di Lucca fin dalla sua nascita quindi da una quindicina di anni. Per quanto riguarda gli incontri e le attività che si svolgono all'Associazione quello che mi colpisce è il clima di gioia e di allegria, ma anche la stima, il rispetto e l'aiuto reciproco che li caratterizza. Mi colpisce anche il fatto che a questa Associazione partecipano tanti cittadini, tanti volontari, genitori, ragazzi e sono sempre tutti contenti di partecipare alle varie attività.

Al momento non abito più in Toscana, ma a Torino, e quindi mi è un po' difficile partecipare alle varie attività, però cerco sempre di essere presente alle gite che vengono organizzate dall'Associazione con il Contributo della Fondazione Cassa Di Risparmio di Lucca. In queste gite effettivamente si realizzano dei momenti di socializzazione e integrazione veri e propri: durante questi momenti siamo infatti GENTE tra la GENTE.

Per quanto riguarda la giornata di oggi, oltre a quanto già espresso da Gilda ed Elisa, vorrei sottolineare l'importanza del fatto che Istituzione e Volontariato quali la Regione Toscana e il Coordinamento Toscano, siano riuniti allo stesso tavolo di lavoro per discutere e verificare se effettivamente le disposizioni di legge definite dalla Regione Toscana siano effettivamente applicate sul territorio. Avere il supporto e il contributo anche economico della Regione Toscana è sicuramente un punto di partenza. Grazie

Lucia Piletti

Mi chiamo Lucia e ho piegato tutti gli inviti.

Paolo Scardigli

Buona sera. Mi chiamo Paolo e ho diciassette anni. Mi sono avvicinato ai temi della Salute Mentale in un'età molto tenera, quando avevo dodici anni. Anche ora a diciassette anni non sono grande! La mia fortuna è stata quella di avvicinarmi a questa realtà in un'età così giovane: a dodici anni infatti non si hanno idee chiare sulla vita e sul mondo e in questo modo io sono riuscito a cogliere gli aspetti più semplici, più umani che la disabilità riesce a dare alle persone.

La cosa che mi colpì quando mi sono avvicinato all'associazione, è stata la schiettezza e la semplicità con cui i ragazzi mi hanno coinvolto e accettato. Questa cosa mi ha colpito tanto e non potrò mai scordarla. Ne ho fatto tesoro e continuerò a farne tesoro nei momenti della mia vita. Quello che vi posso dire oggi è la mia esperienza, il cammino di crescita che ho fatto insieme ai ragazzi e all'associazione F.A.S.M. che veramente mi ha dato la possibilità di esprimermi negli spettacoli. Quello che posso dire oggi è un grazie a tutti i ragazzi perché mi hanno dato tantissimo dal punto di vista emotivo. Mi hanno dato una carica e un'energia che porto nel cuore e che sempre porterò con me, perché con la loro semplicità e il loro modo così naturale di vivere e di accettare le cose e di vederle sotto tutto un altro aspetto è stato importantissimo per me.

Ringrazio di avermi dato la possibilità di esprimermi; capisco anche che alle volte per le famiglie diventi pesante questa realtà perché nella quotidianità tutto si ingrandisce, però io voglio dire che ci siamo anche noi giovani a sostenervi: la voglia c'è e pure la grinta e quindi vi diciamo di non assopirvi e di mantenere l'energia che sono i ragazzi a darci.

Gemma Del Carlo

Grazie davvero di cuore anche perché oltretutto Paolo ha saltato un giorno di scuola e le ragazze hanno preso un giorno di ferie per essere presenti oggi a questo convegno. Riprendiamo i lavori e diamo la parola al Dott. Pierluigi Tosi che ci parlerà delle modalità per garantire la qualità del percorso di cura individuale personalizzato.

Le modalità per garantire la qualità del percorso di cura individuale personalizzato

Pierluigi Tosi, Direttore Sanitario Azienda USL 10 Firenze

Buonasera, mi chiamo Pierluigi Tosi e sono Direttore Sanitario dell'ASL 10 di Firenze da circa un anno e mezzo. Prima ero primario di nefrologia della stessa azienda. Il tema che mi è stato dato è complesso e ho cercato di trattarlo nella maniera più consona a quello che concerne un direttore sanitario, cioè impostando una metodologia di lavoro che ci può consentire di definire nel tempo se la spesa che noi facciamo, se gli interventi che noi eseguiamo, se la qualità

professionale che esprimiamo ci può dare degli esiti. Il problema è che per quanto riguarda le strutture ospedaliere, se io avessi davanti a me quattro divisioni di medicina con sei numeri sarei in grado di dirvi chi di loro produce, chi lavora e con quale qualità e i vari indicatori, perché ormai per le strutture per le strutture di degenze questa è una metodologia di lavoro codificata. La mia idea è quella di trasportare sul territorio la possibilità di poter valutare l'attività con la stessa metodologia. Quando si deve valutare un'attività, per sapere come tararla prima di tutto abbiamo la necessità di valutare i bisogni della popolazione. Abbiamo poi bisogno di fare un piano strategico e di individuare quelli che sono gli out-come ovvero tutti i risultati che possiamo ottenere. E' chiaro che in questo processo tutti gli stake-holders devono partecipare in maniera attiva. Vi butto alcune proiezioni dei dati che abbiamo sulla salute mentale. Questi sono dati inglesi, dove si vede che il costo totale della depressione è di 15 milioni di euro. Se voi guardate la torta solo il 4 % di questa cifra rappresenta il costo sanitario. La stragrande maggioranza dei costi è rappresentata da perdita di produttività, costi sociali e quindi sono grossi problemi per i pazienti affetti da questo tipo di patologie perché sono carenze lavorative, giornate di malattie effettuate; sono quindi costi sociali che gravano sulla società, ma soprattutto sull'individuo. I trattamenti che noi facciamo sono proporzionati alla gravità dei disturbi? Se voi vedete sull'asse delle ordinate ci sono le tipologie della malattia: grave, moderata e lieve.

- Noi riusciamo a intercettare il 32,7 % dei pazienti sulla patologia grave, ma solo il 47,4 di questi ha una terapia adeguata.
- Nei casi di patologia moderata il 14,5% dei pazienti vengono intercettati dagli specialisti, ma solo il 35% di questi ha un trattamento adeguato.
- Nei casi di patologia lieve il 10, 3% viene intercettato e il 28,8% ha un trattamento adeguato.

Questo significa che l'intercettazione è bassa e che la qualità di un trattamento adeguato è altrettanto bassa.

Esiste una correlazione tra gravità di patologia e esiti che noi abbiamo: se noi prendiamo in esame i controlli per i quali abbiamo standardizzato una possibilità di rischio di ricovero pari a 1, noi vediamo che chi è affetto da malattia mentale grave ha un'incidenza di ricoveri circa trenta volte superiore, mentre una forma moderata 3 volte superiore e una forma lieve 2,7. Analogamente l'incidenza del suicidio è 12 volte superiore in chi ha una patologia psichiatrica grave, rispetto ad un andamento di controllo. Questo significa che più grave la patologia e più questo incide su tutta una serie di fattori che sono inabilità lavorativa, suicidio, ospedalizzazione ...

Vediamo quale può essere la prospettiva futura: da un'indagine si vede che se noi ci aspettavamo nel 1990 dieci anni di disabilità in un soggetto affetto da malattia mentale, non è che

come proiezione nel 2020 ci aspettiamo un numero di anni minori, perché la prospettiva cambia da 10 a 15 anni, cioè un periodo ulteriormente maggiore. Facendo un'analisi di letteratura, quattro sono i punti significativi: la maggior parte dei disturbi cronici è trattata, ma il ritardo del trattamento è estremamente diffuso, il trattamento spesso è di bassa qualità, ma la qualità del trattamento potrebbe migliorare; da questo si deducono gli interventi da fare: migliorare la qualità delle cure, e bisogna fare delle iniziative continue di miglioramento della qualità che devono prevedere un cambiamento nel trattamento, ma anche una valutazione di esso con degli indicatori di percorso e di esito. Un altro punto da esaminare è il seguente: di solito la qualità di un servizio è influenzata dai bisogni delle persone che afferiscono a questo servizio, ma in realtà la domanda che mi faccio è la seguente: la qualità del servizio è influenzata dall'organizzazione? E' l'organizzazione che influenza il trattamento che si fa? E questa è una domanda estremamente rilevante perché il percorso dovrebbe essere esattamente opposto cioè adeguare l'organizzazione al tipo di trattamento. Dagli psichiatri della nostra azienda è stata fatta un'indagine: sono stati mandati 100 casi simulati a vari psichiatri italiani, con realtà di strutture estremamente diverse, da strutture che garantiscono il servizio su 12 ore, a strutture che garantiscono il servizio su 24 ore, poi anche il caso di servizio ben articolato e infine un servizio bipolare. Abbiamo cioè quattro tipologie di servizio con quattro organizzazioni diverse. Quello che ci aspetteremmo è che 100 persone vengano distribuite in maniera omogenea tra domicilio, centri di salute mentale, day-hospital, e centri crisi e spdc in maniera omogenea e da tutti gli psichiatri di tutte le unità operative. Omogeneità non c'è: nel primo caso il centro di salute mentale ne gestisce 57, il centro crisi 29 e 14 a livello domiciliare; nel secondo caso 41 a livello di domicilio, il centro di salute ne gestisce 23, 20 in spdc; nel terzo caso 31 in spdc con una distribuzione omogenea negli altri tre e nel quarto caso 60 in spdc. Questo che cosa significa? Significa che il trattamento del malato psichiatrico non è standardizzato, ma è trattato a seconda delle tipologie organizzative che abbiamo, ma soprattutto vuol dire che a livello di territorio nazionale non c'è una organizzazione omogenea. Questi sono dati estratti da psichiatrie dell'Italia centro-settentrionale. In ambito di Regione Toscana esiste un'omogeneità? Direi di no. Se voi guardate questi dati vi accorgete che l'incidenza dei ricoveri ospedalieri è strettamente prevalente e notevole presso l'ASL 10 di Firenze e l'ASL 12 di Viareggio, distribuite in maniera omogenea tra maschio e femmine, in alcuni più del doppio delle altre realtà. Questo vuol dire che sbagliano gli psichiatri di Firenze e di Viareggio? No, non voglio dire questo, ma voglio dire che anche in Toscana i comportamenti non sono omogenei. L'omogeneità di trattamento è la massima garanzia per un cittadino utente, se non c'è omogeneità di trattamento non si sa dove si va a finire: quali sono i presupposti? I presupposti sono che una organizzazione dei servizi di salute mentale sono un pre-requisito per una assistenza e una formazione di qualità. La cornice è tanto importante quanto il contenuto, il che significa che l'organizzazione è altrettanto importante della qualità professionale espressa. Si può esprimere

una grande qualità professionale, ma se non c'è un'organizzazione di contorno, la qualità professionale non ottiene alcun risultato e viceversa.

Quali sono i principi etici per un servizio di salute mentale? La continuità terapeutica sicuramente, l'efficacia, l'accessibilità a questi servizi, la globalità del servizio, l'equità di accesso, la responsabilità degli operatori, l'autonomia professionale degli operatori nel limite del comportamento all'interno delle linee guida, il coordinamento delle attività e l'efficienza, perché ricordiamoci bene che il mondo sanitario oggi è purtroppo a risorse limitate, il mondo sanitario è come un individuo che vive del proprio stipendio e oltre quello stipendio non si può andare. Si tratta solo di ripartire in maniera corretta dove esiste più necessità rispetto a dove ne esiste meno. A fine mese ciascuno di noi si è comportato bene se spende il suo stipendio non certo in cose voluttuarie, e magari partendo dai bisogni base (mangiare, vestire, abitare ...). Noi dobbiamo fare la stessa cosa: in effetti con chiunque si parli e con qualunque associazione quello che ci viene richiesto è un maggior numero di risorse. Le risorse le spendiamo tutte, tutte quelle che abbiamo le spendiamo. Mi piacerebbe che tutti insieme lavorassimo non tanto per richiedere più risorse, ma per chiedere di spendere bene e di verificare l'esattezza della spesa delle risorse che impegniamo. Questo è l'unico modo che abbiamo per portare avanti uno dei sistemi più garantisti del mondo. Cosa significa attivare un meccanismo di miglioramento continuo della qualità?

Significa

1. individuare l'area da modificare
2. fissare qual è lo standard di verifica
3. definire e misurare gli indicatori
4. confrontare le pratiche osservate con lo standard (quello che facciamo rispetto all'obiettivo di standard che ci siamo prefissi)

Intanto individuiamo cosa vogliamo fare all'interno della nostra azienda per sperimentare una metodologia di lavoro nella depressione. Bisogna fare una valutazione esatta dei piani terapeutici e dei percorsi assistenziali della depressione. Abbiamo preso all'interno della nostra azienda tutte le ricette emesse con farmaci anti-depressivi: 37287 ricette che fanno riferimento a 84577 pazienti. Abbiamo tolto i pazienti non residenti nell'asl e ne rimane 79034 soggetti. Se si toglie quelli con residenza sconosciuti rimangono 63449 soggetti. Questa è la popolazione target verso cui ci rivolgiamo per risolvere i problemi della depressione. Mediante le ricette sul quale è presente il codice fiscale siamo risaliti all'età media dei pazienti. La depressione è una patologia che colpisce in maniera ingravescente sempre più mano a mano che si sale di età, maggiormente le donne rispetto agli uomini. I nostri servizi hanno un picco di intercettazione tra i 45 e i 65 anni, dopodiché decade perché probabilmente un soggetto anziano depresso tende a farsi a curare dal medico di medicina generale e a farsi curare meno dai nostri servizi. Abbiamo sviluppato

all'interno del nostro sistema di miglioramento della qualità delle linee guida, basate il più possibile su prove di efficacia. Dopo questo abbiamo disegnato il percorso diagnostico terapeutico della depressione ed ecco qual è il percorso con un flow-chart: c'è il primo contatto, il triage infermieristico, il caso è appropriato oppure no a seconda che la risposta sia sì o no, nel caso in cui il caso sia appropriato si dà una codifica di urgenza, se è urgente si fa subito una valutazione psichiatrica, se non è urgente il caso può essere conosciuto o sconosciuto, cioè un nuovo caso o una vecchia conoscenza. Nel caso in cui il caso non sia conosciuto, va compilata una nuova cartella, va fissato un appuntamento, va definito e pre-standardizzato il tempo massimo di attesa, dopo di che deve subire una visita con una valutazione diagnostica terapeutica ...

Questo percorso va seguito e monitorato con degli indicatori per vedere se qualcuno fugge da questo percorso o se qualche collega non segue le direttive indicate. Dopodichè va fatta una raccomandazione per la gestione clinica, intesa come una metodologia di lavoro condivisa: va fatta una valutazione iniziale complessiva del paziente, va fatta una considerazione del rischio suicidio ad ogni visita cui il paziente è sottoposto e l'obiettivo è la remissione completa della sintomatologia e il ripristino del funzionamento sociale pre-morboso. Il programma di trattamento viene articolato in due fasi, una fase acuta da 8 a 12 settimane, una fase di mantenimento di 6 mesi, dopodichè c'è una scheda testata e standardizzata che deve essere riempita e questa è una scheda che serve per identificare l'entità della depressione con degli indicatori specifici ad indicare la gravità clinica sia globale sia scala di gravità di sintomi psicopatologici. Indicatori di esito: in base a questa scala si devono valutare le variabili psico-sociali che sono l'abilità sociale, la qualità della vita, e i bisogni di cura. Dopodichè viene applicata una scheda ministeriale di valutazioni di esiti psico-sociale che si chiama SAVE e viene in questa maniera sperimentata, per poi definire qual è lo specifico trattamento a cui vogliamo sottoporre questi pazienti e il trattamento è associato tra anti-depressivi e psicoterapia cognitivo-comportamentale. Abbiamo seguito un modello British Journal Psychiatric che è il seguente: ci sono due tipologie di pazienti, nel primo certi soggetti sottoposti ad un anti-depressivo orale e basta, di questi 70 hanno completato il trattamento, 30 non hanno avuto remissione e solo 13 non hanno più avuto episodi di riacutizzazione posteriore. Se invece agli anti-depressivi è associata una psico-terapia, su 100 pazienti 75 completano il trattamento, 46 vanno in remissioni e 29 non hanno più recidive. Otteniamo quindi un effetto che è quasi doppio rispetto al primo. Questa è la metodologia di lavoro che vogliamo mettere a confronto: è stato fatto un corso di formazione sulla terapia cognitivo-comportamentale della depressione per coinvolgere e addestrare gli operatori a queste metodologie di lavoro ed è stato fatto un format in cui si vede la raccomandazione che si deve fare e gli indicatori di processo, di cui ne abbiamo 2 tipi: quelli di risultato che dimostrano se il comportamento è stato corretto, che si chiama utenti in trattamento coordinato costituito da una frazione e quindi da un numero, il dato da il numero di utenti in trattamento combinato nell'anno rispetto ai numeri di utenti affetti da depressione a carico del

trattamento ambulatoriale, cioè un rapporto tra quelli che arrivano e quelli che vengono trattati in maniera corretta.

Nel 2008 applicheremo tutto questo, abbiamo individuato l'area da verificare, abbiamo fissato lo standard che dovrebbe essere il rapporto pari a 1 (tutti i pazienti che vengono devono essere trattati con tali modalità), dobbiamo definire e misurare l'indicatore, dopodiché dopo 6 mesi di trattamento verificheremo se quello che abbiamo fatto corrisponde ai risultati che noi ci siamo proposti.

Non so se quello che vi ho esposto vi interessa o meno, ma vi sto semplicemente dicendo che bisogna applicare alla psichiatria una metodologia di lavoro che consenta di capire se il malato ha il trattamento che gli spetta, se viene trattato bene, se ha possibilità di recupero e se viene utilizzata la metodologia e l'associazione di trattamento più consona e idonea alla tipologia del malato; è chiaro che per quanto riguarda l'asl di Firenze bisognerà cambiare tipologia d'approccio; ci tenevo a chiudere il mio intervento con una diapositiva che mi ha fatto vedere per la prima volta il Direttore Sanitario dell'ASL 10 che mi ha preceduto Carlo Tommasini, dice che se continui a fare quello che hai sempre fatto otterrai quello che hai sempre ottenuto. Quello che otteniamo non ci piace o è poco, quindi vogliamo cambiare perché se non si cambia non riusciremo ad ottenere niente di più. Vi ringrazio.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Tosi. Quello che ci ha detto non fa una piega e non siamo noi a impedirlo: vorremmo proprio che si prendesse atto di quello che è stato detto. Diamo la parola al Dott. Marco Armellini.

La continuità assistenziale nel passaggio dall'adolescenza alla maggiore età

Marco Armellini, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 4 Prato

Questo tema può essere affrontato sotto tanti punti di vista. Quello che ho scelto è quello di affrontare sul perché andare ad affrontare in maniera particolare nella politica dei servizi di salute mentale e nelle politica della salute in generale il problema dell'adolescenza. Capire come i problemi dell'adolescenza si collegano alle altre fasi della vita. Io ho inserito un bel po' di immagini per seguire meglio il discorso anche se possono essere un po' ostiche, visto che riguardano l'attività celebrare che ci servono per capire come certe cose possono avere un fondamento dal punto di vista neuro-biologico dei fatti e delle relazioni. Come aveva fatto già vedere il dottor Tosi, ci sono una serie di imperativi etici, dei nostri servizi che sono innanzitutto l'equità, cioè dare le risorse in base all'entità del problema e non in base alla casualità e la nostra struttura

organizzativa. Ci sono una serie di imperativi etici dei nostri servizi, che sono l'equità cioè dare le risorse in base all'entità del problema e in base alla casualità o alla nostra struttura organizzativa. L'integrazione tra le varie figure professionali e tra le varie funzioni. L'iniziativa, ovvero andare a cercare re i problemi dove sono e non aspettare che siano i problemi a raggiungerci. Quelli che si fa, fa del bene o no? La valutazione ovvero capire se quello che si fa, fa del bene oppure no. Garantire l'accessibilità e la tenuta del servizio e dell'offerta assistenziale: questo è alla base. La continuità era l'aspetto che volevo sottolineare in questo intervento: continuità è un problema di visione evolutiva, bisogna capire come i problemi si sviluppano e come nascono, come le malattie e i disturbi hanno la loro genesi nel corso della vita di una persona. Ci sono problemi di continuità che rimangono permanenti come l'autismo e il ritardo mentale; queste due malattie sono affrontate soltanto nella prima parte della vita di una persona e non sono considerate problemi che riguardano la salute mentale nei servizi degli adulti: in genere trovano altre strade soprattutto nei servizi sociali. Ci sono poi una serie di altri disturbi, come quelli psicotici e i disturbi di umore e di personalità che hanno tante cause determinanti, ma in comune hanno che nel corso dello sviluppo ci sono momenti di particolare vulnerabilità, cioè momenti in cui la persona è più soggetta ad ammalarsi rispetto ad altri momenti. Ci sono due nodi essenziali del ciclo esistenziale che sono l'epoca perinatale (le prime settimane di vita) e l'adolescenza che sono momenti di grande vulnerabilità e sensibilità. In quei momenti siamo più sensibili a fattori negativi, ma siamo anche più veloci nel riorganizzarci. Sono anche momenti in cui c'è una grande attenzione sociale, queste immagini che vedete sono relative all'innamoramento e all'amore materno. Questo per dire che una situazione dell'adolescenza e dell'amore materno hanno in comune anche una base del funzionamento del sistema nervoso: sono entrambe situazioni in cui aumentano l'attenzione alle varie emozioni, aumenta la fiducia negli altri e tutte quelle competenze delle persone che sono legate alla teoria della mente. Siamo più sensibili.

Un'altra figura che mostra il cervello con le strutture che collaborano al nostro funzionamento sociale; possiamo individuare tre nodi essenziali: quello affettivo, dove sono strutturati la parte delle disposizioni e dell'umore nei confronti degli eventi vitali, nella parte centrale c'è invece la parte più cognitiva, e infine c'è una parte più vecchia del nostro cervello che è quella che è legata a stare attenti a quello che succede intorno a noi. Queste tre parti sono implicate nella nascita e nell'adolescenza: quello che una persona sente di poter fare nei confronti degli altri, di quanto può sentirsi capace di essere un attore importante, di quanto può sentirsi protagonista della vita. Questa capacità nasce nelle primissime settimane, quando il bambino si aspetta una risposta dal genitore. Una volta si pensava che i bambini pensassero solo alle proprie sensazioni, alla fame e al sonno. Quello che si è scoperto studiando i bambini piccoli è che sono tutti proiettati all'esterno e sono attenti a capire se chi si occupa di loro ha la possibilità di dare una risposta contingente. Se questo non succede, come può accadere nei bambini istituzionalizzati o che hanno una malattia nel periodo prenatale, le risposte dell'ambiente intorno a lui non sono

perfettamente efficaci. Può arrivare un inserviente o un'educatrice che gli dà una risposta giusta, il giorno cambia turno e c'è qualcuno che non lo capisce per niente. Si attivano tutti i sistemi per capire cosa arriverà. La base è un discorso di rispecchiamento, la capacità del genitore e del bambino di capirsi l'un l'altro. La sensazione di essere compreso nei suoi bisogni essenziali e di trovare un interlocutore con cui iniziare una conversazione è fondamentale per un bambino piccolo.

Un trauma di vario tipo possono portare a perdere questa capacità di vivere in una situazione di reciprocità e di efficacia personale. Fanno emergere altre modalità di conoscere la realtà e di mettersi in rapporto e di sentire se stessi. Un po' come succedeva a Pinocchio, si va a vivere in una situazione di paura e di pericolo e di continua allerta. In pratica succede che se la funzione di attaccamento con le figure genitoriali e di riferimento che prendono il loro posto nelle fasi successive della vita non funziona, il bambino comincia ad averci dentro l'Essere alieno, cioè la persona sente una parte di sé che sente a lui estranea, una parte che non funziona e che non può essere efficace e che non può mai riuscire a risvegliare negli altri una attenzione positiva. Questa per la prima infanzia.

Per quanto riguarda l'adolescenza, questo è un periodo di forte cambiamento fisico e psicologico; ci sono dei grossi cambiamenti a livello del corpo, prima di tutto la pubertà e anche un cambiamento a livello del cervello, del sistema nervoso: i lobi centrali che sono la sede delle funzioni esecutive e del ragionamento complesso cambiano. Diventa diverso il rapporto tra gli affetti e l'intelletto. A livello cognitivo diventano sempre più importanti le funzioni di pianificazioni e di poter immaginare una sequenza di azioni efficace che porta a determinati risultati e sul piano sociale c'è l'adozione di ruoli sempre più adulti. Sul piano dell'identità c'è la differenziazione rispetto alla famiglia e la maturità sessuale.

Shakespeare diceva nel "Racconto D'inverno" che non voleva l'età compresa tra i 13 e i 20 anni o che si dormisse per tutto quel tempo perché in quel periodo non si fa altro che turbare i bambini più piccoli, torturare gli anziani, rubare e combattere.

L'adolescenza come punto di punto di differenziazione rispetto ai genitori.

Gli adolescenti in crisi in realtà sono una minoranza, l'80% vanno avanti con una continuità sostanziale rispetto alla fase precedente. C'è una forte coerenza delle generazioni, questo soprattutto nella situazione di migrazione, inoltre c'è un'omogeneità tra i valori degli adolescenti e della propria famiglia. Ci sono però altre verità più spiacevoli, come il fatto che l'adolescenza è anche il periodo in cui comincia il picco di insorgenza di alcuni disturbi gravi del funzionamento mentale, dai disturbi schizofrenici ai disturbi alimentari, dell'umore, dell'attenzione, della condotta. C'è chi dice che l'adolescenza non esiste, che è un lusso determinato dalle convenzioni sociali. In realtà l'esame delle varie culture, dimostra che un periodo di scelte, di tolleranza, e di grossa preparazione per il futuro esiste in tutte le culture pre-industriali. Ci sono anche dei cambiamenti

biologici: gli adolescenti reagiscono in modo diverso rispetto ad un volto impaurito ad esempio rispetto agli adulti, perché sono molto più attenti agli aspetti emotivi. La partenza è quella della base affettiva e di attaccamento: se un bambino parte da una base non sicura. Tutto questo porta ad un indebolimento nel dare la possibilità di rappresentarsi gli affetti, cioè di dare nome alle proprie emozioni. Diventa più importante l'attenzione alla possibilità di minacce esterne che non all'attenzione a quello che succede a noi e a quello che succede dentro gli altri, un disturbo cioè della mentalizzazione: si crea un eccesso di allerta. Da un punto di vista cognitivo questi ragazzi hanno problemi anche dal punto di vista scolastico perché c'è un problema di pianificazione nell'attività cognitive. C'è un difetto di gradualità e di sequenzialità. C'è una difficoltà a differenziare tra la realtà esterna e la realtà interna. Una dissociazione tra stati affettivi e stati cognitivi. Sul piano dei comportamenti sociali, questo porta a impulsività, aggressività, diffidenza o al loro contrario. E' un funzionamento legato alla parte più antica di noi esseri umani, cioè quello di fuggire e scappare. Questo si osserva molto bene nei casi di abuso e maltrattamento. Degli studi longitudinali fatti su persone che hanno subito abusi e maltrattamenti hanno dimostrato che questi portano a gravi disturbi mentali: in particolare questi portano a disturbi dell'immagine di sé, della regolazione dell'umore, del senso di efficacia personale, della possibilità di capire quello che succede nella mente degli altri e quindi a pensare come propria l'esperienza. Sappiamo che questi sono disturbi comuni dei pazienti che si rivolgono ai nostri servizi; questi disturbi però possono sfociare in altri disturbi, la persona può diventare o abusante oppure ad essere incapace di fare il genitore. Questo era solo per mostrare che chi ha avuto delle gravi esperienze traumatiche ha una irritabilità molto maggiore delle altre persone e delle esperienze dissociative più ampie, e ha anche dei livelli di ansia, di depressione e di rabbia molto maggiore.

In questa immagine, la persona che la osserva deve dire che tipo di espressione vede negli occhi di questa persona: se si va a vedere cosa succede in una persona che ha avuto un abuso fisico e in chi non l'ha avuto, si vede che il primo è molto meno capace di riconoscere le espressioni degli altri. E' l'interazione tra delle componenti che possono essere genetiche e ambientali: anche la depressione maggiore che sembrerebbe avere una componente genetica molto importante, ha un legame molto importante con gli eventi vitali: questo è uno studio di Caspi che dimostra che per diventare veramente depressi ci vogliono eventi avversi nella vita; la genesi dell'espressione complessiva della schizofrenia può avere una serie di fattori eziologici che non sono soltanto certamente fattori biologici; in pratica qualunque aereo per prendere il volo deve avere un sostegno appropriato. La rappresentazione di quello che dovrebbe succedere nell'adolescenza, quale strada prendere? Una strada psicotica o meno? Tra gli adolescenti che arrivano ai servizi, ci sono tantissimi tipi di disturbi che possono essere presenti insieme dai disturbi dell'alimentazione, dell'attenzione, dell'apprendimento e della condotta, dell'abuso di sostanze. Di fronte a questa galassia di espressione del disagio, la cura dovrebbe essere una cura integrata, ovvero un trattamento multimodale, comprendendo gli aspetti del corpo, gli aspetti

interni, la famiglia, la dimensione sociale e cognitiva. In realtà i nostri servizi rispondono con una galassia di risposte diverse e alle volte incomprensibili. Un adolescente non capisce a chi rivolgersi quando ha un disturbo. Soprattutto ci possono essere delle cose incomprensibili come la barriera dell'età dei nostri servizi: fino ai 17 anni abbiamo l'adolescenza, dai 18 inizia il regno degli adulti e quindi ci si trova di fronte a problemi adolescenziali e passare ai nuovi servizi.

Qui nascono tutta una serie di problemi su come affrontare la continuità: tradizionalmente il rapporto tra il servizio è stato un rapporto di invio. Il rapporto di dipendenza non può essere trascurato. Se dobbiamo porci il problema della centralità della persona, dal punto di vista dell'adolescente si deve capire in che direzione muoversi. Io mi adatto ad avere risposte completamente diverse fino a quelle avute finora, fidandomi della persona a cui sono inviato. Questo sistema è comune nel nostro servizio, dove c'è una serie di risposte, con più interventi. Siamo sicuri che questa sia un'esperienza positiva? E' necessario mettersi nei panni dell'utente, anche se difficile da raggiungere. Dobbiamo chiederci se investiamo abbastanza in questo momento. Il problema della prevenzione è fondamentale. Infatti sappiamo che arrivare tardi, potrebbe voler dire non arrivare per niente. Mentre anche per un disturbo grave come la schizofrenia, iniziare il trattamento per tempo, significa salvare la vita di quella persona, non solo dal punto di vista della persona, ma anche per tutto quello che può succedere a tutta la famiglia. La prevenzione è quindi molto importante anche dal punto di vista economico: ci ha fatto vedere prima il Dott. Tosi quali possono essere i costi della depressione. In realtà si vede che i costi della depressione infantile è il 4% del costo affrontato dalla società per questi disturbi. Vediamo qui l'evoluzione dei costi per i disturbi della condotta, quindi soprattutto per i problemi anti-sociali secondo un studio importante fatto in Inghilterra negli anni 60. Si vede come il costo principale dei disturbi della condotta è un costo in termini di giustizia criminale, mentre lo è molto meno dal punto di vista dell'educazione; i costi di una persona che non ha questi problemi sono infinitamente più bassi di una persona che non ha questi problemi.

Vediamo adesso l'evoluzione di ragazzini con disturbi della condotta dopo che all'epoca venivano chiamati delinquenti problematici. Si vede che la probabilità di impiego di un ragazzo con disturbi di condotta è molto più bassa degli altri, e quindi anche di guadagnarsi la vita. E' stato fatto un intervento di educazione dei genitori ad affrontare i problemi di condotta dei figli. Questo studio è stato fatto per circa 20 anni e questo grafico mostra la misura del costo di questo problema non trattato. Se soltanto uno su cinque di quelli che hanno avuto il trattamento va bene, l'intervento preventivo si paga da solo. Nel valutare quindi i costi di prevenzione bisognerebbe essere lungimiranti da poter pensare in termini un po' più lontani rispetto a quello con cui in genere si programma.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Armellini. Ha fatto un bellissimo intervento, però noi volevamo inoltre capire quanto è importante la continuità assistenziale nella cura dei pazienti nel passaggio all'età adulta e capire come si deve agire.

Dott. Armellini

Ritorno al discorso che facevo prima della galassia delle risposte che ci sono nei servizi: gli adolescenti possono trovare risposta in parte nei nostri servizi, ma in parte anche in altri settori e ambiti. La continuità è sul momento tra famiglia, scuola, sistema della giustizia, dell'attività sportive e dei servizi in modo che il ragazzo non si trovi davanti ad una frammentazione patologica degli interventi. La prima cosa fondamentale è poter dire: c'è questo ragazzo con questi problemi, chi è che ci sta dietro? La prima continuità è in questa dimensione. Il momento di continuità è nel tempo e nell'evoluzione: è giusto mantenere un sistema che si basa sugli invii e sull'affidare a chi ha il problema la responsabilità di mantenere la continuità: oggi come oggi sono i pazienti che devono mantenere la continuità; se non si crea un sistema per cui si possono, pur mantenendo le differenze tra chi si occupa degli adulti e chi si occupa degli adolescenti, trovare un modo per non avere un'interruzione nel passaggio: si possono creare per esempio dei gruppi di lavoro a livello dipartimentale o inter-dipartimentale, perché in un ragazzo/ragazza con ad esempio un problema alimentare sono tante le persone che sono coinvolte, e si deve mettere insieme chi si occupa di salute mentale, ma anche di salute fisica, chi si occupa della sua carriera scolastica. Bisogna rompere gli schemi di questi passaggi.

Gemma Del Carlo

Lei la sta facendo questa cosa? Se ne sta occupando personalmente? Se è giusto fare certe cose, perché non iniziare effettivamente in modo da non parlare più al condizionale?

Dott. Armellini

Per farle, è necessario rompere degli schemi e di regole. Non è semplice cercare di armonizzare gli orari di servizio di chi lavora in una struttura con chi lavora in un'altra. Quello che dicevo prima è che i nostri servizi non sono tarati tanto sulla persona, ma sull'organizzazione.

Un primo segnale è arrivato dalla Regione che ci ha dato l'obbligo a tutte le usl di organizzare dei gruppi di lavoro sui disturbi alimentari. In molte siamo riusciti a organizzare dei gruppi di lavoro che non guardano in faccia a chi lavora dove, ma cercano di fare innanzitutto un percorso che parta dalla persona. Si tratta di individuare in particolare nell'età adolescenza dei

gruppi di lavoro, anche considerando il rischio della dipendenza. In molte realtà questa collaborazione tra gruppi di lavoro esiste.

Gemma Del Carlo

Visto che questa collaborazione tra gruppi diversi di lavoro è indispensabile, auguriamo che questo si attui pienamente. Grazie ad Dott. Armellini. Adesso diamo la parola al Dott. Corrado Rossi che presenterà un intervento elaborato in equipe che ha come tema l'abitare nell'ambito del progetto individuale personalizzato.

L'abitare nell'ambito del progetto individuale personalizzato

Corrado Rossi, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 5 Pisa

Buon pomeriggio a tutti. Io sono Corrado Rossi, Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale della USL 5 Pisa, e porto il contributo che è frutto di un lavoro di un gruppo interdisciplinare e interistituzionale che ha coinvolto personale professionale della salute mentale, dei servizi sociali e delle società della salute e aziendale. Attorno alla situazione dell'abitare e della residenzialità dell'azienda USL 5, abbiamo un progetto pluriennale da avviare. Le fonti normative e anche metodologiche che vengono dal famoso 502 del 92, per passare alla legge regionale 72 del 97, il decreto del 229, la legge 328 di riforma del servizio sociale del 2000, fino al DCPM del 2001, e fino il Piano Sanitario Regionale 2005/2007. Nel DCPM vengono fissati alcuni punti fermi nell'affrontare questo problema, che sono le prestazioni socio-sanitarie che devono essere definite tenendo conto la natura del bisogno, con le funzioni psicofisiche, la natura delle attività del soggetto, con le relative limitazioni e le modalità di partecipazione alla vita sociale e i fattori di contesto ambientale, familiare che incidono sulla risposta al bisogno e al suo supplemento, tutti paroloni che devono diventare realtà di fatto anche se spesso non avvengono come dice giustamente la Signora Gemma Del Carlo. L'intensità e la durata dell'intervento assistenziale che deve prevedere una fase intensiva, una fase estensiva e una fase di lungo degenza a seconda dei bisogni, ma anche a secondo dei momenti di un processo esistenziale. Infine, la complessità dell'intervento assistenziale, riferito alla composizione dei fattori produttivi impiegati, professionali e di altra natura, nel progetto personalizzato deve essere alla base di tutti gli interventi.

Quando c'era il manicomio, e dove c'è ancora fuori Italia, la funzione della salute mentale era assolta dall'istituzione totale che sommava in sé tutte le funzioni: la cura e la riabilitazione con tutti i suoi limiti, il contenimento, il controllo sociale e anche l'ospitalità. Le soluzioni erano qualche clinica privata per i facoltosi, qualche ospitalità caritatevole di conventi, l'affidamento in famiglia. In epoca recente al manicomio, laddove esiste, si sono aggiunte residenze intermedie, tra la casa

ordinaria e l'ospedale psichiatrico. La diversa taratura è in termini di cura, di riabilitazione e di protezione sociale. In Italia, dopo il 78, con le legge 180 e 833, tutta la funzione residenziale è assolta dalle strutture intermedie e dalla Casa Ordinaria, e in minima parte dall'ospedale generale nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura per i brevi periodi di terapie intensive che sono necessarie. Il Piano Sanitario Regionale 2005/2007 nel suo allegato 3 fissa il livello di assistenza, le prestazioni, le fonti normative, gli oneri ...

Ci sono diverse tipologie residenziali in salute mentale: per quelle sanitarie abbiamo la comunità terapeutica, il centro residenziale, la struttura assistita, il gruppo appartamento secondo una classificazione che la Regione Toscana ha tentato per mettere un po' d'ordine alle denominazioni in una galassia di cose che spesso assumono i più strani nomi, come casa famiglia, comunità e quanto altro. Il regolamento della legge 5, 40 e 19 che dovrebbe essere attualmente in via d'approdo in Consiglio Regionale fissa una serie di tipologie di tipo sociale: la residenza sanitaria assistenziale dovrebbe essere riservata agli anziani con età superiore ai 65 anni mentre per i disabili dai 18 ai 64 anni la residenza sanitaria assistita con le comunità alloggio. La casa è il luogo di vita dell'utente assistito socialmente oppure oggetto di proiezione eventuale degli operatori della salute mentale. Tra le strutture sanitarie la Regione Toscana le divide per tipologia come avevo spiegato prima:

1. per comunità terapeutica si intende una struttura residenziale ad alta intensità di breve durata di trattamento (uno o due anni) per soggetti giovani e adulti con massimo 12 posti e dovrebbe essercene almeno una ogni dipartimento.
2. il centro residenziale è una struttura ad alta intensità di trattamento e durata a medio termine (3-5 anni) con massimo 15 posti per soggetti adulti con standard un posto ogni 15mila abitanti
3. la struttura assistita è di media intensità terapeutica con media durata (2-3 anni) anche non necessariamente protetta su tutte le 24 ore con 4-6 posti massimo
4. il gruppo appartamento a bassa intensità di trattamento e durata media (3-4 anni) è assistito per fasce orarie diurne e con proiezione per un massimo di 4-5 posti

Per le strutture sociali afferenti al servizio sociale, la normativa in arrivo prevede la residenza sanitaria assistenziale per persone anziane con un massimo di 80 posti divisa in moduli, quella per disabili con età da adolescenziale fino a 64 anni con un massimo 80 posti (due nuclei di 40 posti ciascuno). In una situazione in cui la situazione residenziale si era venuta creando un po' casualmente nel tempo dando risposte non programmate su progetti che avevano una globalità dando risposte in qua e là nel corso del tempo, abbiamo quindi una situazione disaggregata e casuale; c'è stata finalmente l'intenzione espressa dalla società della salute di prendere in mano

finalmente globalmente e in maniera strutturata il problema, e di vedere di darne una soluzione in termini di appropriatezza, di riorganizzazione e dando risposta al problema del rientro di diverse situazioni che se ne erano uscite per mancanza di disponibilità sul territorio stesso. Questa decisione interviene in un momento in cui c'erano già state diverse riorganizzazioni anche se non sistematiche nel sistema aziendale in senso riabilitativo e inclusivo nel territorio con una struttura riabilitativa a Capannoni; il centro poli-funzionale Franco Basaglia ha al suo interno un comunità terapeutica riabilitativa e due gruppi appartamento, inoltre abbiamo la struttura terapeutica-riabilitativa di Terricciola, l'avvio in riconversione a comunità terapeutica di una residenza che viene dal residuo manicomiale a Volterra. Il progetto pisano nasce con l'attivazione di un lavoro inter-zonale delle tre società della salute e dipartimentale interdisciplinare con una propedeutica di una rilevazione delle presenze fuori-zona e di un piano dei possibili rientri, avendo chiara la natura soprazonale del problema procedere ad una mappatura delle risorse, dei ricoveri e dei percorsi e producendo poi un documento progettuale interzonale, approvato dalla giunta delle società delle salute e dall'azienda usl a inizio di questo anno e poi andando alla realizzazione e implementazione del piano. Questa è la realtà della asl, divisa in tre zone con tre società della salute e con questa taratura demografica, per un complessivo di 317000 abitanti, e questo è il frutto della ricognizione posto per posto e caso per caso su cui si è cercata una codifica. La zona pisana è la più grande e quella con il più alto tasso di residenzialità, perché c'è un sistema che storicamente non si è costruito in continuità terapeutica e secondo la nostra valutazione è disfunzionale anche in termini di produzione di cronicità.

Queste sono invece le situazioni della Valdera con in casi fuori Asl che sono in tutto 20 e quelli all'interno dell'asl sono 38; la zona Val di Cecina, che è la più piccola anche se la più estesa ha 20 persone dislocate all'interno della Asl. C'è da dire che questa è una ricognizione che ha riguardato tutta la residenzialità: salute mentale e situazioni di handicap, inserendo l'ex articolo 26. Questo cioè fotografa tutta la residenzialità che afferisce a problemi di natura mentale e connessa e su questo ricostruisce una proposta per una sua riconversione in stabilità di spesa. Il mandato era quello di mettere in moto un processo virtuoso laddove ci sono le attuazioni istituzionali adeguate, di riqualificare e riconvertire il sistema non andando a spendere di più, anzi un pochino meno, ma con una spesa di 4 milioni di euro annuali, dare delle soluzioni e risposte residenziali adeguate evolutive non cronicizzati. Se ci prendiamo in carico tutto il problema e gli diamo le soluzioni più appropriate al problema espresso.

Gli indicatori che abbiamo messo insieme nella conferenza dell'area vasta Nord-ovest e se rapportiamo il numero di situazioni con diagnosi psichiatrica il più allargata possibile alla popolazione abbiamo un indice di residenzialità di 0,49 per mille abitanti all'interno della USL. Con un 19,23% e 30 in numero le residenze fuori asl tre sono ancora fuori Regione. Stiamo facendo tutto un lavoro di rientro e di taratura. In area vasta abbiamo trovato che la media è analoga tranne Livorno: circa uno 0,5 su 1000 abitanti, mentre Livorno 0,31 dove stiamo cercando di arrivare. Il

criterio di fondo era un'attenta analisi della situazione attuale dei bisogni e delle risposte possibili, la programmazione del rientro, il correggere le carenze del sistema e evitare di introdurre noi di nuovi bisogni impropri di residenzialità. Dobbiamo mettere in moto tutto il sistema e dobbiamo evitare di infilarci in un sistema nuovo.

Individuare soluzioni appropriate, non statiche ed evolutive, capaci di rispondere ai bisogni impropri che si sono determinati in situazioni di servizi non appropriati a cui occorre dare risposte senza pregiudicare il futuro.

Consolidare le capacità terapeutiche e riabilitative degli interi sistemi zionali e dipartimentali di salute mentale. Sul piano metodologico questo significa confermare prassi adeguate, con il rafforzamento di una mentalità riabilitativa e evolutiva dei servizi, perché si può e si deve migliorare e se c'è impegno e appropriatezza qualsiasi caso può migliorare. Anche con l'invio più precoce e meno residuale finale, cioè non aspettare di inviare a residenza quando si è straziato tutto. Le strutture riabilitative chiedono di accogliere il più possibile precocemente, quando si pone il problema dell'avvio alla cronicizzazione per vedere di mettere in moto abilità che non si sono sopite, oppure di instillare abilità che non si sono mai attivate su un terreno che è ancora fertile al cambiamento. Infatti una cosa è intervenire su un ragazzo di 20-25 anni e una cosa è intervenire su una persona di 65.

Il consolidamento operativo delle strutture riabilitative esistenti e residenziali e semi-residenziali come i centri diurni con programmi di riabilitazione territoriale integrati con programmi di inserimento lavoro per il tempo libero, l'auto aiuto che ha avuto un grande sviluppo e sta dando una mano seria al processo, avendo la persona al centro del progetto riabilitativo.

Sul piano organizzativo strutturale si tratta di organizzare in maniera coerente a tale obiettivo le unità funzionali. Non si può isolare il problema delle residenzialità dal resto dei servizi. In zona pisana occorre superare la separatezza: come diceva il Prof. Cassano stamani, sembra che finalmente un processo virtuoso si sia messo in moto per fare ognuno le proprie cose e integrarsi in sinergia; se mettiamo in rete e tutte vanno sulle stesso progetto secondo noi avremmo dei risultati molto importanti. Occorre strutturalmente superare la separatezza tra il livello ospedaliero e l'istituzione SPDC gestito dal dipartimento, in collaborazione organica con l'Università nell'ambito di un progetto integrato per la salute mentale aziendale di cui vi ha esposto le linee il Prof. Cassano stamani.

Adeguare i centri di salute mentale: nella zona Valdera, una sede più adeguata e il nuovo SPDC è stato inaugurato. In alta Val di Cecina significa mantenere a livello attuale il completamento della trasformazione della Morelle 2 in una comunità terapeutica.

Si tratta di consolidare le strutture esistenti, cioè le comunità terapeutiche del Centro Basaglia con 8 posti, di Terricciola con 8 posti, del Morelle 2 Volterra con 12 posti; i centri residenziali sono 3 a Pisa e 2 in Valdera per 13 posti e 7 e i gruppi appartamento. Queste sono le

strutture attuali che vanno rafforzate. Ci sono alcune strutture esistenti da riconvertire, la residenza di Capannoli e la RSA di Volterra che ha 14 posti da trasformare in residenze sociali assistite per disabili. Strutture sociali che non perdono la loro funzione riabilitativa.

Ci sono strutture zonali da costruire e questo è un grosso lavoro. Se ci fossero state avremmo potuto gestire internamente molte situazioni. I gruppi appartamento nella zona pisana ne servono quattro o cinque, ci sono degli avvii; nella zona Valdera due-tre, nella Val di Cecina uno. Inoltre ci sono dei processi fondamentali da avviare, che nella nostra zona non sono mai stati avviati che sono gli accordi di programmi con i comuni per la casa, perché tutto questo sistema deve essere una pompa che pompa nel sociale e che porta nella naturalità del vivere assistito. Questo è fondamentale perché lo 0,3 virtuoso viene da una ricchezza che non ha eguali in altre zone di disponibilità di case, sia in dotazione come strutture del dipartimento di salute mentale che sono cinque o sei, soprattutto Livorno ma anche fuori, sia appartamenti che sono stati dati da persone che escono dal circuito della salute mentale e che permettono di portare nel tessuto sociale persone che altrimenti restano compresse dentro quella residenzialità. Le case sia specialistiche sia aspecifiche sono fondamentali per aprire verso la comunità questo sistema.

Abbiamo inoltre delle strutture inter-zonali, se vogliamo compiere delle azioni di rientro e di presa in carico delle situazioni ci sono molte cose da fare: una residenza assistita piccola di circa 20 posti per casi gravi divisa in due moduli una ad alta intensità assistenziale per soggetti con handicap, sia ad altri ad alta capacità di controllo per soggetti psichiatrici. Qui il piano è già partito, è iniziato un piano di investimenti a Volterra per dare avvio ad una soluzione di questo genere.

Per concludere una struttura residenziale per handicap non è salute mentale, afferisce un servizio contiguo a cui la psichiatria dà il suo contributo. Il tutto dando nel momento dell'attuazione la flessibilità sufficiente per non irrigidirsi soprattutto per quanto riguarda le strutture anche se piccole, in cui deve essere inserito un meccanismo che le vada a superare assottigliandole per trasformarle il più possibile verso la configurazione di casa il più normale possibile. Questo è un po' lo stato dell'arte e fortunatamente sono partiti per la serietà del progetto istituzionalizzata i progetti "Le chiavi di casa", con la messa a disposizione di 6 appartamenti. Devo constatare e dire che troviamo una certa rigidità da parte dei Comuni a rispondere agli accordi di programmi; se non superiamo questa resistenza rimaniamo per quanto in un sistema migliore confinati in sistema specialistico senza integrarsi nella comunità. Vi ringrazio della pazienza.

DIBATTITO

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Corrado Rossi e iniziamo con il dibattito.

Ania Franceschini

Buonasera a tutti. Mi chiamo Ania Franceschini: la nostra associazione è la new entry del Coordinamento Toscano e per questo vorrei fare una breve presentazione per fare capire a chi non ci conosce chi siamo e cosa vorremmo e che cosa stiamo facendo. “Comunicare per crescere” è un’Associazione di volontari e di familiari che si occupa di Salute Mentale; è nata nel 2001 in conseguenza di una cultura sviluppata nei gruppi di auto-aiuto con il proposito di essere di stimolo e di controllo nei confronti delle istituzioni socio-sanitarie e per promuovere e condurre gruppi di auto-aiuto per i familiari. Il rapporto famiglia-servizi si è costruito nel tempo e non è stato sempre facile trovare un linguaggio comune per interagire al meglio. Una riflessione è da farsi a distanza di tempo: tutti gli operatori vedono la famiglia come una risorsa? Gli psichiatri di riferimento vedono lo strumento dell’auto-aiuto come un’opportunità davvero importante? Se non c’è questo convincimento riteniamo difficile che le famiglie vengano indirizzate. La prima necessità che abbiamo avvertito come associazione è stata quella di fare formazione per affrontare meglio dapprima la gestione della comunicazione all’interno delle famiglie laddove c’erano situazioni di disagio e di conflittualità e dopo la comunicazione con l’esterno, con la società, con i servizi e con i media: troppo spesso vediamo come una comunicazione non corretta possa contribuire a creare stigma e pregiudizio su questo tipo di patologia. Abbiamo lavorato in questi anni per essere parte attiva alla progettazione di soluzioni rivolte al sostegno di utenti e di familiari per affermare che nella complessità del disagio mentale l’integrazione della cura sanitaria deve essere fatta mettendo in atto una molteplicità di interventi. Affermiamo che la presa in carico precoce è fondamentale come anche la continuità di intervento fra infanzia-adolescenza e maggiore età. Una criticità nel nostro territorio è la gestione della crisi acuta che non ha ancora trovato delle risposte del tutto soddisfacenti al nostro modo di vedere. Se da una parte si cerca di intervenire nel modo più efficace possibile da parte dei servizi per prevenire i trattamenti sanitari obbligatori, quando questi si rendono indispensabili, il servizio non è in grado con i posti letto disponibili di far fronte a queste emergenze. L’alternativa è per noi Livorno o chissà dove e pensiamo al disagio delle famiglie che vengono dall’isola d’Elba. Questa necessità del territorio contrasta con le necessità dell’area vasta? Non lo sappiamo e attendiamo risposte. Dopo il superamento della crisi si devono attivare tutte quelle azioni che permettano l’inserimento del cittadino-utente nel contesto sociale tenendo conto delle sue capacità, delle sue soggettività e delle sue capacità, del suo diritto a lavorare a non essere stigmatizzato. E’ progettando intorno a tutto questo che la persona è davvero al centro della sua cura. La nostra associazione nel suo percorso di crescita ha capito che rivendicare i

propri diritti è una cosa molto importante, ma essere propositiva nello spazio che ci siamo conquistati è ancora più importante. Da questo l'impegno affinché una commissione specifica della salute mentale, della quale noi abbiamo fatto parte, lavorasse alla stesura del piano integrato della salute della società della Salute della Val di Cornia. La consapevolezza che non si può agire da soli ci ha spinto a trovare dei collegamenti con le altre associazioni di familiari e di utenti della nostra ASL. Il compito ci è stato favorito dal Dott. Pini con la progettazione in rete di alcune idee che poi sono diventate lavoro comune. Facciamo oggi un ulteriore sforzo aderendo al Coordinamento Toscana sapendo già in partenza che la lontananza geografica non è favorevole, ma con la consapevolezza che le reti hanno una importanza fondamentale dentro le programmazioni. Dopo aver tentato di spiegare chi siamo e cosa vorremmo vorrei presentarvi che cosa stiamo facendo nella convinzione che parte integrante del percorso riabilitativo di un cittadino-utente è il lavoro e che il lavoro è anche un diritto con il contributo della Regione Toscana abbiamo avviato un'attività produttiva di qualità nella quale hanno trovato occupazione quattro nuovi utenti della Salute Mentale. La formazione ha dato loro le competenze per un primo approccio nel settore dell'apicoltura: intorno a questa attività si sono sviluppate altre attività collaterali che coinvolgono la rete degli utenti di tutta la ASL 6. Dal campo al mercato è la seconda azione che questo progetto vuole fare, attivando la vendita del miele su tutto il territorio provinciale in mercati e fiere. Il mezzo di trasporto che l'associazione ha comprato permetterà ad alcuni utenti dell'associazione "Il Gabbiano" di gestire questa attività. E' nostra ferma intenzione di non interrompere questa piccola impresa che ha cominciato a produrre non solo miele, ma anche stare insieme, uscire, lavorare e consapevolezza di potercela fare da parte dei nostri ragazzi. L'energia è ora concentrata nell'ampliare questa esperienza in un'attività più grande che offra la possibilità di lavoro ancora più concreta aperta all'accoglienza e al turismo sociale inserita attivamente nel tessuto sociale del nostro territorio. Il progetto è stato condiviso con i servizi di salute mentale ed è stato inserito nella programmazione del piano integrato della salute. Auspichiamo che anche la Regione Toscana faccia suo questo progetto trovandolo in concreto uno strumento per fare salute mentale per ottenere una risposta alle tante esigenze che questa problematica richiede. Vi ringrazio.

Gemma Del Carlo

Grazie e passiamo adesso la parola al Signor Calosi Sergio dell'Associazione "Camminiamo Insieme"

Sergio Calosi

Buonasera a tutti. Mi sento di dire qualcosa: dal Convegno di Empoli dell'Area Vasta a quello di oggi faccio questa richiesta: io sono nel direttivo dell'associazione "Camminare insieme" di Empoli e mi trovo ad operare volontariamente per collocare al lavoro ragazzi con questi

problemi. Attualmente ce ne sono 25, 5 abili e 25 disabili, 8 assunti e 17 in inserimento terapeutico. Nel 2002 questo è partito con solo 2 persone; questo vuol dire che mi servirebbe per continuare a lavorare che si discuta e possa confrontarmi con altri, perché sia da un punto di vista medico, sia da un punto di vista di carattere sociale e familiare vorrei vedere se questa cosa che vogliamo fare è inquadrata in un modo serio oppure no. Io avverto che è importante perché tutti gli inserimenti lavorativi che ho in mente sono di una persona, allora questa collocazione è molto staccata e quella persona si sente isolata perché ce ne è solo una con certi problemi. Ho visto dall'esperienza che due o tre ragazzi insieme ad una persona abile che abbia anche delle capacità professionali per essere adeguata per stare con loro e che lavora con loro. Alcune persone insieme in gruppo fa l'azione di stare insieme che poi serve anche per loro. Servirebbe un'azione di confronto e su questo non vedo grosse cose. Siccome mi dà l'idea che in quello dove sono io ci sono 25 persone disabili mentalmente vorrei confrontarmi con altri per vedere se si fanno le cose bene o se si potrebbero fare meglio. Intanto 5 abili e 25 disabili significa che intorno a quei 5 abili, i 25 girano intorno ad essi.

Gemma Del Carlo

Il tema del lavoro non l'abbiamo affrontato perché presto ci sarà un'altra iniziativa regionale per parlare del lavoro. Però è un tema molto importante che va affrontato. I percorsi lavorativi vanno diversificati, se una persona può andare a lavorare all'esterno deve essere messa in condizioni di poterlo fare. Diamo adesso la parola a Kira Pellegrini che ha chiesto di intervenire.

Kira Pellegrini

Buonasera a tutti. A conclusione della giornata vorrei dire alcune cose riguardo a tutto il lavoro che c'è stato oggi. Il Power Point è un grande mezzo, ma ne ammazza anche tanti, perché ci avete sommerso. Vorrei lanciare una proposta per il prossimo convegno. Oggi c'è l'Assessore Savaldori che spero ci sosterrà in questo. Avrei la richiesta di un interesse a livello politico, del consiglio regionale sulla Salute Mentale perché le cose sono in evoluzione e stanno cambiando e noi abbiamo bisogno di un'attenzione forte a livello regionale. Io **penso** che sia importante oltre al confronto un piano di educazione alla salute, di lotta allo stigma regionale che fosse ripreso in mano dalla Regione. Vorrei inoltre che il prossimo convegno **presentasse concretamente buone pratiche** e vorrei che si partisse dall'esperienza di alcune persone che sono state meglio attraverso alcuni percorsi **di cura** che sono stati attivati in Toscana. Per cui, non so, si potrebbe cominciare con questo che è anche proprio semplice: andare a vedere nelle proprie Unità Funzionali. Poi per esempio alcuni argomenti: il passaggio dall'adolescenza agli adulti vorrei che venisse presentato un protocollo, una pratica, un qualcosa che viene fatto da qualche parte, e magari potrà essere proprio il Dott. Armellini che lo presenta l'anno prossimo, ma **concreto, non**

ipotetico- del tipo “ noi abbiamo fatto questo, questo ha funzionato, questa è una criticità, vediamo come si può mettere insieme chi lavora con l’adolescenza e chi con l’età adulta”.

Sul lavoro, anche questo abbiamo visto che è un concetto serissimo, vorrei esperienze positive in cui il progetto personalizzato **ha** tutti gli aspetti, quindi quello della casa, del lavoro, e vedere le persone che progresso hanno fatto nel giro di un anno, due anni nel percorso di autonomia, attraverso queste **esperienze** che sono state **fatte**. **C’è** il Centro per l’impiego della Provincia, che ha dei tutor a disposizione per l’accompagnamento, io, **a Pistoia**, in tutte le situazioni in cui alcuni ragazzi avevano avuto un lavoro e hanno smesso di lavorare, non si è mai visto nessuno della **Provincia** che si è reso conto che questa persona stava per smettere di lavorare perché non reggeva le relazioni. Allora chi è che non l’ha sostenuto in questo percorso? Vorrei che ci fosse proprio qualcuno che dicesse: “Noi per il lavoro facciamo questo, li sosteniamo in questo modo e se poi hanno una crisi, li riprendiamo e li aiutiamo a ripartire”. Ecco, questo mi piacerebbe vedere.

La residenzialità, io non ho più voglia di vedere liste: gruppi appartamento, le residenze assistite, anche lì ci vuole un percorso continuativo dove ci sono tutte queste. Per dire, queste cinque persone in due anni hanno fatto questo salto di qualità e di autonomia nel proprio percorso di vita. E presentateci questo, con un bel power point che si capisca tutti.

L’altra è la formazione, abbiamo individuato che la formazione è necessaria per tutti: dagli utenti, ai familiari agli operatori. Allora qualcuno che fa un bel progetto di formazione basato proprio su questi nuovi elementi che stanno emergendo. Questo del protagonismo degli utenti. Allora questo credo che sia davvero compito dei DSM: aiutate i familiari a capire : uno- che bisogna lasciarli andare, due- che bisogna aver fiducia, però ci deve essere anche qualcosa che li accoglie, ci vuole un paracadute, almeno noi crediamo questo. Un bel percorso di formazione su questo in cui siano coinvolti, magari anche non insieme, anche separatamente, ma comunque tutte le componenti. E poi dobbiamo tutti renderci conto che bisogna anche valutare quello che facciamo tutti. Io sono stata un’insegnante e so che **la valutazione è la cosa più difficile da far accettare agli insegnanti**, non dei ragazzi, che quella era facile, ma del proprio operato. Se si parte dal presupposto che tutti vogliamo che le cose vadano meglio, e che ci accettiamo anche nella nostra, a volte, capacità di sbagliare, incapacità a risolvere determinati problemi, ma con le nostre competenze, con la nostra voglia di fare, la nostra volontà di partecipare, però poi dopo evidenziamole le criticità e lavoriamoci. Ecco, mi sembra che non ci sia da parte dei dipartimenti, questa volontà di valutare quello che c’è, quello che viene fatto. Questo vuol dire vedere il positivo e valorizzarlo e farlo diventare sistema, potenziandolo, e andare a vedere gli aspetti negativi e difficili e cercare di eliminare quelli. Ecco, io credo che se per l’anno prossimo ci si pone per tutto l’anno davanti degli obiettivi concreti per riuscire poi a trovare delle buone pratiche che funzionano, **alle quali il nostro convegno annuale potrà fare da cassa di risonanza**, forse si riuscirà tutti a vedere una strada fuori dal tunnel. Grazie.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo Kira e se non ci sono altri interventi diamo la parola all'Assessore Salvadori.

Gianni Salvadori, Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana

Vista l'ora e data la lunga giornata di discussione che avete affrontato, oltre ai power point che indubbiamente appesantiscono l'attenzione, andrò rapido anche perché ho l'impressione che sui problemi meno ci si gira intorno e meglio è.

Vorrei seguire un po' le riflessioni che ho ascoltato negli ultimi tre interventi, in particolare quello di Kira, e dire che cosa? Innanzitutto credo anch'io che sia il caso di dare rilievo politico al tema della salute mentale in Toscana. Per fare questo vedo due strade, ma possiamo vedere se nel corso del tempo ne troviamo altre, due su cui mi prendo un impegno immediato e sul quale verificheremo il prossimo anno quanta strada abbiamo compiuto.

La prima, a me sembra di capire, è che occorre mettere ordine alle cose che facciamo, cioè definire bene che cosa sta avvenendo all'interno del territorio toscano in materia di intervento sulla salute mentale. Guardate bene, non parlo tanto dal punto di vista sanitario, su cui presumo che le cose abbiano una loro organicità di intervento e in ogni caso mi riguardano parzialmente, quanto da un punto di vista sociale, quindi il tema dell'abitare, il tema del lavoro, le esperienze. Perché alla fine penso che non dobbiamo più lavorare per sperimentazioni ma per migliori pratiche ed estendere le migliori pratiche pur sapendo che probabilmente ogni caso è un caso a se stante e che quindi non possiamo permetterci di agire "a fotocopia" ma dobbiamo utilizzare intelligenza per adeguare le buone pratiche alla realtà. Certo è che se partiamo da buone pratiche che in una data esperienza hanno funzionato adeguandole, credo possa essere il metodo migliore. Per questo poco fa ho chiamato Galileo per chiedere se era possibile rapidamente mettere in piedi un tavolo con le vostre rappresentanze per concordare un lavoro comune su questa cosa. Io però ora vi pongo un problema che nasce dal dato che voi siete una miriade in Toscana ed è difficile dialogare con tutti. Primo problema che abbiamo è con chi dobbiamo dialogare, poiché se escludiamo qualcuno quel qualcuno si arrabbia; se includiamo tutti, vai a saper tu se poi sono tutti. Secondo, non si lavora. E allora io sarei dell'opinione di lasciarvi come impegno serale di riflettere su come risolviamo il problema della rappresentanza, considerando che se ragioniamo secondo i meccanismi tipici, dove uno partecipa e poi ha il raccordo con gli altri, potrebbe essere la cosa migliore e più funzionale. Se voi rapidamente date questo segnale a noi, a Galileo, noi metteremo in piedi la cosa per affrontare quel tema che vi dicevo.

La seconda cosa che invece credo sia utile fare è nel campo nostro, ed è l'integrazione interdipartimentale, perché alla fine rischiamo anche di spendere con scarsa efficacia le risorse che sono destinate ad affrontare o ad attenuare questa problematica. Perché abbiamo il tema dell'abitare che coinvolge istituzioni locali e assessorato all'urbanistica, abbiamo il tema del lavoro

che coinvolge un po' me e, certamente, l'assessorato al lavoro, abbiamo il tema plurale e quindi noi dobbiamo in tutti i modi cercare di integrare. Io su questo mi faccio carico di costruire un incontro, anche qui fra dirigenti nella nostra Regione, per dare una visione di insieme a questa modalità con cui la Regione interviene su tali problematiche. Questo potrebbe servire anche a dare organicità all'intervento altrimenti rischiamo che ciascuno lavori senza avere una visione d'insieme delle questioni.

Queste due cose, visto che siamo stanchi, l'ho messe per prime così che non ci siano fronzoli e si possa lavorare rapidamente.

Anche perché io voglio dirvi che i problemi che ho sentito porre nel corso di questi ultimi interventi, sono i problemi che, per quanto mi riguarda, rappresentano le priorità da affrontare sul tema della disabilità in Toscana. Vedo sicuramente un tema dell'abitare su cui noi lavoriamo già da tempo. Abbiamo fatto delle sperimentazioni per tentare di costruire una casa che, con gli accorgimenti collegati alla lomotica, sia più rispondente alle attese e alle condizioni di chi vi deve andare ad abitare per garantire maggiori spazi di autonomia e di indipendenza.

Ho sentito una cosa dal dott. Rossi di Pisa che a me convince, se l'ho capita bene, che è quella di dire: a parità di costo possiamo fare esperienze che ci consentano di avere i familiari più vicini a casa, agli affetti, e come dire in strutture più adeguate? Mi veniva spiegato che abbiamo centinaia di persone toscane in strutture fuori Toscana. Allora iniziamo a costruire un percorso legato a questo: da un lato la lomotica, da un lato questo, da un lato il coinvolgimento delle amministrazioni locali, per tentare di costruire un progetto. Poi certamente io non mi illudo e anche se le cose le dico semplici immagino che fare una cosa come questa sia una fatica disumana per chi la sta facendo e, per quello che mi impegno a fare, ancora più faticoso. Credo però che sia obiettivo.

L'altro è il tema del lavoro: io parto dal presupposto che per tutti il lavoro è condizione di dignità e siccome per queste persone il lavoro può rappresentare, oltre alla dignità, anche funzione terapeutica è ancora più importante. Dobbiamo su questo ragionare molto, perché io sono d'accordo sull'inserimento all'interno delle imprese, delle aziende, dei soggetti pubblici, perché è utile e giusto fare questo, ma l'impressione che ho è che occorra trovare delle formule che affianchino al lavoro il seguire la persona. E queste formule o le troviamo con le cooperative sociali oppure è difficile trovarle, perché in un'impresa, lui che mi sembra stia facendo questo mestiere, alla fine o c'è una forma di filantropia, o il meccanismo si interrompe, oppure la persona non è seguita e noi non possiamo permetterci questo. Allora sul lavoro dobbiamo fare una riflessione e avere un'impostazione adeguata. Io ho sollecitazioni da grandi strutture della cooperazione per far nascere in Toscana esperienze che già sono presenti in altre regioni che vadano su questa strada. Credo che sia opportuno trovare imprenditori disponibili a dare lavoro a queste strutture. Questo a mio avviso è l'impianto. Poi a questo dobbiamo sommare sicuramente un pezzo di formazione in anticipo, formazione non solo per chi deve andare a lavorare, ma per gli educatori o come si

vogliono chiamare. Io su questo credo sia utile quel tavolo a cui facevo riferimento per individuare quelle due, tre, quattro cose buone, verificate, su cui lavorare e poi spingersi. Darò anche corso a queste sollecitazioni che vengono fatte da questi grossi consorzi che lavorano su questo tema, perchè mi risulta siano cose interessanti, a cui ho chiesto una sola cosa e cioè che le esperienze di impresa che possiamo aiutare a far nascere debbano avere tra gli obiettivi quello dell'equilibrio economico, perché se noi partiamo dal presupposto che queste non raggiungono l'equilibrio economico le chiudiamo massimo dopo tre anni e io non me la sento di percorrere una strada di questa natura perché sarebbe una foglia di fico. Io fra due anni e mezzo spero di fare altro, non in Regione, da altre parti, ma non vorrei mettere foglie di fico a nessuno perché credo che non sia una cosa corretta da parte di un' Istituzione, da parte di chi vuol governare una realtà. Quindi su questo aspetto noi dobbiamo lavorare in questa dimensione. Non voglio dare illusioni, perché la cosa la vedo complicata più del normale, però vedo in Toscana, in giro per i mondi imprenditoriali che frequento, che mi capita di incontrare in occasioni come questa, un' attenzione particolare al sociale oggi: cioè tante imprese medio grandi credono che il rapporto con il sociale sia importante. Io mi illudo che questo significhi anche un po' ragionare intorno alla funzione sociale della ricchezza, però, come dire, se non ci fosse questo punto di arrivo, mi sembra comunque di sentire questo impegno, questa strada che si va a percorrere. Io non sono pessimista sul percorrere questa strada che non è facile, ma nemmeno impossibile.

L'ultimo obiettivo che noi ci diamo è quello del "Dopo di noi". Noi l'abbiamo chiamato "Con e dopo noi" nel Piano Integrato sociale perché dobbiamo vedere di costruirlo da subito, senza pensare di aspettare chi sa che cosa. Su questo noi abbiamo lanciato l'idea delle Fondazioni di partecipazione. Ci sono importanti strutture finanziarie del nostro paese che stanno strutturando esperienze che seguono questa lunghezza d'onda e vediamo se questa cosa si riesce a intrecciare, perché alla fine il nodo vero su questo aspetto è di nuovo il nodo finanziario. A questo punto noi abbiamo uno strumento in Toscana. Voi sapete che abbiamo lanciato uno statuto tipo e ora vediamo come coniugare tutte le esperienze che stanno nascendo in Toscana, alcune anche strane. Credo che queste cose debbano nascere dal basso, dalle famiglie, la priorità è la costruzione del rapporto tra le famiglie, e non dall'alto, dove l'Ente Locale chiama dieci famiglie e dice: "Allora cosa facciamo?". Poi c'è anche questo problema: che le famiglie non dialogano tra di loro. Dobbiamo quindi fare un grande lavoro, cercando di trovare il modo giusto per approcciarsi a ogni realtà, ma l'obiettivo, a mio avviso, deve essere quello che le famiglie debbano dialogare tra di loro altrimenti questo non nasce; nasce un'altra cosa, nasce un servizio dell'Amministrazione locale, sempre importante e dignitoso, ma non nasce ciò che permetterà domani di assicurare vita dignitosa e lunga a queste persone, di essere seguite fino alla fine. Perché, come dire, noi su questo ci lavoriamo in maniera vera. Mi auguro anche su questo di fare, come adesso, un progress tra un anno, un progress completo, perché, appunto, questo intreccio con la realtà finanziaria va adeguato alla Toscana. Non possiamo pensare di prendere una realtà finanziaria e di portarla qua

in Toscana perché il mondo è diverso, prendiamo la Lombardia rispetto alla Toscana, pur adeguandolo, alla fine, le esperienze fanno patrimonio e quindi dobbiamo tentare.

Io c'ho ragionato a lungo, abbiamo fatto un convegno insieme e ci siamo "annusati" a dovere e a questo punto credo di cominciare a capire come queste esperienze possano diventare Toscani e come a quel punto poterle presentare alla gente, perché se io non credo che le cose siano utili non sono un gran venditore. Quando invece sono convinto che la cosa è buona, a quel punto mi spendo fino in fondo perché la reputo tale. Ora mi sembra che ci siamo "annusati" a dovere e si può tentare un passaggio di traduzione in linguaggio toscano di un'esperienza che non è toscana. Vediamo anche se su questo siamo operativi, nel senso non solo di avere uno statuto e quindi parlare di fondazione di partecipazione, ma anche affrontare il nodo finanziario che è, ripeto, il nodo fondamentale, senza la soluzione del quale, questa roba non decolla.

Su queste tre cose sia possibile lavorare nei prossimi mesi con determinazione. Noi ormai lo strumento per lavorarci ce l'abbiamo, abbiamo il Piano Integrato Sociale approvato il 31 di ottobre che definisce anche un sistema che mi preme sottolinearvi, perché poi siete voi a vivere distribuiti nel territorio: noi abbiamo fatto una scelta con questo Piano Integrato Sociale e cioè che il sociale in Toscana non viene governato e progettato a livello regionale. Noi a livello regionale diamo indirizzi e impostazioni perché dobbiamo avere un' omogeneità in Toscana, però riteniamo anche che ogni territorio abbia le proprie specificità. Quindi siccome nessuno di noi mette le scarpe che non si adattano al proprio piede, dobbiamo in ogni modo pensare di costruirci le scarpe in ogni distretto della Toscana. Per questo noi abbiamo costruito un meccanismo che è così fatto: nel territorio andiamo a costruire patti tra istituzioni locali e tutte le realtà sociali del territorio che vi operano, hanno un lavoro, e hanno interesse a manifestare i propri bisogni. Questo perché noi abbiamo un buon sistema sociale in Toscana, pensato, voluto e costruito su bisogni che via via sono stati adeguati, ma che hanno una sedimentazione strutturata all'incirca quindici-venti anni fa. Quindi quegli stessi bisogni probabilmente si sono modificati nel tempo; sicuramente se ne sono aggiunti alcuni. Per esempio, per quanto riguarda la salute mentale, sicuramente la consapevolezza non era come oggi. Ma io ve ne cito due sui quali non vi è discussione alcuna sul fatto che rispetto a venti anni fa le cose non sono più così: l'invecchiamento della popolazione con i problemi che apre; la presenza di migranti per le questioni di uguaglianza che apre. Almeno fosse solo per queste tre questioni, noi dobbiamo ripartire dai bisogni e rivederli.

Quando parlo di rivedere i bisogni, l'altra faccia della medaglia sono le risorse per rispondere ai bisogni che probabilmente si sono manifestati. Dunque razionalizzare l'esistente, ma non abbiamo pensato solo a razionalizzare, noi abbiamo immesso, tra virgolette, sul territorio, circa dieci milioni di euro aggiuntivi per la gestione delle politiche sociali, andando a costruire un sistema fondato sui patti, che vi dicevo, per la gestione di queste risorse. Ieri ero nella zona dell'Amiata grossetano che spende annualmente la cifra più bassa come zona di tutta la Toscana. Noi lì andiamo a dare contributi che vanno ad aumentare con il nostro solo impegno più del 30% di

quanto annualmente mettono nella zona. Il che vuol dire che andiamo a immettere tali risorse che se gestite correttamente possono dare risposte importanti agli abitanti di quella zona. E così nel territorio. Quindi non abbiamo solo fatto uno schema ingegneristico del sociale toscano che a mio avviso rivolta completamente, perché voi pensate che vuol dire dare un ruolo alla Gemma Del Carlo a Lucca, o a voi nel territorio, che va a discutere con le istituzioni e dice: "lo ho anche questo problema". E se non c'è l'accordo, il patto non si firma. Innescare questo meccanismo di dimensione politica nel territorio vuol dire dare spazio alla cosiddetta sussidiarietà, a voi che lavorate, che siete lì a vivere i vostri problemi e i nostri problemi. Abbiamo dato voce in maniera forte e autorevole a tutta una serie di realtà. Questo risolve il problema. Io lo so che ci sono dinamiche particolari per cui nel territorio è sempre dura, lo so che non risolvo i problemi e che non ho, con la bacchetta magica, fatto un miracolo; penso comunque di aver impostato un meccanismo che può permettere un nuovo dialogo all'interno del territorio. Io di questo ne sono assolutamente certo. Quindi va attivato e ognuno si deve attivare su questa cosa. Con questo potrei anche concludere perché è di fatto lo schema nuovo che mi interessava dirvi e trasmettervi perché lo possiate utilizzare all'interno della dimensione territoriale. Il quadro è questo e così vi ringrazio.

Vorrei veramente che il prossimo anno questa occasione di incontro rappresentasse per me e per voi un'occasione di verifica del progress che ci siamo detti questa sera e in questo senso mi auguro veramente da avere il prossimo anno cose reciproche da raccontarci in positivo, per dare una risposta ai nostri concittadini e a tutte queste persone che molti di voi chiamano ragazzi, ma che ragazzi, in tanti casi, non lo sono più e che devono avere un'attenzione dedicata e particolare da parte delle Istituzioni. In questo senso credo si debba lavorare, perché altrimenti veramente uno dei grandi obiettivi che abbiamo di costruire una società più giusta, più coesa, più a dimensione umana, sicuramente viene colto meno.

So che voi sarete pungolo importante per stimolarci a far sì che queste cose si facciano e quindi ci rivedremo presto con quell'impegno che dicevo all'inizio.

Grazie.

Gemma Del Carlo

Io volevo chiedere alcune informazioni all'Assessore per quanto riguarda la Fondazione partecipata del "Sempre Con Noi" che riteniamo una valida alternativa per le persone con gravi difficoltà, che hanno bisogno di essere seguite totalmente, mentre le altre persone più autonome devono essere seguite dai servizi che ci auguriamo siano integrati sul territorio.

Se non c'è un vincolo per gli Enti Locali e le Aziende USL, che li spinge ad un impegno preciso e a stabilire delle quote di partecipazione, risulta difficile attuarla. Io ci sto provando su Lucca. Le Fondazioni Cassa di Risparmio di Lucca e Banca del Monte di Lucca hanno garantito che ci daranno un contributo. Un Comune però mi ha offerto mille euro, al che dico che bisogna che ci sia un impegno maggiore e cioè delle quote di partecipazione continuative perché io non vorrei, come

ha detto lei, mettere in piedi una cosa che dopo un anno si chiude, ma vorrei che questa cosa partisse, che avesse continuità perché non si può creare una casa famiglia per cinque o sei persone e poi, quando c'è da aprirne un'altra, non ci sono le possibilità. Quindi bisogna organizzare un sistema che dia garanzia anche per realizzarne di nuove. Io credo molto nella Fondazione partecipata, però sono anche una persona concreta e determinata e dico che la questione economica è determinante.

E per quanto riguarda poi l'altro discorso della partecipazione ai tavoli istituzionali, noi siamo come Coordinamento 23 Associazioni, io mi posso prendere l'impegno di rappresentare queste 23 Associazioni, le altre non posso cercarle io; se vengono nel Coordinamento e hanno i requisiti per entrare sono le benvenute, altrimenti tocca alla Regione convocarle e non a noi, altrimenti questo tavolo non si costruisce mai.

Ass. Gianni Salvadori

Sulla prima questione voglio dirvi che il problema non è portarci dentro gli Enti locali che ora ci mettono mille euro. Primo perché non ce la facciamo e secondo perché vogliamo essere molto chiari su queste cose e onesti tra di noi. Le fondazioni hanno un senso se mettiamo in comune pezzi di patrimonio, poi troviamo le modalità di gestione della stessa e, oggi aggiungo, se troviamo uno strumento finanziario che ci consenta di governare tutto questo percorso, che consenta alle famiglie di, tra virgolette, fare un sacrificio finalizzato, come credo tutte state facendo. Non è come dire "Questo problema non esiste", no, esiste e tutti si stanno adeguando per affrontare questo problema. Quindi io mi prendo questo periodo di tempo che abbiamo di fronte proprio per tradurre la cosa che tentavo di tradurre lì, cioè un percorso che metta insieme aspetto finanziario con risposta adeguata, che non sarà dell'Ente locale, o meglio, non sarà solo dell'Ente locale. L'Ente locale dovrà darci garanzie e certezze di continuità, garanzie e certezze di trasparenza, ma non pensiamo che sia solo l'Ente Locale, perché c'è qualcuno che la pensa in questo modo.

Penso che queste cose siano esperienze che se uno vuol farle le fa in maniera assolutamente volontaria e quindi nessuno vincolerà qualcun altro a fare qualcosa. Proprio perché non si può vincolare qualcuno a fare una scelta di questa natura.

Sulla seconda riflessione, invece, noi prendiamo atto che 23 sono qui, ma quantomeno aiutategli a fare una mappa, poi arriviamo noi a chiamarle. Ce l'ha la mappa, più o meno? Poi vediamo come strutturare un tavolo, cosa complicata, ma vediamo di strutturarla. Quindi su questo diamoci il tempo utile per poter metterlo in piedi e mi sembra un passo decisivo, perché se costruiamo questo probabilmente diamo continuità a seguire la partita in maniera un po' più organica.

Gemma Del Carlo

Se non ci siamo intervenuti, visto che siamo tutti stanchi, ringrazio tutti coloro che hanno resistito fino alla fine.

Kira Pellegrini

Il Dott. Biagi ci riceverà in ufficio per darci la sua relazione?

Ass. Gianni Salvadori

No, la governance e l'essenza della governance ve l'ho spiegata io stasera: è quel cambiamento di impostazione che vi ho detto. In sostanza andate ora a bussare nel territorio perché nel territorio vi è lo strumento e vi sono un po' di soldi aggiuntivi che non risolvono i problemi, però insomma aiutano.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E SINTESI DEI LAVORI

Non possiamo che testimoniare la **nostra soddisfazione per l'ampio consenso che questo terzo convegno ha suscitato** e che è stata una seconda verifica regionale sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale. Il convegno è stato organizzato insieme alla Regione Toscana ed è stato patrocinato dal Ministero della Salute. L'evento ha un titolo per noi molto significativo e ha rappresentato per la vita del coordinamento ancora un altro momento molto importante in quanto ci vede protagonisti allo stesso tavolo con la Regione in rapporto di stima reciproca. Inoltre il convegno ha voluto essere un richiamo alle istituzioni e ai cittadini a svolgere il proprio ruolo.

Galileo Guidi, Responsabile del governo clinico della Regione Toscana, ha sostituito l'Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana Enrico Rossi in quanto trattenuto a Roma fino a tarda notte per la sua Carica di Coordinatore Nazionale degli Assessori regionali alla Sanità per definire tutti gli aspetti relativi alla Finanziaria; Galileo Guidi ha garantito l'impegno dell'Assessore riguardo alla Salute Mentale.

Nella sua relazione il Dott. Guidi ha criticato l'area vasta sud est che non è riuscita durante l'anno a organizzare la conferenza sulla salute mentale (richieste dall'Assessore Rossi nel convegno del 27 novembre 2006), mentre per quanto riguarda le altre due aree vaste le conferenze sono state realizzate solo in questo mese (l'area vasta centro il 9/11/07, mentre la nord-ovest tre giorni prima di questo convegno il 20/11/2007); si è constatato che in queste conferenze c'è stato poco coinvolgimento dei servizi sociali. Inoltre ha ribadito quanto è importante il ruolo svolto dalle associazioni dei familiari e degli utenti e che i contributi che verranno dal convegno di oggi serviranno anche per la stesura del nuovo piano sanitario; ha poi presentato i dati raccolti dalla Regione su cui bisogna ancora lavorare molto: è attraverso la diffusione delle informazioni, dalla conoscenza delle cose che si fanno, da come si spendono le risorse che sono state assegnate, dalla applicazione delle disposizioni delle normative, che si otterranno dei risultati.

Gemma Del Carlo per il Coordinamento ha ribadito le richieste dei familiari e degli utenti e quanto è emerso dai convegni del 2005 e del 2006, cioè che la soluzione ai problemi mentali sta nell'integrazione dei vari servizi e nell'attivazione dei Piani di salute integrati: partendo dal Progetto individuale personalizzato è possibile attivare i Piani di salute integrati, quali strumenti di programmazione territoriale che la Regione Toscana indica come strumento per risolvere le problematiche della Salute Mentale, che altro non sono che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda e gli enti locali e le associazioni. Ci auspichiamo che questo diventi veramente un concreto metodo operativo dei servizi territoriali. Sono stati inoltre evidenziati i cambiamenti avvenuti nell'anno sul territorio toscano, purtroppo più negativi che positivi in quanto le persone con disturbi sono aumentati, mentre le risorse tendono a diminuire; quindi è importantissima una accurata progettazione dei percorsi di cura. Abbiamo

inoltre invitato i servizi ad essere più aperti ai contatti esterni, e chiesto con forza alla Regione di far rispettare tutto ciò che decreta.

Gli altri intervenuti nella mattinata sono stati: Maria Grazia Bertelloni, Presidente della rete Regione Toscana utenti e Roberto Pardini Vice Presidente della Rete, che hanno illustrato le finalità della rete utenti; inoltre ci hanno comunicato che, con il sostegno del Ministero della Sanità Toscana, organizzerà un incontro nazionale delle Associazioni degli utenti a Roma, in preparazione della II Conferenza Nazionale della salute mentale, nella quale occasione saranno presenti i media. Sarà importante vedere gli utenti protagonisti e impegnati attivamente poiché questo contribuisce ad abbattere il pregiudizio. E' seguita la relazione dal Presidente della Consulta Vito D'Anza che si è soffermato tra l'altro sul fatto che gli psichiatri escono dall'università impreparati per operare sul territorio.

Il Prof. Giovanni Battista Cassano, Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università degli Studi di Pisa, nel suo intervento ha illustrato le innovazioni dell'Università per la Salute Mentale che si basa sull'integrazione dell'Università e i Dipartimenti di Salute Mentale con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi a tutti i livelli.

Il Dott. Luigi Tosi, Direttore Sanitario della ASL 10 di Firenze, ha illustrato magistralmente il percorso personalizzato da seguire nel prendersi cura delle persone con disagio mentale dal punto di vista sanitario.

Il Dott. Marco Armellini, Coordinamento Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 4 Prato, ha presentato una buona relazione sull'adolescenza, dalla quale non sono emerse le difficoltà del passaggio dall'adolescenza all'età adulta.

Il Dott. Corrado Rossi, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale USL 5 Pisa, ha affrontato il tema importante dell'abitare per le persone con disagio mentale; è necessario avere strutture diversificate per soddisfare le risposte. Le difficoltà da affrontare sono molte in particolare le rigidità dei comuni a rispettare gli accordi di programma e questo fa correre il rischio di non integrarsi nella comunità.

L'assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana Gianni Salvadori ha concluso la giornata: in particolare nel suo intervento ha evidenziato 3 punti:

dare rilievo politico alla salute mentale andando a capire e mettere ordine a ciò che viene fatto in materia di Salute Mentale nel territorio Toscano non solo dal punto di vista sanitario, ma anche da quello delle politiche sociali. E' necessario usare l'intelligenza per adeguare le buone pratiche alle varie realtà locali. Serve pertanto un tavolo di lavoro con i vari rappresentanti per affrontare questi temi.

integrazione inter-dipartimentale per evitare di spendere con scarsa efficacia le risorse che sono destinate a queste problematiche e per avere una visione di insieme sull'abitare e sul lavoro. Per quanto riguarda l'abitare l'Assessore si è soffermato anche sul fatto che molte persone in Toscana sono ospiti in strutture fuori Regione, mentre invece, a parità di costo, sarebbe possibile avere i

familiari più vicini a queste persone e con la stessa spesa avere strutture più adeguate. Il lavoro oltre a dare dignità è terapeutico, si devono trovare delle formule che sommino accanto al lavoro il seguire la persona.

il “Con e dopo di noi”: la Regione crede nella “Fondazione Partecipata” e per questo ha lanciato uno statuto tipo. Delle esperienze stanno nascendo in Toscana e staremo a vedere come si evolveranno. L’Assessore ha invitato le famiglie al dialogo affinché nasca una cosa che permetterà a queste persone una vita lunga e dignitosa; se non c’è questo, quello che potrà nascere è soltanto un servizio.

L’Assessore ha concluso sperando in un progress completo per la verifica del prossimo anno.

Il Coordinamento auspica che il prossimo anno, nella prossima verifica, potrà veramente constatare dei cambiamenti e per questo si impegnerà durante tutto l’anno insieme alla Regione Toscana a verificare sul territorio Toscano l’applicazione delle disposizioni di legge.

La Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale
Gemma Del Carlo

APPENDICE A

Associazione “Camminare Insieme”, Empoli.

Cambiamenti 2007:

L'associazione dei familiari di persone affette da disagio mentale CAMMINARE INSIEME desidera condividere con i lettori alcune riflessioni sull'organizzazione e sull'operato del DSM ASLK 11 Empoli. La nostra associazione si è costituita nel mese di maggio del 2000.

Nel corso degli anni abbiamo avuto modo di partecipare a diverse incontri sulla Salute Mentale sia in ambito regionale che in ambito nazionale e abbiamo constatato, alla conclusione degli incontri, che le esperienze descritte da altri come recenti sviluppi, il DSM della ASL 11 le ha realizzare già da tempo.

Su tutto il territorio sono distribuiti quei presidi necessari, ambulatoriali, ospedalieri, residenziali e semiresidenziali, per fornire in maniera articolata le risorse atte allo svolgimento di programmi di terapia e di riabilitazione secondo la gradualità più opportuna che va da forme di cura ad alta intensità di trattamento a forme di cura a minore intensità di trattamento per promuovere l'inserimento sociale dei pazienti più gravi. I tre centri diurni e le due comunità terapeutiche, una ad Empoli (casa Gazzarri) e una a S. Miniato (la Badia) sono luoghi in cui si avvicendano i pazienti che richiedono cure intensive e contemporaneamente complesse. Le Residenze Assistite di Certaldo e di Castelfranco e i Gruppi Appartamento di Fucecchio e Castelfranco offrono da anni un servizio che consente di ospitare transitoriamente quei pazienti che hanno necessità di essere instradati e sostenuti nel difficile compito dell'abitare. A questo proposito siamo orgogliosi di poter parlare dell'interessante iniziativa originale ed esclusiva del DSM dell'ASL 11 che è quella dei sei appartamenti in cui convivono a gruppi di tre/ quattro pazienti, grazie alla disponibilità dei pazienti proprietari, allo sviluppo di comportamenti solidali e alla professionalità degli operatori del DSM che con il sostegno di assistenti domiciliari, assicurano una buona qualità di vita a persone (in totale 16) affette da disagio psichico. Di questi appartamenti ce ne sono altri tre a Empoli, uno a Sovigliana e due a Certaldo.

Una cooperativa di tipo B, la Pegaso nata nel 2000 è in fase di sviluppo. Da anni la Cooperativa che mette al lavoro utenti del DSM e lavoratori non utenti si è affermata nel territorio ed è in attivo. Sappiamo che tutti i settori del DSM sono sviluppati in risposta alle esigenze di tutte le fasce di età, che vi sono gruppi di lavoro specializzati anche per l'Autismo e i disturbi del comportamento alimentare e che c'è attenzione alla salute mentale anche attraverso attività volte alla prevenzione e alla sensibilizzazione del tema. Il settore sanitario riguardante la Salute Mentale ha in particolare da dopo la riforma psichiatrica, il suo punto di forza sulla quantità e la qualità del personale sanitario che vi opera. Pertanto ci auguriamo che l'amministrazione mantenga attenzione su questi due importanti aspetti.

Associazioni di Familiari e Utenti dei Servizi di Salute Mentale ASL10 – Zona di Firenze

AUTO- AIUTO NICOLA

Di.A.Psi.Gra

IL VILLINO

NUOVA AURORA

PONTE

SANTAROSA

SEME

Cambiamenti 2007:

Le associazioni fiorentine di familiari, volontari e utenti dei Servizi di Salute Mentale della Zona di Firenze, fanno parte della Consulta per la Salute Mentale del Comune di Firenze e del Comitato di Partecipazione della Società della Salute di Firenze.

Sono quindi chiamate ad esprimere un parere sul PIS triennale e sui piani operativi annuali della SDS per quanto riguarda l'area della Salute Mentale. Il parere deve tenere conto della lettura del bisogno, espresso dai cittadini, in rapporto all'offerta dei Servizi.

Si rileva quindi che, se da un lato gli utenti dei Servizi di Salute Mentale aumentano costantemente negli anni, sono 6600 nel 2006 e oltre 7000 nel 2007, il numero degli psichiatri resta costante, da un minimo di 34 ad un massimo di 45 secondo i dati della SDS. Gli psicologi sono una categoria in estinzione, da 5 a 8 e prestano servizio anche negli ospedali per assistere i malati terminali.

Gli inserimenti lavorativi sono stati 120 nel 2006. Gli utenti inseriti in case famiglia a gestione diretta sono stati 86, quelli inseriti in strutture convenzionate 143. Gli utenti inseriti in strutture semiresidenziali a gestione diretta sono stati 147, 38 quelli inseriti in strutture convenzionate.

Dato che il numero degli utenti psicotici è di oltre 2000, ovvero circa il 33% del totale degli utenti, è evidente che la presa in carico ed il PAP (progetto di assistenza personalizzato), con un programma di riabilitazione costante, con verifiche periodiche da parte del gruppo multidisciplinare integrato, è possibile solo per poche centinaia di pazienti gravi. Gli altri restano affidati a famiglie precarie, spesso non in grado di assisterli.

Si rende quindi necessario affrontare il problema della presa in carico di tutti gli utenti gravi, secondo il criterio del bisogno. Si conferma la richiesta di attuare il servizio di guardia medica psichiatrica, attiva nelle 24 ore soprattutto nei fine settimana e giorni festivi. Si richiede di proseguire e intensificare il programma di inserimenti lavorativi, e contemporaneamente di programmare una efficace assistenza domiciliare per strutturare la giornata di pazienti non in

grado di lavorare. Si richiede di promuovere lo sviluppo di gruppi di auto-aiuto di utenti già attivi nella zona di Firenze.

Per quanto riguarda la residenzialità, si deve dare atto che c'è stato un miglioramento di qualità con il trasferimento di alcune strutture in locali più idonei. Si ritiene necessario tuttavia promuovere lo sviluppo delle politiche abitative per utenti psichiatrici: dall'inserimento in strutture graduate per intensità riabilitativa, ai gruppi appartamento o case famiglia per la fase di riabilitazione estensiva.

Per gli utenti in grado di vivere autonomamente si richiede di rivedere gli investimenti previsti nell'area di san Salvi, destinando i proventi della vendita di immobili all'edilizia psichiatrica (appartamenti, piccole unità abitative), come previsto da leggi nazionali.

Infine, vogliamo ricordare che se la prevenzione è da sviluppare e incoraggiare come campagna di sensibilizzazione della popolazione verso le possibili malattie psichiche, essa difficilmente impedirà l'insorgere delle patologie più gravi. Una malattia che esordisce nell'adolescenza può guarire se curata tempestivamente ma può durare anche molti anni o tutta la vita.

Il concetto di guarigione psichiatrica non può e non deve servire come facile soluzione per porre un limite alla fragilità di persone che necessitano di una riabilitazione costante per vivere una vita dignitosa nella Comunità con il concorso sia dalla parte sanitaria che di quella sociale, in una integrazione di servizi che è appunto oggetto della società della Salute.

Per quanto riguarda la partecipazione dei cittadini alla programmazione dei servizi di salute mentale, per ora essa è limitata alla partecipazione individuale al percorso di cura del proprio familiare. Forme di partecipazione allargata non sono ancora attuate. La Consulta ha peraltro più volte incontrato l'Assessore alle Politiche sociali per esprimere richieste riguardo a specifici problemi di salute mentale, come la richiesta di realizzare una comunità terapeutica presso lo IOT, denominata Casa Martelli. Per quanto riguarda il Comitato di Partecipazione della Società della Salute, è stata avanzata la richiesta di partecipare ai tavoli di lavoro su progetti riguardanti la salute mentale, ma il concetto stesso di partecipazione deve ancora essere chiarito in tutte le sedi, ricordando che la Regione pone il cittadino al centro del sistema socio-sanitario, non come oggetto, ma come soggetto del programma di integrazione socio-sanitaria della regione Toscana.

Particolare importanza, per l'alto livello culturale e scientifico, hanno avuto due iniziative promosse e organizzate dall'A.I.S.Me. Associazione Italiana per la Salute Mentale in collaborazione con la Casa della Cultura di Firenze, il Comune di Firenze, la ASL 10 di Firenze, la Mental Health Europe e con il supporto delle Associazioni Familiari e Utenti di Firenze (Auto Aiuto Nicola, DI.A.PSI.GRA di Firenze, il Ponte, il Seme, il Villino, Nuova Aurora, Santarosa).

La prima è stata il Seminario tenutosi presso la Casa della Cultura il 2-3 ottobre c.a. sul tema "Udire le voci e Recovery" condotto dal Ron Coleman e da Karen Taylor.

La seconda è stata il convegno, a carattere internazionale, tenutosi in Palazzo Vecchio, salone dei Dugento, il 10 ottobre c.a. sul tema "Una risposta globale ai problemi di salute mentale in un mondo che cambia".

Casa Al Giogo realizzata:

- dalla consulta provinciale di Firenze delle Associazioni di familiari di pazienti psichiatrici, capofila l'Associazione Astolfo.
- dalla comunità montana del Mugello,
- dalla Regione Toscana
- dalla Provincia di Firenze,

Con i contributi della Comunità europea.



Situata sul crinale dell'Appennino Tosco- Emiliano a m. 800 di h, Comune di Firenzuola, nei pressi del Passo del Giogo. La struttura ha una sup. di mq. 600 con 25 posti letto e 2 cucine attrezzate.

La struttura dovrà essere un luogo d'incontro di gruppi e associazioni con particolare attenzione al settore della Salute Mentale, un luogo di turismo sociale e di sviluppo di iniziative di vario genere, un punto di riferimento e sollievo per familiari e utenti, un'occasione di integrazione sociale. Per informazioni e prenotazioni contattare associazione Astolfo- Giorgio, tel. 055/8457780

Questo luogo è stato luogo di incontri per molti gruppi. Il 7-8 luglio 2007 si è tenuto un incontro per familiari dal titolo "Familiari consapevoli", promosso dall'associazione Astolfo, che ringraziamo, in collaborazione con il Cesvot e il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale. Erano presenti le Autorità locali e regionali. Le riflessioni, in un clima così distensivo, e i momenti condivisi ci hanno fatto comprendere maggiormente l'importanza del nostro ruolo di familiari. Credo che incontri così, dove si può parlare in tutta tranquillità, sarebbe importante farli per noi familiari.

Inoltre il 4-5 Agosto 2007, sempre promosso dall'Associazione Astolfo si sono svolti due giorni di scambio di esperienze fra utenti di salute mentale, dal titolo "Incontri sul crinale", per accresce la consapevolezza dei propri diritti/doveri per l'autonomia, in un clima disteso, di rispetto reciproco, alla pari.

Area Mugello – Associazione Astolfo:

Concertazione su analisi dei bisogni, avviene su progettazioni, valutazione: rapporti interrotti con ASL, appunto perché poco proficui con la Società della Salute;

Progetti individuali personalizzati: solo per alcuni, senza differenze tra utente e l'altro (fatti "per" e non "con"), la famiglia è coinvolta solo se considerata utente;

Riguardo alla Filosofia riabilitativa del DSM vediamo che mancano percorsi di guarigione allargati alla sfera sociale. L'utente è seguito quando va in ambulatorio; pochi interventi domiciliari; famiglia responsabilizzata per i non collaboranti; per chi vive da solo e non si cura, si fa intervenire periodicamente la polizia municipale.

Per le crisi il TSO; l'SPDC è all'interno dell'ospedale ma con ingresso separato e usa sistemi di contenzione.

Associazione "L'Alba", Pisa

La crescita de "L'Alba" nel 2006-2007 :

Finalmente con l'inizio del 2007 è partita a tutto tondo l'esperienza del circolo socio - ricreativo L'alba di via delle Belle Torri N° 8 a Pisa in pieno centro storico.

A quasi ormai un anno di esperienza il circolo gestito da quattro ex-utenti formati come facilitatori e dalla rete dell'auto-aiuto è diventato sede di incontri, liberi tra persone, dal circolo passano almeno 70 - 80 utenti al giorno misti a persone del territorio che vengono regolarmente a pranzo e a cena o a frequentare il bar e le ricche attività animative e ricreativo-artistiche serali.

Il Circolo è aperto tutti i giorni dalle 08:30 alle 24:00 ad orario continuato eccetto il martedì.

Al piano superiore abbiamo una attrezzatura video e Mac con un punto di internet point dove si sviluppa un laboratorio video che propone tutte le settimane il mercoledì sera la realizzazione e la messa in onda di una nuova puntata di "Mattifull" (soap-opera terapeutica) o video-documentazione con altre associazioni culturali che presentano altri lavori video e la sede dell'Associazione da cui parte l'organizzazione del lavoro.

L'esperienza ha portato un nuovo punto di riferimento per la città e uno scambio per tutte le Associazioni locali regionali, nazionali e talvolta estere creando un nuovo modello di socializzazione e riabilitazione basato sui rapporti umani e lo stare insieme, aiutando lo svincolo degli utenti dai circuiti psichiatrici.

Il Circolo propone:

Il lunedì sera giochi di scacchi e altro divertimento;

Il mercoledì "Mattifull" e presentazione video autoprodotti ;

Il giovedì "L'Alba show" (cabaret per tutti);

Il venerdì musica e spettacoli;

Il sabato pomeriggio teatro per bambini;

Il sabato sera concerti e musica;

La domenica sport e video;

Al Circolo inoltre si organizzano corsi di computer, corsi di formazione rivolti a volontari attraverso il Cesvot e L'alba auto-aiuto, convegni, dibattiti, conferenze, incontri di conversazione e approfondimento tematico rivolte ai familiari, eventi artistici di varia natura a seconda delle proposte interne e di altre associazioni locali, e soprattutto cene di socializzazione, compleanni, liberi incontri di scambio e relazioni che diminuiscono la solitudine e facilitano lo stare insieme e il rientrare nella società con la società in uno spazio che è della società in pieno centro storico liberamente frequentato da tutti i soci.

I facilitatori sociali che non si occupano della gestione del bar e della cucina continuano il loro lavoro di facilitazione individuale e collettiva nei gruppi di auto-aiuto di utenti sul territorio accompagnando sempre nuove persone al circolo inserendole in spazi di vita liberandole dalla solitudine e contribuendo a rafforzare sempre più l'autonomia e l'emancipazione di esse nel loro progetto di vita.

Alla quotidiana attività del circolo si è aggiunta la realizzazione di un servizio di catering che ha visto il coinvolgimento di molti utenti volontari e non nell'aiuto delle varie mansioni connesse con questo lavoro: abbiamo realizzato almeno 7 catering dall'inizio dell'anno che hanno avuto un gran successo e pensiamo di potenziare il settore.

9 utenti lavorano

6 sono in inserimento socio terapeutico

6 sono volontari attivi quotidianamente

Per un totale di 21 utenti attivi quotidianamente a svolgere mansioni di lavoro vero e volontario attraverso attività di sostegno, di auto-aiuto, di lotta allo stigma ecc...

Gli utenti che frequentano i laboratori ed i gruppi di auto-aiuto e il circolo sono oltre 100

I soci del circolo L'Alba sono ad oggi 165

La cultura dell'auto-aiuto con l'integrazione sociale del progetto circolo ed i laboratori di arti - terapie continuano ad essere un modello vincente che riesce a creare percorsi di uscita dai servizi e di integrazione a tutto tondo della persona nella rete delle relazioni, creando sempre nuove opportunità lavorative e soprattutto mettendo le persone nelle condizioni di migliorare dal punto di vista clinico e sociale e di poter se vogliono tornare ad una vita dignitosa.

Il progetto sta andando secondo le previsioni, siamo in procinto di potenziarlo con ulteriori finanziamenti sul nuovo progetto che andrà nel 2008 " Circolo e lavoro " su fondi regionali e dell'Azienda USL 5 Pisana, approvato e supportato dalla programmazione dei tavoli della SDS Pisana soprattutto del tavolo della salute mentale di cui sono referente tecnico.

PROGETTO MARE E COSTA 2007

Relazione “Progetto Mare Costa e Dintorni 2007”, Azione 1Coltano (PI)

Parco Regionale Migliarino - San Rossore – Massaciuccoli.

“L’anno più sentito”

Anche quest’anno l’azione di Pisa, svoltasi nella meravigliosa “pinetina” di Coltano, ha avuto un enorme successo, riscontrando naturalmente una risposta positiva a livello regionale e provinciale. Basti pensare all’impegno delle istituzioni e dagli Enti del territorio che come sempre, da quattro anni a questa parte, hanno messo a disposizione tutto quello che poteva essere necessario per la riuscita di questo progetto.

Infatti il Comune di Pisa, come di consuetudine, ci ha accolto nella Sala Rossa Consiliare ricevuti dall’ Ass. al Turismo M.Ciancherotti, che durante il suo intervento ha confermato la concreta utilità di questa Azione pisana, e la serietà con cui viene svolta dai Facilitatori Sociali del posto, riconoscendo a pieno titolo il grande impegno dell’associazione “L’Alba” che da sempre cerca di dare tutto l’appoggio possibile ed immaginario per la riuscita di questo progetto. E poi, dopo averci offerto un delizioso rinfresco, ci ha dato il “via libera” per poter iniziare questo appassionante viaggio come sempre pieno di sorprese offrendoci la gita per tutti i luoghi più suggestivi di Pisa sopra il “Bus Rosso Scoperto”: è stata una carina e divertente novità di quest’anno che ha riscosso una notevole risposta positiva. E che dire della Provincia di Pisa e della Soc. della Salute di Pisa che come sempre per tradizione sostengono la realizzazione dell’Azione? Il loro impegno si nota e si riscontra concretamente durante la serata della Grande Festa finale del campeggio auto-gestito ed auto-organizzato dove è possibile ballare e divertirsi fino a notte tarda, potendo degustare il grande buffet preparato dai campeggiatori stessi. Serata piena di emozioni che ha visto la partecipazione di circa 150 persone fra le quali anche il portavoce del sindaco di Pisa, Giorgio Piccioni, che ha espresso grande gioia e commozione nel vedere e notare che tante persone più o meno con problematiche, riescano tutte insieme a superare le difficoltà di un campeggio auto-organizzato (diventando una persona sola) per poi divertirsi spassionatamente in piena autonomia e piena libertà.

E che dire della cooperativa “Il Nuovo Fontanile” che ci accoglie e ci supporta in modo strepitoso da quattro anni a questa parte, mettendo a disposizione per noi tutto ciò di cui abbiamo bisogno: basti pensare all’ingresso illimitato nella piscina adiacente per tutti i partecipanti e familiari-amici che vengono trovarci. Viene messa a nostra disposizione la possibilità di poter fare la legna per le varie “braciate” che vengono realizzate durante la settimana (anche la brace viene messa a disposizione da loro ed è per circa 30 pasti alla volta). Se è necessario ci mettono a disposizione anche parte delle attrezzature per poter costruire e realizzare la Grande Festa finale; e che dire

dello spettacolino serale suggestivo e carino che ci regalano insieme ad i loro amici giocolieri dopo l'esperienza teorica sul cavallo pomeridiano all'interno dei recinti del maneggio. Tutte esperienze bellissime e carine che rendono la settimana piacevole e divertente. Elogi particolari vanno anche all'Ente Parco che ogni anno, con grande affetto, ci dà la possibilità di partecipare ad una gita itinerante nello splendido Parco di San Rossore ed alla C.R.I. di Pisa che da sempre ci ospita in qualsiasi orario della giornata nell'organizzatissimo stabilimento balneare di Marina di Pisa, mettendoci veramente a nostro agio in qualsiasi esigenza con pazienza e gentilezza, "sopportando" a volte la nostra eccessiva voglia di divertirci.

Altre delle novità splendide di quest'anno, sono state le tre cene sociali svoltesi nel circolo arci "L'Alba" di Pisa (dove i facilitatori sociali sono i veri e propri gestori del bar e ristorante). In questo circolo, che è anche sede dell'associazione, situato in pieno centro a pochi passi dai meravigliosi e suggestivi lungarni, siamo stati accolti in maniera deliziosa e sincera da tutti i presenti. Uno spazio dove ognuno ha potuto davvero socializzare e star bene con gli altri, infatti in quelle tre occasioni il circolo è stato messo a disposizione tutto per noi e per gli amici-familiari che venivano a trovarci con tanta soddisfazione e gioia, potendo mangiare cose deliziose e ballare fino a mezzanotte tutti insieme. I genitori, in particolare, erano contenti nel vedere che i propri figli si divertivano veramente come mai avevano fatto prima ed è per questo che ho ricevuto fino alla fine del campeggio ed ancora tutt'ora elogi e congratulazioni: si sa bene che ricevere complimenti dai familiari è quasi sempre difficile, tanto che per far riuscire ancora meglio l'Azione, notando la mia stanchezza, mi hanno aiutato spesso e volentieri con i propri mezzi nell'accompagnamento delle persone nei vari spostamenti facilitando l'accoglienza di tante persone.

Queste sono le cose che mi fanno stare bene, perché è un lavoro totalmente volontario e faticoso che parte praticamente quattro mesi prima. Per realizzare questo progetto, infatti, devo anche trovare il tempo di continuare a lavorare all'interno della mia associazione di appartenenza, "L'Alba", dove il lavoro che svolgo è notevolmente pieno di responsabilità. Per ovvie cose, per quattro mesi, devo rinunciare spesso e volentieri alla mia vita privata tornando a casa molto stanco.

Sinceramente devo dire che un'eccezione c'è stata, e purtroppo è capitata il primo giorno, ma ciò non ha rovinato fortunatamente la riuscita dell'Azione Pisana che anzi, da ormai tre anni è diventata un esempio concreto di questo progetto: in questa azione vengono praticamente toccati con attenzione tutti gli obiettivi che queste vacanze autogestite si prefiggono, provare per credere!!!

PS: Un ringraziamento particolare e personale va ai due amici Marco Cattani del circolo arci di Filettole e Ferdinando Romeo amministratore del circolo arci "L'Alba" di Pisa che ci mettono da sempre a disposizione gratuitamente l'impianto sonoro per la "Grande Festa di Coltano".

Non mi dimentico di ringraziare tutta "L'Alba", dal presidente Diana Gallo fino ai familiari e amici che da sempre mi supportano con entusiasmo e serietà in questo viaggio.

Al mio “Maestro” Roberto Pardini, Referente Onorario dell’azione Coltano, va forse il ringraziamento più sentito in quanto mi ha insegnato a gestire e a capire il vero senso di questo progetto: lui mi ha dato la possibilità di capire che << quando le cose le si fanno con il cuore esse riescono sempre bene e c’è sempre qualcuno che ti dà una mano se ne hai bisogno perché sente davvero il tuo impegno e bene che hai nei confronti delle “PERSONE” ...>> beh, ho scoperto una grande verità...

Infine, chiudendo gli occhi e ripensando a questi quattro anni di campeggio auto-organizzato trascorsi insieme a tanta gente, ricordo tutte le difficoltà affrontate con sudore che mi sono servite però a crescere sempre di più con l’impegno l’anno successivo di fare ancora meglio per i meravigliosi “Ragazzi di Coltano”.

.....è così che ci chiamano.....al prossimo anno!!!

Il Referente dell’azione: Luigi Marotta (Facilitatore Sociale)

Dedico tutto questo ai miei familiari ed in particolare a mio Nonno “Maestro di Vita”

Associazione “Speranza” Onlus – Associazione Familiari diversabili psichici, Pisa

Cambiamenti 2007:

- 1) L’associazione si è ingrandita fino a raggiungere la quota di 80 associati;
- 2) Da questo anno partecipiamo come membri al tavolo della “ SOCIETA DELLA SALUTE “ area Pisana. I temi che stiamo affrontando per il 2008 in questa sede sono:
 - INFANZIA E ADOLESCENZA
 - PROGETTO LAVORO
 - RESIDENZE
- 3) Partecipazione attiva alla “Consulta del Volontariato” presso la Provincia di Pisa.
- 4) Nel maggio 2007 abbiamo organizzato un convegno aperto a tutte le figure professionali dell’Unità Funzionale Salute Mentale Adulti dell’Area Vasta e dei soci delle Associazioni Familiari di pazienti psichiatrici sul tema: **L’ASSOCIAZIONISMO**

DEI FAMILIARI NELLA RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI - fino a che punto la famiglia può essere una risorsa? -

Associazione “C.P.F.U.S.M. – Coord.to Prov.le Familiari degli Utenti Salute Mentale”, Massa Carrara

Cambiamenti 2007:

In quest'ultimo anno (2006) la situazione delle politiche e attività dei servizi socio sanitari per la tutela della salute mentale nella realtà della Provincia di Massa e Carrara , ha registrato una forte “**Stagnazione**” .

“**Stagnazione**”, che a fronte di un costante e diversificato aumento del disagio psichico si è tradotta per i Servizi Sociali e Sanitari ad una risposta esclusivamente Istituzionale .

Le proposte innovative per migliorare la rete sociale e sanitaria , avanzate sia dal DSM che dalle Associazioni , sono bloccate da mesi (se non anni) , da iter e conflitti amministrativi a noi incomprensibili (volontà politiche ?) .

Anzi , in taluni casi , abbiamo assistito a forme di ostracismo istituzionale nei confronti di proposte avanzate dalle associazioni per migliorare la qualità dei servizi all'utente .

Comunque , questa “**Stagnazione**”, grazie al lavoro svolto in questi anni di forte collaborazione tra il DSM e le Associazioni dei Familiari e Utenti, non ha (al momento) intaccato “**la centralità della persona**” nelle pratiche per la tutela della salute mentale .

La nostra Associazione unitamente a quella degli Utenti continua imperterrita a sostenere e a rivendicare “ **buone pratiche** “ per la tutela dei diritti degli utenti , nonostante l'attuale **muro di gomma istituzionale locale** .

Associazione “Di.A.Psi.Gra”, Sez. Prato

Cambiamenti 2007:

Molte sono le problematiche che affliggono, utenti e familiari nella salute mentale, ed oggi siamo qui a dibattere e discutere, per cercare di poter dare risposte adeguate per migliorare i servizi, in un rapporto alla pari, fra utenti, familiari, operatori. Le problematiche, non sono poche. Presa in carico, percorsi di cura condivisi, mancanza di personale e di risorse nei servizi, persi di vista, non collaboranti, stigma e pregiudizio, lavoro, abitare, e l'elenco sarebbe molto lungo.

La popolazione in generale ha idee molto confuse e insufficienti, non solo sul disagio psichico, ma anche sull'esistenza e l'organizzazione dei servizi di salute mentale. Io ritengo, e non sono solo io a ritenerlo che molti DSM nella loro attuale organizzazione e funzione, con il suo centralismo tecnico, non sono servizi di psichiatria di comunità. Psichiatria di comunità, non è una idea. Non posso immaginare una psichiatria di comunità che non tenga conto dei bisogni primari, di utenti e familiari e non veda nelle sue pratiche ordinarie un'attenzione alla dimensione dell'abitare, del lavoro e della socialità. Fermo restando, che le pratiche, psico-farmaco- ambulatoriale, sono importanti, ma da sole non bastano. Penso che, il suo ruolo dovrebbe essere quello di intercettare tutte quelle sofferenze e situazioni di disagi psicolabili, favorendo la conoscenza e l'avvicinamento ai servizi. Quindi riterrei opportuno fare una riflessione sulla psichiatria di comunità, in un confronto in particolare sui servizi di riabilitazione e d'inclusione sociale.

Altro fattore importante, è la presa in carico. Troppo spesso queste due parole, secondo il mio giudizio, e non solo come familiare, ma anche come Presidente di una Associazione di familiari, dai racconti e dalle lamentele che mi vengono fatte, emerge chiaro che queste parole (presa in carico) sono abbastanza abusate. Una buona presa in carico dovrebbe essere: conoscenza reale della persona e della sua famiglia, piena condivisione dei percorsi di cura, coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia, nel segno della responsabilizzazione, favorendo l'empowerment in rapporto di fiducia, perché il rapporto di fiducia influisce in maniera primaria nel percorso di cura dell'utente. Altro punto importante della presa in carico è il lavoro di rete, lavoro che avviene quasi sempre, tra le reti formali della medicina generale e i servizi sociali. Ritengo giusto e importante il lavoro di rete, ma dovrebbe tenere presente tra gli attori anche l'utente e la sua famiglia, con dignità e con il riconoscimento di pari saperi. Spesso si riscontra che la parità è una pura astrazione. Chi ha, autorità-ruolo-potere la fa da padrone e chi ne ha meno è ridotto a comparsa. Poi, se al tavolo sono presenti utente e familiari, tutti si sentono autorizzati a dire la sua, senza chiedere cosa ne pensano i diretti interessati del percorso di cura.

Purtroppo un altro fattore che accompagna coloro che soffrono il disturbo psichico e che ne condiziona la vita è lo stigma e il pregiudizio. Ritengo che lo stigma e il pregiudizio influisca in maniera determinante, sul miglioramento della vita le portatore di disturbo psichico, ma anche nella prospettiva di una sua eventuale guarigione.

Lo stigma e il pregiudizio, nella maggioranza dei casi, è determinato dalla poca conoscenza della salute mentale e dei suoi servizi. E la scarsa conoscenza dei servizi tiene lontani i cittadini. E questa situazione accresce lo stigma e il pregiudizio.

Sto riscontrando, che esiste uno scollamento fra i servizi, e chi dovrebbe operare nella comunità per dare indicazioni e informazioni, a tutte le persone in crisi. Ritengo che a svolgere questo ruolo dovrebbero essere i M.M.G. e a tutti gli operatori di riferimento, ma mi sembra che siano in affanno a svolgere questo compito.

D'altro canto anche le Aziende sanitarie e gli SSM molto poco investono o non investano niente per farsi conoscere e per dare informazioni. Non credo che questo scollamento o anomalia avvenga per negligenza, però dobbiamo fare qualcosa, e lo dobbiamo fare assieme, utenti, familiari e operatori. Promuovendo una campagna di sensibilizzazione e informazione, non una tantum, ma continua andando ad intercettare i cittadini, nelle circoscrizioni, nelle parrocchie, nei circoli ricreativi e in particolare nelle scuole.

A questi incontri dovrebbero esse coinvolti e impegnati in prima persona, utenti e familiari in quanto, che con la loro testimonianza, saranno, sens'altro particolarmente efficaci nel coinvolgere i diversi interlocutori.

Questo servirebbe a costruire occasioni di stimolo per tanti "uomini della strada", ed ha favorire percorsi di liberalizzazione per utenti e familiari, che spesso cadono in situazioni d'autoesclusione. Uno dei momenti più importanti "cittadino servizio" è l'impatto con la struttura quindi il modo di fare accoglienza.

Il luogo dove avviene "l'incontro" con la struttura e la persona che soffre il disagio e la sua famiglia è un momento molto importante. Sono proprio i primi minuti, i primi scambi che poi influiscono nei percorsi di cura. Ritengo e non solo io, che questo sia il passaggio principale tra il possibile utente, la sua famiglia e il servizio.

Ma penso anche a tutte quelle volte che l'utente e la sua famiglia ritornano al servizio.

Con questo non voglio dire che la psichiatria di comunità deve essere relegata solo ai servizi, e che non sia attenta nelle sue pratiche alla dimensione dell'abitare, del lavoro e della socialità, e di tutte quelle pratiche che guardano alla persona, ai suoi bisogni in maniera articolata, attenta all'uomo e al soddisfacimento delle sue esigenze primarie.

Partendo da questa riflessione il DSM di Prato in un ottica del fare assieme del riconoscimento dei saperi altrui in una discussione alla pari, è stato intrapreso un lavoro di consultazione periodica con tutte le Associazioni di utenti e familiari e con tutte quelle Associazioni che nello specifico si interessano alla salute mentale ed alla disabilità più generale (definite esperienze partecipate e esperienze ponte), ed è stato istituito il **Forum del Dipartimento**.

Dal Forum sono avanzate proposte e iniziative tese a favorire:

L'accoglienza: in tempi brevi (fine Novembre), dopo un' adeguata formazione, per favorire l'accoglienza sarà aperto uno sportello, gestito da utenti e familiari. Dal dibattito nel Forum, è emerso chiaro quanto sia importante che il primo incontro, il primo contatto, tra il futuro utente la sua famiglia e il servizio avvenga alla pari fra persone che condividono la stessa situazione di disagio.

Fermo restando le borse lavoro e tutte quelle occasioni lavorative proposte dai Servizi Sociali

L'inserimento lavorativo e riabilitativo è stato possibile attraverso un protocollo d'intesa con la Fondazione Crida, che all'interno delle sue iniziative socio-lavorative prevede l'inserimento di persone indicate dal DSM (utenti difficili da coinvolgere o persi di vista) e da altre Associazioni. Che attraverso queste occasioni di lavoro stanno recuperando il rapporto con la realtà esterna.

Per la promozione della salute mentale, il Forum e le Ass. degli utenti e dei familiari, hanno realizzato importanti collaborazioni atte a sviluppare situazioni di lavoro, con la Provincia, le Circoscrizioni, Emmaus, ANPIL, Lega Ambiente, l'Ass. il Giardino dell'Eden e con la Crida e la Fattoria S. Donato di Cadenzano. Nel 2005, e anche attualmente, con potatura degli olivi e la raccolta delle olive è stata realizzata una interessante produzione di olio. L'abbiamo chiamato "Olio di Gomito" poi commercializzato, con un ottimo successo.

Le attività ricreative e sportive, sono state gestite in collaborazione con la Polisportiva Aurora gestita e organizzata da utenti, familiari, operatori e volontari, vi partecipano alle sue attività circa 80 utenti. Queste attività sportive e culturali hanno stimolato il protagonismo degli utenti nello sport e non solo. Attraverso le pratiche sportive e culturali si è sviluppata una rete fra Associazione Nazionali ed Europee, favorendo la contaminazione, l'inclusione sociale e lo scambio delle buone pratiche, quindi lo sport come mezzo e non come fine. Con l'ANPIS siamo stati promotori di un progetto Europeo denominato SPOT-LIGHT approvato e finanziato dalla C.E, teso a favorire, individuare e selezionare le buone pratiche nello sport e nella cultura esistenti a livello Europeo. Questi incontri hanno favorito la contaminazione con altre Ass. Europee di utenti e familiari, ed è scaturito un protocollo d'intesa per far nascere la rete Europea delle Associazioni.

Per superare lo stigma e il pregiudizio, e la conoscenza dei servizi. La "contaminazione" con il territorio è avvenuta attraverso incontri con la cittadinanza realizzati a margine delle iniziative sportive e culturali, e nel particolare attraverso un progetto realizzato dall'Aisme e DSM denominato Drop-in.

Per quanto riguarda l'abitare la situazione attualmente è stazionaria. È gestita dal DSM e dalle COOP Humanitas e Alice. Molte di queste esperienze sono nate e si sono sviluppate fuori dai servizi. Questi sono i nostri percorsi condivisi, realizzati con la partecipazione alla pari con gli operatori del DSM, gli utenti, i familiari, i volontari e le Associazioni. Parlare di percorsi condivisi di cura e dire quanti ne sono stati realizzati, non credo sia di importanza primaria. Ma ritengo opportuno rimarcare e raccontare queste iniziative, che a mio giudizio, con l'istituzione del Forum del DSM, l'apertura dello sportello di accoglienza, gestito da utenti e familiari, il coinvolgimento nella ricerca degli inserimenti lavorative delle Associazioni e del DSM, le pratiche sportive e culturali, dove gli utenti ne sono promotori e protagonisti, vadano nella direzione dei percorsi di cura condivisi, dato che non è solo con la farmacologia che si realizzano i percorsi di cura.

Associazione “Oltre l’Orizzonte”, Pistoia

Relazione dell’Associazione “Oltre l’Orizzonte per la promozione del benessere psichico sui servizi del Dipartimento di Salute Mentale – ASL 3 Pistoia

L’ASL 3 è divisa in due zone, quella di Pistoia, capofila di 12 comuni, che non ha aderito alla sperimentazione della Società della Salute e dove il sociale è rimasto di competenza dei comuni, e la zona della Valdinievole che sta sperimentando la Società della Salute e dove il sociale è di competenza dell’azienda USL. Il Dipartimento è costituito da quattro unità funzionali, una unità per l’Infanzia e Adolescenza a Pistoia e una in Valdinievole, una unità per gli Adulti a Pistoia e una in Valdinievole. All’interno dell’Unità Funzionale Infanzia e Adolescenza c’è anche l’unità operativa di neuropsichiatria infantile, una per le due zone.

Concertazione con le associazioni

A Pistoia sono presenti due associazioni che si occupano di salute mentale in generale, una che si occupa di autismo e la neonata associazione degli utenti psichiatrici della Valdinievole.

Il rapporto con le associazioni è buono e siamo ricevuti ogniqualvolta lo chiediamo. Tuttavia, le nostre istanze sono accolte soltanto nei piccoli particolari. Non siamo mai coinvolti nella valutazione del servizio.

Organizzazione dell’ASL 3 e programmazione dei servizi per la salute mentale

L’ASL 3 è organizzata in modo fortemente gerarchico, una modalità molto enfatizzata dal nuovo direttore generale. La mancanza di flessibilità determina delle forti interruzioni nel servizio, per cui alcuni progetti deliberati non sono stati mai attivati, con il rimpallo delle responsabilità. Ciò è accaduto per un grosso progetto di lotta allo stigma, ma anche per il normale scorrimento delle attività, come per gli inserimenti socioterapeutici, l’abbattimento delle barriere architettoniche, un progetto di prevenzione del disagio giovanile nelle scuole, progetti di educazione alla salute. Molte delle responsabilità per i ritardi sono stati addebitati all’Area Vasta e alle mancate risposte dell’ESTAV oppure ai ritardi dei responsabili amministrativi.

Unità Funzionali Infanzia e Adolescenza (UUFFSMIA)

L’associazione “Oltre l’Orizzonte” non ha soci che si avvalgano dei servizi dell’UUFFSMIA, quindi il giudizio che possiamo dare non è diretto ma soltanto basato su quanto percepito e quanto letto nella documentazione a noi trasmessa. L’impressione è quella di unità gestite al meglio per quanto

il personale e la logistica permettano. Alcune criticità sono state rilevate dai dirigenti stessi. Quelle che ci sembrano più necessarie di una risposta tempestiva sono le seguenti:

- L'aggiunta della figura dell'educatore nell'organico delle unità funzionali per l'infanzia e l'adolescenza, prevista dal piano regionale ma non attivata a Pistoia.

Questa figura è particolarmente importante per sostenere i bambini e gli adolescenti nelle situazioni di abuso e di marginalità sociale per dare loro un punto educativo continuativo di riferimento

- Aumento del personale, visto anche l'incremento del bisogno
- La sistemazione in ruolo del personale a convenzione o a incarico determinato
- La costituzione del centro di disturbi del linguaggio, possibile semplicemente riunendo le logopediste e le neuropsicomotriciste in un'unica sede (già individuata): senza ulteriori costi per l'azienda
- Ampliamento logistico per l'unità funzionale di Pistoia, attualmente in una sede prestigiosa ma con esiguità di spazi a disposizione
- Costituzione di un centro diurno terapeutico-riabilitativo per adolescenti con gravi psicopatologie
- Maggiore attenzione al passaggio dall'U.F. Infanzia e Adolescenza all'U.F. Adulti nell'età di confine
- Potenziamento dell'attività di **prevenzione**

Unità Funzionali Salute Mentale Adulti (UUFFSMA)

Quest'anno c'è stato un grosso sconvolgimento nel DSM di Pistoia. A novembre 2006 è andato in pensione il responsabile dell'UFSMA di Pistoia (a un anno di distanza non è ancora stato fatto il concorso per sostituirlo!) ed è stato nominato il nuovo coordinatore del DSM. Ad anno nuovo è cambiato anche il direttore generale dell'azienda USL.

UFSMA Pistoia

L' **SPDC** si trova nell'attuale sede **PROVVISORIAMENTE dal 1985!** Sistematicamente, negli anni è stato promesso di spostarlo all'interno dell'ospedale "non appena...." Ma qualcos'altro ha sempre impedito tale trasferimento. Quindi, l'SPDC opera non solo in una situazione di insicurezza e promiscuità ma, poiché è una sede provvisoria non si fanno neanche lavori di manutenzione o piccolo miglioramento: ci sono solo due bagni; non c'è la scala di sicurezza, la scala di accesso è pericolosa, ogni anno il primo acquazzone allaga qualche stanza perché non vengono puliti i canali ostruiti dalle foglie; gli ambienti sono scrosticciati e sanno di muffa; spesso sono infestati da insetti;

non c'è una stanza dove i degenti possano ricevere familiari ed amici nel rispetto della privacy; il giardino sottostante- notevole potenziale valvola di sfogo- raramente viene curato ed ha un aspetto poco accogliente. Il pianterreno dello stabile che ospita l'SPDC era stato liberato con l'intenzione di rendere più vivibile il reparto ma la situazione di pericolosità delle scale, la puzza di fogna di alcuni ambienti (sotto il pianterreno ci sono cunicoli dove scorre l'acqua) e la mancanza di personale non hanno permesso alcun utilizzo di questo piano della palazzina, lasciando l'SPDC nella situazione poco dignitosa precedente.

La breve ma proficua sperimentazione dei gruppi psicoeducazionali è stata interrotta a causa di mancanza di personale. Continuano quindi le giornate "piene di vuoto" anche per le persone impropriamente ricoverate (per mancanza di disponibilità di luoghi più idonei).

Centro di Salute Mentale di Pistoia

E' cambiata la filosofia gestionale del dipartimento; c'è molta più apertura e fiducia negli utenti, almeno da parte del responsabile e di alcuni operatori. Nelle loro ricognizioni i nuovi dirigenti hanno constatato molte delle disfunzioni che noi segnalavamo da tempo e altre ancora.

C'erano troppi inserimenti in strutture residenziali fuori Pistoia e molti di questi erano stati impropriamente caricati sul budget della salute mentale in quanto non si trattava di pazienti psichiatrici ma di persone affette da handicap di altro genere. Questo anno è stato utilizzato principalmente per la riorganizzazione dei servizi e del personale per liberare risorse per la riabilitazione. Pertanto, particolarmente nella zona di Pistoia, i cambiamenti sono al momento poco percettibili.

Il servizio territoriale è ancora principalmente un servizio ambulatoriale e nella zona della montagna pistoiese si era praticamente smantellato anche questo. E' stata nominata un'equipe per ripristinare il servizio continuativo in questa zona ed è stato allocato un operatore per riattivare il gruppo di auto-aiuto delle donne, che era andato a morire.

Riguardo al servizio in generale abbiamo la netta sensazione che ogni pezzetto funzioni autonomamente e separatamente.

I progetti individuali personalizzati vengono ancora attivati solo per pochi e in modo sommario e frammentato. Siamo certi che ciò sia dovuto alla scarsità del numero di educatori ma anche alla mancanza di visione globale condivisa della riabilitazione e alla mancanza di abitudine a lavorare in equipe. Le persone che non frequentano l'ambulatorio o uno dei due diurni e non hanno inserimenti lavorativi non vengono raggiunti. I familiari solo marginalmente sono coinvolti nel progetto dei loro congiunti. Sono stati attivati quattro gruppi di sostegno ai familiari ma la formula è logora e dovrebbe essere rivista, o almeno dovrebbe essere formato un gruppo che sperimenti un metodo diverso.

Il medico di medicina generale, che preferiamo chiamare **medico di famiglia**, solo in alcuni casi è coinvolto. Invece, riteniamo che sia una risorsa preziosa in quanto conosce tutta la famiglia, con i suoi punti di forza e le sue fragilità e spesso conosce la persona fin da piccolo, anche prima dell'insorgere della malattia. E' importante che sia coinvolto anche per quanto riguarda tutti controlli utili per il mantenimento dello stato di salute. Riteniamo che un buon contatto fra la psichiatria e i medici di famiglia possa contribuire sia alla prevenzione che alla lotta allo stigma.

Integrazione socio-sanitaria

Fino a quest'anno non c'era quasi nessuna integrazione con i servizi del territorio di competenza degli enti pubblici per cui sono stati attivati pochissimi percorsi di inclusione. Pochissimo si è fatto per potenziare percorsi di autonomia abitativa. Per regolarizzare con il comune di Pistoia il contratto di comodato per la comunità terapeutica di prossima apertura sono occorsi anni e periodici richiami più o meno minacciosi da parte della nostra associazione. Sappiamo che sarà aperta all'inizio del 2008 ma non ci è ancora stato detto a quale approccio riabilitativo si ispirerà. Un appartamento da quattro anni sta ancora aspettando il contratto di comodato perché la pratica si rimpalla dall'ufficio tecnico del comune a quello dell'ASL e vice versa. Gli incontri allargati sulla socializzazione e le vacanze non sono stati mai ripresi.

Quest'anno sono cominciati degli incontri periodici con i referenti del comune per concordare il piano integrato di salute. Le associazioni sono state ascoltate dalla V commissione del comune di Pistoia (su nostra richiesta) con la promessa di occuparsi ancora di salute mentale ma non siamo ancora stati sentiti da chi si occuperà direttamente del piano integrato di salute.

C'è necessità di lavorare sulla residenzialità, il lavoro e la socialità.

Buone pratiche, seppur con necessità di affinare ulteriormente e di trasformare in metodo

Un semplice cambiamento nell'assegnazione del personale ha permesso di garantire l'accoglienza di chiunque abbia bisogno di entrare in contatto con il servizio ed ha azzerato le liste d'attesa. Però, non vorremmo che questa fosse la causa per cui sono stati interrotti i gruppi psicoeducativi nell'SPDC!

Il lavoro

Da alcuni anni si sta sperimentando con successo l'assegnazione **di un educatore dedito agli inserimenti socioterapeutici e lavorativi**. E' stato migliorato anche il rapporto con il Centro per l'Impiego della provincia; si è **QUASI** arrivati alla firma di un protocollo che dovrebbe permettere, nei casi per i quali ciò sia possibile, di trasformare gli inserimenti socio-terapeutici in tirocini funzionali all'impiego vero e proprio. Non si sa perché la bozza di accordo sia ferma da cinque anni!

Lo strumento dell'inserimento socioterapeutico ci sembra ancora valido anche se un po' logoro e andrebbe rivitalizzato. Ci chiediamo perché la possibilità di inserire nuovi soggetti venga interrotta sistematicamente due o tre volte all'anno e perché non si aumenti il contributo economico, anche in base ad obiettivi individuali più o meno ambiziosi. Un punto forte e allo stesso tempo debole è rappresentato dagli inserimenti in cooperative B: servono maggiori garanzie e maggiori controlli perché uno strumento nato per facilitare l'assunzione di persone delle fasce deboli non diventi sfruttamento e non obblighi a lavorare in situazioni di mancanza di sicurezza.

Si ha la sensazione che lo stigma sia responsabile per le poche assunzioni di persone affette da disturbi psichici anche con la legge '68. Siamo sempre più convinti che **il lavoro e l'autonomia abitativa siano irrinunciabili per potenziare l'autonomia e portare alla guarigione. Però, sono ancora i due aspetti più carenti della riabilitazione in questo campo.**

L'assegnazione di due assistenti sociali all'unità funzionale ha migliorato la presa in carico e la possibilità di lavorare in équipe.

L'attenzione per il protagonismo degli utenti da parte del responsabile del servizio ha fatto sì che l'UFSMA approvasse il corso per facilitatori attivato dalla provincia di Pistoia –per la cui realizzazione la nostra associazione si è molto adoperata. Il dott. De Luca ha anche assicurato che i facilitatori saranno utilizzati con inserimenti lavorativi nel 2008. Ha anche incoraggiato la costituzione del gruppo di auto-aiuto, incaricando alcuni educatori di sostenere il gruppo.

L'incoraggiamento dato alla polisportiva "La Giostra"- trasformata in associazione per allargare le sue possibilità di azione e di integrazione nel territorio-attraverso l'assegnazione di operatori e di risorse (poche) ha fornito un altro strumento riabilitativo significativo.

CSM Montecatini

I soci dell'associazione sono principalmente della zona di Pistoia e quindi le informazioni sulla Valdinievole sono meno condivise ma riteniamo di poter affermare quanto segue:

La nuova sede è molto accogliente e l'apertura anche nei festivi sicuramente tranquillizza pazienti e familiari.

L'atteggiamento teso a valorizzare gli utenti ha favorito la costituzione di un gruppo di auto-aiuto subito trasformato in associazione di utenti.

Sono encomiabili anche le iniziative di incoraggiare la partecipazione degli utenti ad attività di socializzazione delle associazioni del territorio, tuttavia sembra che le risorse messe in campo siano esigue: un solo psicologo, pochi educatori. Il progetto di lotta allo stigma denominato "Curare la normalità" incorpora sia la lotta allo stigma che le iniziative di socializzazione che la riabilitazione per tutta la Valdinievole al costo di soli €42,000! Le giornate ai centri diurni sono vuote, con soltanto un'attività al giorno o poco più e comunque queste iniziative riguardano pochi utenti. Chi non accede al CSM o ai centri diurni viene raggiunto solo per la somministrazione di farmaci.

Anche gli allenamenti della polisportiva avvengono al mattino per cui non può che rimanere un'attività circoscritta al circuito dei servizi psichiatrici.

Abbiamo l'impressione che poco sia il lavoro portato avanti sul potenziamento del sé sempre a causa della non attivazione delle equipe e dei progetti personalizzati.

Richieste

Alla Regione Toscana

1. Linee guida più stringenti riguardo all'integrazione socio-sanitaria e alle risorse allocate
2. Eliminare tutti gli ostacoli che impediscono il rimpiazzo e l'ampliamento del personale educativo
3. Continuità e diffusione riguardo ai progetti degli anni precedenti: educazione alla salute, indagine sugli SPDC, collaborazione con le università, la residenzialità
4. Definizione del profilo del facilitatore sociale e ampliamento del suo utilizzo nel sociale
5. Organizzazione di giornate di studio per diffondere le buone pratiche
6. Campagna di lotta allo stigma
7. Richiedere ad ogni ASL di esplicitare la filosofia del servizio

All'ASL 3

1. **Smettere di posticipare il trasferimento dell'SPDC** di Pistoia nel corpo dell'ospedale
2. **Assegnare alla salute mentale tutte le risorse previste dalla normativa nazionale**
3. Individuare le criticità per porre rimedio agli intoppi nell'espletamento delle pratiche
4. Rimpiazzare tutti gli operatori tempestivamente
5. Promuovere la collaborazione fra settori diversi (sociale, amministrativo, educazione alla salute, comunicazione)
6. Inserire gli educatori nell'UUFFSMIA
7. Potenziare e **incentivare** l'integrazione socio-sanitaria
8. Espletare i concorsi tempestivamente: primario UFSMA Pistoia, psicologi UFSMIA, psichiatri, educatori, psicomotriciste, logopediste (in attesa da anni!)
9. Risolvere il problema dello stigma verso gli utenti psichiatrici da parte della commissione per le patenti di guida

10. Eliminare tutte le barriere architettoniche

AL DSM

- 1. Esplicitare e condividere la filosofia della riabilitazione e formare continuamente gli operatori e i familiari in base ad essa**
2. Scegliere un obiettivo concreto "forte" da realizzare e valutare nel 2008!
3. Occuparsi di tutti i pazienti in carico in base ai loro bisogni, rendendo i pazienti protagonisti del progetto e aiutare i familiari a diventare una risorsa
4. Condividere che cosa si intende per progetto terapeutico
5. Convocare più spesso la consulta
6. Coinvolgere le associazioni in tutte le fasi della programmazione
7. Predisporre la valutazione dei servizi da parte di utenti e familiari
8. Sviluppare la propria progettualità, adoperandosi per l'integrazione con il sociale
9. Prendere e tenere in carico i "non collaboranti" con continuità terapeutica

Attività dell'Associazione "Oltre l'Orizzonte" da nov. 2006 a nov. 2007

Corsi di formazione

1. L'amministratore di sostegno: dalla legge alla realtà (CESVOT)
2. Nel mondo delle psicoterapie: orientarsi per conoscere

Progetti

1. Completamento di "No al pregiudizio. Campagna di sensibilizzazione (Innovazione CESVOT)
2. "Vivere" : progetto sperimentale domiciliare per non collaboranti (Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia)
3. Organizzazione della Giornata Nazionale della Salute Mentale
4. Giornata di studio: "Le artiterapie come strumenti per la riabilitazione e la prevenzione"

Attività di socializzazione

Attività di sensibilizzazione e di stimolo presso le istituzioni locali

Pubblicazioni

1. Documentazione del progetto “No al pregiudizio”
2. Atti della giornata di studio su “Le artiterapie come strumento per la riabilitazione, la prevenzione e l’integrazione sociale”

Associazione “Vivere insieme”, Arezzo

Punti chiave che l’Associazione Vivere Insieme di Arezzo assume come fondamentali per l’intervento dei servizi sui problemi connessi alla cura dei disturbi psichici e al mantenimento della salute mentale.

La “Cura” della malattia mentale deve prevedere azioni su diversi piani, da quello medico a quello psicologico, delle relazioni e degli aspetti sociali della persona, aspetti coinvolti e compromessi nella loro funzionalità dai disturbi stessi della malattia.

Il percorso terapeutico non può prescindere quindi da programmi e interventi sulla sfera sociale della persona laddove sono messi a rischio i principali elementi che caratterizzano il suo “ruolo” nella società (la stabilità, le relazioni, il lavoro...) da cui dipendono la fiducia in se e l’autostima ;

Pertanto interventi diretti al recupero o ripristino di attività lavorative e con esse la possibilità di esprimere le proprie potenzialità e di auto determinazione, sono da considerarsi uno dei più importanti obiettivi da raggiungere, che lo stesso programma sanitario deve prevedere e attivare attraverso gli opportuni rapporti con altri soggetti, istituzionali e non;

Per questo le cure mediche, concepite come un ventaglio di opzioni terapeutiche che vanno dal trattamento farmacologico al trattamento psicologico in programmi di intervento combinato, devono essere connesse e integrate a interventi riabilitativi e sociali, affinché il contatto con i contesti significativi della vita reale non vengano interrotti o vengano al più presto ripristinati dopo gli eventuali stati di crisi, attraverso progetti individualizzati che prevedano varie modalità e gradualità di impegno in relazione allo stato e caratteristiche della persona.

Questo chiama in causa evidentemente una pluralità di soggetti, non solo le agenzie sanitarie, del territorio; si ritiene che debba infatti essere fatto di tutto affinché “la dipendenza” dai servizi sanitari sia attenuata e possibilmente superata, evitando la cronicizzazione ove possibile, favorendo lo sviluppo e l’utilizzo di reti nel contesto della comunità di appartenenza, intese come risorse utili per risposte articolate flessibili, mirate, sotto il profilo del sostegno al percorso terapeutico, sia alla persona che alla famiglia;

A questo proposito si stigmatizzano le scarse attenzioni che vengono rivolte dalla dirigenza della USL8 alle necessità di alcuni servizi territoriali e di cura (centri diurni, comunità terapeutiche, laboratori per attività di socializzazione), che non riescono ad avere, i giusti finanziamenti per

proseguire in attività pur considerate fondamentali per i percorsi terapeutici e riabilitativi, sia nel senso del personale che come adeguatezza degli ambiti e spazi, nonché delle attrezzature indispensabili a produrre situazione attive , di reale coinvolgimento e stimolo delle persone coinvolte . Questo stato delle cose, già sottolineato nel. Convegno del novembre 2005 non sembra migliorare, anzi tende a perdurare e ad aggravarsi .

L'associazione Vivere Insieme, date le premesse su espresse, in questo ultimo anno ha cercato di favorire la riflessione sul significato di'integrazione dei vari servizi territoriali nell'attivazione dei Piani di salute Integrati con un Convegno tenutosi nel mese di Febbraio 2007 ad Arezzo che ha poi prodotto contatti con la locale CNA e i referenti della Provincia delle Pari Opportunità I successivi contatti hanno dato vita ad un progetto teso al reinserimento di persone con svantaggio psichico nel settore agricolo, così ricco di storia, dove l'individuo può ancora trovare la realizzazione personale e la valorizzazione di capacità e abilità altrimenti inespresse.

Il **progetto, finanziato dal CESVOT, dal titolo: Reinserimento sociale di persone con svantaggio mentale attraverso una realtà operativa sostenibile nell'ambito dell'agricoltura biologica, nel rispetto della biodiversità è iniziato nel mese di novembre** e auspicabilmente non durerà solo un anno se ci sarà la sinergia necessaria tra le istituzioni territoriali, le due Cooperative che si occupano della formazione e tutoraggio e l'Associazione che si è fatta promotrice del progetto.

Le Associazioni di volontariato e i gruppi di auto aiuto nel campo della salute mentale sono soggetti che rappresentano un punto di riferimento fondamentale, sia per le persone sofferenti che per le famiglie, garantendo anche impegno nell'aggiornamento e nella informazione e nel farsi portavoce anche verso i soggetti pubblici di riferimento, per dare ascolto e produrre visibilità a problematiche che vogliono essere riconosciute con maggiore dignità.

L'associazione Vivere Insieme, a questo proposito, ha promosso un altro progetto intitolato: La famiglia difficile. L'idea del corso nasce dalla domanda di un gruppo di volontari, familiari, insegnanti che operano nell'ambito delle dinamiche familiari e sociali che hanno accolto la richiesta sempre più forte di sensibilizzazione e prevenzione del disagio psichico, promuovendo un'attività di orientamento per la promozione di attività che pongano il giusto risalto alle tematiche legate al disagio psichico tenendo al centro le necessità della famiglia.

Associazione onlus “Comunicare per crescere” – Familiari per la Salute Mentale, Piombino (LI)

RELAZIONE SULLE ATTIVITA'

L'associazione “Comunicare per Crescere”, familiari per la salute mentale, attiva sul territorio della Val di Cornia dall'anno 2001, ha dato vita ad iniziative tese a stimolare e controllare le Istituzioni

Sanitarie, realizzare progetti che coinvolgano Enti pubblici, Associazioni e privati cittadini, promuovere gruppi di auto-aiuto per familiari, superare i pregiudizi sul disagio mentale.

Attività fin qui promosse

1. **Progetto “Comunicare per Crescere”**, con il patrocinio del CESVOT e l'intervento di esperti dei vari settori. Corso di formazione finalizzato a migliorare la comunicazione interna dell'Associazione (come punto di ascolto) e la comunicazione esterna con i media del territorio (radio, TV, giornale).
2. **Progetto I.E.F.A.** In collaborazione con l'ASL 6 LIVORNO. Partecipazione alla realizzazione di “Inserimenti etero-familiari” di soggetti con disagio mentale, ma con situazioni ormai stabilizzate, bisognosi di trovare accoglienza in nuclei familiari diversi da quelli di provenienza.
3. **Progetto “Scuola e Volontariato” con il patrocinio del CESVOT.** Nel corso degli AA.SS. 2005/2006-2006/2007, partecipazione dei nostri volontari ad incontri con ragazzi delle Scuole Superiori di Piombino, allo scopo di accrescere in loro la consapevolezza della pericolosità di certe scelte di vita fortemente connesse alla fase adolescenziale (alimentazione, sostanze, alcool), e di stimolarli a superare il pregiudizio verso la malattia mentale e le persone che ne sono colpite. Il Progetto si è concluso ogni volta con un'uscita in barca, che ha visto studenti, accompagnati dai loro insegnanti, dai nostri volontari e da operatori del servizio, unirsi agli utenti della salute mentale.
4. **1° Convegno “Lo spirito della Legge 180 all'interno della salute mentale”.** Il convegno è stato organizzato il 20/04/2006 presso l'Hotel Esperia di Piombino, con la partecipazione degli esponenti di varie Associazioni di utenti e familiari della Provincia di Livorno e di Firenze, operatori sanitari dell'ASL LIVORNO, rappresentanti delle Istituzioni locali, provinciali, regionali. L'idea di fare il punto sull'applicazione della Legge 180 dopo anni dalla sua promulgazione, nacque anche dalle esternazioni per noi “preoccupanti” dell'allora Ministro della Salute On. F. Storace. Lo scopo era quello di richiamare l'attenzione sulle varie problematiche connesse con la salute mentale (diagnosi, cura della crisi acuta, terapia farmacologica, inserimenti lavorativi) rilevando sì le carenze del sistema, ma ribadendo in modo categorico il rifiuto ad un ritorno al passato.
5. **Progetto “Mare e Costa”.** Conclusione di un progetto INTERREG cui hanno partecipato le Associazioni di utenti della provincia di Livorno e che si è concluso con un incontro organizzato con la collaborazione delle Associazioni utenti e familiari della provincia di Livorno, svoltosi a Casiglioncello nel mese di ottobre 2006.
6. **Progetto “Note solidali Controvento” (luglio 2005).** Con la collaborazione dell'Associazione utenti “Il Gabbiano”, dell'Amministrazione Comunale e dell'ASL 6 Livorno. Nel corso della giornata (ore pomeridiane) sono state effettuate delle uscite in barca lungo la nostra costa dell'Arcipelago Toscano, alle quali hanno partecipato cittadini

piombinesi (la vendita dei biglietti era affidata agli utenti dell'Assoc. Il Gabbiano). Alla serata, nell'ambito dell'Estate Piombinese, è stato rappresentato uno spettacolo musicale con il gruppo "Tribù Vocale" di Sabina Manetti.

7. **Progetto "Pierino e il Lupo"**. La serata (luglio 2006) organizzata dall'Associazione, si è svolta nell'ambito dell'Estate Piombinese. Hanno partecipato associazioni di familiari e utenti della provincia di Livorno. È stato rappresentato uno spettacolo teatrale (Pierino e il lupo) curato dal Sestetto dell'Istituto Mascagni di Livorno.
8. **Progetto di "Fotografia digitale"**. L'Associazione ha promosso un circolo di studio, con la collaborazione della SIDERFOR e del Circondario, al quale hanno partecipato utenti e non della Val di Cornia. Il risultato di questo lavoro fotografico è stato esposto, insieme a poesie e disegni, nella mostra allestita all'ex asilo Pro-Patria di Piombino.
9. **Progetto "Lotta allo stigma" In collaborazione con le associazioni familiari in rete della provincia**. Abbiamo sostenuto questo progetto degli utenti, tuttora in svolgimento, che consiste nel sottoporre ad alcuni cittadini della Val di Cornia, un questionario volto a valutare la loro conoscenza delle problematiche della salute mentale e il loro atteggiamento verso gli utenti.

Attività previste e in corso di attuazione

1. **Progetto "Api"**. Siamo impegnati nel realizzare un'iniziativa di valore sociale attraverso la creazione di un'attività produttiva di qualità (apicoltura e miele) per aumentare le possibilità occupazionali di soggetti svantaggiati con problemi di salute mentale. Il Progetto ha già ottenuto un 1° finanziamento dalla Regione Toscana e potrà continuare a svilupparsi grazie al coinvolgimento di vari Enti che già si sono concretamente attivati per sostenerci, o hanno comunque mostrato di condividere la nostra iniziativa:
 - **Regione Toscana;**
 - **Comunità Montana di Massa marittima;**
 - **Società della Salute Val di Cornia;**
 - **Dipartimento Salute Mentale USL 6 Livorno;**
 - **UFSMA Val di Cornia;**
 - **Associazioni di familiari in rete;**
 - **Associazioni utenti;**
 - **Amministrazioni locali.**
2. **Organizzazione di un 2° Convegno**. Dal dibattito sviluppatosi in occasione del 1° Convegno (aprile 2006), è emersa l'importanza del lavoro come strumento irrinunciabile per un recupero sociale degli utenti della salute mentale. Pertanto ci proponiamo di sviluppare una riflessione in merito, coinvolgendo il territorio nelle sue diverse peculiarità.

3. **Prosecuzione del Progetto “Scuola e Volontariato”** in occasione del quale la nostra referente si avvarrà della collaborazione già iniziata lo scorso anno, di un'operatrice che ha affrontato il tema dell'anoressia.

SERVIZI ATTUATI DALL'UFSMA - ASL 6 LIVORNO VAL DI CORNIA -

L'UFSMA ha attuato una rete di servizi che non si limita a curare la patologia mentale attraverso trattamenti farmacologici e psicoterapeutici, ma si propone di combattere l'isolamento sociale e l'impovertimento economico, collaborando con le Associazioni di Volontariato (Comunicare per Crescere, Il Gabbiano) che si preoccupano, oltre che della cura, della promozione della salute mentale inteso in accordo con la definizione dell'OMS “Uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla comunità”. Svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici attraverso:

- Interventi specialistici psichiatrici;
- Interventi specialistici psicoterapeutici;
- Interventi ambulatoriali e/o domiciliari;
- Attività semiresidenziali e residenziali a carattere terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo;
- Attività ospedaliera per il ricovero;
- Interventi educativi e di inserimento socio-terapeutico lavorativo;
- Gruppi di Auto-aiuto per utenti;
- Gruppi di Auto-aiuto per familiari;

I dati sottoindicati sono riferiti al periodo gennaio/settembre 2007.

1. I pazienti in carico al Servizio di salute Mentale Adulti sono 809, di cui nuovi utenti n. **310**;
2. I pazienti in fascia sovrapposizione fra UFSMIA-UFSMA, (0-17 anni) sono n. **3**;
3. Gli utenti con patologia di doppia diagnosi sono n. **12**;
4. Gli utenti in inserimento I.E.F.A. sono n. **4 (1 full-time- 3 part-time)**;
5. I ricoveri coogestiti con il reparto di Medicina dell'Ospedale di Villamarina e l'UFSMA hanno interessato **59 persone con n. 83 ricoveri**;
6. Gli interventi domiciliari infermieristici interessano **180 pazienti per n. 9304 interventi**;
7. Gli utenti accolti in day-hospital per somministrazioni cure endovenose sono n. 38;
8. Gli utenti in terapia ambulatoriale presso il Centro C.S.M. sono n. **128** per un totale di **8464 interventi**;
9. Le visite psichiatriche ambulatoriali sono n. **786**, di cui n. **310** sono di 1^a visita;
10. Le visite psichiatriche domiciliari sono state effettuate a **48** utenti per **complessive 76 visite**;

11. I **T.S.O.** sono stati n. **8**.

Per quanto riguarda l'infanzia-adolescenza, è stato segnalato da parte dell'UFSMIA l'aumento di casi di autismo.

Associazione "F.A.S.M." - Associazione Famiglie per la Salute Mentale, Lucca

Attività dell'Associazione "F.A.S.M." novembre 2006- novembre 2007

PERCORSO CON LE ISTITUZIONI:

Il dialogo con l'Azienda e con gli Enti locali continua in modo costruttivo e in un rapporto di stima reciproca. Per l'Azienda USL è stato un anno molto critico, e tutti i reparti ne hanno risentito.

La salute mentale è stata particolarmente penalizzata e in più le persone con problemi di salute mentale aumentano.

Gli impegni presi da assolvere a breve dopo il Convegno "Progetto individuale personalizzato. Quali servizi per la salute mentale" del 10 Febbraio 2006, a seguito del convegno regionale del 15 Novembre, non sono stati assolti. Tra questi riportiamo quelli prioritari:

- **Incremento e rimpiazzo del personale**, che deve essere stabile, qualificato e in numero sufficiente in quanto nell'ambito della salute mentale rappresenta la cura principale. Ad oggi siamo sotto di molte unità e di conseguenza il servizio sul territorio si è impoverito, ad esempio i laboratori di arte terapia hanno dovuto ridurre ulteriormente l'orario delle attività;
- **Mezzi di trasporto adeguati**, che non sono sufficienti penalizzando così ulteriormente il servizio sul territorio;
- **Stesura per scritto del progetto individuale personalizzato** che coinvolgesse anche la famiglia (non è avvenuto); e' stata elaborata una scheda valida dal Dott. Mario Betti Resp.U.F.S.M.A. Val di Serchio presentata nella Conferenza Aziendale di Salute Mentale il 24-10-2007, che speriamo venga adottata da tutti;
- **Comunità terapeutica ad alta intensità** con circa 8 posti: l'Azienda è disposta a realizzarla ma non sappiamo quando. La struttura che abbiamo richiesto potrebbe evitare molti ricoveri in S.P.D.C. e il protrarsi in esso. Nel reparto SPDC di Lucca, che è unico per le due zone (Lucca e Val Di Serchio), i pochi lavori eseguiti non hanno risolto il problema della promiscuità: il reparto risulta essere affollato, molti ricoveri sono impropri e la contenzione si pratica ancora anche se in misura minore. Sollecitiamo l'azienda a riconvertire la spesa riportando alcuni dei 22 pazienti ospiti in strutture fuori Usl.
- **Partecipazione ai progetti individuali personalizzati da parte dei medici di medicina generale** (obiettivo ancora da raggiungere)

- **Partecipazione delle associazione con i servizi di Salute mentale nella fase di progettazione dei programmi annuali;** ad oggi, forse a causa della forte riduzione di risorse, in particolare per quanto riguarda l'età evolutiva in cui c'è una lunga lista di attesa, non sappiamo con precisione quali programmi siano predisposti;
- **Il 27 Marzo 2006 c'è stata la Conferenza dei Sindaci, specifica per la salute mentale,** a seguito dell'impegno preso dopo il convegno del 10 febbraio 2006. Le associazioni hanno avuto la parola. E' stato l'inizio di un percorso nuovo che ha coinvolto i comuni con l'attivazione dei piani integrati di salute, poiché la società della salute non è stata ancora istituita. Gli incontri sono ripresi a rilento, a luglio nella conferenza dei sindaci si è parlato di salute mentale e doveva essere approvato il regolamento regionale ma non lo fu, infine il 18 settembre si è tenuta un'altra conferenza sul tema specifico della Salute Mentale.
- **Il 24 ottobre si è tenuta la Conferenza Aziendale per la salute mentale** richiesta dalla regione a seguito del convegno Regionale del 27 novembre 2006, nel nostro intervento abbiamo ribadito quanto sopra esposto e abbiamo invitato l'azienda e la conferenza dei sindaci a promuovere ogni due mesi dei tavoli istituzionali di confronto dove ogni soggetto dovrebbe svolgere ciò che gli compete, con argomenti a tema, mettendo in evidenza le criticità per poi risolverle.

Positivo è il progetto Lavoro Icaro, oggi Santa Gemma, in convenzione con la USL2 di Lucca, dove fanno un percorso di riabilitazione e di integrazione per circa 40 dei nostri ragazzi attraverso il lavoro, per la F.A.S.M. è stato un grande passo avanti, perchè finalmente è stato possibile attuare una piena integrazione fra Comune di Lucca, Azienda USL, Privato sociale, Associazioni di volontariato e Amministrazione provinciale e aveva visto applicata la legge Regionale n°72, auspicandosi in futuro accordi simili. Questa attività lavorativa è stata una risposta molto positiva per i nostri figli e per le loro famiglie.

I locali concessi alla F.A.S.M. dal comune di Lucca di mq. 250, ubicati al piano terra di un condominio, hanno una duplice funzione, in quanto, terminate le attività del primo modulo del progetto lavoro, si svolgono anche i corsi di formazione per i volontari e per i familiari e varie altre attività di animazione e socializzazione. Sono sempre di più i cittadini che si avvicinano alla F.A.S.M.

Con la sede, la F.A.S.M. ha acquisito una identità e la stessa è divenuto il punto di riferimento per molte persone.

Attività di formazione, di integrazione e sensibilizzazione:

Questo anno è stato per la nostra associazione molto intenso per quanto riguarda il percorso d'integrazione sul territorio. Il giorno **8 ottobre 2007** sono stati consegnati **25 attestati ai volontari** che hanno partecipato con grande interesse al **corso di formazione "TECNICHE**

ESPERIENZIALI DI COMUNICAZIONE. Il volontario nella salute mentale”: il corso è iniziato il 25 settembre 2006 con il Contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca.

Quattro incontri di promozione alla salute mentale sono stati svolti nel comune di Porcari con relatori Dott. Betti Mario, Dott. Elio Rossi, Dr.ssa Gilda Madrigali, Dr.ssa Silvia Allegrini , Dott.Roberto Sarlo, Dr.ssa Mirella Cavani.

Le attività del progetto “**ESCI CON NOI**” con i contributi delle Fondazioni della Cassa di Risparmio di Lucca e della Banca del Monte di Lucca si sono sempre di più intensificate e diversificate e consentono la partecipazione nel tempo libero a persone che, per le loro problematiche tendono a isolarsi, in momenti di socializzazione e integrazione, attraverso spettacoli, gite, biodanza, cene, sport, giochi vari.

Abbiamo organizzato una serie di esperienze molto positive di viaggio, anche all'estero, per più giorni nei seguenti luoghi: Firenze, Cascia e Cascate delle Marmore, 5 Terre – La Spezia, Costa Azzurra (Nizza, Montecarlo, Mentone, ecc) Lago Santo, Puglia (Bari, Otranto, Penisola Salentina, Lecce, Casteldelmonte, Trani, Alberobello, Fasano ...).

E' stata ripresa con successo l'attività per l'anno 2007-2008 del progetto “**Danzare la Vita - benessere integrazione sociale attraverso la musica, la danza e l'incontro di gruppo**”. Gli incontri si svolgono ogni lunedì pomeriggio c/o la scuola media D. Chelini a S. Vito di Lucca, con il contributo della **Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca**. **Il giovedì sera il gruppo si riunisce uscite (pizza o KaraoKe o cinema- ecc. nei giorni della settimana uscite individuali con i volontari.**

Nei mesi invernali il sabato sera si gioca a tombola ogni 15 giorni.

Ogni secondo mercoledì del mese i familiari si incontrano per la parte organizzativa, mentre ogni quarto mercoledì del mese ci sono i gruppi di auto-aiuto.

Il 9-10- Marzo 2007 a Lucca si è svolta la Conferenza Regionale del volontariato, la F.A.S.M. e il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la salute mentale erano presenti tutti e due i giorni con lo stand informativo e sono stati consegnate le copie degli Atti del convegno del Coordinamento “**Quanto il paziente è al centro della sua cura – Ad un anno dal convegno del 15 Novembre 2005**” (Firenze - 27 novembre 2006), di cui le volontarie della F.A.S.M. ne hanno curato la sbobinatura e l'impaginatura, mentre la Provincia ha offerto la stampa. Inoltre sono stati consegnati anche gli Atti del Convegno della F.A.S.M. “**Progetto individuale personalizzato e Piani di Salute Integrati: Quali Servizi per la Salute Mentale**” del 10 febbraio 2006 tenutosi a Lucca a Palazzo Ducale. Le volontarie della F.A.S.M. ne hanno curato la sbobinatura e l'impaginatura, mentre l'Az. USL 2 di Lucca ha offerto la stampa.

Sabato 5 Maggio 2007 il gruppo “ESCI CON NOI” della F.A.S.M. ha aperto la serata di solidarietà a nostro favore al Teatro del Giglio di Lucca con l'esibizione “Mare nostrum”. E' seguita la commedia brillante in vernacolo lucchese in due atti “ **r cocco di babbo**” di Fernanda Bianchi della Compagnia Teatrale “**La Baruffa**”. Il teatro ha registrato il tutto esaurito con 700 persone circa.

Giovedì **21 giugno 2007** il gruppo **“ESCI CON NOI”** insieme ai giovanissimi della **Parrocchia di S. Vito** ha invitato tutti a cantare il **Karaoke**.

Domenica **24 giugno 2007** alle H 21,00 si è svolto lo spettacolo di solidarietà **“INSIEME SOTTO LE STELLE” 6° edizione** che abbiamo organizzato insieme alle istituzioni, alle famiglie, ai volontari, agli utenti e ad altre persone di buona volontà, dove il protagonista principale è stato il gruppo **“ESCI CON NOI”**. Lo scopo è stato quello di trascorrere una piacevole serata insieme, e ringraziare ancora una volta i Sanvitesi per l'accoglienza dimostrataci.

Sabato 30 Giugno 2007 è stata organizzata una marcia non competitiva di solidarietà denominata **“Marcia con noi”** con tre percorsi Km. 3, Km.5, Km.10 con partenza e arrivo davanti alla nostra sede.

In occasione della **giornata nazionale per la salute mentale del 5 dicembre 2007**, in collaborazione con vari enti ed associazioni, organizzeremo una serie di eventi di promozione alla salute mentale sotto lo slogan: **“Informare, capire, integrare - IV edizione. Non c'è salute senza Salute Mentale”**. Simbolo la candela con il messaggio **“Luce per illuminare le menti”**.

Segue il calendario degli eventi:

28 novembre - Palazzo Ducale - Sala Maria Luisa – Lucca - Ore 21,00

“Essere come essere con: con sé e sé con sé e l'altro”

Saluti: Stefano Baccelli

Presidente della Provincia di Lucca: Oreste Tavanti - Dir. Gen. Az. USL2 Lucca

Introduce: Gemma Del Carlo - Presidente F.A.S.M.

Conduce: Dott. Enrico Marchi - Direttore U. F. A. S. M. Lucca, Az. USL2 Lucca

Relatore: Dott. Marco Martinelli - Psichiatra Psicoterapeuta Az. USL2 Lucca

Verranno esaminati i presupposti per un incontro autentico con l'altro e con sé stessi: due prospettive di guardare il mondo in continua interscambiabilità; sarà inoltre trattato il valore dell'empatia fra il “fare” e lo “stare”; verranno infine prese in esame le varie condizioni psicopatologiche nelle quali risulta alterato il colloquio fra sé e sé e fra sé e l'altro.

1 dicembre - Piazza S. Cristoforo Lucca

Intera giornata Stand dove verrà distribuito **materiale cartaceo informativo e di consultazione sulla Salute Mentale e sulle Associazioni F.A.S.M. e Archimede**. Distribuzione di candele, a offerta, col messaggio Luce per illuminare le menti. Inoltre stands informativi con distribuzione di candele verranno allestiti in alcune parrocchie della diocesi di Lucca, con testimonianze di volontari, nelle domeniche che precedono e posticipano la giornata nazionale per la Salute Mentale.

2 dicembre Auditorium - S. Girolamo LUCCA Ore 21,00

SPETTACOLO DI SOLIDARIETÀ “INSIEME E' PIU' BELLO”

Il gruppo **“ESCI CON NOI”** della F.A.S.M. presenta **“MARENOSTRUM”** sentimenti, pensieri, emozioni raccontate attraverso la musica e le immagini. Segue l'esibizione di altri artisti.

Con questo spettacolo il gruppo vuole trasmettere l'entusiasmo e la vitalità che lo caratterizza e che ne ha permesso la sua crescita e il suo sviluppo.

5 dicembre - Palazzo Ducale Sala Maria Luisa Lucca Ore 21,00

Depressione e alcol

Saluti: Stefano Baccelli

Presidente della Provincia di Lucca: Oreste Tavanti - Dir. Gen. Az. USL 2 Lucca

Introduce: Gemma Del Carlo - Presidente F.A.S.M.

Conduce: Dr.ssa M. Incoronata Favatà

Coordinatore Dip. S. M., Az. USL2 Lucca

Relatore: Dott. Roberto Sarlo - Direttore U.O. Psichiatria, Az. USL 2 Lucca

L'esperienza quotidiana e i dati della letteratura dimostrano che alcol e depressione sono frequentemente associati in un circolo vizioso. Per uscirne fuori, sono necessari trattamenti integrati e di lunga durata.

11 dicembre - Sala Guazzelli – Galliciano – Ore 21

e

12 dicembre - Palazzo Ducale Sala Accademia Lucca – Ore 21

“Trattamenti complementari in psichiatria: omeopatia, floriterapia, terapie transpersonali.”

Saluti delle autorità presenti

Introduce: Gemma Del Carlo - Presidente F.A.S.M.

Interverranno:

- Maria Antonietta Balzola, psichiatra e psicoterapeuta, celebre per il suoi studi su “i fiori della mente”.

- Mario Betti, psichiatra e psicoterapeuta

Elio Rossi, medico omeopata

Nel corso dell'incontro sarà presentato il libro:

“Oltre il labirinto. Percorsi di medicina complementare in psichiatria”

A cura di Maria Antonietta Balzola

Edizioni Colibrì, Milano 2007

E' il primo testo sulle medicine complementari in psichiatria pubblicato in Italia.

Nuova attività: nasce il giornalino “RACCONTIAMOCI” periodico bimestrale on line e cartaceo con il contributo del CESVOT percorsi di innovazione 2006

IL COORDINAMENTO TOSCANO DELLE ASSOCIAZIONI PER LA SALUTE MENTALE E'
COMPOSTO DA 21 ASSOCIAZIONI
CHE FORMANO IL COORDINAMENTO U.N.A.S.A.M. E Di.A.Psi.Gra SEZIONE DI FIRENZE
E PRATO



U.N.A.S.A.M.

Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale
Coordinamento della Regione Toscana – Sede: Via F.Simonetti 55100 S.Vito Lucca
tel/fax 0583 440615

Archimede

Via Catalani, 158 – 55100 S. Anna, Lucca – Tel 0583 - 464540
e. mail: info@lestanzediarchimede.org Sito: www.lestanzediarchimede.org

Astolfo

Via Pecori Giraldi, 15 - 50032 Borgo S. Lorenzo (FI) - Tel. 055 – 84 57 780
e. mail: pratesi.giuseppe@virgilio.it

Auto-Aiuto Nicola

Viuzzole Calvani - 50127 Firenze - Tel. 055 – 373114
e. mail: autoaiutonicola@tiscali.it

Auto-Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico

c/o Centro Sociale PATAPIN - Via Cucchiari, 8 54033 Carrara (MS)
Tel. e fax. 0585 – 71627 – Tel. 0585- 45778
e.mail: mbertelloni@libero.it

C.P.F.S.M. Coordinamento provinciale Familiare degli Utenti Salute Mentale

Centro PATAPIN- Via Cucchiari, 8 54033 Carrara (MS)

Camminare Insieme – Associazione Onlus

Via Sottopoggio per San Donato, 171 - 50053 Empoli (FI) - Tel. e fax. : 0571 – 999074

Il sollievo della speranza

Loc. Pozzo al Moro, 1 - 57034 Campo nell'Elba (LI)
Tel. 0565 – 976035 (Abitaz.) – Fax. 0565 – 976990 –
e. mail: capogrizzo@libero.it

F.A.S.M. - Associazione Famiglie per la Salute Mentale

Via F. Simonetti – S. Vito - 55100 Lucca - Tel. e fax 0583 – 440615 - Cellul 3498019334
e. mail: associazione@fasm.it sito: www.fasm.it

Il Villino Associazione – Onlus

Via del Ponte di Mezzo, 18 - 50100 Firenze - Tel. 055 – 353703

Insieme

c/o Elena Ghini - Via Carlo Jazzi, 39 - 53056 Poggibonsi (SI)
Cellul. 3292250838

L'Accoglienza c/o Roberta Ciccarelli

Via S. Michele, 97 - 52043 Castiglion Fiorentino (AR) - Tel. 0575 – 680390

La Ginestra

Via G. Leopardi, 72 - 50019 Sesto Fiorentino (FI) - Cellul 3387480865
e. mail: la.ginestra@tin.it

L'ALBA c/o Arci Nuova Associazione

Corso Italia, 156 – 56100 Pisa - Tel. 050 – 23278 (ARCI PISA)

Fax: ARCI 050 – 506897

E. mail: associazionelalba@gmail.com Sito: www.lalbassociazione.com

NUOVA AURORA Associazione di familiari per la tutela per sofferenti psichici

Via di Ripoli, 67 - 50126 Firenze - Tel. 055 – 6810278

Oltre l'orizzonte per la promozione del benessere psichico

Via di S. Maria Maggiore, 33 - 51100 Pistoia - Tel. 0573 – 23382 –

Tel. 0573 – 380475 Cellul: 3289081569

e. mail: oltreorizzonte.pt@libero.it Sito: www.oltreorizzonte.org

Santarosa Gruppo di Famiglie per il sostegno al disagio psichico

Via Assisi, 20 - 50142 Firenze

Tel. 055 - 7321333 - Tel. 055 – 786900 - Tel. 055 – 3282538

Speranza Associazione familiari diversabili psichici

Via di Parigi, 24 - 56100 Pisa

Tel. 050 - 572574 - Tel. 339 – 4524560

Vivere Insieme

Via Campo di Marte, 20 - 52100 Arezzo – Tel 0575 – 1786314 –

Cellul 3351474395; Tel. 0575 1786314

e. mail: vivereinsieme_ar@libero.it Sito: www.vivereinsieme.net

Rosa Spina

Via F.lli Cervi, 6 Massa e Cozzile (PT)

e.mail: danifa62@libero.it Sito: www.danielafaqni.it

Comunicare per crescere – Familiari per la Salute Mentale onlus

c/o Palazzina Rossa Villamarina Via Forlanini 57025 Piombino (LI)

tel. 0565 67322

U.N.A.S.A.M. – Sede Regionale

Via F. Simonetti – S. Vito - 55100 Lucca - Tel. e fax. : 0583 – 440615

e. mail: info@coordinamentotoscanosalutementale.it

Sito: www.coordinamentotoscanosalutementale.it

Di.A.Psi.Gra – Sede Regionale

Via Moreni, 54 - 50135 Firenze - Tel. 055 – 6540258

Di.A.Psi.Gra Prato

Via Migliorati, 1F - 59100 Prato – e. mail: cabo.37@virgilio.it

Si ringrazia

Regione Toscana

**Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo**

Tutti i relatori

Familiari e utenti

Tutti i volontari

Banca Toscana

**Provincia di Lucca per
la stampa di questa pubblicazione**



**COORDINAMENTO TOSCANO DELLE ASSOCIAZIONI
PER LA SALUTE MENTALE**
Via F. Simonetti 55100 S. Vito - Lucca – tel. e fax 0583- 440615
Sito: www.coordinamentotoscanosalutementale.it
e-mail: info@coordinamentotoscanosalutementale.it

Regione Toscana

Direzione generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà
Settore integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo
Via di Novoli 26 50127 Firenze

www.regione.toscana.it
Dr.ssa Mirta Gonnelli
Regione Toscana

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo
Via di Novoli, 26 - 50127 Firenze
Tel.+39-55-4383577 Fax +39-55-4383120