REGIONE TOSCANA

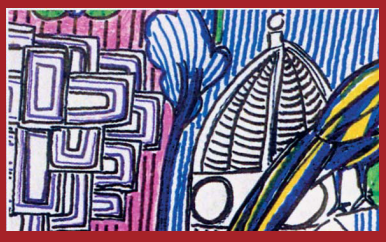
COORDINAMENTO TOSCANO DELLE ASSOCIAZIONI PER LA SALUTE MENTALE

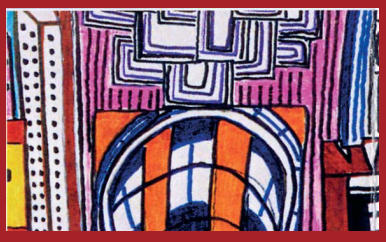
Con il patrocinio del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Quanto la persona è al centro della sua cura?

3° verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale

Non c'è salute senza Salute Mentale





Venerdì 28 novembre 2008

Auditorium Banca Toscana
Via Panciatichi, 87 Firenze

PROVINCIA di Lucca

SST Servizio Sanitario della Toscana

Segreteria organizzativa

Regione Toscana Giunta regionale
Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà
Settore Governo Socio Sanitario
Tel. 055-4383577
mirta.gonnelli@regione.toscana.it

con il patrocinio del CESVOT CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO TOSCANA

Atti del convegno

Quanto la persona è al centro della sua cura?

3°verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale

Venerdì 28 Novembre 2008
Auditorium Banca Toscana
Via Panciatichi – Firenze

A cura di
Chiara Piletti

Indice

Saluti e Ringraziamenti - Gemma Del Carlo – Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale 6

Saluti - Roberto Poledrini – Rappresentante della Banca Toscana 6

Introduzione - Gemma Del Carlo 7

Saluti – Andrea Del Bianco - Responsabile della Segreteria dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Toscana 8

Il nuovo Piano Sanitario Regionale: strategie, obiettivi e strumenti di verifica - Giovanna Faenzi – Dirigente dell'Area Coordinamento delle Politiche Sociali Integrate 9

Progetti di valutazione dei servizi sanitari e sociali della Regione Toscana - Paolo Tedeschi – Scuola Superiore S. Anna Pisa 11

La Salute Mentale in Regione Toscana: valutazioni delle Associazioni di Familiari e Utenti 14

Gemma Del Carlo – Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale 14
Roberto Pardini – Rete Regionale Utenti 18
Vanna Spolveri – Associazione UTISM 19
Franca Fiorini - Corsam 20

Presentazione del libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore" - Kira Pellegrini 21

Letture tratte dal libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore" - Graziana Angeleri 22

Il ruolo dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane nella tutela della Salute Mentale 23

Mario Regoli – Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca 23
Oreste Giurlani – Presidente UNCEM 24

L'amministratore di sostegno – Prof. Paolo Cendon 26

Dibattito 29

Conclusione dei lavori della mattinata - Fabio Roggionali – Presidente IV Commissione consiliare “Sanità” Consiglio Regionale della Regione Toscana 35

Situazione dei servizi di salute mentale: quali azioni concrete negli ultimi tre anni e quali strumenti di verifica. I Direttori Generali delle Aziende USL della Toscana 39

Lisandro Fava – Direttore Sanitario Azienda USL 2 Lucca 39
Massimo Scura – Direttore Generale Azienda USL 7 Siena 41
Luigi Marroni – Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Firenze 46
Giuseppe Corlito – Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Area Vasta Sud Est 51
Aldo D’Arco – Direttore DSM Arezzo 55
Chiara Gherardeschi – Direttore Sanitario Azienda USL 3 Pistoia 56
Simona Dei – Azienda ASL 11 di Empoli 58

Relazioni da parte delle aziende sanitarie che non sono intervenute durante il convegno 59

Azienda USL 5 - Pisa 59
Fausto Mariotti - Direttore Generale - Azienda USL 6 di Livorno 63
Antonio Delvino – Direttore Generale Azienda USL 1 di Massa Carrara 65
Azienda USL 4 - Prato 66

Assessore Gianni Salvadori 68

Dibattito 71

Conclusioni - Galileo Guidi 74

Considerazioni conclusive e sintesi dei lavori 77

Appendice A – Relazioni delle Associazioni 80

Appendice B – Dalla documentazione consegnata dalla Regione Toscana 119

Quanto
la persona
è al centro
della sua cura?
Non c'è salute senza Salute Mentale
Venerdì 28 novembre 2008
ore 8,45 - 18,00

Saluti e Ringraziamenti - Gemma Del Carlo – Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Benvenuti al convegno e grazie a tutti Voi per aver accolto questo nostro invito.

Il Convegno patrocinato dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali ha un titolo molto significativo "**Quanto la persona è al Centro della sua Cura?** 3° verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la salute mentale", e rappresenta per la vita del **Coordinamento Toscano delle associazioni per la Salute Mentale** un altro momento molto importante.

Ringraziamo l'**Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana Enrico Rossi** e l'**Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana Gianni Salvadori** per avere accolto la nostra proposta di organizzare insieme a noi questo quarto convegno di verifica e di riflessione. Inoltre apprezziamo molto la continua collaborazione fra i due assessorati. Un ringraziamento anche ai responsabili delle segreterie dei due Assessorati **Ledo Gori** e **Andrea Del Bianco.**

Un ringraziamento particolare al **Dott. Galileo Guidi**, alla **Dott.ssa Marzia Fratti** e alla **Dott.ssa Mirta Gonnelli** della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà per il **loro impegno e la loro disponibilità da sempre dimostrata nei nostri confronti.**

Un sentito ringraziamento alla **Banca Toscana** che gentilmente, anche quest'anno, ci ospita e che ci **dimostra nuovamente la sua solidarietà.** In particolare ringraziamo il **Dott. Giancarlo Picchi,** Vice Direttore Generale della Banca Toscana, che ha fatto sempre da tramite per la realizzazione dei nostri convegni.

Una riconoscimento e un sentito grazie va a **Gilda Madrigali, segretaria del Coordinamento Toscano** e ai **volontari, che sono oggi all'accoglienza,** e a **tutti coloro che hanno collaborato** alla preparazione di questo convegno.

Ringraziamo il **CESVOT** per il **patrocinio.**

Ringraziamo per la collaborazione la **Provincia di Lucca** per la stampa degli atti del convegno del 2007, delle relazioni 2008, che trovate in cartellina, delle locandine e di parte degli inviti del convegno di oggi, e **l'Azienda USL 2 di Lucca** per la stampa degli inviti di questo convegno.

Diamo adesso la parola al rappresentante della Banca Toscana, Roberto Poledrini.

Saluti - Roberto Poledrini – Rappresentante della Banca Toscana

Buongiorno a tutti. Sono lieto di porgervi il più lieto e sincero saluto a tutti i partecipanti a questo convegno organizzato dal Coordinamento Toscano per le Associazioni della Salute Mentale qui rappresentato dalla Signora Gemma Del Carlo, anche a nome del Direttore Generale Giorgio Rivato e del Vice Direttore Generale Giancarlo Picchi. Un saluto particolare va al Dott. Paolo Tedeschi della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e a tutti i convegnisti che ringrazio per la loro presenza. Sono certo che un convegno con questo titolo non possa che portare a risultati positivi: la persona quale obiettivo e punto focale di ogni attività o ricerca è di per se stessa il miglior approccio che si possa ipotizzare in una società che sempre di più sta personalizzando ogni tipo di rapporto alla ricerca di sinergie e convenienze organizzative o reddituali. Ritengo che la cultura della persona sia sempre premiante. Auguro a tutti un buon lavoro, sapendo che non verrà meno l'amore di tutti voi per le attività svolte. Credo infatti che come ha scritto Benedetto XVI nell'enciclica "Deus Caritas Est": "L'amore — *caritas* — sarà

sempre necessario, anche nella società più giusta. Non c'è nessun ordinamento statale giusto che possa rendere superfluo il servizio dell'amore. Chi vuole sbarazzarsi dell'amore si dispone a sbarazzarsi dell'uomo in quanto uomo. Ci sarà sempre sofferenza che necessita di consolazione e di aiuto. Sempre ci sarà solitudine. Sempre ci saranno anche situazioni di necessità materiale nelle quali è indispensabile un aiuto nella linea di un concreto amore per il prossimo". Buon lavoro.

Introduzione - Gemma Del Carlo

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale si è costituito il 29/04/1993 e attualmente ha l'adesione di 23 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, con cui ha costanti contatti.

Il Coordinamento Toscano è impegnato nell'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disturbi mentali e inoltre organizza convegni e iniziative per informare e orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche. E' attraverso la conoscenza e, lo sperimentiamo ogni giorno, che si abbatte il pregiudizio.

Il Convegno di oggi apre le manifestazioni che le varie Province della Toscana terranno per la giornata nazionale per la Salute mentale del 5 dicembre 2008.

Quest'anno inoltre ricorre il trentennale della legge 180 che ha cambiato radicalmente il percorso di vita delle persone con disturbi mentali, infatti prima queste persone vivevano recluse nei manicomi. La legge 180 ha permesso a queste persone di curarsi attraverso i servizi territoriali e integrarsi nel contesto cittadino. **La legge prevedeva e prevede che il denaro risparmiato dalla dismissione dei malati degli ex O. P. dovesse essere reinvestito nel potenziamento dei servizi territoriali: questo però è avvenuto solo in parte,** e ancora oggi, purtroppo, ne paghiamo le conseguenze.
Dopo i convegni del 2005, 2006, 2007, organizzati insieme alla Regione Toscana, l'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della stessa Regione Toscana si è resa ancora più evidente: molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare!

Sappiamo che per quanto riguarda i disturbi mentali, oggi è possibile guarire o comunque migliorare e, come è emerso nei convegni precedenti, 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 è, che la piena attuazione degli interventi condivisi con l'utente e la famiglia e il coordinamento tra l'Azienda, gli enti locali e le associazioni.

E' importante riflettere su come valutare l'efficacia degli interventi e quali ricadute hanno gli stessi sugli utenti poiché, è attraverso un'attenta valutazione, che possiamo ottimizzare le risorse e, soprattutto, migliorare il servizio.

Auspichiamo che questo diventi un concreto metodo operativo dei servizi territoriali.

Diamo inizio al convegno e per questo dò la parola a Andrea del Bianco, responsabile della Segreteria dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Toscana che ci porta il saluto dell'Assessore Salvadori che ci raggiungerà nel pomeriggio, visto che stamani è stato trattenuto a Roma.

Saluti – Andrea Del Bianco - Responsabile della Segreteria dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Toscana

Ringrazio Gemma per questa introduzione, il mio è soltanto un saluto; il saluto vero e proprio avrebbe dovuto portarlo l'Assessore Salvadori che purtroppo è stato chiamato a Roma per un impegno imprevisto, ma ha promesso di raggiungerci nel pomeriggio, e compatibilmente con i treni penso che ce la farà sicuramente.
Ci tenevo ad esserci comunque perché nel corso dell'ultimo anno abbiamo avviato un lavoro molto significativo con Gemma e con le Associazioni dei familiari e degli utenti dei percorsi di Salute Mentale. Questo lavoro punta principalmente a verificare l'attuazione delle linee guida regionali - che oramai hanno quasi un anno - nelle diverse ASL. Abbiamo condotto un primo ciclo di incontri con tutte le aziende sanitarie ed è emerso come già sapevamo un panorama diversificato, non senza elementi di difficoltà ma anche una grande sensibilità sia da parte dei Direttori Generali sia da parte degli uffici preposti a livello locale per seguire queste materie; sensibilità ed impegno a farsi carico delle difficoltà che si sono evidenziate ed a coinvolgere in maniera strutturata, attraverso le consulte, le associazioni a livello locale che hanno partecipato agli incontri regionali.
Un panorama quindi variegato, ma proprio per questo sono state emanate le linee guide, cioè per dare uniformità e sviluppare un percorso condiviso anche a livello locale; l'obiettivo che ci prefissiamo su questo è quello di re-incontrare tutte le aziende sanitarie nell'arco dei prossimi sei mesi (facciamo conto entro giugno) e verificare lo stato di attuazione e anche i percorsi concreti messi in campo. Vi sottolineo nuovamente l'elemento della grande sensibilità e attenzione riscontrata, Gemma ve lo potrà confermare, unita all'impegno a verificare le risorse in questa direzione.
Oltre a questo percorso con le Aziende Sanitarie ne abbiamo attivato un secondo con l'Assessorato al Lavoro. Il lavoro è uno dei fattori essenziali per la piena integrazione e per una azione che non sia solo terapeutica, ma davvero di normalizzazione della partecipazione degli utenti di Salute Mentale alla vita quotidiana. Anche su questo profilo abbiamo riscontrato grande attenzione da parte dell'Assessorato; si stanno avviando incontri con le amministrazioni provinciali sia per favorire i percorsi di inserimento lavorativo sia per una formazione professionale qualificata e specifica.
Non voglio aggiungere molto altro, ci tengo solo a dire che nei prossimi giorni saranno in Giunta le linee guida sull'autismo sviluppate con la collaborazione all'Associazione Autismo Toscana, e anche questa è una tappa importante che vuole andare a focalizzare meglio gli obiettivi e anche le risorse umane, professionali e economiche dedicate a questa grave malattia.
Un ultimo elemento: nei prossimi giorni sarà approvata in Consiglio la legge sulla non autosufficienza che tocca anche gli aspetti della Salute Mentale. C'è un preciso richiamo all'interno della legge - anche su sollecitazione delle vostre Associazioni - su due aspetti in particolare. Il primo è relativo alle problematiche della disabilità, che entreranno pienamente nel percorso della non autosufficienza a partire dal 2010; il piano di lavoro sulla NA prevede infatti che dalla fine del 2008 l'azione sia concentrata sugli anziani non autosufficienti gravi, mentre a partire dal 2010 questo intervento sarà allargato alla disabilità grave. Ci auguriamo peraltro che nel 2010 riusciamo ad avere una conferma delle risorse da parte del Governo Nazionale, perché ad oggi la copertura nazionale (benché parziale) c'è solo per il 2009 e non abbiamo alcuna conferma per il 2010; e devo dire che le prospettive aperte con il taglio del 30% del fondo sociale nazionale 2008 ci generano qualche dubbio. Comunque la Regione su questo aspetto garantisce l'entità delle risorse che sono ingenti, 80 milioni l'anno che ci impegniamo a garantire sin dal 2009.
Il secondo elemento riguarda la possibilità che anche la disabilità mentale si avvalga delle risorse del Fondo, come affermato in linea di principio già nella legge, ma occorre in tal caso

garantire il governo unitario della materia, che significa procedura unificata e una modalità valutativa e gestionale condivisa; su questo dovremo attivare le necessarie verifiche nel corso del 2009 per il 2010. Vi lascio ai vostri lavori.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Del Bianco e diamo la parola alla Dott.ssa Giovanna Faenzi, Dirigente dell'Area Coordinamento delle Politiche Sociali Integrate.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale: strategie, obiettivi e strumenti di verifica - Giovanna Faenzi – Dirigente dell'Area Coordinamento delle Politiche Sociali Integrate

Grazie e buongiorno a tutti. Innanzitutto un ringraziamento a tutte le Associazioni e a Gemma Del Carlo che presiede il Coordinamento Toscano delle associazioni.
Ho avuto modo, negli ultimi tempi, di conoscere più approfonditamente l'attività delle associazioni poiché ho partecipato ad alcuni degli incontri con gli Assessori alla Salute e alle Politiche Sociali e con i Direttori Generali delle Aziende ai quali sono intervenuti rappresentanti di diverse associazioni. Sono state occasioni che mi hanno consentito di comprendere quanto sia importante, per chi ha la responsabilità di governare gli interventi, la "spinta" che deriva dal mondo dell'associazionismo e da quel patrimonio di conoscenze dirette, di idee e suggerimenti che gli è proprio. Tale contributo è fondamentale anche quando gli interlocutori sono sensibili e intenzionati ad agire per il meglio, perché è sempre diversa l'idea teorica che ognuno ha delle situazioni, anche nel caso di esperienze dirette, rispetto alla conoscenza di chi vive le situazioni ed è in grado di rappresentarle direttamente; va da se' che vanno poi trovati gli equilibri tra la rappresentazione del bisogno, la richiesta di intervento, le compatibilità e le possibilità concrete di intervento.
E' certo comunque che leggere tutte queste dimensioni senza la testimonianza di chi le vive, è cosa ben diversa dal poter contare su un bagaglio di esperienza diretta. Ritengo che si sia attuata una fase importante, sia sotto il profilo politico che sotto il profilo tecnico, che è poi quello che mi appartiene: una fase caratterizzata da una serie di incontri – seguiti direttamente dalla collega Marzia Fratti con la sensibilità che tutti noi le riconosciamo – nei quali sono state affrontate le diverse sfaccettature della salute e del lavoro che compongono il quadro operativo degli interventi rivolti all'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali. Oltre a questa operazione di carattere promozionale e di sensibilizzazione è importante sottolineare il quadro normativo diverso dal passato nel quale ci troviamo oggi ad operare; ci sono, infatti, una serie di normative quadro di carattere generale che valorizzano il bisogno di integrazione per le politiche di inclusione sociale.
Mi riferisco in particolare al fatto che è approvato da un anno il piano regionale delle politiche sociali integrate per il periodo 2007-2010, così come un nuovo piano sanitario; va sottolineato che nell' approvazione del piano sociale e del piano sanitario è stata presa la decisione - poi anche formalizzata - riguardo al prossimo piano: sarà un piano unico, sanitario e sociale, e rispecchierà a pieno la volontà già manifestata e la filosofia che ha ispirato la produzione degli atti, qualificandosi non come una semplice sommatoria di temi ma come uno strumento di integrazione.
Un'altra tappa da ricordare è la recente approvazione della legge di modifica alla 40 del 2005, la legge regionale che norma l'intero sistema sanitario toscano: si tratta della legge regionale 60, la cosiddetta legge sulle Società della Salute, che rappresenta anch'essa un passo importante nel processo di ricomposizione a livello di governo locale di tutti gli interventi di un'area molto ampia che naturalmente ha al suo centro l'intervento sociale e sanitario territoriale, ma che contempla anche lo spettro della prevenzione.

Che cosa produce la Società della Salute dal punto di vista della programmazione territoriale?
Produce un piano integrato della salute dei cui contenuti abbiamo un'idea precisa già a partire dalla stessa definizione. E' stato avviato un percorso di monitoraggio di tutti i piani integrati di salute, che rappresentano il documento della programmazione locale delle Società della Salute o delle Zone Distretto, con le conferenze zonali dei sindaci, dove ancora non si è costituita la Società della Salute. Come alcuni di voi sapranno, le Società della Salute hanno avuto una lunga fase di sperimentazione e l'obiettivo è quello di produrre il documento di programmazione anche nelle zone dove non si sono ancora costituiti tali soggetti. Con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e il MES, il laboratorio Management e Sanità, è stato realizzato un monitoraggio approfondito dei contenuti dei piani integrati di salute già prodotti che ha evidenziato la non soddisfacente rappresentazione, rispetto ad altre dimensioni, del fenomeni della salute mentale.
Questo è uno dei punti sui quali tutto coloro che sono presenti oggi a questa iniziativa hanno la possibilità di lavorare, per far sì che la prossima fase del percorso offra maggiore spazio a questo importantissimo tema.
Mi preme sottolineare tuttavia che non si tratta di esaltare la dimensione territoriale a discapito della competenza di tipo specialistico: ritengo, infatti, che la dimensione specialistica, deputata alla lettura del tema della salute mentale, sia assolutamente conciliabile con quella territoriale, incentrata sull'inclusione sociale dei soggetti. E' questo un aspetto fondamentale che tocca il cuore di tutti i problemi sui quali dobbiamo insistere e lavorare.
Voglio richiamare l'attenzione su due aspetti che ricorrono nei documenti della programmazione sociale e sanitaria della Regione: il primo sottolinea la necessità di politiche integrate per l'inclusione e l'affermazione della centralità, dell'ascolto e della soggettività della persona nei percorsi assistenziali, quale metodo di presa in carico, ovvero delinea quello che sono gli elementi distintivi del percorso assistenziale personalizzato; il secondo attiene al piano sanitario e riguarda l'individuazione precoce del disturbo e la prevenzione attivata durante l'infanzia e l'adolescenza: non c'è dubbio che la prevenzione nei confronti dell'infanzia abbia un doppio valore poiché interessa una fase della vita in cui c'è la possibilità di costruire un percorso.
Che cosa dire ancora? Sicuramente è necessario un forte impegno per la qualità del sistema, per le strutture di accoglienza, per garantire la presenza di un responsabile del caso, per progettare e realizzare percorso formativi nei quali gli operatori possano sviluppare linguaggi e sensibilità comuni.
Da ciò che ho potuto notare entrando in un contatto più diretto con le situazioni che Marzia Fratti e Galileo Guidi mi hanno rappresentato, mi sono fatta l'idea che ci siano dei passaggi da sviluppare nell'ambito del governo del sistema; ne rappresento uno emblematico: esistono, nonostante gli sforzi, delle lacune sul sistema informativo, sulla raccolta dei dati sulla salute mentale. Vorrei, quindi, richiamare tutti gli operatori delle aziende ad impegnarsi, ognuno secondo le proprie competenze, per colmare questa carenza, anche perché senza le conoscenze non possiamo calibrare e adeguare le politiche. Certo si tratta di un esempio, ma è comunque indicativo di come sia fondamentale, sia per gli aspetti secondari che di maggior rilievo che investono la programmazione, adottare prassi caratterizzate dall'apertura e dal dialogo per orientare positivamente gli interventi.
Voglio di nuovo sottolineare che l'apertura alla dimensione territoriale attraverso lo strumento dei piani integrati della salute non deve allarmare, anche perché è l'unica strada che può e deve essere percorsa per lo sviluppo e la qualificazione degli interventi. Informo infine che sul tema della salute mentale la Regione ha avviato percorsi specifici e che grazie al lavoro e all'impegno di tutti è già stato fatto un accordo nella provincia di Pisa tra il dipartimento e l'azienda sanitaria. Mi sembrano passi significativi che vanno nella direzione giusta!
Buon lavoro e buona giornata.

Gemma Del Carlo

Grazie alla Dott.ssa Faenzi che è intervenuta per l'Assessore Rossi che si trova a Roma per il suo ruolo di Coordinatore Nazionale degli Assessori Regionali alla Salute. Andiamo avanti e diamo la parola al Dott. Paolo Tedeschi della Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

Progetti di valutazione dei servizi sanitari e sociali della Regione Toscana - Paolo Tedeschi – Scuola Superiore S. Anna Pisa

Buongiorno a tutti e grazie per l'invito. Ho portato qualche lucido perché l'argomento che mi è stato chiesto di presentare richiede qualche evidenza e qualche elemento da presentarvi oltre alle parole del sottoscritto. Il tema della valutazione è un tema su cui la Regione Toscana ha investito con delle scelte precise in questi ultimi anni e sta facendo scuola a livello nazionale. Gli argomenti di cui parleremo hanno origine in ambito sanitario e oggi si stanno allargando anche alla prospettiva sociale e da questo punto di vista credo che parlare di questi argomenti in una riunione come questa abbia il senso di far presente tutte quelle che sono le problematiche della salute mentale e la qualità del servizio che può generare dall'uso di strumenti di valutazione. Il presupposto fondamentale per capire cosa si intende per valutazione è che sostanzialmente noi abbiamo a che fare con dei sistemi sanitari e sociali molto complessi in cui convivono tanti ruoli, tanti attori e tante professionalità diverse dove non sempre tutti questi soggetti parlano lo stesso linguaggio. C'è un principio molto semplice da intuire, ma non tanto semplice da realizzare: solo ciò che è oggettivamente misurabile è amministrabile; questo significa che ci possono essere opinioni diverse su come trattare un problema di salute mentale dal punto di vista clinico, assistenziale e sociale, ma alla fine bisogna che qualcuno generi dei numeri, delle evidenze, altrimenti diventa solo un confronto di opinioni diverse, che sono importanti, ma se alla fine non trovano un linguaggio comune rischiano di essere contraddittorie. La misurazione è la possibilità di usare un medesimo linguaggio e di coordinare quelle che sono le azioni degli attori sociali e sanitari; da questo punto di vista la misurazione deve avvenire a tutti i livelli, deve essere rappresentativa di quanto avviene in un servizio territoriale che in un ospedale o in un'azienda sanitaria o in una società della salute nell'indomani. Credo che misurare, rappresentare i fenomeni sia l'unica vera strada per rendere conto dell'operato dei sistemi sanitari per gli utenti e i cittadini, per dare voce anche a loro in modo complementare in quella che è l'azione delle associazioni dei familiari, e tenere conto di quello che è il livello di soddisfazione per il funzionamento dei servizi; quindi le misurazioni non sono neutre di per sé, e non sono nemmeno neanche uno strumento contro i professionisti, semmai sono uno strumento a favore del miglioramento della professionalità e di un apprendimento progressivo parlando questo linguaggio comune. E' già stato evocato dagli interventi precedenti, dobbiamo tenere conto che questo argomento della valutazione in linea di principio è molto semplice e nella pratica non è altrettanto perché abbiamo a che fare con sistemi complessi in cui si intrecciano tante esigenze di governo e tanti strumenti e approcci diversi. Il problema è quello di tenere insieme i vari elementi che sono stati richiamati negli interventi precedenti, come fare in modo che la programmazione sul fronte sanitario sia coerente su quanto avviene sul piano sociale, come fare in modo che i bisogni della persona che sono sia sociali sia sanitari non siano scissi in due e trattati da organizzazioni che funzionano con un approccio per compartimenti stagni. Da questo punto di vista credo che la Regione Toscana stia facendo delle scelte coraggiose di far dialogare in maniera più strutturato il mondo degli enti locali, dei comuni e del sociale con il mondo più propriamente della sanità. E allora in quest'ottica la valutazione può essere uno strumento aggiuntivo perché attraverso indicatori e misure oggettive crea sostanzialmente un tessuto connettivo tra tutti gli attori del sistema, tra tutti gli strumenti di programmazione e di verifica delle attività. Da questo punto di vista occorre considerare che il sistema di valutazione deve

consentire a tutti di essere responsabilizzati, anche nei confronti degli assistiti, dei pazienti sulle modalità con cui interagiscono e accedono a determinate risorse. A maggior ragione i professionisti che lavorano nelle aziende sanitarie o negli enti locali perché usando indicatori si ha la possibilità di confrontare quello che succede a Firenze con quello che succede a Pisa, a Lucca, a Viareggio o in altre realtà e di avere una spinta al miglioramento dei servizi. Il sistema di valutazione è nato in ambito sanitario e la Regione ha fatto la scelta di affidare questo argomento ad un soggetto indipendente, l'Università, nella fattispecie della Scuola S. Anna di Pisa, e tra le varie possibilità dal punto di vista metodologico si è scelto di usare un criterio di rappresentazione del sistema di valutazione molto intuitivo, riassumibile con un bersaglio che contempla tutto l'insieme di indicatori divisi in sei dimensioni; l'obiettivo non è solo guardare all'efficienza e alla spesa, ma poter mettere insieme queste dimensioni con la valutazione propriamente della performance sanitaria, con la valutazione del grado di soddisfazione per i servizi, valutazione esterna e interna delle aziende su quella che può essere la produttività e l'assenteismo, il livello di soddisfazione dei dipendenti e via via con gli aspetti economico-finanziari e la capacità di perseguire gli obiettivi regionali che sono stati anche ricordati nelle due relazioni precedenti. Questo bersaglio significa quindi che alla fine gli indicatori vengono rappresentati a seconda di quanto siano vicini o lontani dal centro e consentono di dare un'idea visiva di qual è effettivamente la performance di un'azienda sanitaria. Devo anche dire che questo sistema è nato nel 2003 ed è evoluto via via dall'ambito sanitario ospedaliero a quello amministrativo che è già stato sviluppato a livello di zone e distretto, l'anno prossimo arriverà a livello della medicina generale e concludendo questa relazione credo che la salute mentale sia effettivamente entrata in questo gioco e possa sempre più usufruire di questi strumenti di valutazione. Alla fine l'obiettivo è quello di tenere insieme i vari ambiti dell'assistenza, ospedale, territorio, la prevenzione. Alla fine, se dovessimo inserire sul bersaglio tutti gli indicatori è possibile farsi un'idea di quale sia il posizionamento attuale della Regione e di poter leggere un trend nel tempo. Come dicevo precedentemente il sistema nasce in ambito sanitario, ma si sta posizionando a livello di zone distretto contemplando sia attività sociali sia attività sanitarie e idealmente arriverà anche al mondo della medicina generale. Questo è uno strumento non solo per gli addetti ai lavori, perché se prendete nota dei due siti internet in basso nel lucido, la maggior parte degli indicatori, il report di valutazione annuale, li trovate su internet www.valutazionesanitàtoscana.scuolasuperioresantannauniversitadipisa.it può sembrare come dire fuorviante citarvi questo, ma è indicativo del fatto che si tratta di strumenti che non rimangono solo per gli addetti ai lavori tra Regione, Aziende Sanitarie e professionisti, ma hanno già una dimensione pubblica, non molto conosciuta e per questo ne approfitto per fare riferimento a questo, ma con l'obiettivo di essere trasparenti su quello che è il funzionamento delle aziende sanitarie e un indomani delle società della salute, delle zone distretto e via discorrendo. Alla fine possiamo listare questi indicatori e entrare nel merito per rendere l'idea di una rappresentazione di tutti i fenomeni che riguardano l'ambito socio-sanitario e quindi aspetti di governo della domanda, di appropriatezza dell'uso delle risorse, accessi al pronto soccorso, aspetti che riguardano la soddisfazione per una serie di servizi e via discorrendo. Gli indicatori consentono di confrontare le varie zone distretto e con un sistema di punteggi è possibile capire il posizionamento relativo delle varie aziende. Questo è un impulso molto importante sia per le aziende e i professionisti, ma anche per i cittadini nella possibilità di capire come mai una realtà funziona in un modo rispetto a un'altra e poter portare le pressioni opportune per un miglioramento. Dicevo che gli indicatori stanno arrivando all'ambito più propriamente sociale, e quindi a contemplare quelle che sono problematiche relative ad alcune condizioni che qui vedete indicate. Oltre ad avere indicatori sul tasso di ospedalizzazione che viene calcolato sulla base di flussi informativi esistenti, il sistema di valutazione contempla anche delle indagini di soddisfazione dei pazienti, utenti rilevata attraverso delle interviste o degli strumenti che non si basano su numeri e dati già disponibili

nei sistemi informativi: a titolo di esempio nel 2008-2009 vedete che sono in corso una serie di indagini conoscitive in cui concretamente il Santa Anna chiama le persone a casa e attraverso un questionario chiede di esprimere la valutazione sull'assistenza domiciliare, sui servizi del distretto, piuttosto che sugli stili di vita; tutta una serie di informazioni estremamente rilevanti non sempre disponibili nei sistemi socio-sanitari per inquadrare effettivamente quelle che sono le condizioni, i cambiamenti che riguardano la popolazione toscana e su cui proprio il Santa Anna sta sviluppando un approfondimento. Per farvi altri esempi e rendere la cosa sempre più concreta nel caso della valutazione dei distretti vedete qui indicato con una scala che va da 1 a 5, qual è l'opinione espressa dai cittadini delle 12 aziende locali toscane e poi a livello di Regione e vedete che esiste una popolazione mediamente soddisfatta tra il 60-70%, ma esiste un 30% di persone che non sono soddisfatte su cui quindi occorre poter lavorare avendo un campanello di allarme. Un'altra cosa, avvicinandomi ad argomenti più di interesse per il mondo della salute mentale, è ad esempio cogliere che alle volte i fenomeni di accesso alle cure hanno manifestazioni diverse in funzione anche di quello che è il titolo di studio e il livello di istruzione della popolazione. Questo è un elemento di riflessione e di attenzione tanto per le valutazioni di politiche sanitarie tanto per il funzionamento dei servizi sanitari; facciamo adesso l'esempio di un percorso oncologico, se guardate l'ultima colonna in alto sulla destra circa un 30% degli intervistati di questa indagine dichiara di non essere stato seguito da nessuna figura professionale in particolare, questo è un dato allarmante visto che riguarda il tumore alla mammella o del colon retto. Se andiamo a esplodere quella colonna in alto a destra nel grafico in basso in funzione del titolo di studio ci si accorge che esistono dei differenziali in quelle che sono le figure di riferimento o il mancato supporto. Concludo con quest'ultimo lucido, perché questa tirata anche con esempi diversi dalla salute mentale voleva essere una provocazione positiva per dire che occorre che il tema della salute mentale, dei servizi ospedalieri e territoriali e di quelli di supporto socio-sanitario entrino in questa partita e che quindi quelle che sono le percezioni degli utenti e dei familiari possono aggiungersi anche questi strumenti che cercano di ragionare con elementi oggettivi; da questo punto di vista sono già stati identificati alcuni indicatori da cui partire che in qualche misura rivelano il funzionamento attuale del sistema, ad esempio il tasso di ricoveri ripetuti può essere letto come una difficoltà di presa in carico dei problemi della salute mentale a livello territoriale se pazienti con certi disturbi e profili continuano ad entrare e uscire dall'ospedale, così come l'uso degli anti-depressivi al di sopra di certe soglie nella popolazione implica un abuso eccessivo di queste risorse rispetto ad altre tipologie di intervento che presuppongono quel rapporto di continuità assistenziale tra specialisti e altre figure professionali, utenti e familiari di chi ha a che fare con i problemi della salute mentale. E' poi importante monitorare quelli che sono gli elementi di prevalenza e di incidenza degli utenti in ogni anno per capire qual è l'insorgenza dei problemi di salute mentale, qual è il carico di utenti che i servizi si trovano a gestire. Da questo punto di vista credo che una sfida che il sistema di valutazione può cogliere, è quello di aiutare tanti professionisti e le aziende, ma anche i familiari, a capire e valutare se e in che misure i servizi sono in grado di gestire al meglio queste problematiche o ci si accontenta di mantenere i pazienti in dei circuiti assistenziali, ma dove alla fine non è detto che ci sia una figura responsabile dell'efficacia clinica terapeutica, ma anche della soddisfazione dei pazienti e dei familiari. La letteratura dice che anche sugli argomenti della salute mentale è comunque possibile rappresentare e analizzare la voce dei familiari sia dei pazienti. Questo lo si può fare attraverso indagini ad hoc, indagini di soddisfazione, indagine telefoniche, ma anche ad esempio attraversi strumenti di esperienza collettiva come i focus group, uno strumento molto delicato, che porta ad analizzare e costruire quello che è il vissuto dei pazienti riguardo quello che è il supporto dei servizi di salute mentale, sempre in un'ottica di capire cosa sta funzionando bene e che cosa è migliorabile. Chiudo veramente dicendovi che così come è avvenuto per l'ospedale, per la sanità territoriale e sta iniziando ad avvenire per il sociale, l'idea è che questi strumenti siano interattivi e che possano recepire i contributi

che vengono dal mondo delle associazioni, dei pazienti dal mondo professionale, proprio perché l'obiettivo è quello di identificare quelle misure, quegli indicatori che servono a rappresentare i fenomeni e a costruire questo linguaggio comune, un capitale di conoscenze comuni che possono consentire di migliorare il servizio e la soddisfazione dei cittadini, e vi ringrazio.

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

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

Grazie al Dott. Tedeschi e andiamo avanti con l'intervento del coordinamento da me rappresentato.
Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale si è costituito il 29 aprile 1993 e attualmente è composto da 21 associazioni che formano il coordinamento UNASAM della Regione Toscana, più la Di.A.Psi.Gra di Prato e di Firenze. Lo scopo principale è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e di farsi loro portavoce con la Regione Toscana. Inoltre organizziamo manifestazioni e convegni per orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche.
L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana tutela la Salute Mentale come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite a tutti. Possiamo testimoniare la nostra soddisfazione per il lavoro svolto dal Coordinamento grazie al contributo di tutte le associazioni. Ribadiamo ancora una volta che le disposizioni di legge della Regione Toscana in materia di salute mentale sono pienamente condivise dai familiari e utenti, ma poi non trovano piena attuazione. Proprio per questo abbiamo organizzato questi convegni sempre in questo luogo nel 2005, nel 2006 e nel 2007. L'attenzione della Regione dopo questi ultimi si è resa ancora più evidente, abbiamo potuto constatare una continuità tra i due Assessorati alla Sanità e alle Politiche Sociali, però resta ancora molto da fare e siamo qui per questo. Inoltre le esperienze dei familiari e degli utenti sono indispensabili per poter realizzare la cura; a seguito dei convegni, la Regione Toscana il 27 dicembre dello scorso anno ha approvato la delibera n.1016 "Linee guida per l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti di salute mentale". In queste linee guida vengono definiti i compiti che ogni responsabile deve svolgere e viene prevista la costituzione delle consulte specifiche per la salute mentale in cui ne dovranno far parte le associazioni della salute mentale nella fase di progettazione e di valutazione dei risultati. Questo per noi è molto importante perché erano anni che chiedevamo che la legge 502 che prevede la partecipazione delle associazioni venisse applicata. L'approvazione di questa delibera rappresenta per noi un evento fondamentale perché riconosce il nostro ruolo collaborativo, propositivo e valutativo riconoscendoci a pieno titolo. Sempre a seguito dei convegni sono stati aperti dei tavoli regionali congiunti fra gli Assessori regionali alla sanità, alle politiche sociali e al lavoro. Come è già stato detto i due Assessorati hanno convocato incontri con i Direttori Generali Azienda per Azienda e la Regione Toscana dove erano presenti il Coordinamento e le associazioni di appartenenza. Invitiamo quindi nuove associazioni ad aderire al Coordinamento in quanto farne parte rafforza le istanze che le singole associazioni chiedono a livello locale nei confronti della Regione. Inoltre ribadiamo ancora una volta che ci conforta sapere che oggi dai disturbi mentali è possibile guarire o comunque migliorare, ma come è emerso dai convegni la risposta ai problemi mentali sta nell'integrazione dei vari servizi, realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo e nella realizzazione dei piani integrati di salute partendo dal progetto individuale personalizzato. E' sempre in aumento il numero di persone con disturbi

mentali, c'è una percentuale più alta nell'infanzia e nell'adolescenza, è quindi necessario mettere insieme i contributi di tutti, non sprecare e progettare al meglio per realizzare la qualità della cura e far riemergere il protagonismo degli utenti.
Riportiamo di nuovo le priorità:

- l'applicazione delle leggi vigenti: noi le condividiamo e lo vorremmo vedere applicate;
- rafforzamento degli strumenti per la loro applicazione; invitiamo quindi la Regione a far si che queste leggi vengano applicate, imponendo che quello che decreta sia pienamente realizzato;
- vorremmo vedere realizzati il progetto individuale e personalizzato, che non è altro che una rilevazione dei bisogni; tale progetto inoltre definisce a chi spettano le competenze; in questo modo è possibile che i servizi sia sanitari sia sociali facciano la loro parte. A noi non risulta che sempre ciò avvenga;
- altrettanto importante è valutare l'efficacia che questi interventi hanno sui pazienti: è attraverso un'attenta valutazione che possiamo vedere quale ricaduta hanno sulle persone; questo non solo porta a migliorare il servizio, ma anche ad ottimizzare le risorse;
- il progetto individuale e personalizzato deve quindi vedere la persona al centro, protagonista del suo percorso; questo intervento deve essere flessibile e riadattato alla persona;
- vorremo che il personale fosse sufficiente; in tutte le aziende sentiamo la mancanza di personale sufficiente, qualificato e stabile e rimpiazzato velocemente, dato che durante le gravidanze e i pensionamenti questo avviene raramente e inoltre si interrompono i percorsi di cura. La stabilità del personale permette all'operatore di avere un rapporto empatico con la persona e la famiglia in modo da sviluppare e valorizzare le potenzialità della persona, aumentando la sua autostima;
- inoltre l'operatore deve stimolare la persona ad avere più fiducia in se stessa e educarla ad avere cura di sé, a rispettare gli altri, così da ricevere più facilmente il rispetto degli altri. Gli utenti devono anch'essi rispettare le regole se vogliono essere riconosciuti persone a tutti i livelli. E' importante aiutarli e educarli in questo; inoltre l'operatore deve avere contatti con la famiglia, che deve essere accolta dal servizio, educata, informata, supportata perché tante volte il peso è talmente grande che si finisce per fare quello che non dobbiamo fare. La famiglia deve anche venir indirizzata alle associazioni e ai gruppi di auto-aiuto, dove attraverso la condivisione si facilita l'accettazione dei problemi partecipando poi attivamente al loro percorso di cura. Infatti grazie a questo tipo di percorso la famiglia diventa una risorsa;
- vorremmo anche vedere pienamente realizzato il protagonismo degli utenti;
- vorremmo che fosse ampliata la sperimentazione delle figure del facilitatore sociale e che fosse riconosciuta come figura professionale;
- vorremmo vedere i servizi dotati di adeguati mezzi di trasporto per favorire il servizio sul territorio; questa è una lamentela che arriva da vari operatori;
- vorremmo che fosse rafforzata la prevenzione nella scuola, intensificando il rapporto tra scuola e famiglia e istituzioni sanitarie e sociali;
- inoltre devono essere studiati interventi mirati per giovani adolescenti con disagio mentale, che hanno terminato la scuola d'obbligo, perché è proprio in questo periodo che la malattia degenera, perché non c'è un adeguato passaggio immediato all'età adulta; constatiamo infatti un vuoto istituzionale, mentre questa è un'età molto particolare sulla quale è necessario porgere molta attenzione;
- un'altra questione molto importante su cui vogliamo porre l'attenzione è che non c'è una presa in carico adeguata per i pazienti non collaboranti che rifiutano i trattamenti, si ricorre con facilità ai TSO che creano un circolo vizioso in quanto nel periodo del ricovero c'è una contenzione farmacologica e talvolta fisica, inoltre dopo qualche giorno

dalla dimissione si ripresenta il problema. La contenzione è vietata dalla Regione Toscana e anche secondo noi non favorisce la cura. Preoccupa molto anche la contenzione farmacologica, a me personalmente molto di più di quella fisica, perché poi non è controllabile da noi familiari. I trattamenti TSO che non sono la soluzione sono riservati alle persone aggressive, mentre tante altre persone che non collaborano e sono tante passano la maggior parte del tempo nel letto con grande sofferenza e impotenza dei familiari. E' facile curare chi si fa curare, mentre chi non si rende conto del suo disturbo non viene curato in maniera adeguata: ricevo infatti molte lamentele da tutte le province perché non c'è una risposta per queste persone che arrivano ad essere disperate. Un'alternativa potrebbe anche essere una comunità terapeutica ad alta intensità, che dovrebbe essere al massimo di 8 posti letto perché altrimenti si ricreano strutture che abbiamo chiuso. Queste strutture potrebbero evitare i ricoveri negli S.P.D.C e il protrarsi in esso; ci teniamo infatti a affermare che devono essere evitati i ricoveri, ma anche il protrarsi di essi. Ci sono delle situazioni in cui i pazienti stanno più di un mese perché non si sa dove collocarli e non si trova la soluzione giusta, che invece potrebbe essere questa;

- anche per i pazienti in età evolutiva è indispensabile far funzionare bene le strutture terapeutiche esistenti; ad esempio ne abbiamo alcune per area vasta e non funzionano come dovrebbero e quindi se c'è un'esigenza non c'è posto; se vengono costituite queste strutture ci deve poi essere la possibilità di poterle utilizzare;
- vorremmo inoltre evidenziare un altro aspetto: molte persone hanno disturbi mentali e i farmaci favoriscono una forte obesità; noi chiediamo una presa in carico mirata e integrata realmente da parte del medico di medicina generale e dello psichiatra affinché gli utenti non raggiungano livelli esagerati di obesità, poiché si registrano molto spesso morti improvvise. Vorrei fare un applauso ad una nostra ragazza che è mancata in questi giorni proprio per questi problemi. Credo proprio che Simona avrebbe avuto piacere di essere ricordata;
- vorremo anche vedere un'attenzione diversa per le persone con problematiche di tipo cognitivo, che se lasciate ad oziare o parcheggiate in qualche centro o a casa, regrediscono e diventano aggressive, mentre se stimolate posso dare molto e raggiungere sempre una maggiore autosufficienza e più autonomia e indipendenza dalla famiglia;
- vorremo che fosse posta un'attenzione diversa per le persone con doppia diagnosi; questo è un altro grosso problema perché ci sono persone che sono dipendenti da droga oppure da alcol e in più da disturbi psichici; in questi casi la situazione è ancora più drammatica perché secondo il nostro punto di vista vi è poco collegamento tra chi i servizi che curano la dipendenza e quelli che curano la psiche; quindi chiediamo più comunicazione tra la psichiatria e il Sert per evitare che sia il familiare a riportare la comunicazione e c'è sempre in questo caso la possibilità di errore; quindi l'integrazione in questo caso è indispensabile;
- per le persone affette da autismo il nuovo piano sanitario prevede una maggiore attenzione, però sono necessarie risorse aggiuntive ai budget previsti per la Salute Mentale per poter realizzare gli interventi necessari per questa patologia così grave e complessa;
- un'altra cosa importante su cui ci stiamo battendo è l'incremento dell'attività lavorativa per tutti, perché il lavoro per tanti ragazzi è cura terapeutica. Abbiamo infatti sperimentato che attraverso il lavoro le persone stanno meglio. C'è anche questo fatto che mi viene segnalato spesso: le persone che hanno un'invalidità inferiore al 100% percepiscono una pensione di € 242 mensili, per loro un lavoro part-time sarebbe terapeutico, e andrebbe ad integrare quella piccola quota della pensione e renderebbe le persone più indipendenti. Il problema è che con un lavoro part-time se si supera il

reddito di € 4242 l'anno, la pensione viene tolta e quindi uno rinuncia al lavoro. Chiediamo che il reddito annuo sia alzato almeno a € 8000 che è il reddito per i disoccupati: non si capisce infatti perché per la disabilità il valore sia inferiore. Eravamo riusciti a portare il problema davanti al governo precedente, ora la cosa è stata bloccata, ma è importante e noi chiediamo alla Regione di farci portavoce anche di questo. Per chi ha invece un'invalidità del 100%, il reddito può arrivare a € 14256;

- come è stato detto dal Dott. Del Bianco, la Regione ci ha convocati per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativi di persone con disturbi mentali. La Regione Toscana lavorerà su questo, sono già aperti dei tavoli dove le associazioni partecipano;
- Segnaliamo un aspetto molto importante che riguarda la figura dell'amministratore di sostegno che viene ricoperta da un volontario e non è retribuita: inoltre se viene iniziata una pratica, il giudice tutelare, invece di nominare l'amministratore di sostegno, può decidere per l'interdizione o l'inabilitazione della persona stessa; è necessario definire meglio la legge a livello nazionale. La Provincia di Pistoia ha costituito una commissione inter-istituzionale per pianificare una strada e avere un protocollo di intesa a livello locale. Più tardi avremo il piacere di avere il Professor Cendon che per quanto riguarda questo argomento è la persona giusta. Al momento il Prof. Cendon si trova ad un altro convegno organizzato dai servizi di salute mentale dell'Azienda USL 10 e questo ci rammarica perché nello stesso giorno è stato organizzato un altro convegno che sarebbe di interesse per tutti noi; anche se abbiamo comunicato la data del convegno di oggi mesi e mesi prima, non si riesce a far passare il messaggio dell'importanza di non avere eventi importanti e di interesse comune nello stesso giorno; purtroppo su questo aspetto c'è da lavorare ancora.
- e' necessario incrementare i gruppi appartamento e la casa per la vita, che consentono ai ragazzi di raggiungere una piena integrazione sociale.
- riguardo al progetto "Dopo di Noi" da realizzare "con noi" di cui la Regione Toscana aveva presentato nel 2007 le linee guide e la bozza dello statuto per costituire la Fondazione Partecipata, ancora aspettiamo di sapere le quote di partecipazione degli enti pubblici, visto che non possono essere solo i privati a finanziare; credo che sia fondamentale che l'ente pubblico garantisca una quota e vorremmo vedere da vivi delle strutture per il "Dopo di Noi" mettendo tutti i nostri risparmi, ma è necessario che l'ente garantisca con delle quote ben precise, in modo che si continuino a realizzare nuove case famiglia;
- abbiamo fatto una segnalazione ed è stato accennato dal Dott. Del Bianco per il progetto di legge sull'istituzione del fondo regionale della non-autosufficienza; la Salute Mentale è slittata al 2010, ma vorremmo che fosse citata nella legge. Abbiamo scritto una lettera per far aggiungere, oltre agli articoli della disabilità 54 e 55, anche gli articoli 58 e 60, l'articolo 58 per le persone a rischio di esclusione sociale e l'articolo 60 "politiche per la salute mentale";
- proprio per il fondo regionale della non autosufficienza gli Assessori Enrico Rossi e Gianni Salvadori negli incontri con il Coordinamento hanno garantito che usufruiranno di tale fondo anche per la salute mentale. Quindi vogliamo che questi articoli siano riportati nella legge della non autosufficienza;
- inoltre vogliamo anche quest'anno per l'O.P.G. di Montelupo sapere a che punto sono le operazioni di chiusura e se vengono fatti progetti personalizzati, quali rapporti con i dipartimenti di salute mentale di appartenenza, quale accoglienza per il dopo;
- ribadiamo ancora una volta che molte leggi hanno stabilito che il ricavato dei beni degli edifici degli ex ospedali psichiatrici dovevano essere destinati ai servizi territoriali per la salute mentale: ciò non è avvenuto;

- invitiamo i servizi di salute mentale ad essere più aperti ai contatti esterni, ci vuole un'apertura maggiore che non riscontriamo. E' importante cambiare cultura, modo di lavorare in rete con azioni mirate perché molte volte i percorsi di cura favoriscono la cronicizzazione, mentre oggi è possibile guarire. Invitiamo le aziende usl e gli enti locali a fare ciò che loro compete, come previsto dalle leggi e ribadiamo l'importanza della valutazione;
- le famiglie e gli utenti si dovranno impegnare a ritrovare il proprio ruolo e al tempo stesso dobbiamo impegnarci a coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale perché ogni soggetto non può sostituire l'altro, quindi le istituzioni devono fare quello che loro compete, ma anche noi per quanto riguarda il territorio possiamo coinvolgere molto di più che le istituzioni.

Come abbiamo già detto il convegno di oggi apre le manifestazioni in occasione della giornata nazionale del 5 dicembre; alcune città della Toscana sono unite dal simbolo della candela, con messaggio "Luce per illuminare le menti" e ci auspichiamo che la candela diventi un simbolo nazionale.

In cartellina trovate le relazioni delle singole associazioni (appendice A).
Chiamo adesso Roberto Pardini che parlerà a nome di Maria Grazia Bertelloni.

Roberto Pardini – Rete Regionale Utenti

Buongiorno a tutti, mi spiace che Maria Grazia non sia presente e parlerò al suo posto. Parlerò della Rete Regionale degli utenti e vi dirò chi siamo; nel corso degli anni la realizzazione di progetti da parte di associazioni di auto, mutuo aiuto con il sostegno e la condivisione della Regione Toscana, delle aziende USL e degli enti locali, hanno favorito il confronto tra utenti residenti in varie province della Regione e hanno messo in moto un movimento fatto di soli cittadini utenti; questo movimento auto-gestito ha deciso di darsi un ruolo riconosciuto giuridicamente attraverso la costituzione di un'associazione di volontariato che si chiama "rete regionale degli utenti della salute mentale", il cui obiettivo generale è la partecipazione degli utenti convinti e consapevoli, quali interlocutori nelle varie sedi istituzionali. Lo scopo principale della rete è quello di promuovere e stimolare il protagonismo di tutti i cittadini utenti con sofferenza psichica e/o esclusione sociale indicando i percorsi più favorevoli per affermare il diritto di cittadinanza. Abbiamo delle linee guide, che sono proposte di strategie che favoriscono per ciascun utente la rivendicazione del diritto di cittadinanza e la rivendicazione sociale. Le tematiche che portiamo avanti sono contro il pregiudizio, quindi organizziamo dei momenti pubblici per rendere visibile la nostra soggettività delle persone con disagio psichico. Vogliamo anche essere presenti e lavorare per i non collaboranti, che si oppongono a qualsiasi trattamento di tipo sanitario correndo il grave rischio della cronicizzazione. Vogliamo diffondere e realizzare corsi per facilitatore sociale. In Toscana si va diffondendo a macchia d'olio un corso, ne sono stati fatti a Pisa, a Massa, uno sta per iniziare a Empoli. Ci sono molti dibattiti, ci sono persone che chiedono sempre più informazioni su come si può realizzare un corso. Vi dico una cosa personale vera, ho partecipato a un concorso letterario nazionale, si chiamava "Storie di guarigione", sono andata a Biella a ritirare il premio e ho parlato della figura del facilatore sociale dopo di che varie persone, assessori e direttori di dipartimenti e mi hanno chiesto depliant perché in Piemonte non avevano informazioni in merito; quindi ci teniamo a diffondere queste informazioni perché stanno dando i loro frutti, persone che erano utenti e ricevevano e basta si sono trasformati in persone che si sono messe in gioco e adesso danno.
Inoltre ci impegniamo nel garantire la rappresentanza degli utenti negli organismi di partecipazione della Società della Salute e nelle consulte dei dipartimenti di salute mentale, nella prosecuzione dei progetti regionali ad esempio mare costa e dintorni, il mare liberato

sono molto interessanti e prendono molto e fanno molta visibilità. Ci interessiamo inoltre al riconoscimento dei diritti sociali, che è il punto dolente, inoltre il lavoro, l'abitare e il tempo libero.
Perché ci siamo? Per avere visibilità e dare un valore partecipativo e politico alla rete che è riconosciuta a livello regionale, nazionale e oltre. Un richiamo a chi vuole aderire alla rete, pubblicamente ringrazio chi mi ha portato a Biella e si è sacrificato.
Richiamiamo per vincere il pregiudizio dell'inguaribilità, perchè vi posso assicurare che in qualche caso si guarisce e soprattutto quello che conta è che ci sia una guarigione sociale; noi ci crediamo e per questo partecipiamo e interveniamo quando possibile in eventi come questo convegno per dare sostegno alle associazioni dei familiari in modo che insieme si possa raggiungere l'obiettivo di avere risorse economiche, personali e strutturali sufficienti ai reali bisogni, perché nell'ambito della salute mentale solo gli utenti e i familiari conoscono i loro bisogni.

Gemma Del Carlo

Grazie Roberto, diamo la parola a Vanna Spolveri, Presidente dell'UTISM.

Vanna Spolveri – Associazione UTISM

Le Associazioni che fanno parte dell'UTISM, che vuol dire Unione Toscana Inter-provinciale per la Salute Mentale mi hanno permesso di parlare oggi straordinariamente nel mio ruolo di rappresentanza dei miei fatti personali, ma oggi mi hanno dato il permesso di farlo. Il caso personale di cui sto per parlare è emblematico sotto certi aspetti: mio figlio è un ragazzo che ha avuto molti problemi organici nella sua prima infanzia, e il suo problema più grosso è stato l'autismo; questa situazione ha provocato molti problemi e mi ha fatto vivere per tutta la vita con altri familiari che hanno problemi di salute mentale. Quello che possono dire altri genitori non posso dirlo io di mio figlio, ovvero il fatto che sia migliorato; certamente è uscito dall'autismo, ma è entrato in un mondo connesso di aggressività molto forte. Questa sua situazione lo ha reso quello che umanamente non è gradito: era un problema nella scuola, è stato un problema sempre, è un problema adesso. Adesso si trova in S.p.d.c. che è un percorso che abbiamo sempre cercato di evitare finchè era possibile, è stato sedici volte in Spdc e non sono state solo quelle le volte in cui ci sarebbe stato bisogno. Il mio non è un caso unico e per questo mi permetto di parlarne, i ragazzi difficili e aggressivi ci sono e creano problemi; però come noi familiari abbiamo vissuto con questo figlio, anche la società intorno dovrebbe fare un passo in più per stargli vicino. E' difficile conquistare amici, avere operatori. Adesso che è in S.p.d.c e c'è un programma di uscita per lui per andare in un centro diurno, lui ha sempre frequentato centri diurni, ma negli ultimi 15 anni c'è stato richiesto un operatore da parte della famiglia perché sconvolgeva la pace generale. E' una situazione difficile, ma abbiamo sempre cercato di superarla e fronteggiarla. Non abbiamo mai avuto una resa rispetto a questa battaglia, con noi stessi e con lui. Con l'eredità di mio padre abbiamo ristrutturato due appartamenti per venire incontro alle necessità di abitazione di persone con problemi mentali, perché facendo sempre la volontaria in tutta la vita, di situazioni difficili e di necessità di abitazione e trovare un posto dove ritrovare il contatto con il quotidiano ne ho conosciute molte. Quando 3 anni fa abbiamo finito i lavori, mio marito e io abbiamo avuto la sensazione di essere arrivati in fondo a una lunga strada. Pensavamo fosse una cosa buona per altri e per nostro figlio, non sapevamo se nostro figlio sarebbe stato incluso in questi programmi, ma sapevamo che ci saremmo concordati con i servizi di salute mentale. Sono tre anni che le cose non sono andate come speravamo, ci sentiamo abbandonati, ci vengono promesse cose che succederanno in futuro sia per nostro figlio, sia per questi appartamenti. Questa cosa va avanti molto male lasciandoci abbastanza disperati e anche se non siamo abituati a portare agli altri la nostra sofferenza in questo momento mi sento anche di portarla

davanti a voi per condividere questo particolare destino che non è certamente unico; noi abbiamo cercato di fare qualcosa che ci sembrava giusto per tutti, c'è stato risposto da persone del servizio pubblico di fare qualcosa nel privato. Noi ci aspettavamo che questi appartamenti sarebbero stati utilizzati dal pubblico con il quale abbiamo sempre lavorato. Per questo stamani mi è stata data la possibilità di parlare, certamente sono solo pochi accenni a dura vita fronteggiata da tante avvenimenti e tante sofferenze, ma anche da tante gioie perché tutto quello che è stato naturale per altri bambini per nostro figlio è stata una cosa stimolata sempre. Io vi ringrazio per l'ascolto e spero che questa vicenda trovi nel convegno del prossimo anno un'altra risposta. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie Vanna e diamo la parola a Franca Fiorini, Presidente del Corsam.

Franca Fiorini - Corsam

Buongiorno a tutti. L'attuale momento storico sta orientando la società verso scelte che tendono a risolvere problemi complessi, con semplificazione e con l'attuazione di percorsi di separazione, laddove fino a ieri prevaleva la logica di integrazione, vedi soprattutto quella socio-sanitaria e quella tra presidi e servizi di natura diversa. La salute mentale può risentire in maniera particolare di tale orientamento se si rammenta un passato ispirato alle stesse logiche di stigma e espulsione della diversità. Con la consapevolezza di tali problemi e lo spirito di affermare i valori di una salute mentale di comunità, operatori di servizi di salute mentale, familiari e utenti e semplici cittadini hanno scelto di dar vita ad un'associazione che promuova sul piano politico, culturale e operativo un modello di lavoro che garantisca il rispetto dei diritti di cittadinanza affermati trent'anni fa dalla legge 180 e conseguiti con coerenza in buona parte della nostra Regione. Vi parlerò del Corsam del quale amplieremo il discorso nel nostro prossimo convegno che terremo in primavera in una località della Toscana. Il Corsam, Coordinamento Regionale per la Salute Mentale, ufficialmente costituitosi nel maggio scorso, si riconosce nei principi ispiratori, nelle modalità di lavoro e nelle forme organizzative dei servizi di salute mentale che si rifanno al modello toscano per la salute mentale e coerentemente con esso intende promuovere il coinvolgimento di tutti i soggetti sociali più interessati in un confronto che rilanci e riattualizzi i temi della salute mentale di comunità in una condivisione di politiche e di interventi che rendano sia i servizi sia le istituzioni più permeabili alla domanda di salute espressa dal territorio. Il Corsam è costituito da tutte quelle figure professionali operanti in numerosi servizi rappresentativi della maggior parte della Toscana e da diverse associazioni di familiari e utenti. Questo credo che sia una cosa unica in Toscana e credo anche in Italia perché è la concretizzazione dell'integrazione tra soggetti diversi. L'obiettivo comune è favorire concretamente e non a parole la centralità della persona durante il suo percorso di cura così che ogni utente sia il soggetto di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato che risponda all'insieme dei suoi problemi e dei suoi bisogni bio-psico sociali. Questo è possibile solo se il gruppo di lavoro curante è multi-professionale e si integra con gli altri soggetti sociali presenti nella comunità di riferimento. Anche la Regione Toscana notoriamente si è sempre posta all'avanguardia delle politiche ad alta integrazione socio sanitaria riorganizzando i servizi sanitari in funzione dei percorsi di cura di integrazione interna ispirati alla comprensione della sofferenza, all'inclusione della diversità mentre l'attuale congiuntura politica economica stenta a mantenere un'impostazione comunitaria di nostro interesse. Il Corsam condivide pienamente i piani emanati dalla Regione Toscana, tuttavia durante gli incontri tra i nostri associati è emerso un lamento tra quanto è indicato sui documenti ufficiali e la loro concreta possibilità attuativa. Su questo mi vorrei rifare anche all'elenco dei punti critici che sono stati espressi da Gemma Del Carlo a conferma di

quello che stiamo dicendo: sui piani sanitari c'è scritto tutto, ma poi non vengono attuati. Elencherò adesso dei brevi punti che noi abbiamo rilevato:

- una diffusa carenza di risorse economiche per le strutture territoriali finalizzate alla salute mentale, ciò ha un riflesso negativo sulla qualità dei servizi;
- una situazione a macchia di leopardo per quanto riguarda i metodi operativi applicati dai vari dipartimenti;
- la mancanza di un giusto riconoscimento delle esperienze positive che sono nate presso alcune strutture e che non vengono valorizzate e opportunamente diffuse per un'evoluzione positiva della gestione della salute mentale;
- la concreta impossibilità di essere partecipi come familiari e utenti nonché come operatori ai processi decisionali e alla verifica dei servizi resi. Serve anche uno sforzo di ottimizzazione delle risorse e nel contempo di miglioramento del percorso di cura;
- sia la costituzione delle società della salute sia delle aree vaste stanno dimostrando di non incidere significativamente sulla qualità dei servizi offerti dando l'impressione di essere pure e semplici sovrastrutture. L'approccio burocratico che ne consegue e che crediamo derivi da quanto sopra esposto e non solo ci pare sia causato dal gap tra quanto stabilito dalle linee guida e dai piani sanitari e la loro concretizzazione con effetti negativi sia sulle prospettive professionali degli operatori sia per la cura appropriata degli utenti, in maniera particolare nell'infanzia e nell'adolescenza, punto strategico per il contenimento di casi nuovi come già era stato detto che però sono in aumento;
- in ultimo ma non per questo meno importante è il fatto che riterremo opportuno che la Regione ripensasse la metodologia di verifica dello stato dei servizi in ottica più mirata alla complessità e alla sostanza dei problemi evitando di concentrarsi su logiche strettamente economiche e pedagogiche senza peraltro ottenere ricadute positive e funzionali alla salute della persona. Naturalmente non ci sfugge che un'amministrazione pubblica incontri difficoltà attuativa in una materia così complessa qual è la salute mentale, essendo anche consapevoli della crisi economica che stiamo attraversando. Riponiamo tuttavia la piena fiducia nelle istituzioni assicurando la disponibilità al dialogo e alla collaborazione. Ci teniamo infatti a rimarcare che tutto quanto espresso nel nostro intervento nello spirito sereno che ci anima vuole essere un contributo concreto alla risoluzione dei problemi piuttosto che una sterile critica. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie alla Signora Franca e invitiamo ora Kira Pellegrini Presidente dell'associazione "Oltre l'orizzonte" per la presentazione del libro "Donne e madri: Percorsi di dolore e d'amore" e Graziana Angeleri per la lettura di alcuni passi.

Presentazione del libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore" - Kira Pellegrini

Buongiorno, oggi vi presentiamo un libro che il CESVOT ha stampato per noi; sono otti brevi biografie di madri con figli con problemi di disagio psichico. Un motivo per cui è nato questo progetto è quello di accorciare le distanze tra noi e la gente affinché ci sia una maggiore accoglienza e conoscenza; avevamo constatato nell'andare nelle scuole per fare un discorso di sensibilizzazione anche con gli studenti, che i ragazzi erano più attenti quando riportavamo le esperienze personali e quindi abbiamo pensato di chiedere alle mamme questa prova di coraggio; abbiamo portato alcune copie di questo libro se qualcuno le volesse consultare durante la pausa pranzo; stiamo anche cercando un editore fuori dalla nostra cerchia, se

avete qualche conoscenza fatecelo sapere: il metodo utilizzato è quello dell'intervista; la persona che poi ha scritto il libro ha cercato di mantenere lo stile personale di ogni donna che ha partecipato al lavoro; quindi l'accoglienza che per ora abbiamo avuto nelle presentazioni che abbiamo fatto è stata molto positiva; io ringrazio Graziana Angeleri che tutti nel coordinamento portiamo nel cuore, ha accettato di leggere alcuni brani per alcuni minuti per darvi un'idea del lavoro svolto.

Letture tratte dal libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore" - Graziana Angeleri

Questo piccolo libro, che vi invito ad acquistare, è ricco di speranze e di disperazione, di critiche e di realtà; leggerò qualche estratto qua e là perché non posso leggerlo tutto.
"Dice una madre: questa non è una malattia come le altre, è continua, io non so decifrarla, però è molto dura. Fa vivere male sia lui che ce l'ha, povero ragazzo, sia noi che ci conviviamo, anche se ora è più maturo e riesce a controllarsi di più. Ho sentito la mancanza dell'aiuto all'interno della famiglia, soprattutto da parte dei parenti che sono molto frettolosi nei rapporti e non mi hanno mai aiutata a superare i momenti di difficoltà, anzi alcuni comportamenti mi hanno disturbato. Chi ha il mio problema deve sapere che siamo sempre in guerra e se la vera guerra che ho vissuto è durata cinque anni, questa che vivo dura da ventisei e finché vivrò sarà guerra. Guai ad abbattersi però, perché si vincono le battaglie lottando e non arrendendosi. Non possiamo permettere che i nostri figli malati di mente siano rinchiusi per fare dei robot e così se si riesce a stare più attenti, più in guardia, forse riusciamo a farli aspettare e andare avanti con la speranza che qualcosa di nuovo li possa aiutare. Se ci si abbatte è dura, ma se una mamma vuole ce la può fare anche se piange, se si strapazza, se si spacca la testa deve rifarsi da capo, si mette un cerotto e ricomincia."
"Stiamo mettendocela tutta per aiutarlo ad avere più fiducia e stima di sé. Il suo disagio è ancora profondo e forte, ma spero che con il nostro amore la sua consapevolezza possa migliorare. Io mi sento sempre nel cuore e nella vita di mio figlio, io sono per lui, vivo l'oggi e cerco ogni giorno di essere pronta ad affrontare il successivo."
"Tra le attività che mi hanno molto aiutato ad affrontare situazioni e momenti difficili c'è la partecipazione all'associazione. Questa associazione fondata otto anni fa da un gruppo di familiari e non, fra i quali io stessa, con lo scopo di trovarci insieme ed aiutarci, esaminare le varie problematiche e capire meglio come superare un'infinità di ostacoli che quotidianamente ci si presentano. Intanto sia forse per le cure nuove intraprese sia per i bravi professionisti che tramite il centro di salute mentale sono stati contattati da mio figlio, grazie a Dio sta meglio. Cosa devo dire? Le strade del Signore sono infinite e io nell'aiuto di Dio e della Provvidenza ci credo."
" Oggi la cosa che conta di più per me è di vedere collocati i miei figli in un mondo utile per loro che non soffrano; importante per noi mamme è condividere e lottare per il Dopo di noi; abbiamo bisogno di non tenere chiusi in uno scrigno i nostri desideri, ma che esso si apra per far emergere umanità e sostegno"
" Poi c'è stato l'inserimento lavorativo, che arrivato al momento giusto con le persone giuste molto ha fatto per farlo progredire nel suo percorso di autonomia"
"Ho tanta paura della sua sofferenza e di quello che avverrà dopo che io non ci sarò più…"

Gemma Del Carlo

Grazie di cuore veramente. Adesso invitiamo Oreste Giurlano, Presidente UNCEM Toscana e Mario Regoli che è Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca, per la quale chiedo un applauso perché è di grande sostegno per il Coordinamento. Mario Regoli parlerà a nome di Liso Scheggi Presidente dell'UPI Toscana.

Il ruolo dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane nella tutela della Salute Mentale

Mario Regoli – Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca

Come la Signora Del Carlo ha detto, sostituisco Lio Scheggi, Presidente Unione Province Toscane e per questo fatto spero che possiate giustificare il fatto che nel mio intervento userò esempi che conosco personalmente e meglio e che riguardano la mia provincia, Lucca, e l'assessorato che io seguo. Il primo riferimento che mi sento in dovere di fare è chiarire che le province in quanto tali da anni non hanno più competenze dirette per quanto riguarda il sanitario, anche se intervengono in questo campo attraverso un'attività trasversale, attraverso cioè i servizi della formazione professionale, del lavoro, delle politiche sociali e educative. Quindi le possibilità di intervento sono tante e sostanzialmente complete. Il punto di riferimento è l'assunto essenzialmente condiviso da tutti che per quanto riguarda la salute e quindi anche quella mentale quasi l'ottanta per cento dei determinanti derivano da fattori sociali, culturali e ambientali. Se questo è vero e condiviso, c'è tutta una serie di competenze proprie delle Province che attengono il benessere, la condizione di salute. Penso a tutto quello che riguarda le scelte in campo ambientale, lo sviluppo economico e produttivo nel suo complesso. Quindi è partendo proprio da questa considerazione e da questo tipo di ragionamento che come unione delle province toscane c'eravamo permessi di presentare una richiesta in sede di elaborazione della legge regionale sulla società della salute che prevedesse e comportasse un ruolo maggiore e specifico delle Province all'interno delle Società della salute. La nostra richiesta non è stata condivisa e accolta, ma continuiamo a svolgere un ruolo anche in questo settore attraverso la nostra partecipazione alla formazione dei piani di salute. Sono state fatte già delle affermazioni dalla Del Carlo sull'importanza dei progetti individuali personalizzati che speriamo siano decisivi per quanto riguarda la loro precocità e il coordinamento nel tempo. Ribadisco che nonostante avremo competenze limitate vogliamo essere all'interno di questa partita. Per esempio a Lucca stiamo coordinando il tavolo sulla disabilità, questo è una riprova del nostro interesse. Avremmo voluto dare il nostro contributo come Province e potremmo darlo proprio anche nelle fondazioni "Sempre con noi", anche se il Progetto Regionale non inserisce le Province tra gli enti promotori, però noi riteniamo che possiamo avere un ruolo. L'altro campo importantissimo è quello del lavoro e della formazione e qui le Province al di là dei compiti previsti dalla legge credo che portino avanti iniziative significative; la Provincia insieme ai servizi dell'azienda sanitaria gestisce il meccanismo delle assunzioni obbligatorie delle cosiddette categorie protette; è un servizio non facile che comporta una forma di accompagnamento e di aiuto e di valorizzazione della formazione al fine di trovare occasioni di lavoro che siano adeguate e confacenti al soggetto. La scelta è effettivamente delicata; la normativa attuale prevede che i servizi delle aziende sanitarie e i Centri per l'impiego provinciale facciano un lavoro accurato, attento alla persona, che è il punto di partenza secondo noi.

Vorrei aggiungere a questo punto un timore che è questo: alle difficoltà già presenti se ne possono aggiungere altre: abbiamo imboccato una fase di crisi economica e produttiva sempre più forte e quindi le aziende sempre più possono sentire il rispetto della legge come un onere e un peso. Dobbiamo tutti fare in modo che non sia così; la legge deve essere assolutamente rispettata. In riferimento al collocamento obbligatorio, a Lucca siamo al 20% per quanto riguarda l'inserimento di persone con problemi di salute mentale. Un altro esempio che voglio portare riguarda ancora Lucca e concerne la scelta che abbiamo fatto di favorire il lavoro per le cooperative di tipo di B, un impegno politico per cui almeno il 30% delle assegnazioni a cooperative siano rivolte a quelle che al loro interno hanno persone con questo tipo di disagio. Credo che siano significativi i dati per quanto riguarda stage, tirocini ed esperienze lavoro. Le possibilità di inserimento lavorativo sono diverse; noi abbiamo esempi

di inserimento nel settore della ristorazione, ne stiamo avviando anche altri insieme all'università di Pisa, nel campo dell'agricoltura sociale. Riteniamo che il mondo della natura si adatti particolarmente a questo tipo di disagio, puntiamo molto su questo tipo di esperienze che crediamo siano significative.
Un altro grosso campo di azione delle province riguarda le politiche educative. I servizi della pubblica istruzione devono favorire e favoriscono in ambito scolastico l'inserimento e la prevenzione. Purtroppo devo ricordare che spesso all'aumento delle competenze per la Provincia non si affiancano i necessari trasferimenti finanziari. Un esempio che ho in mente è quello dell'obbligo, ribadito da recenti sentenze costituzionali, che fa capo alle province, del trasporto scolastico per quanto riguarda le superiori per i portatori di handicap e di disagio mentale. Si aggiunge una serie di competenze che poi non sono facili da realizzare o esaudire. In generale c'è un problema di frammentazione nei compiti e nelle responsabilità anche in questo settore, quindi compito specifico delle Province è realizzare il coordinamento delle azioni dei soggetti istituzionali preposti a questi compiti. E' necessario cercare di fare le cose insieme tra tutti questi soggetti e favorire la condivisione degli obiettivi e degli strumenti. Certamente ritorno su un punto dolente; i tagli attuali creano problemi in tanti campi e in tanti settori. Penso all'utilità che il Servizio Civile svolge e l'aiuto che porta alle associazioni. Il taglio avuto in questi giorni è del 42%, si passa da 298 milioni di euro a soli 171; io qui mi sono riportato le parole usate dalla conferenza nazionale degli enti del servizio civile che parlano del rischio di chiudere; dice il Presidente: "Nel 2009 potrebbe essere cancellato il servizio civile a causa di questo tipo di scelte". Le Province promuovono e sostengono i progetti del volontariato e del terzo settore rivolti all'integrazione sociale dei disabili con problemi di salute mentale. Questa è una priorità che vogliamo mantenere. Faccio un altro esempio sempre ripreso dalla mia esperienza diretta: a Lucca siamo molto soddisfatti del progetto "impossibile arte possibile" che attraverso laboratori teatrali favorisce l'integrazione in attività artistiche che vengono svolte quotidianamente dalle varie associazioni sul territorio. Su questo punto mi vorrei fermare, avendo visto in aula il Dottor Betti e altri che nella Val di Serchio sono tra i protagonisti di queste esperienze di arte terapia e di altre attività e oggi possono portare nel dibattito un contributo di conoscenza perché quello che c'è di positivo e innovativo è bene che venga messo in circolo e valorizzato in modo che il confronto e arricchimento reciproco tra tutti gli attori in campo si realizzi sempre di più.
In definitiva siamo di fronte ad un quadro complessivo che credo sia preoccupante anche perché vede il continuo aumento delle patologie connesse al disagio sociale, i numeri sono sotto gli occhi di tutti; la nostra società è costituita in modo tale che è più portata a creare disagio mentale che non a prevenirlo e curarlo. E' bene avere presente questa situazione per essere più attivati nel dare risposte. Risposte che richiedono strategie terapeutiche integrate, grossi sforzi di prevenzione, ma credo anche che si possa dire che per tenere insieme tutto si deve diffondere la cultura della diversità. Questo deve essere il segno che racchiude e esprime il ruolo di coordinamento che le Province in quanto tali possono svolgere.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Regoli e auguriamoci che le Province possano continuare a svolgere il proprio ruolo. Diamo adesso la parola a Oreste Giurlani Presidente dell'UNCEM.

Oreste Giurlani – Presidente UNCEM

Buongiorno a tutti, ringrazio la Presidente Gemma del Carlo per l'invito. Io rappresento l'UNCEM che è una associazione per le 160 comunità montane, ma parlo anche a nome dell'ANCI visto che sono anche sindaco, e dato che Nandoni è dovuto andare via, perché ha avuto un problema urgente in Comune e quindi nel mio intervento rappresenterò le due

associazioni che fra l'altro stanno lavorando fianco a fianco sia per l'aspetto della governance sia per l'aspetto di eventuali progetti speciali per dare delle risposte ai cittadini. Io volevo solamente fare due riflessioni, la prima è relativa al tema di oggi, per il quale dobbiamo verificare se i servizi integrati per la salute mentale funzionano oppure no; si comincia a parlare di integrazione e vorrei accentuare il ruolo che gli enti locali hanno nella partita del Welfare e della salute dei cittadini e soprattutto di quella mentale. Roggiolani ha recentemente approvato la legge delle Società della Salute e gli strumenti ci sono tutti: abbiamo i piani, quello sociale e quello sanitario, la nuova legge sulle società della salute, abbiamo tutto quello che regola la salute mentale, quindi oggi gli enti locali hanno a disposizione tutti gli strumenti per fare la vera governance locale e programmare e gestire quelli che sono i bisogni di salute dei cittadini. La scelta di creare la società della salute è stata quella di portare a livello territoriale, in capo ai comuni, le scelte dei bisogni di salute dei cittadini e quindi gli strumenti che noi abbiamo e uno in particolare "Piano Integrato di salute" sono importantissimi e lì dentro dobbiamo ritrovare le azioni e gli interventi per soddisfare i bisogni dei cittadini. La salute mentale che fino ad ora era rimasta legata all'ospedalizzazione, si trova ora a dover andare sul territorio e quindi ad essere messa a disposizione delle scelte che fanno i sindaci che dovranno programmare in maniera integrata i servizi in base ai bisogni dei cittadini; allora su questo diventa fondamentale capire come si interviene rispetto alle criticità, quali sono gli strumenti, e come si fanno ad integrare nella società le persone che hanno problemi di salute mentale partendo dalla famiglia, il lavoro e tutto quello che ne consegue. Guardate questa non è una cosa da poco, perché lavorando a livello territoriale si riesce ad intervenire in maniera diretta e immediata rispetto alle specificità che nascono. Credo che questa sia la vera svolta; leggevo l'altro giorno di piani locali per la salute mentale, noi ci siamo! I piani nazionali di salute avranno integrati i piani locali di salute. Già se ne parlava in un meccanismo generale, noi abbiamo uno strumento che ci evidenzia e che ci porta ad avere un modello nazionale particolare dove si sono portati i bisogni di salute verso i cittadini. E quando noi parliamo di Welfare, noi come UNCEM e come ANCI parliamo di municipalità, sussidiarietà e arriviamo alla famiglia. Vedete che c'è in questa scaletta proprio il fatto che si deve capire l'esigenza delle persone; vorrei soprattutto soffermarmi su un aspetto, per quanto riguarda la montagna, visto che il territorio toscano è in gran parte montano e dove troviamo molti disagi; abbiamo tre criticità in particolare: una è quella dei suicidi, una è quella della violenza alle donne e ai minori, e una è quella dell'alcolismo. Noi come UNCEM da anni denunciamo questi tre tipi di problemi che consideriamo delle criticità da studiare e monitorare per capire come intervenire in quella logica che dicevamo prima. Abbiamo richiesto alla Regione l'anno scorso un progetto sulla prevenzione di queste criticità, partendo da quella meno visibile che però è molto importante che è quella dei suicidi, dove si riesce poco a prevenire e a intervenire; riteniamo questo progetto il fiore all'occhiello per il quale abbiamo ottenuto delle risorse regionali; su questo progetto abbiamo coinvolto tre società della salute, una è quella delle colline metallifere, l'altra è quella dell'Amiata Grossetana e infine il Casentino, di queste due hanno un elevato tasso di suicidio mentre nell'altra è inferiore alla norma. Questo per avere il campione. Il progetto comincia adesso e avrà durata triennale; noi ci auguriamo di cominciare a monitorare il fenomeno, a prevenirlo e soprattutto a poter vedere se i casi che vengono individuati possono venire presi in carico sul percorso terapeutico e vedere l'inserimento in vari ambiti, lavorativo, familiare e scolastico,che sono gli ambiti della vita di tutti, e chi ha problemi ne ha diritto come tutti gli altri. Stiamo quindi lavorando per trovare un percorso che consenta di raggiungere la guarigione di cui sentivo parlare prima. Questo progetto ha un comitato scientifico, ci stiamo lavorando, dal punto di vista tecnico sono state coinvolte le aziende, le società della salute, le comunità montane e pensiamo da qui al 2011 di avere dei risultati; speriamo di portare a ridurre i fenomeni dei suicidi e il fatto che si comincia a lavorare su questo in maniera sistematica partendo dal territorio è importantissimo; la Regione ha già

lavorato molto su questo in maniera sistematica e noi adesso siamo pronti per lavorare dal basso in una coniugazione Regione, enti locali per cominciare a lavorare su questo.
Un'ultima riflessione e chiudo, l'integrazione vuol dire lavorare a 360° perché c'è un aspetto sanitario e uno sociale e gli strumenti ci sono, vanno attivati, ma ci sono anche altri problemi; io ho sentito parlare del problema dell'inserimento lavorativo; non è semplice, soprattutto in montagna, oggi coloro che danno in montagna sul fronte dell'inserimento lavorativo sull'aspetto della salute mentale sono solo gli enti locali con piccoli numeri, dobbiamo trovare altre forme di inserimento lavorativo, ma in montagna è molto più difficile per i lavori che ci sono, per le difficoltà ambientali e gli aspetti burocratici che ci sono. Abbiamo inoltre degli interventi comunitari, penso al piano di sviluppo industriale dove ci sono risorse per intervenire sugli aspetti degli agri-turismi e imprese agricole, anche rispetto a servizi che potrebbero vedere coinvolte persone che hanno delle criticità che potrebbero venire coinvolte dove non è possibile accedere ai fondi comunitari rispetto a quelle logiche che ci sono. Stiamo attenti a non calcare le cose, e a livello locale gli amministratori e coloro che governano i processi non hanno poi gli strumenti necessari. Inoltre sono anni che per quanto riguarda la questione abitativa l'esigenza di creare nel meccanismo dell'edilizia popolare chiediamo di smobilitare le risorse che ci sono in Toscana, guardate che ci sono 400 milioni di euro per l'edilizia popolare non spesi, noi è tanto che chiediamo che per quei comuni per i quali per questioni burocratiche non sono stati spesi queste risorse si dirottino sui territori montani anche sul recupero dell'esistente, ma potremmo avere delle abitazioni che permettono di integrare una serie di soggetti che immessi nel tessuto sociale possono veramente fare il salto di qualità. So che la Regione fa il piano casa e io mi auguro che questo si concluda. Chiudo con una battuta, succede che in montagna i tutori sono i sindaci. Quando c'è da mettere qualcuno come riferimento per una persona con delle criticità in montagna mettono sempre i sindaci; ci vogliono invece delle professionalità, delle capacità e delle strutture per fare questo. Prima si sentiva dire che c'è bisogno di avere delle professionalità giuste al posto giusto, in montagna ci sono ma non sono sufficienti. Visto che è un territorio disagiato con una scarsa densità abitativa, e siccome la mobilità è a ampio raggio c'è la necessità di sopperire alla mancanza di personale qualificato con nuove iniezioni di personale anche al di là dei problemi costi, o delle procedure amministrative o dei blocchi della finanziaria perché altrimenti ci troviamo scoperti non solo per la salute mentale, ma per tutti gli aspetti di pubblica amministrazione pubblica relativamente al welfare; ringrazio e spero di aver dato uno spaccato di quello che gli enti locali hanno intenzione di fare, mi auguro che si possa in quest'ottica lavorare insieme, anche se come diceva Regoli gli scenari che ci sono mi sembra che siano dei peggiori e quando si parla a giornate solo di social card, vuol dire che non si dà attenzione ai servizi e non ad altre cose. Grazie e buon lavoro.

Gemma Del Carlo

Grazie e grazie veramente. E adesso abbiamo il grande piacere di avere con noi il Professor Paolo Cendon. Prego.

L'amministratore di sostegno – Prof. Paolo Cendon

Buongiorno. Potrei partire dall'invito dell'ultimo relatore, visto che il suo intervento è stato molto interessante. Questo è un problema pratico, a cui dobbiamo pensare. Inizierò con lo spiegarvi che cosa è l'amministratore di sostegno; la cosa più semplice è quella che voi pensiate alla vostra giornata di oggi o di questi giorni e voi potete facilmente rastrellare una serie di cose facili che siete in grado di fare da soli, come ad esempio andare al bar e comprare un caffè, andare all'edicola e comprare il quotidiano, salire su un autobus e fare una tratta, lasciare un bagaglio alla stazione; poi ci sono cose meno facili come ad esempio andare in una banca e fare un contratto bancario di una certa difficoltà, andare

all'assicurazione e decidere cosa includere con premi, massimali … oppure andare all'assemblea di condominio e decidere se pagate o meno per far mettere un ascensore, oppure accettare un'eredità da uno zio che però aveva delle storie strane con le donne, chissà come è finita con i debiti, accettiamo o non accettiamo … oppure vendere la propria casa, perché servono i soldi per un intervento chirurgico, potrei fare tanti esempi, azioni complicate anche per alcuni di noi, soldi in gioco, tranelli, trappole … Il diritto fino a poco tempo fa divideva gli essere umani in due parti: i sani e i matti. I sani che si arrangino, i matti li interdiciamo tutti e in mezzo non c'è niente. Siamo veramente fatti così? Ecco l'amministratore di sostegno ha detto: non è detto che siamo tutti fatti così; tra i matti e i sani c'è una banda grigia molto significativa di persone che stanno così e così e chi sono? Gli alcolisti, i sordi, i ciechi, i drogati, gli immigrati che hanno fatto fatica a integrarsi, i carcerieri, i parkison, gli alzaiemer, i distrofici, i paraplegici, molta gente che ha dei disturbi mentali non così scassati da consentire di interdirli, ma nemmeno così leggeri da far si che ce la facciano da soli a gestirsi. Se mettiamo insieme tutte queste persone abbiamo 6 milioni di italiani, e di questi sei milioni di italiani fino a pochi anni fa non c'era niente, erano abbandonati a se stessi e alle loro famiglie e quando questa era assente o non funzionava gli altri strumenti non c'erano. Circa venti anni fa abbiamo scritto un progetto per l'amministrazione di sostegno che circa quattro anni fa è diventata legge. La legge dice: "se tu sei in difficoltà a gestirti nella vita quotidiana, io giudice tutelare sollecitato e informato dai servizi o anche da te stesso o dai familiari o da qualcuno che mi ha detto, attenzione lì c'è qualcuno che non ce la fa da solo, io giudice nomino un amministratore di sostegno che è qualcuno che fa da segretario e angelo custode e si prende cura di te. Io giudice stabilisco quali poteri avrà, cosa dovrà andare a fare, come e perché." E' un protettore morbido, un guardiano discreto, flessibile, attento alla persona. Lo stato d'animo con cui mi ascoltate è quello di chi trova rispecchiate in questa legge delle indicazioni che sbocciano spontaneamente dentro di voi. Un punto forte è questo: il passaggio da una concezione di commiserazione, pietistica, caritatevole della persona povera disgraziata ad una concezione promozionale vedendola come una di noi, che ha qualche difficoltà, qualche ostacolo esterno al nucleo centrale che lo rende come noi, ma ha il desiderio, l'aspettativa, la voglia di fare, la speranza che succedano cose belle, l'impegno ad immaginarsi nelle varie fasi della giornata a risolvere dei problemi, questa dimensione di proposità, di fertilità, di orgoglio, di splendore esistenziale; questa è la persona e questo è spesso più forte nei soggetti deboli, però ci sono questi ostacoli, questa specie di impedimenti, di tagliole, di saracinesche dall'esterno, che soffocano, impediscono e trattengono. E' compito della Repubblica rimuovere questi ostacoli come dice l'articolo tre della Costituzione, che dà una maniglia, una stampella in questo microcosmo.

Per capire questa legge immaginiamo di avere due bacchettine prese al ristorante cinese: in una c'è scritto non mortificarmi, nell'altra non abbandonarmi; in questo c'è tutta la legge. Non dimenticarti di me, non sto male per essere considerato uno schizofrenico al cento per cento, ma sto male a sufficienza per chiedere aiuto e non cavarmela da solo e non mortificarmi, non farmi pagare un prezzo per l'aiuto che mi dai. Non portarmi via qualcosa se non in casi proprio necessari, quando io sono ad esempio un alcolista, un drogato, un prodigo e spenderei tutto lo stipendio il giorno dopo, allora si aiutami contro me stesso, ma se non c'è questo pericolo, se sono una vecchietta in una casa di riposo, senza muscoli o memoria per ricordarsi quando si pagano le bollette, le tasse … quando mi dai l'amministratore di sostegno non chiedere niente in cambio, anche perché quando arrivasse il giorno in cui io fossi di nuovo pronto a essere indipendente senza bisogno di un sostegno non devo aver perso quello che avevo. L'amministratore di sostegno aggiunge una protezione lasciando intatte le prerogative delle persone; voi capite come questo incida proprio sul dna dell'istituto; siamo abituati a pensare che la persona protetta è un handicappato, un disabile, un disgraziato che ha perso qualcosa, un cittadino di serie B; no resta un cittadino di serie A con questa specie di segretario che fa le cose al suo posto; altro punto importante che mi pare coordinato a quanto diceva il Presidente

prima: il vecchio tutore lasciava le cose come stavano, prendeva i beni in gestione e li gestiva per conto della famiglia e li restituiva agli eredi in attesa, tutto congelato, tutto immobilizzato, la persona per fare un esempio a causa di un incidente stradale cade e diventa un soggetto pericoloso, i suoi beni vengono congelati per poi essere restituiti alla generazione successiva. L'amministrazione di sostegno è il contrario, decide in funzione della persona, pensa ai suoi desideri e bisogni, e a tal fine decide. Il piano è la chiave di volta anche dell'amministratore di sostegno. Cosa succede all'economia di un soggetto debole? Molto spesso ci sono i disinvestimenti, la casa c'è, ma nessuno l'aggiusta, il terrazzino sta crollando e nessuno fa la riparazione, c'è una vecchia macchina e nessuno l'aggiusta. I nastri fondamentali della nostra vita sono tre: l'aspetto patrimoniale, l'aspetto personale e l'aspetto sanitario. Occorre che tutte queste cose vengano intrecciate in un progetto responsabile, ragionevole. L'assistente ha quindi un ruolo dinamico, intervenendo e pianificando, cercando di capire di cosa la persona ha bisogno. Altro punto forte pratica e gestionale, non mi interessa se sei schizofrenico, flippato, quali sono le tue turbe, e quale è la tua diagnosi, mi interessa sapere che sei inadeguato a gestire i tuoi beni, non sei un incapace, anzi questa parola scompare. Se voi foste interdetti sareste tutti uguali perché il meccanismo è un'etichetta, uno statuto che si applica a tutti nello stesso modo, tutti clonati allo stesso modo, invece con questa legge avviene tutto il contrario, il diritto dal basso dove esiste la persona, il giudice va dalla persona, lo guarda negli occhi, gli parla, si informa, parla con i medici e sceglie in funzione dei colloqui; possiamo parlare di un abito su misura.
La grande scommessa è tradurre tutto questo, voler togliere dall'abbandono, dall'infelicità tutte queste persone, come si fa in Italia nel 2008? Bisogna organizzarsi e noi proponiamo tre cose: la prima è quella di fare un tavolo comune per decidere un piano, con il sindaco, l'Assessore alle politiche sociali, la Provincia, la ASL, il volontariato, le cooperative sociali, le case di riposo … quindi come prima cosa abbiamo la governance dell'amministratore di sostegno; come seconda cosa è necessario uno sportello triangolare, un posto nel centro di Lucca, in cui ci sia un volontario, un assistente del Comune che con un microfono, un telefono e un computer informa la collettività; tre sono le interfacce fondamentali, la collettività che deve sapere che esiste questa legge, il giudice che non deve essere lasciato solo, e il terzo versante di collegamento è l'amministratore che non deve essere abbandonato, infatti io non farei mai l'amministratore se so che sono abbandonato a me stesso dopo che il giudice mi ha nominato; lo farò se so che c'è qualcuno a cui posso appoggiarmi a mia volta; come terza cosa importante è che suggeriamo l'ammirazione nei confronti dell'amministratore di sostegno che invece di andare a giro con le ragazze di Lucca dedica del tempo per i soggetti deboli. Serve un'associazione per gli amministratori di sostegno in cui possono ritrovarsi e confrontarsi, bisogna che l'amministrazione pubblica dia qualche tessera, qualche coccarda e soprattutto qualche soldino, perché ditemi voi farlo gratis questo lavoro non è semplice; se i beneficiari sono ricchi sappiamo che il giudice concederà per lo meno dei rimborsi, ma quando ce ne sono molto poveri, tutti scappano; l'amministratore è il centro di tutto, ma tutti noi possiamo fare la nostra parte.

Gemma Del Carlo

Grazie al Professore, le vorrei fare una domanda: molte famiglie hanno paura a chiedere un amministratore di sostegno, perché quando la pratica è in mano al giudice, quest'ultimo ha il potere di interdire o inabilitare; su questo punto tante persone non sanno come muoversi e hanno paura.

Prof. Cendon

Mi dovete aiutare, perché noi abbiamo presentato al Parlamento Italiano un progetto di legge per abrogare l'interdizione, questo è già stato presentato nel Governo precedente e

ripresentato in questo. Abbiamo cercato astutamente di coinvolgere più partiti possibili ed infatti è sottoscritto sia da deputati della maggioranza, sia dall'opposizione quindi a trecentosessanta gradi. Certo questa risposta avverrà quando avverrà, perché non credo che in questo momento il Parlamento mette al centro delle sue attenzioni i soggetti deboli. Nel frattempo la battaglia è culturale, ci sono molte sedi giudiziarie con l'interdizione abrogata, questo marchio infamante che scende sulla persona e sulla sua famiglia; noi pensiamo che non si deve interdire nemmeno le persone in coma, che senso ha interdire una persona che non può difendersi? Oggi questa è una battaglia culturale, facendo valere il fatto che l'amministratore di sostegno può coprire tutti i bisogni; pensate che in Austria e in Germania è stata abolita l'interdizione e vanno avanti con l'amministratore di sostegno, anche noi possiamo fare lo stesso, molti tribunali già lo fanno, chi non lo fa è perché ha problemi psichiatrici personali, psicotici e ha bisogno di sangue evidentemente, ha bisogno di interdire altrimenti va in crisi di astinenza, questo è il problema; oggi con l'amministratore di sostegno possiamo dire che è sufficiente e in grado di provvedere alla persona; dobbiamo batterci affinché nessuno venga mortificato in cambio della protezione che ha.

Gemma Del Carlo

Altra domanda: in una famiglia è successo che per una ragazza il tribunale ha informato tutti i parenti, persino quelli molto lontani, che avveniva questa cosa. E' necessario che vengano avvisati? Il discorso della privacy viene fuori solo quando fa comodo.

Prof. Cendon

Non è necessario assolutamente, è ridicolo pensare una cosa del genere. Va colta come una cosa prudenziale, ma non necessaria.

Gemma Del Carlo

Si può reclamare ai giudici che non mandino anche ai parenti lontani la notifica dell'amministratore di sostegno?

Prof. Cendon

Non è obbligatorio, abbiamo scritto una guida per la Toscana e lì c'è scritto chiaramente che i parenti non devono necessariamente essere avvisati. Se c'è una comunità combattiva, coraggiosa, che si organizza e che fa i corsi di formazione, che ha l'elenco degli amministratori di sostegno, che incalza il giudice, lo tallona, lo pungola, il giudice fa quello che vuole il popolo, se il popolo non c'è.

Gemma Del Carlo

Grazie mille!
Passiamo adesso al dibattito e invito le persone ad essere molto coincise per dare l'opportunità a tutti di parlare. Chiamo Alberto Vitali.

Dibattito

Alberto Vitali – Associazione L'Alba
Tre cose e basta. La prima è una cosa che spesso mi sono sentito dire dagli psichiatri: la patologia mentale è come una qualsiasi altra patologia, è come se tu avessi il diabete e pigli la pasticchina e via. Non è assolutamente vero, perché di depressione si può anche morire. La

seconda è questa: per guarire abbiamo bisogno degli altri, ma soprattutto che gli altri ci diano la fiducia necessaria per valorizzare le nostre potenzialità, perché nonostante la malattia siamo persone con capacità ancora inespresse. Le istituzioni devono aiutarci per il nostro inserimento nella comunità, reinserimento che avrà successo completo quando avremo un lavoro necessario per riacquisire un'identità in una società basata sul lavoro, come dice la Costituzione. L'ultima cosa è relativa all'Associazione Alba: in questa associazione si lavora per raggiungere questo obiettivo perché siamo convinti che tutti gli utenti possano intraprendere un percorso personalizzato e riabilitarsi; un grazie a tutte le persone che lavorano per questo.

Gemma Del Carlo

Grazie Alberto. Passiamo la parola al Dott. Paolo Martini.

Dott. Paolo Martini

Innanzitutto il mio plauso a voi del coordinamento e all'ufficio della Salute Mentale della Toscana che mi ha invitato a questo incontro che sta diventando periodico e che testimonia la volontà che abbiamo nella Regione Toscana di integrare i vari enti. A proposito di questo sforzo collaborativo voglio sottolineare tre punti che sono emersi nelle relazioni fatte precedentemente e anche quello che ha detto la persona che mi ha preceduto rispetto all'inserimento lavorativo: l'enfatizzazione che state promuovendo tra il vostro e il nostro servizio, ovvero i servizi sociali e l'assessorato al lavoro, cerchiamo di enfatizzarla il più possibile perché non c'è. Devo dire che noi a Siena ci troviamo in una difficoltà notevole con l'amministrazione provinciale che dice che per mancanza di fondi non si può procedere; si torna quindi nel discorso delle chiacchiere, questo è tanto più vero oggi vista la crisi che attraversa il nostro paese; nessuno chiede la luna nel pozzo, ma visto che si parla sempre di integrazione, questo è l'elemento di integrazione più duro. So che in alcune province c'è una certa collaborazione, per esempio a Livorno e a Grosseto hanno fatto delle convenzioni, noi l'abbiamo proposta, c'è una proposta anche da parte della Regione Toscana, quindi s'ha da fare. L'altra questione è relativa al progetto sulla non autosufficienza, mi unisco all'invito fatto dal coordinamento, perché ad oggi abbiamo problemi molto gravi per quanto riguarda l'inserimento nelle RSA per persone che non hanno compiuto i 64 anni. Questo è il punto dolente, perché poi quando si parla di strutture a quel punto abbiamo delle grosse difficoltà. In questo senso mi riallaccio all'altro invito che era stato fatto rispetto al superamento dell'Opg, rispetto all'aggressività delle persone, rispetto all'averci le strutture. Almeno a livello di area vasta ci deve essere una struttura per questo. Finisco nell'ultima questione che è stata sollevata per il suicidio che dimostra che i problemi si stanno allargando, perché si va dall'infanzia al suicidio. Anche noi a Siena stiamo procedendo senza alcun finanziamento per quanto riguarda il tasso del suicidio. Ricordo che le persone con il tasso di suicidio più alto sono quelle che hanno più di 65, 70 anni, sono soli e hanno una malattia cronica e invalidante. Su questo proviamo a fare qualcosa, ma sono necessarie delle risposte concrete. Grazie

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Martini e diamo la parola al Dott. Andrea Caneschi

Dott. Andrea Caneschi

Intanto mi ha fatto molto piacere vedere il Signor Cendon che sapevo impegnato nel convegno che è stato organizzato oggi a cura del dipartimento di Firenze, purtroppo in concomitanza con questo. Io ho rinunciato a quello e sono venuto a questo; questa

coincidenza ha portato un contributo che non era in programma. La possibilità che abbiamo di portare avanti i nostri interventi non può prescindere dalla possibilità di mantenere e di far crescere dei rapporti di mutuo riconoscimento costruendo insieme dei percorsi che sono sempre più difficili, senza nulla togliere al fatto che il Dipartimento, il sottoscritto e alcuni colleghi hanno responsabilità alle quali fare fronte.
Passo al secondo punto già citato dalla Signora Spolveri, che ha parlato di un problema estremamente complesso, solo adesso si stanno accumulando esperienze, riconoscimenti, progettualità, che ci trovano alle prese con situazioni che richiedono anche impegni economici molto importanti e molto forti; mi ha fatto piacere leggere nel piano sanitario che sul tema dell'autismo ci si augura e si spera di immettere delle risorse specifiche, visto che questo tipo di intervento ci sta sollecitando un carico estremamente importante, rispetto al quale ci troviamo ogni volta a non avere tutti gli strumenti necessari. Questo ovviamente richiede programmazione indubbiamente anche da parte nostra; noi sappiamo che dobbiamo fare i percorsi con le famiglie perché è certo che la chiave del risultato sta in mano più a noi che alle famiglie. Credo che non ci siano più dubbi che questa volontà di stare insieme ci sia da entrambe le parti. Bisogna confrontarsi, e bisogna rispettare anche le opinioni dei tecnici quando sono oneste e esplicitate, come certamente noi ci sforziamo e dovremmo fare sempre meglio di rispettare e tener conto di quelli che sono le posizioni che i nostri utenti e familiari esprimono.

Gemma Del Carlo

Vorrei adesso ribadire una cosa relativa al convegno contemporaneamente organizzato oggi. Il convegno che è stato organizzato dalla USL di Firenze era di interesse per tutti e avremmo potuto partecipare anche noi. Abbiamo scritto il 13 di luglio scorso invitando le aziende sanitarie al nostro convegno, chiedendo a tutti i dipartimenti di non organizzare eventi nella stessa giornata; purtroppo non siamo stati ascoltati e in questo momento si sta tenendo un altro convegno di interesse per tutti; la conclusione è che da questi due convegni ci saremmo arricchiti entrambi, invece è triste affermare che la USL di Firenze dopo aver saputo del nostro convegno ne ha organizzato contemporaneamente un altro. Grazie.
Passiamo adesso la parola ad Ammannati Valeriana.

Ammannati Valeriana

Buongiorno a tutti. Io sono Valeriana, c'è chi dice che non si guarisce, invece eccomi qua. Devo dire grazie a chi ho incontrato nel mio cammino, ho tentato il suicidio, ero nel profondo e grazie a medici, inservienti, infermieri e professori oggi sono qua. Devo dire un grazie particolare a chi mi ha fatto conoscere quello che per me è stata la vita, i gruppi di auto aiuto, perché essi sono il top di investimento per le società della salute mentale, perché più gruppi di auto aiuto ci sono più salute mentale possiamo ottenere. Il problema di questi gruppi è quello di farsi conoscere perché sono le risorse naturali per quanti soffrono e condividono questi problemi. Diciamo che la ricchezza di un gruppo di auto aiuto è quella di saper trovare sempre il modo giusto per andare incontro al malato e alla sua sofferenza. Inoltre la ricchezza sta nei conduttori, perché con un impegno quotidiano si va ad incontrare sempre la sofferenza dell'altro. Inoltre io ho fatto il corso di facilitare sociale, compilando una piccola tesi: "L'importanza dei gruppi di auto aiuto e dei facilitatori sociali in un contesto della salute mentale". Devo dire che il facilitatore sociale deve avere qualcosa dentro che lo spinge a fare questo lavoro in quanto anche solo osservando riesce a vedere tutto quello che coloro che non hanno passato queste situazioni non riescono a vedere; inoltre il facilitatore sociale deve avere dentro di sè una grande motivazione per riuscire a farlo. Devo inoltre dire che sono una delle fondatrici dell'associazione L'alba di Pisa e attualmente grazie ad un grandissimo dottore che è qui presente ho avuto la possibilità di lavorare. Adesso sono la cuoca del nostro circolo

L’alba posto in Via delle Torri che grazie a tanti ragazzi è gestito da noi che abbiamo attraversato tutti questo tipo di problematiche, senza operatori; da ognuno di questi ragazzi prendo quello che possono dare, hanno un inserimento, un modo di stare insieme ai cosiddetti sani, di socializzare e sentirsi di nuovo persone. Grazie a tutti.

Gemma Del Carlo

Grazie Valeriana e adesso diamo la parola a Luca Brilli.

Luca Brilli

Buongiorno a tutti. Volevo ringraziare la F.A.S.M. in particolare Gemma Del Carlo, e vi leggerò due righe che ho scritto.
Un grazie alla F.A.S.M.; volevo ringraziare te e l’associazione perché se oggi godo di salute è soprattutto grazie alla F.A.S.M.; qui ho trovato l’ambiente ideale per promuovere iniziative, comunicare e misurarmi nel confronto con gli altri, relazionarmi e vivere la vita in eguaglianza, salute mentale e fratellanza reciproca, dove tu sei l’altro e l’altro sei tu, in una simbiosi di amore e di parità. Assieme a voi sono cresciuto tantissimo, fino a diventare un volontario; il mio desiderio è di continuare a crescere con tutti voi, per migliorare la mia persona negli anni venturi. Un saluto, Luca.

Gemma Del Carlo

Grazie Luca e passiamo la parola a Bonechi Carlo.

Bonechi Carlo

Buongiorno. Io sono Carlo Bonechi e sono di Prato e mi sono iscritto per un intervento. Vorrei parlare della legge 180, dopo i suoi trent’anni, visto che se l’istituzione manicomiale è stata chiusa è grazie alla legge 180. Quindi con tale riforma è stato avviato un percorso di grande civiltà con l’abolizione dell’istituzione manicomiale considerato luogo di non cura e disumano. Tanta strada abbiamo fatto e tanta ne dobbiamo ancora fare per qualificare gli interventi e umanizzare i luoghi di cura e di vita. Il percorso di superamento degli ospedali psichiatrici non è però stato accompagnato dalla realizzazione di buoni servizi territoriali di salute mentale. I luoghi di cura e la famiglia assumono un ruolo di primaria importanza, ma le famiglie si sono trovate impreparate a sostenere questo carico perché troppo spesso i servizi non rispondono in maniera adeguata alle esigenze e ai tanti bisogni e problemi che ogni giorno li affliggono. E’ stato avviato un percorso di grande civiltà. Nonostante questo grande limite, laddove i dipartimenti hanno applicato i principi e la riforma psichiatrica ci sono già stati degli ottimi risultati da parte dei pazienti e dei loro familiari, ma in molti servizi persistono situazioni molto difficili e inaccettabili, ricorsi a pratiche coercitive, spdc che usano contenzione fisica e farmacologica, porte chiuse e video sorveglianza. Inoltre constatiamo un non adeguato sostegno ai familiari che spesso si trovano ad assumersi un carico familiare insopportabile in solitudine e in disperazione. Ricordiamo inoltre la difficoltà dei servizi a garantire interventi a causa di scarse di risorse finanziarie e umane. L’abbandono di molti casi difficili che se non si ripresentano al CSM vengono dimenticati dagli operatori. Sono preoccupato che questo nuovo governo farà di tutto per modificare la politica della legge 180 che come sapete nel nome della sicurezza hanno cominciato con i ROM, le prostitute, la caccia al diverso e il diverso un domani potrebbe essere il portatore di problemi psichiatrici. Mi auguro che non inizi una campagna contro la 180 che purtroppo credo che sia già iniziata; i problemi non sono pochi, nella presa in carico, nei percorsi di cura condivisi, mancanza di personale e di risorse nei servizi persi di vista, non collaboranti di stigma e di pregiudizio, l’elenco sarebbe molto lungo. Mi domando come oggi il disagio psichico sia visto dall’immaginario collettivo e come sia

conosciuto nel suo luogo di cura. Ritengo che molti DSM nella loro attuale organizzazione e funzione e con il loro centralismo tecnico non sono servizi utili alla comunità, non si vedono gli atti concreti. Esistono senz'altro esperienze importanti, movimenti, suggerimenti e dibattiti ricchi, ma manca un approccio e una buona pratica condivisa che ne esprima la crescita e la diffusione. Psichiatria di comunità non è un'idea, penso che il suo ruolo dovrebbe essere quello di intercettare tutte quelle sofferenze e disagi, favorendo la conoscenza e l'avvicinamento ai servizi. Non posso immaginare una psichiatria di comunità che non tenga conto dei bisogni primari degli utenti e dei familiari e non vedere nelle sue pratiche ordinarie un'attenzione alla dimensione dell'abitare, del lavoro e della socialità, fermo restando che le pratiche psico-farmacologiche ambulatoriali sono importanti, ma non bastano. E' quindi opportuno fare una riflessione sulla psichiatria di comunità in un confronto in particolare sui servizi della riabilitazione e dell'inclusione sociale. Un altro aspetto importante è l'impatto con la struttura, il modo di fare accoglienza, il luogo dove avviene l'incontro con la struttura che per la persona che soffre il disagio e la sua famiglia sono momenti molto importanti. Sono proprio i primi minuti e i primi scambi che influiscono sui percorsi di cura. La presa in carico è un termine troppo spesso abusato, mentre una buona presa in carico dovrebbe essere conoscenza reale della persona e della famiglia, piena condivisione dei percorsi di cura, coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia nel senso della responsabilizzazione.
Ieri si è avuto un incontro con la società della salute di Prato, dove abbiamo discusso di diverse situazioni e abbiamo aperto uno sportello a Prato per fare accoglienza, in quanto è importante che quando si arriva al Dipartimento a ricevere le persone ci sia un familiare o un utente. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie a Carlo e chiamiamo adesso il Dott.Serrano.

Dott. Mario Serrano

Molte delle cose le ha detto molto efficacemente Paolo Martini e non sto a ripetere; volevo fare tre sottolineature come proposta, la prima è questa: nella relazione della Del Carlo si è fatto, secondo me giustamente, con forza riferimento al progetto personalizzato perché la qualità deve scaturire da qualcosa che dà i suoi frutti. E' lì che vanno a confluire una serie di problemi che sono il punto di vista degli utenti, degli operatori, dei familiari, la questione delle risorse e delle reti e quant'altro. Aggiungo solo una questione: oltre al facilitatore sociale, a Livorno stiamo sperimentando la figura degli utenti intervistatori, ricercatori con qualche risultato confortante. Credo che questa sia una strada molto ricca che debba essere sviluppata. La seconda questione è invece un punto che generalmente ci mette in crisi ed è la riduzione fortissima di risorse per i progetti sperimentali della Regione. Visto che siamo in Toscana e ci possiamo permettere il lusso di essere molto chiari e molto franchi, bisognerebbe mettere sul tavolo cosa funziona e cosa no utilizzando lo strumento della valutazione, e possiamo dire che i progetti sperimentali sono stati uno dei meccanismi migliori che la Regione Toscana ha usato in tutti questi anni per incrementare l'innovazione; credo inoltre sia fondamentale affrontare il problema dell'autismo dentro un assetto di risorse più chiaro. Mi unisco a quanto detto relativamente al 2010 come data troppo in là, in quanto già nel 2008 sono arrivate le richieste. Grazie

Gemma Del Carlo

Grazie e passiamo la parola a Kira Pellegrini.

Kira Pellegrini

Volevo fare tre veloci riflessioni: uno su quanto riguarda il piano individuale personalizzato, l'appello è sia ai servizi sia alle persone e ai familiari; ora grazie alla Regione Toscana è diventato legge, è scritto chiaramente e quindi dobbiamo pretendere che sia un aiuto alle persone; questo porta al discorso dell'integrazione per il quale si deve fare un salto di qualità, perché non si sta attivando; l'altro aspetto su cui mi voglio soffermare è relativo al fondo della non autosufficienza; alla nostra associazione dispiace molto che la Regione Toscana abbia individuato nella nostra zona solo gli anziani. Purtroppo quando i comuni hanno improntato dei progetti non cambiano più: le associazioni chiedono ai tecnici di inserire anche un piccolo progetto sperimentale per le famiglie dove ci sono persone affette da disagio psichico che non hanno lavoro però si potrebbe pensare a dei progetti di inserimento lavorativo a carico non della USL, ma questa volta del Comune, in modo che si solleva la famiglia, si rispetta quello che ha indicato la Regione, ma allo stesso tempo in questo fondo si inserisce anche la salute mentale e poi quando ci saranno più fondi questi progetti potranno essere allargati, ma cerchiamo di aiutarci già da subito. L'altro punto e ultimo è quello dell'amministratore di sostegno, io ho apprezzato molto l'intervento del Prof. Cendon, ma ci deve essere un cambiamento di cultura a partire anche da noi, ho visto che molte persone affette dal disagio psichico vedono questo come una limitazione della loro libertà, non deve essere questo, ma un sostegno di quelle aree dove siamo un po' carenti, deve quindi essere fatto un discorso importante che non sia a costo zero, che vorrebbe dire che come molte leggi italiane rimangono sulla carta. Se noi vogliamo che queste persone siano uno strumento di salute e di civiltà, è necessario che siano attivate le commissioni come abbiamo fatto noi inter-istituzionali dove ci sono esponenti degli enti pubblici, delle USL, gli albi dei professionisti, dei commercialisti e degli avvocati; anche la Procura con il giudice tutelare è entrata in questo percorso inter-istituzionale e ha accettato di firmare un protocollo d'intesa, e c'è voluto un anno e mezzo per arrivare a questo tavolo. Invito tutti a non aspettare e a muoversi e pretendere quello che è diritto, ma anche a dare del nostro.

Gemma Del Carlo

Grazie Kira. Chiamo adesso il Dott. Mario Betti. Colgo l'occasione per ringraziarlo per la continua formazione ai nostri volontari di Lucca. Grazie.

Dott. Mario Betti

Ringrazio il Dott. Regoli e il Sindaco Giurlani per una serie di riferimenti fatti. A questo proposito vorrei ricordare che nell'ambito dell'ecologia abbiamo un progetto in Valle del Serchio, per cui si è impegnata anche la Conferenza dei Sindaci e colgo l'occasione di sollecitare perché è di fondamentale importanza. Volevo dire una cosa importante; dietro sollecitazione soprattutto della F.A.S.M che nei precedenti incontri ha portato avanti il discorso sulla valutazione, che ritengo sia di fondamentale importanza, noi la stiamo portando avanti con ottimi risultati; intanto c'è da dire che il primo intervento del Sant'Anna, il Dott. Tedeschi ha portato come indicatori per la Salute Mentale i ricoveri ripetuti dovuto all'uso di antidepressivi e il numero di utenti. In realtà ci sono anche tanti altri parametri che riguardano la qualità della vita, gli aspetti psico-farmacologici, le relazioni che vanno valutate. Le valutazioni che noi in Valle abbiamo fatto riguardano tutta una serie di trattamenti al di fuori dell'aspetto farmacologico: abbiamo ad esempio preso in considerazione vari parametri su utenti in carico al servizio e abbiamo visto che la presa in carico comporta dei miglioramenti significativi, semplicemente con gli interventi classici, visite ambulatoriali, domiciliari, farmaci ecc, ma nel momento in cui si utilizzano altri tipi di interventi per esempio quelli con residenzialità con alto turn over, si ottiene un miglioramento ulteriore e notevole; abbiamo dei

dati che dimostrano che abbiamo dei mezzi alternativi o integrativi rispetto al farmaco che sono estremamente efficaci: sono stati usati test validati a livello internazionale e credo che sia una strada da percorrere e incrementare, grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Betti e diamo la parola a Francesco Lezzi.

Francesco Lezzi

I percorsi personalizzati ai fini di un efficace recupero ed una corretta riabilitazione di un paziente psichico, in un momento di crisi, non trovano nella zona di Firenze applicazione per carenza di strutture adeguate.
Risolta la crisi attraverso l'S.P.D.C. non vi è subito una struttura che accolga l'utente.
Nei casi difficili in cui non può avvenire il rientro in famiglia e vi è la necessità d'uno stringente intervento da parte dei servizi, ed in attesa che si liberi "il posto" non resta che trattenere (l'utente), per un periodo che può essere di 60/90 giorni in S.P.D.C. e/o Case di Cura convenzionate.
Nel comprensorio di Firenze vi è un Centro Crisi di 6 posti letto su circa 7000 malati. Questa situazione non produce effetti positivi ed ha un costo notevole per la sanità.
Stessa situazione, di carenza, sono le residenze assistite, gli appartamenti; qui la possibilità di entrarvi sono pressoché nulle, nella migliore delle ipotesi si è in presenza di una lista di attesa che supera i 6/12 mesi.

Per quanto sopra occorrerà promuovere la realizzazione e acquisizione di appartamenti in condominio per quei pazienti che necessitano di residenzialità terapeutica, principalmente per quelli che possono già affrontare una vita più autonoma, e/o che assolutamente per gravi motivi è necessario allontanarli dal nucleo familiare, in alloggi da condividere con altri utenti a parità di livello di gravità.
Se i problemi della persona con disagio mentale possono avviarsi a un miglioramento risiedendo fuori dal nucleo familiare, essi devono trovare una risposta territoriale, questo vale anche per l'inadeguatezza e l'inevitabile esaurirsi delle **energie della famiglia.**

Gemma Del Carlo

Grazie a Francesco Lezzi e diamo adesso la parola a Fabio Roggiolani, Presidente IV Commissione consiliare "Sanità" Consiglio Regionale della Regione Toscana.

Conclusione dei lavori della mattinata - Fabio Roggionali – Presidente IV Commissione consiliare "Sanità" Consiglio Regionale della Regione Toscana

Inizio il mio intervento informandovi che abbiamo appena chiuso in commissione l'approvazione della legge sul fondo della non autosufficienza e abbiamo raccolto quella che è stata l'indicazione proveniente dal vostro coordinamento; ovviamente la definizione comprende la disabilità mentale oltreché fisica, un'identificazione che era necessaria per questioni di tipo legislativo; la vostra indicazione è stata raccolta e adesso questa definizione è in legge così che questo fondo coinvolge la parte del vostro mondo; per raggiungere questo risultato c'è stato uno sforzo importantissimo da parte della Regione Toscana che ha aggiunto risorse proprie, nonostante che altri enti a livello governativo non abbiano mantenuto gli impegni che si erano assunti, ma la Regione Toscana ha deciso di andare fino in fondo e si è

avuto uno sforzo finanziario che nei prossimi anni potremo utilizzare al meglio; seconda questione che vorrei introdurvi è il chiarimento che abbiamo avuto sulla questione della disabilità: ci sono vari tipi di disabilità e vari tipi di necessità e di approcci per persone, uomini, donne, ci sono disabilità per persone giovanissime, ci sono le disabilità legate agli anziani, e nelle varie età della vita si richiedono vari tipi di interventi e strumentazioni differenti. Un'altra questione che abbiamo affrontato molto importante è quella della vita indipendente, per me è una questione politicamente molto rilevante che ha creato qualche sconquasso nella nostra commissione, ma sulla quale io personalmente non ho voluto recedere; non è pensabile che non si tenga conto in un quadro di assistenza pubblica e di scelta pubblica di come impiegare le nostre risorse, che non ci sia cioè il riconoscimento del diritto di alcuni di agire sulla propria libertà nel proprio percorso di vita. Non è pensabile che uno accanto alla propria gabbia personale ne debba aggiungere un'altra, e anche se con tutte le difficoltà del caso e tutte le complicazioni che questo richiede però è stata affermato che si ha diritto a progetti di vita indipendenti e siamo liberi di assumere le condizioni adeguate per poterli portare avanti. Questa legge, appena approvata in commissione, fa fare una svolta su tutta una serie di questioni che da anni voi ci ponete in questi convegni. Essi sono sempre più rilevanti anche dal punto di vista scientifico; è il miracolo che si compie qui ogni anno: le associazioni delle famiglie fanno fare a tutta la comunità scientifica un salto culturale fondamentale. Avevo un'iniziativa sui disabili convocata in questo giorno, ma ho deciso di spostarla in altre date proprio perché oramai il convegno da voi organizzato sta diventando un appuntamento rilevante sotto tutti i punti di vista. Devo dire che in tutti questi anni la partita giocata è stata quella di rafforzare il ruolo della auto-organizzazione delle famiglie e degli individui, questo è stato l'elemento fondamentale. Una serie di legge che io ho avuto l'onore di reimpostare hanno tenuto conto di questo vostro approccio culturale che io ho sempre condiviso a pieno fin dall'inizio, e lo trovo una delle cose più innovative che abbiamo fatto in questi anni. La libertà di organizzarsi in fondazioni, la libertà di avere strumentazioni finanziare agili per garantire il dopo di noi, o una continuità della famiglia e delle famiglie; l'idea che si possa essere comunità e che la comunità non sia solo un oggetto che viene imposto dall'alto in sostituzione di altri strumenti di cura, ma la comunità come segno di solidarietà che si può organizzare in forme molto diverse. Abbiamo dato agilità a tutto questo, ad esempio i disabili non potevano mettersi insieme in numero sufficiente, al massimo fino a due, adesso fino a otto possono mettersi insieme senza alcun tipo di formalità, ma solo la segnalazione che questo avviene e niente altro. L'idea che si possa pensare di combattere insieme la battaglia contro la solitudine, perché in pochi anni la società toscana si è trasformata da una società organizzata da settecentomila famiglie in una società che si organizza in oltre un milione di famiglie, e questa polverizzazione voluta per motivi di mercato, si ha un costo di vita superiore per lo stare insieme, si pagano più bollette e si ha un bel consumo sanitario, infatti anche il sanitario e il sociale hanno i loro aspetti speculativi, e uno più è solo e più consuma anche da questo punto di vista, meno c'è solidarietà sociale tra le varie generazioni, meno c'è questa situazione; allora dobbiamo combattere insieme non solo il diritto alla vita indipendente, al massimo della libertà e al diritto a vivere la propria esperienza come individui, ma contemporaneamente anche una battaglia intelligente a poter costruire rapporti di solidarietà sociale, civile e di riorganizzazione di un rapporto familiare che non sia la polverizzazione della famiglia. Alla base di questa strategia c'è la questione del lavoro, che è la questione delle questioni. Noi abbiamo scritto nel piano integrato sociale una serie di affermazioni precise e ora nell'organizzazione delle gare, la sanità toscana deve garantire a se stessa che non darà più un contributo, non farà vincere più un appalto ad un'azienda che non impieghi i disabili e le categorie protette, e su questo io vi chiedo un ordine del giorno chiarissimo da questa giornata, che ho già annunciato per la prima volta a Grosseto, oggi siamo nelle condizioni di farlo, tanto più che la sanità dopo le mie proposte ha deciso di essere una sanità a energia rinnovabile; il Piano Sanitario dice infatti che tutte le ASL avranno i pannelli solari,

dovranno essere organizzate in base al risparmio energetico, queste cose si fanno grazie ad una serie di vecchi provvedimenti che il vecchio governo aveva fatto e alcune parti le avevo scritte personalmente come ad esempio la parte relativa agli impianti fotovoltaici, la sanità dovrà muoversi con auto tutte ecologicamente sostenibili, arriverà ora all'acquisizione delle prime cento auto elettriche in tutta la Toscana, quindi la sanità darà il buon'esempio semplicemente con il risparmio di risorse farà una riorganizzazione di se stessa che avrà bisogni di investimenti, in cui c'è un enorme spazio per il lavoro sociale e per noi questa diventa una questione fondamentale: non più una gara pubblica senza che non siano garantite presenze di disabili all'interno delle aziende partecipanti alla gara e punteggio maggiore a chi ha un numero maggiore di disabili. Pensate al progetto che noi vogliamo fare per quanto riguarda un'altra questione a cui io ho lavorato: il centro unico di prenotazione regionale; d'ora in poi, mi auguro nei prossimi sei mesi un anno, la prenotazione non avverrà più tramite il vostro medico che vi segna la visita e poi voi andate al CUP, ma il medico di famiglia o lo specialista vi segna direttamente la visita e gli esami entrando direttamente nel computer su internet e facendo una prenotazione in tutta la provincia e se necessario in tutta la Toscana, grazie ad un centro unico di prenotazione regionale. Già le aree vaste si sono organizzate, ma sarà ancora un accorciamento drastico dei tempi e della burocrazia, non solo, ma per quanto riguarda la risposta agli esami questi verranno depositati in una carta sanitaria elettronica, in cui verrà finalmente registrato tutto il percorso sanitario della persona, ovviamente nel rispetto della privacy, ma che vi eviterà di andare a giro con i pacchi di radiografie ecc. Questo significa che vi faremo risparmiare cento milioni di viaggi perché sessanta milioni sono le visite che i cittadini toscani fanno, e un enorme risparmio di risorse che comporteranno una riorganizzazione del sistema e la creazione di nuovi lavori davanti al computer o a call center. Quindi accanto a questo riusciremo a dare maggiore appropriatezza e anche a vedere gli errori terapeutici, ad esempio per quanto riguarda la battaglia contro i suicidi, quella che è cominciata nella Val di Chiana che ha creato un modello che verifica finalmente anche l'errore terapeutico di chi non ha assunto iniziative, un medico è sempre un medico e quindi deve saper intervenire e non consegnarti ad uno specialistica che richiede un lasso di tempo che può essere fatale per la questione dei suicidi; l'altra cosa che mi auguro venga portata in campo con tutte queste enormi semplificazioni è la questione della rottura della separatezza dei servizi, perché lo stigma si combatte davvero con il marketing dei nostri servizi di salute mentale. Io credo che questo sia il passo successivo, dobbiamo finire di avere la sindrome della separatezza che il manicomio ci ha lasciato e irrompere finalmente in strutture più accessibili possibili che si veda la differenza e si transiti in tutte le altre forme; questo è il passaggio alla fase successiva, che noi ci possiamo assolutamente permettere di compiere anche perché per quanto riguarda la faccenda dei tutor noi con i nostri piani, il fondo della non autosufficienza, la creazione delle società della salute, il loro ruolo consisterà anche nel seguire in un momento di tutela condivisa e corrisposta ogni soggetto che lo desidera: questo è un passo di riconquista della autonomia.

L'ultima questione è quella delle società della salute; ognuna di esse garantisce che tutti i cittadini che vogliono partecipare al processo della salute sotto tutte le forme e con nuovi stili di vita avranno un luogo dove incontrarsi, e degli strumenti per valutare tutti gli elementi; noi vogliamo garantire la possibilità a tutti i cittadini di potersi organizzare, e per questo ogni sei mesi nelle ASL le società della salute organizzeranno un agorà della salute dove i cittadini, operatori e chiunque voglia potranno intervenire in questo genere di iniziative per poter dire la loro. Io credo che questo sia un altro dei passaggi fondamentali, tutto questo lo facciamo perché siamo di fronte alla sfida dell'integrazione tra le medicine e gli approcci terapeutici, lo scambiarsi le informazioni, il lavorare insieme, affrontare questioni che non sono di facile soluzione finalmente utilizzando tutte le medicine, sia quelle occidentali sia quelle orientali, sia le medicine complementari, l'approccio delle medicine naturali, tutto quello che può servire i massaggi, lo shatzu, tutto quanto può essere utile come sostegno, noi sappiamo che la

società che abbiamo costruito crea persone che perdono radici sia sul piano mentale sia sul piano fisico, si squilibrano così fortemente che l'approccio per ritrovare questo equilibrio deve essere una sfida tra tutti gli approcci terapeutici, costruendo finalmente nuovi protocolli in cui si possa davvero pensare a prendersi cura della persona, così come voi avete giustamente messo al centro del vostro convegno. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie al Presidente Roggiolani e ora ci fermiamo per la pausa pranzo. Grazie a tutti.

POMERIGGIO

Gemma Del Carlo

Buon Pomeriggio a tutti; riprendiamo i lavori dando la parola a Galileo Guidi.

Galileo Guidi

Direi che si può cominciare con i Direttori Generali presenti dando un quarto d'ora di tempo a disposizione per ciascuno e poi lasciare una mezzora per il dibattito per tutti coloro che vogliono intervenire. Direi quindi di partire con le aziende rappresentate dai Direttori. Diamo la parola al Dott. Lisandro Fava che è il Direttore Sanitario della ASL di Lucca.

Situazione dei servizi di salute mentale: quali azioni concrete negli ultimi tre anni e quali strumenti di verifica. I Direttori Generali delle Aziende USL della Toscana

Lisandro Fava – Direttore Sanitario Azienda USL 2 Lucca

Buonasera a tutti. Porto i saluti della Direzione Generale in particolare quelle del Dott. Tavanti che non è potuto venire per un impegno che aveva già da molto tempo in agenda. Sarò rapidissimo e illustrerò il progetto che noi abbiamo iniziato a concepire già nel 2007 per cercare di creare una rete di assistenza al paziente con problemi di tipo psichiatrico, in quanto abbiamo visto che spesso ci troviamo a correre dietro a emergenze o situazioni contingenti e quindi si notava un dispendio delle risorse e un'incapacità di garantire una continuità di percorso che coprisse a 360° tutti i bisogni assist enziali del paziente. Ho fatto una specie di scaletta che tende ad individuare quelle che sono a nostro avviso i nodi più importanti del percorso dove spesso possono verificarsi delle criticità; mi riferisco alla gestione dell'urgenza, il problema dell'accoglienza, della residenzialità e della riabilitazione con l'inserimento sociale dei pazienti, la continuità assistenziale e soprattutto la possibilità di una verifica sia clinica sia di un processo che stiamo sviluppando, avendo diviso in segmenti gli snodi, in qualche modo già garantisce la possibilità di verificare il nostro percorso. E' molto importante riuscire a concepire un percorso strategico ben definito per poi essere anche in grado di verificarlo, e visto che le risorse sono limitate è bene utilizzarle in maniera limitata individuando bene quali sono le criticità e le priorità di gestione. Abbiamo fatto un grosso lavoro con il dipartimento di emergenza, sia a livello di servizio 118 sia a livello di pronto soccorso. A livello di servizio 118 abbiamo per esempio un abuso dell'aso, che è uno strumento considerato più semplice e più flessibile e quindi nella nostra azienda c'era stato un grosso aumento di questo tipo di trattamento, sottovalutando la delicatezza che ha l'accertamento sanitario obbligatorio. Il percorso sull'aso e il tso l'avevamo concordato già un anno fa con il dipartimento di salute mentale, lo stiamo revisionando e dovremmo completare la revisione entro i prossimi tre mesi. Abbiamo creato dei percorsi gestionali di condivisione della gestione del paziente per il pronto soccorso, anche perché abbiamo constatato che spesso lo stigma del paziente psichiatrico iniziava con il pronto soccorso, il paziente psichiatrico era considerato una patologia che non rientrava negli schemi di trattamento del pronto soccorso e quindi veniva affidato esclusivamente alle professionalità. Abbiamo iniziato dei percorsi insieme a dei colleghi del pronto soccorso sia sulla gestione farmacologica sia sulla gestione totale del paziente e sull'interazione con i reparti di psichiatria che devo dire sta dando dei buoni risultati. Abbiamo iniziato a lavorare anche in questo senso anche per la gestione del minore psichiatrico che è un'emergenza in aumento come pure quella della doppia diagnosi. Sul minore psichiatrico abbiamo coinvolto dal punto di vista procedurale la pediatria. Abbiamo fatto anche qualche

cosa aggiuntiva, visto che abbiamo dato strutturalità a questo percorso creando un'area di osservazione che può essere dedicata al paziente psichiatrico. La Valle del Serchio ha una situazione logistica diversa da quella di Lucca, quindi c'era bisogno di un punto dove veniva accettato e analizzato il paziente per garantirgli una risposta più flessibile, cioè fare in modo e maniera che ci fosse un'appropriatezza del suo ricovero. E questa ha dato buoni risultati sia in termini di gestione del paziente sia in termini di integrazione del personale di psichiatria e del pronto soccorso. A livello di accoglienza abbiamo detto in questo ambito l'area di osservazione del pronto soccorso e la presenza di strutture a largo turn over che per quanto riguarda la Val di Serchio si identifica con una struttura residenziale che è Val Foia, la quale riceve pazienti con un carico di intensità medio alta, con un ampio turn over, massimo tre mesi. Sempre in Garfagnana abbiamo un CSM di dodici ore che è a Fornaci di Barga e a Lucca abbiamo un altro CSM che sarà presto su dodici ore con grande sforzo e sacrificio dei professionisti sia medici sia infermieri, e il prossimo anno con l'aumento del personale infermieristico lo renderemo stabile a dodici ore; abbiamo inoltre creato una struttura a bassa soglia con rapido turn over presso una casa famiglia. C'è da dire che nei primi mesi dell'anno avremo una struttura diversa nella Valle del Serchio in quanto verrà aperta una struttura ad alta intensità di cura con otto posti letto che si inserirà in un polo di salute mentale dove troverà il centro diurno e il CSM, e quindi sarà un vero e proprio polo della gestione dei pazienti che può offrire una risposta quasi a 360°. Per Lucca stabilizzeremo fortemente il CSM con un'apertura a dodici ore e quindi anche con un sistema di day hospital o una struttura per la gestione della crisi. Per quanto riguarda la residenzialità, come ha già precisato Gemma Del Carlo, abbiamo individuato due comunità terapeutiche che sono la Val Foia e il Mirto in grado di ricevere quattro pazienti. Poi abbiamo sviluppato tutto l'aspetto relativo ai gruppi appartamento, per pazienti a bassa media soglia. Questi sono tutti centri dove il paziente può trovare una stabilizzazione, e soprattutto un proseguimento delle cure e della terapia.
Per quanto riguarda la parte socio riabilitativa e anche qui sono numerose iniziative che vengono fatte grazie anche al supporto che la stessa F.A.S.M. ci sta dando che va oltre il suo compito istituzionale di gestione dei nostri pazienti che ha in carico e anche per il supporto che ci dà su tutta un'altra serie di attività anche con un grosso sacrificio dal punto di vista logistico. L'assessore provinciale ha sottolineato prima l'esperienza in Garfagnana sulla teatralità. Io sottolineo quello che sta avvenendo a Lucca sulla video terapia con l'attività che sta facendo il Dott. Parrella che ha dei grossi risultati sia dal punto di vista dell'aggregazione sia dal punto di vista terapeutico per pazienti con quadro clinico piuttosto importante. Quindi come vedete ci sono diverse attività diffuse su tutto il territorio.
Un altro dei problemi è quello della continuità assistenziale, si parla di percorso personalizzato, al momento attuale l'assistenza domiciliare a mio parere ha sempre un sistema di strutture abbastanza vecchio, si parla di medicina di iniziative per quanto concerne le patologie non psichiatriche, mi sembra ovvio che bisogna spostarsi in questa interpretazione anche nell'ambito della salute mentale. Quindi una medicina di attesa non ha senso, bisogna cominciare ad anticipare e a prevedere; la funzione di assistenza domiciliare deve essere di profilassi alla salute, di verifica e di monitoraggio delle persone già in carico e questo si riallaccia al discorso sul percorso assistenziale personalizzato. Il ruolo dei medici nella medicina generale è un ruolo abbastanza lontano dalla realtà psichiatrica, anche questo viene vissuto come semplice evenienza prescrittiva, il paziente psichiatrico è meno degli altri una necessità prescrittiva, ma ha bisogno di un aiuto e di un supporto psicologico e il medico di medicina generale deve essere quello che comincia a muovere questo tipo di percorso. Proprio nell'ambito della medicina iniziativa stiamo iniziando a pensare alle equipe territoriali che sono composte da infermieri, OS, psicologi, riabilitatori, assistenti sociali dedicati al medico di medicina generale, stiamo cioè estrapolando la figura del medico di famiglia che è tipica del modello anglosassone sul nostro tipo di modello: al momento questo progetto lo stiamo sviluppando su malattie croniche, ma secondo me dovrà essere sviluppato anche sui

pazienti psichiatrici nel prossimo anno. L'unità funzionale infanzia e adolescenza salute mentale ha due grossi progetti in piedi già da tre anni, che nel 2009 saranno sviluppati grazie ad un finanziamento regionale, che sono: il progetto Chirone che vuole portare l'assistenza ai pazienti gravi al di fuori dalla struttura ospedaliera e ambulatoriale dando quindi una domiciliarità per reinserire nel contesto sociale questi pazienti e il gruppo di trattamento dell'autismo.
In quello che dicevo prima si inserisce bene il discorso della prevenzione primaria, bisogna anticipare l'evolversi della malattia, quando il paziente ha sviluppato i primi segni siamo già in una fase tardiva e va anticipata. Abbiamo iniziato con un'iniziativa di prevenzione che riguarda fasce di popolazione sana o almeno parte di popolazione sana che ha membri della stessa famiglia con problemi di questo tipo. Questo primo gruppo appartiene ai cantieri della salute che si stanno sviluppando in maniera estesissima, è un progetto molto importante mentre alla fase di prevenzione primaria il progetto sta bene a scuola insieme alle famiglie, in particolare nelle scuole superiori è stato pensato un discorso di formazione e di conoscenza e quindi di prevenzione sui problemi della salute mentale.
Molto interessante è il gruppo Palint che è rivolto esclusivamente ai medici di medicina generale e torno a ripetere che per me i medici di medicina generale devono tornare a svolgere un ruolo altissimo nella gestione di questi tipi di pazienti e il Palint è un modo di conoscere metodologie psichiatriche e è un modo per interfacciarsi con la realtà del sintomo legato alla malattia mentale; parliamo inoltre del progetto Mirian, orientato soprattutto agli abusi sull'infanzia, poi abbiamo le consulenze ai centri sociali e per i disagi di tipo psico-sociale. Mi voglio soffermare sulla valutazione degli esiti che sono valutazioni cliniche periodiche nell'ambito della normale attività del medico psichiatra, dell'infermiere; per questo aspetto nella nostra zona, soprattutto nella Val di Serchio, si stanno sviluppando dei particolari sistemi di valutazione incentrati su alcuni tipi di pazienti che hanno un certo tipo di trattamento dedicato nei centri diurni con scale di valutazione particolarmente innovative e si stanno facendo anche nella piana di Lucca in modo da creare una grossa omogeneità tra i due territori. Sulla stessa cosa sta lavorando la Dott.ssa Favatà per quanto riguarda gli adolescenti. Rapidamente vi descrivo anche un dato che mi sembra significativo e che è la riduzione drammatica dell'utilizzo dell'Spdc, visto che in soli due anni siamo passati da degenza di 12,60 ad una degenza medica di 10,62, soprattutto con un'indice di performance di degenza medica estremamente basso. Grazie.

Galileo Guidi

Grazie Dott. Fava

Gemma Del Carlo

Dott. Fava la prego di riportare al Direttore Generale che a Lucca si sta spendendo il 3,26, anzichè il 4,5%, quindi la percentuale che manca deve essere spesa per integrare quello che chiediamo in particolare il personale.

Galileo Guidi

Passiamo ora la parola al Dott. Scura, Direttore Generale dell'ASL 7 di Siena.

Massimo Scura – Direttore Generale Azienda USL 7 Siena

Buon pomeriggio. Mi preme inizialmente mettere a fuoco alcune questioni di carattere più generale, ossia come abbiamo affrontato il problema della salute mentale, in questi anni. Nel febbraio 2006 durante la conferenza dei servizi abbiamo evidenziato i due problemi sociosanitari critici della nostra società:l'invecchiamento della popolazione e la cronicità.

Abbiamo quindi posto come priorità del nostro lavoro e della nostra azione di intervento proprio la cronicità, ben sapendo peraltro che i due problemi sono fortemente correlati. Il 12 e 13 ottobre 2007, cioè un anno e mezzo dopo abbiamo organizzato un bellissimo convegno a Siena a carattere nazionale al quale hanno partecipato molti esperti provenienti da tutta Italia, e abbiamo scelto tra tutte le cronicità tre percorsi fondamentali: l'handicap, l'Alzheimer e la salute mentale. Da allora questo è stato l'approccio prioritario della nostra azione. Venivamo anche da una situazione abbastanza disastrata per la salute mentale, quindi era doveroso dare una risposta concreta alle associazioni, alle famiglie e soprattutto agli assistiti. Il secondo approccio ha riguardato l'integrazione. Noi viviamo in una città che è sede di un'azienda ospedaliera universitaria; avevamo riscontrato una separazione tra l'intervento delle risorse dell'azienda ospedaliera universitaria e le nostre che operano sul territorio. Abbiamo attivato una forte integrazione che ha portato ad un protocollo sottoscritto e poi realizzato non senza difficoltà. Di fatto tutto il personale medico e non che si occupa dei sofferenti psichici che appartenga alla USL 7, all'azienda ospedaliera o all'università viene coinvolto negli stessi problemi e negli stessi percorsi assistenziali. Questo significa fondamentalmente che il sofferente Mario Rossi che ha bisogno di un medico, innanzitutto sa che ce n'è sempre uno, ma la cosa più importante è che ogni medico che si trova davanti a Mario Rossi sa chi è Mario Rossi. Prima invece poteva capitare che un paziente fortunato incontrava un medico che conosceva, se invece incontrava un medico che non aveva mai visto, il percorso assistenziale si interrompeva iniziando un altro percorso assistenziale. Questa è per ora un'azione unica in Toscana, come unica in Toscana è la realizzazione di un dipartimento di salute mentale di area vasta di cui il coordinatore è il Dott. Corlito, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Grosseto. La terza cosa che mi sembra importante sottolineare è l'aspetto della partecipazione. Sono stati attivati percorsi, incontri con le associazioni che hanno oramai una cadenza frequente. L'anno scorso per la prima volta, i rappresentanti delle associazioni sono stati invitati in sede di negoziazione di budget, per capire quali fossero i bisogni emergenti e le risorse necessarie, compatibili con il nostro bilancio, perchè il sistema della salute mentale migliorasse. Quando dico compatibili significa che a fronte di un budget pur limitato diamo delle priorità e tra queste la Salute Mentale quindi decidiamo dove iniziare a spendere. Quest'anno le Associazioni dei Malati hanno loro stesse negoziato le risorse e sottoscritto la scheda di budget. Voglio infine dire due parole sul sistema informativo, non solo perchè la Regione desidera conoscere i flussi, ma perché se ben utilizzato è fondamentale, per la gestione dei percorsi assistenziali. Stamani ho sentito parlare dal MES di indicatori ancora piuttosto vaghi, poi ho sentito il Dott. Betti che sappiamo essere un esperto in merito, e che sta studiando e scrivendo su questi aspetti. Allora io lo incoraggio a trovare degli indicatori sulla salute mentale che non siano solo dei numeri - perchè i numeri dicono qualche cosa, ma dicono poco - che vadano a misurare i processi e i percorsi assistenziali. Così capiremo meglio il nostro lavoro e come spendiamo i soldi, se bene, se male ... Stamani mi ha commosso molto l'intervento della Signora che ci ha raccontato della sua guarigione, perchè nessuno come chi è guarito può essere veramente agente di guarigione per gli altri.

Vediamo adesso le cose fatte e le cose che sono ancora da fare.

Iniziative prese nel corso del 2008:

E' stato **costituito il DSM, adottando il Regolamento di cui alla Delibera GRT n°1016 del 27.12.2007.** Il DSM è un unico servizio aziendale per la salute mentale sia per l'infanzia – adolescenza sia per adulti. E' articolato in Unità Funzionali o Moduli Operativi Multidisciplinari con a cao un Responsabile, per ciascuna Zona – Distretto (Amiata Senese, Zona Senese, Val di Chiana, Val D'Ensa). Il DSM collabora cn la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri dell'Azienda e dell'AOU, oltre che naturalmente con i servizi sociali dei Comuni e della Provincia.

E’ stata effettuata la prima assemblea del DSM, a cui hanno partecipato i rappresentanti delle Assocazioni dei Familiari, è stato costituito il Comitato Tecnico, che si riunisce ogni tre settimane. Sono stati attivati **5 gruppi** Dipartimentali pluridisciplinari con operatori delle cinque UF per mettere punto linee-guida operative sul “Sistema Informativo e l’Epidemiologia”, sui “Ricoveri Ospedalieri”, sugli “Interventi Precoci per Adolescenti e Giovani Adulti”, sulla “Riabilitazione Territoriale” e “Riabilitazione Residenziale”.
Il DSM ha avuto **incontri periodici con le Associazioni di Familiari degli utenti, con il Volontariato, con la Misericordia e con le Cooperative Sociali** per favorire progetti di integrazione socio-lavorativa degli utenti. In particolare con l’Associazione di Familiari e con la Presidente Fiorini.
E’ stato attivato **un nuovo software per il Sistema Informativo** più corrispondente ai bisogni epidemiologici e al debito informativo per il Sistema Informativo Salute Mentale della Regione Toscana.
Sono stati attivati **“percorsi assistenziali”** per **“progetti terapeutici personalizzati”**, stabiliti da operatori ed utenti e famiglie. Il percorso inizia abitualmente presso i Centri di Salute Mentale, uno per ogni Zona – Distretto, aperti tutti i giorni feriali dalle 8 alle 20 o gli ambulatori periferici aperti in modo stabile e programmato, di solito, presso le varie sedi e presidi dei distretti socio – sanitari che esistono in ogni Zona. Per le ore notturne e festive esiste un servizio di reperibilità. L’accesso è volontario, di solito con invio da parte del medico di famiglia. Il percorso può iniziare anche a domicilio dell’utente, su richiesta del medico di famiglia, oppure in uno dei luoghi dell’urgenza: Pronto Soccorso Ospedaliero, “118”. Il percorso terapeutico può articolarsi in visite ambulatoriali, con terapia farmacologica e/o psicoterapia, in visite domiciliari in progetti riabilitativi e socio – terapeutici presso i Centri Diurni di Riabilitazione oppure presso Ditte, Cooperative o Enti Pubblici o Privati. In caso di bisogno, il percorso può prevedere il ricovero ospedaliero in uno dei Servizi Psichiatrici Ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC). Il percorso assistenziale può prevedere anche la cura presso Appartamenti Sanitari del DSM, con supporto del personale di assistenza in orario programmato in Casa Famiglia, con supporto saltuario del personale, in Residenza Terapeutico – Riabilitativa, con supporto e cura del personale 24 h / 24.
In **Amiata** è stata potenziata l’attività territoriale con l’assunzione di due medici psichiatri. E’ stato adottato un Regolamento per la Residenza Terapeutico-Riabilitativa 24h/24 che assicura le sue funzioni anche per la ValdiChiana e, al bisogno, per il DSM. Sono proseguite le attività riabilitative con il Centro Diurno e i progetti socio-riabilitativi. E’ stato attivato il Gruppo Benessere per la salute fisica degli utenti ed è in via di attivazione un Gruppo psicoeducazionale per il trattamento deo disturbi d’ansia. E’ stato consolidato il protocollo di consulenza e collaborazione con i MMG, già attivato, attraverso anche la consulenza diretta presso gli ambulatori dei MMG di un medico psichiatra (progetto con cofinanziamento regionale). E’ stata attivata una ricerca operativa in collaborazione con i MMG e il Servizio Sociale per la prevenzione del suicidio nelle persone anziane sole.
In **ValdiChiana** il Centro di Salute Mentale è stato trasferito ed ubicato all’interno del nuovo Presidio Territoriale di Chianciano, non più in una sede isolata, ma integrato ai Servizi Sanitari e Sociali Distrettuali. Il CSM dispone di due posti-letto a titolo sperimentale. E’ stata assicurata l’attività programmata nei tre ambulatori periferici distrettuali. Il Centro Diurno viene trasferito nel prossimo mese di dicembre in una sede molto più ampia ed adeguata a Chianciano in locali adiacenti al CSM. E’ stata pubblicata la Rivista “ESPRESSAMENTE” come organo di informazione per la popolazione, gli utenti e i familiari, gli Enti Pubblici e Privati. La Rivista è stampata dal Centro Diurno con la partecipazione di tutti i servizi del DSM. Sono stati attivati il Gruppo Benessere, il Gruppo sportivo con inizio di un’attività di calcetto, iscritto al campionato UISP. Il SPDC ha continuato a funzionare come “SPDC FUNZIONALE”. E’ stato realizzato un protocollo operativo per l’integrazione funzionale con l’UO Medicina Generale dell’Ospedale di Nottola.

In **Valdelsa** è stato attivato il "SPDC FUNZIONALE", un protocollo operativo per l'integrazione funzionale con l'UO Medicina Generale dell'Ospedale di Campostaggia ed un protocollo per gli interventi alternativi al ricovero. Sono state assicurate le attività presso i tre ambulatori periferici nelle sedi distrettuali. Sono proseguite le attività riabilitative con i Gruppi di attività espressive e teatrali, e di supporto agli utenti mediante gruppi di aiuto, tra cui "Donne e Salute". Sono stati attivati il Gruppo Benessere, il Gruppo sportivo con inizio di un'attività di calcetto, iscritto al campionato UISP. Inoltre sono iniziati due gruppi psicoeducazionali per il trattamento dei disturbi d'ansia; un laboratorio bisettimanale di falegnameria e una attività di socializzazione territoriale, tramite la convenzione con la cooperativa "Valle del Sole". E' stato consolidato il protocollo di consulenza e collaborazione con i MMG, già attivato, attraverso anche la consulenza diretta presso gli ambulatori di un medico psichiatra (progetto con cofinanziamento regionale).
Nella **Zona-Distretto Senese** sono stati ampliati gli spazi del Centro Salute Mentale per favorirne l'accoglienza e le attività programmate. Sono state assicurate le attività presso i cinque ambulatori periferici nelle sedi distrettuali. E' stato attivato un protocollo congiunto con Ordine dei Medici, AOU, medici di famiglia e Servizio del 18, Comune di Siena, Servizio Sociale e Polizia Municipale per l'attivazione degli Accertamenti Sanitari Obbligatori, oltre che dei Trattamenti Sanitari Obbligatori. Sono state incrementate con un educatore professionale le risorse per le attività riabilitative territoriali. Sono proseguite le attività con il Centro Diurno, i progetti socio-riabilitativi individuali, i Gruppi di attività espressive e teatrali. Sono stati attivati il Gruppo Benessere, il Gruppo sportivo con inizio di un'attività di calcetto, iscritto al campionato UISP. E' stato iniziato un Gruppo psicoeducazionale per il trattamento dei disturbi d'ansia. E' iniziata un'organizzazione e gestione delle attività assistenziali negli appartamenti e residenze secondo gradienti differenziati di protezione. E' stato **attivato dal DSM** un **protocollo con l'AOU** per una stretta collaborazione nel campo della Salute Mentale. Con la **Clinica Psichiatrica Universitaria** è stato attivato, a titolo sperimentale, un unico servizio di guardia psichiatrica. Con la **NeuroPsichiatria Infantile** un protocollo per la migliore collaborazione ed integrazione possibile tra attività ospedaliere ed extra – ospedaliere territoriali. Insieme all'AOU si è costituito il Centro per i Disturbi dell'Alimentazione, cioè Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia e Bulimia) e Obesità. E' stata iniziata dal DSM un'attività, in collaborazione con i **Medici di Famiglia, per l'intervento precoce** e la cura dei Disturbi d'Ansia (Attacchi di Panico, Fobie, Ansia Generalizzata, Sindrome Post-tramautica da Stress), Disturbi Depressivi e Psicotici in tutti i Distretti dell'USL 7.
In tutte le Zone – Distretto sono stati attivati **gruppi per i trattamento dei Disturbi d'Ansia** e per il **Progetto Benessere** finalizzato questo ad una migliore alimentazione e cura del proprio corpo da parte di utenti con problemi anche fisici.
E' stato attivato dal **DSM** un collegamento stabile ed un gruppo di lavoro, per la migliore collaborazione con **l'Amministrazione Provinciale** ed i suoi Uffici per il collocamento al lavoro, per la formazione e gli inserimenti lavorativi degli utenti. E' stata proposta all'AP una specifica convenzione per cui allo stato attuale non è stato ancora raggiunto un accordo.
Sono state attivate due cooperative sociali di tipo B la Veltha e il Prato, in collaborazione con il Consorzio ARCHE', in ValdiChiana e in Amiata.
E' proseguita la collaborazione con le Cooperative Sociali, il Consorzio ARCHE', Enti Pubblici e Privati per lo sviluppo dei progetti socio-terapeutici finalizzati all'integrazione socio-lavorativa degli utenti.
E' stato attivato dal DSM il servizio psichiatrico nelle case Circondariali di Siena e San Gimignano secondo le indicazioni regionali. E' stato ridotto a due il numero dei ricoverati in OPG, numero più basso, insieme all'USL 8, tra tutte le UUSSLL della R.T.
L'infanzia – Adolescenza è stata rafforzata mediante **l'assunzione di due neuropsichiatrici infantili e di quattro terapisti**. Sono state realizzate iniziative per

l'intervento precoce per le attività di riabilitazione, anche in virtù di un cofinanziamento della R.T.
E' stato costituito un gruppo di coordinamento con operatori delle Unità Funzionali Adulti e Infanzia-Adolescenza per assicurare la continuità degli interventi e per mettere a punto una strategia di collegamento con medici di base, servizi sociali ed educativi e consultori.
Sono stati attivati tre gruppi terapeutici per specifici disturbi e disabilità infantili.
Il protocollo operativo con la NPI con la NPI dell'AOU assicura almeno un posto letto per gli eventuali ricoveri ed una collaborazione ad attuare percorsi diagnostici e terapeutico-assistenziali integrati.

Impegni e programmi:

In **ValdiChiana** la Società della Salute insieme all'USL 7 ha deliberato un progetto con Siena Casa per la ristrutturazione di un immobile che consentirà all'UFSMA di disporre di due mini-alloggi.
In **Vald'Ensa** è stata programmata l'apertura nel giugno 2009 di un nuovo Centro Diurno per la Salute Mentale, con spazi più adeguati e la possibilità di favorire gli incontri con l'Associazione dei Familiari e con il Volontariato. Alla fine del 2009 dovrebbe essere conclusa la ristrutturazione edilizia che consentirà di attivare una Residenza Terapeutico-Riabilitativa a Colle Vald'Ensa. E' stata richiesta ai Comuni la disponibilità di due appartamenti per completare la rete di assistenza residenziale con gradienti differenziati di protezione. E' stato richiesto alla RT di contribuire al finanziamento di un Progetto Sperimentale per l'assestamento e la monitorizzazione del funzionamento del SPDC funzionale.
Nella Zona **– Distretto Senese** è stato richiesto all'ESTAV di indire una gara di appalto per attivare una Residenza Terapeutico-Riabilitativa 24h/24, trasformando l'attuale Residenza per dimessi exOp attivata per la chiusura dell'OP.
La Direzione Aziendale per rafforzare le attività riabilitative e consentire una differenziazione di attività secondo i vari gradi di bisogni, disabilità e progetti personalizzati, ha deciso di allocare ulteriori ambienti per le attività riabilitative di gruppo connesse al Centro di Salute Mentale.
Sarà venduto un appartamento in P.zza delle Poste in Siena per acquisire due minialloggi nell'ambito del progetto di residenze ed appartamenti a gradiente differenziato di protezione.
Il CSM sarà rafforzato con l'assunzione di un medico psichiatra.

Infanzia – Adolescenza

In collaborazione con la Fondazione Monte Paschi sarà attivato un Centro Diurno per utenti dell'Infanzia – Adolescenza.
Sarà sviluppato un progetto per l'intervento precoce riabilitativo a favore dei minori audiolesi.

DSM

Sarà verificato il funzionamento del protocollo operativo con l'AOU per la Salute Mentale.
Sarà data attuazione alle linee – guida messe a punto dai Gruppi pluriprofessionali.
Sarà attivata la consulta del DSM per la sistematica collaborazione e verifica delle attività del DSM da parte delle Associazioni dei Familiari, del Volontariato, dell'Assistenza e delle Cooperative Sociali.

Modalità di verifica dei programmi

Il Progetto complessivo è monitorato secondo le procedure del miglioramento continuo della qualità assistenziale che sono attivate nell'USL7 con il programma EFQM per cui l'Azienda ha avuto ampi riconoscimenti.

Galileo Guidi

Grazie Dott. Scura per il suo intervento. Il dott Scura ha detto cose interessanti, in particolare ha fatto riferimento alla sperimentazione che hanno in atto. Da parte della Regione è stata data indicazione alle aziende sanitarie di dedicare particolare attenzione all'assistenza ai malati cronici partendo da alcuni settori prioritari. La maggioranza delle aziende ha scelto di occuparsi dei pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco ed ipertensione. Soltando l'ASL di Siena ha posto nel modello assistenziale della cronicità, tra le priorità, la salute mentale. Si tratta di una sperimentazione molto importante e siamo molto interessati a verificare i risultati e proporre una eventuale diffusione alle altre aziende sanitarie. Il dott Scura ha riferito anche dei buoni risultati conseguiti nella gestione dei rapporti dei servizi di salute mentale territoriali e la clinica universitaria di Siena. Relativamente a questo tema posso riferire che negli ultimi giorni a Pisa si sta deliberando il dipartimento interaziendale tra DSM ed Università, se ben ricordo questo progetto fu illustrato dal Prof Cassano nel corso del convegno organizzato dalle associazioni dei familiari dello scorso anno; mi auguro che anche Firenze farà lo stesso. E passiamo proprio la parola al Direttore Generale di Firenze Luigi Marroni.

Luigi Marroni – Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Firenze

Buonasera a tutti e grazie dell'invito che ci offre l'opportunità di fare il punto sulle attività nel campo della Salute Mentale, da parte dell'Azienda Sanitaria di Firenze, che come sapete, è una organizzazione particolarmente complessa, per le grandi dimensioni e la molteplicità dei percorsi di salute che si impegna a garantire.

La mia presentazione evidenzierà i più importanti interventi condotti negli ultimi anni, mettendo in evidenza:

- gli impegni dell'azienda sul versante delle dotazioni strutturali
- i progetti attivati dalle strutture del Dipartimento della Salute mentale
- alcuni dati relativi alle attività di competenza
- gli interventi inerenti la costruzione di strumenti di verifica delle strutture e delle attività svolte.

Nel triennio l'intervento di adeguamento e sviluppo della rete delle residenze del DSM è stato notevole.
A partire dal 2006 si è messo mano ad una serie di interventi che hanno permesso di riportare a norma strutture fortemente deteriorate, anche avviando elementi di riorganizzazione e razionalizzazione della rete molto vantaggiosi.

- Il **Villino di via delle Panche** si è trasferito nel 2006 in una nuova sede, poco distante da quella storica,
- Il **villino Torrigiani** ha permesso di riunire in una unica struttura più funzionale due preesistenti case famiglia di via Corsica, collocate in ambienti molto degradati
- Tra la fine del 2007 e il 2008 si è provveduto a recuperare alla gestione diretta aziendale **cinque strutture che provenivano dal fallimento AMIG** e attendevano una definizione soddisfacente della loro situazione. Intanto si era provveduto a individuare, d'intesa con la precedente gestione, nuove collocazioni. Particolarmente atteso il trasferimento delle due residenze collocate nello stabile nel Viale Giovine Italia (Casa Emma e Casa Alice) ed ormai in condizioni fortemente degradate, che è potuto avvenire nella scorsa primavera.
- L'acquisto in corso di un villino e la sua ristrutturazione, permetterà, entro la metà del prossimo anno, di riunire in maniera appropriata gli ospiti di tre delle strutture in

questione (una decina di persone), realizzando una soddisfacente ottimizzazione anche dal punto di vista delle risorse impiegate.

- È stata aperta nel giugno scorso un nuova residenza a Scandicci, **la Meridiana**, destinata ad ospitare in piccoli appartamenti un totale di otto persone, con una copertura assistenziale bassa, per una ultima fase di verifica delle autonomie personali riacquisite, che possano permettere un rientro nei percorsi abitativi e di vita condivisi dalla cittadinanza.
- procede intanto il progetto di Casa Martelli nella collina sopra allo IOT, dove è prevista la ristrutturazione della vecchia struttura esistente, con un progetto che è ancora nelle fasi burocratiche della realizzazione, ma che intanto è partito, anche se con tempi complicati, perchè è all'interno di una ristrutturazione complessiva, che arriverà in porto nell'arco di due-tre anni.

Lì, come in altre occasioni, c'è stato un coinvolgimento delle associazioni, rappresentate nella ASL di Firenze, che hanno costituito un forte stimolo per la elaborazione del progetto, contribuendo anche alla definizione delle caratteristiche tecniche della struttura, insieme all'architetto progettista.

La questione Spdc: non siamo lontani da una completa risistemazione del sistema dei presidi SPDC dell'Azienda, perchè l'Spdc nuovo di Torregalli aprirà nei primi mesi dell'anno prossimo, con una struttura di altissimo pregio; il Ponte Nuovo verrà trasferito entro quest'anno nella nuova sede, completamente ristrutturata, dell'ex collegio dell'Oblate nel comprensorio di Careggi. Rimane la questione di Santa Maria nuova, che è già interessata dai lavori per il nuovo ospedale, con una ristrutturazione anche del SPDC, che avrà però tempi più lunghi.

Abbiamo finora parlato della parte strutturale, ma il Dipartimento ha sviluppato numerosi progetti, in questi anni, con l'aiuto di finanziamenti regionale finalizzati che hanno permesso di potenziare e qualificare le attività di istituto, fornendo prestazioni LEA con maggiore appropriatezza e nelle linee dei Piani Sanitari Regionali. Inoltre si è consolidata la collaborazione dei servizi all'interno delle società della Salute, attivando progetti di alta integrazione sul territorio.

La residenza le Querce, è nata da un progetto attivato nel 2001 in forma sperimentale e che si è confermato negli anni, proponendosi come struttura a disposizione dell'Area Vasta. Con il passaggio della responsabilità della Salute in carcere al SSN, e con la possibilità della adozione, da parte del giudice, di misure alternative al carcere, essa costituisce un punto di riferimento per la predisposizione e la verifica di percorsi riabilitativi territoriali. Si è in questo modo costituita come struttura residenziale dedicata ai percorsi di uscita dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e per la predisposizione di progetti individuali di riabilitazione e reinserimento territoriale di malati di mente, autori di reato o sottoposti a provvedimenti giudiziari restrittivi.

Il CTE (Centro di Terapia Intensiva Psichiatrica) "La Terrazza", offre una risposta all'esordio psicotico alternativa al percorso che passa attraverso l'ospedalizzazione, e mette a disposizione un percorso di "svincolo" di giovani post-adolescenti da legami familiari simbiotici. Opera offrendo risposte a ponte tra la tarda adolescenza e la maggiore età, sviluppando importanti ambiti di collaborazione con i servizi dedicati alle due fasce di età. La struttura è nata da una collaborazione con l'Università.

Il progetto Autismo riguarda la cura dei disturbi dello spettro autistico, che rappresentano uno dei quadri psicopatologici più invalidanti dell'età evolutiva per le gravi conseguenze sullo

sviluppo delle competenze cognitive, affettive e relazionali del bambino. L'individuazione precoce delle situazioni di autismo e la messa in atto di un trattamento mirato, influenza positivamente la prognosi di tali disturbi. È stato quindi attivato un centro per l'autismo che raccoglie e organizza risorse dedicate, sviluppando interventi di diagnosi precoce e di presa in carico, in rete con i servizi per l'Infanzia adolescenza dell'Azienda; suoi obiettivi sono lo sviluppo e il consolidamento della rete integrata di servizi per la presa in carico dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, la costruzione della continuità con l'età adulta nel territorio fiorentino, la verifica e l'integrazione con analoghi gruppi dell'Area Vasta secondo le linee del PSR.
Nel corso del primo anno di attuazione del percorso di assistenza per i Disturbi dello Spettro Autistico (2006), grazie alla precedente opera di sensibilizzazione dei pediatri e dei nidi, l'età della diagnosi è calata da 3 anni e un mese a 2 anni e 3 mesi, in linea con le raccomandazioni internazionali.

Alla fine del 2005 si è costituito il Centro aziendale per la terapia dei DCA, che rappresenta attualmente un riferimento per i servizi aziendali e una valida esperienza di integrazione tra i servizi per l'infanzia e quelli per adulti. Fino a pochi anni fa le diagnosi relative a disturbi del comportamento alimentare erano quasi assenti, tra la popolazione dei nostri servizi; la costituzione del Centro aziendale, in linea con le indicazioni regionali di piano, ha raccolto l'evidenza del problema e ha messo a disposizione una risorsa dedicata, collocandola un po' a lato del circuito psichiatrico, per aiutare il sempre difficile approdo alle cure dei soggetti con questo tipo di patologia. In questo modo in tre anni hanno avuto accesso al Centro 94 persone, nella ampia fascia d'età dalla prima adolescenza all'età adulta (età media 23 anni).
Si sta lavorando a consolidamento dell'esperienza e della rete integrata che si è costituita con i servizi territoriali, con i presidi ospedalieri e con l'Università.

Altri progetti riguardano:
Inserimenti lavorativi: Oltre 500 persone inserite nel progetto di collaborazione con i servizi per il lavoro della Provincia, dal suo inizio nel 2001. Ad oggi sono state inserite al lavoro oltre 150 persone seguite dai servizi. La collaborazione con la Provincia si è strutturata nel 2007 in un protocollo con l'Azienda e con le SDS che prevede la partecipazione del nostro personale esperto alle strutture per il collocamento. Il coordinamento del Gruppo Tecnico Provinciale è assegnato ad un nostro Psichiatra.
Qualificazione dell'intervento con gli immigrati: formazione di piccoli gruppi di operatori ai temi della interculturalità, per facilitare la costruzioni di relazioni terapeutiche nelle situazioni di crisi con pazienti immigrati. L'obiettivo è il superamento della mediazione culturale intesa come mero servizio di traduzione linguistica, nello sforzo di comprendere l'espressione del disagio anche alla luce delle caratteristiche della cultura di provenienza. In prospettiva si mira anche alla costruzione di reti con le comunità locali di immigrati.
Associazioni e volontariato: diffusa rete di rapporti con associazioni di familiari; sostegno e stimolo alla aggregazione di nuovi gruppi; collaborazione nella organizzazione di eventi e nella costruzione di percorsi terapeutici. Avvio di esperienze di ricerca e formazione di volontari in grado di impegnarsi accanto ai nostri servizi, sotto opportuno tutoraggio, in percorsi di socializzazione appositamente individuati per gli utenti dei servizi. Con le associazioni di volontariato ci incontriamo regolarmente con un rapporto dialettico, visto che ci sono sempre problemi da discutere, ma improntato alla massima trasparenza, correttezza, coerenza e ascolto, su diversi tavoli, aziendale, delle società della salute, un tavolo regionale. Questa è una cosa particolarmente importante perchè spesso noi abbiamo bisogno di avere un feedback diretto da chi vive in prima persona questi problemi e siamo intenzionati a proseguire in questa dialettica con le associazioni.

Naturalmente sono stati mantenuti i livelli di attenzione e di risposta “istituzionale” al bisogno che si presenta presso i nostri Centri di Salute Mentale (CSM) o in ospedale, presso i DEA. Fornisco solo alcuni dati relativi a queste attività.

Il numero degli utenti che afferiscono ai servizi è in costante aumento, sia per le caratteristiche delle patologie di cui ci occupiamo, che richiedono mediamente tempi lunghi di trattamento, sia per l’aumento della richiesta che coinvolge sempre di più fasce di popolazione in condizioni di disagio sociale (immigrati, anziani, tossicodipendenti). Rilevante la quota dei giovani all’esordio della patologia psicotica. Vedete dalla tabella che dal 2005 al 2007 siamo passati da 12500 a 16500 utenti in carico, nei servizi per l’età adulta, di cui circa 4300 nuovi ogni anno. Vediamo inoltre un aumento più marcato nell’infanzia e nell’adolescenza, da 5600 a 8600 in 3 anni, con oltre 2000 nuovi accessi nel 2007. Per far fronte a questo flusso di richieste disponiamo di una struttura molto grande, molto articolata, imponente come numeri, con circa 140 tra psichiatri, psicologi e neuro-psichiatri infantili, più tutti gli infermieri, gli assistenti sociali, gli educatori. Il costo complessivo per l’azienda assomma a 60 milioni di euro.

Guardiamo i ricoveri nei nostri SPDC e vediamo che c’è una certa stabilità, con circa 1600 ricoveri l’anno nei 51 posti letto disponibili nei cinque SPDC aziendali, con un tasso di occupazione che si mantiene al di sotto del 100% e conferma il rispetto del parametro regionale che ci assegna 0,6 posti letto ogni 10.000 abitanti. Un altro spunto di appropriatezza nell’utilizzo dello strumento terapeutico del ricovero ce lo dà la degenza media, già bassa nel 2005 e ulteriormente ridotta nel 2007 a 9,74 giornate per ricovero.

Le strutture residenziali presentano un sensibile ricambio nell’utenza, ma è sempre molto difficile completare i percorsi residenziali con la disponibilità per i pazienti di civili abitazioni; di conseguenza è ancora molto frequente il rientro in famiglia del paziente dimesso o il passaggio a situazioni di accoglienza di tipo istituzionale (RSA, Istituti convenzionati). Si lavora in alcune situazioni con le SdS per individuare canali preferenziali per l’edilizia abitativa da riservare a questi processi di riabilitazione. Abbiamo nella ASL 139 posti letto residenziali, dove nel 2007 hanno ruotato 188 pazienti; sostanzialmente possiamo dire che il numero di posti letto è abbastanza adeguato agli standard per questo tipo di strutture.

Nel contesto descritto i servizi si sono orientati alla individuazione degli strumenti utili alla verifica delle organizzazioni e delle attività. Questo interesse si inserisce nella prospettiva ormai attualissima della riorganizzazione dei servizi, con l’obiettivo di recuperare e rinforzare l’orientamento al cliente, che è peraltro proprio dei servizi della Salute Mentale. In questa luce, i servizi sono stati coinvolti nella definizione di linee guida e procedure per la presa in carico di specifiche patologie. Strumento di lavoro importante è la supervisione dei gruppi, che confermiamo ogni anno ai fini operativi e non solo formativi del gruppo.
Si è introdotto anche in salute mentale l’audit clinico, che si mostrato utile anche per la crescita delle relazioni integrate con i servizi dell’ospedale, con il DEA e con la Medicina prima di tutto, e con la medicina del territorio. Devono essere implementati strumenti di partecipazione degli utenti e dei familiari a valutazioni di gradimento dei servizi e spazi di confronto sui temi della organizzazione e del funzionamento dei servizi, come peraltro previsto tra i compiti del dipartimento.
Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie mille Direttore. Le volevo porre una domanda: diverse famiglie a Firenze non trovano collocazione in una comunità terapeutica e sono costrette a stare mesi in ospedale, questo purtroppo è una cosa che ci viene riportata e io la pongo alla sua attenzione.

Dott. Marroni

Faccio parlare il Dott. Caneschi, che conosce direttamente le situazioni.

Dott. Andrea Caneschi

Ci sono alcune singole situazioni per le quali è in atto un percorso estremamente complesso; qualche cenno lo abbiamo avuto stamani con l'intervento della Signora Spolveri. Sono situazioni estremamente complesse che richiedono anche la definizione di particolari strumenti amministrativi; non avremmo una degenza medica di 9 e qualcosa se tenessimo mesi le persone in ospedale; certamente come tutti sappiamo se questo è un valore medio significa che qualcuno entra un giorno e il giorno dopo esce, mentre qualcun altro ci sta quindici giorni, un mese, ma quella è una media, un dato che ci consente di confrontare agevolmente la nostra attività in un benchmarking che regge rispetto a questo. Certo i problemi ci sono sempre, ma certamente non è che la risposta può essere sempre la residenza, possiamo sforzarci di inventare altre cose; una delle cose che dobbiamo curare è il potenziamento delle attività a domicilio, con la presenza sul territorio che risente della difficoltà che abbiamo di gestire 5 punti di ricovero che sono un dato organizzativo con il quale dobbiamo per forza confrontarci. Con tutto questo, non mi risulta che ci siano situazioni di ricoveri molto prolungate per motivi di mancanza di alternative. Certamente, se ci sono, sono delle eccezioni.

Gemma Del Carlo

Qualcuna c'è e proprio perché sono poche andrebbero risolte.

Persona del pubblico

Io sono un genitore di un ragazzo che è ricoverato in Spdc a Firenze e mi rifaccio a quello che è stato detto finora della permanenza più o meno lunga. Secondo il percorso personalizzato che è stato assicurato sopra di lui, non c'è la struttura pronta per riceverlo, quindi in attesa che la lista per questo posto è lunga permane dal mese di settembre in Spdc, un pò quello pubblico e un pò quello convenzionato. Questa permanenza lunga non giova al recupero e alla riabilitazione del ragazzo, perché tutti i giorni mi chiede quando potrà uscire, è veramente una tortura andare avanti a questa maniera. Io mi rendo conto che se il posto non c'è, da qualche parte dovrà comunque andare visto che è un caso difficile e a casa non può rientrare, perchè ha commesso una cosa abbastanza grave a noi genitori, quindi al momento non è auspicabile un suo rientro in famiglia, prima dovrà fare un percorso riabilitativo dove però se questo percorso va talmente lento non so quale positività possa venir fuori da questa lungaggine. Quello che dico io è che si fa un gran parlare e dire, e teoricamente tutto funziona e tutto c'è, poi quando si passa all'atto pratico per tante ragioni questo non avviene e questo è deprimente. Mi fa sempre pensare che tutta la lotta delle famiglie che devono alleggerirsi questo carico si prolunga e dura tutta una vita. Impegniamoci oltre che dire e dire, il passo di questa terapia dovrà andare in un appartamento o in una struttura più alleggerita per il suo futuro inserimento lavorativo e quanto altro, se però i tempi si prolungano non so quanto possa sperare.

Pierluigi Tosi – Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Buonasera a tutti. Mi chiamo Pierluigi Tosi e sono il Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria di Firenze; io sono venuto qui per preparare una relazione e esporre i dati di fatto perchè noi non abbiamo una carenza di posti e dei problemi clinici individuali non se ne parla in maniera collettiva. Quindi i problemi personali li lascerei su un piano personale mentre noi siamo venuti a parlare del quadro di insieme. Vi ringrazio.

Galileo Guidi

Grazie, ci sarà occasione nel tavolo fiorentino di poter discutere di tutto questo. Diamo adesso la parola alla Direzione Generale di Grosseto, rappresentata dal Dott. Corlito.

Giuseppe Corlito – Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Area Vasta Sud Est

Vorrei partire da una premessa. Ritengo che questa giornata sia particolarmente positiva, in particolare per il sottotitolo: la verifica del funzionamento dei servizi integrati.
Abbiamo sentito parlare l'esperto della Scuola Sant'Anna di Pisa sugli indicatori per il prossimo "Progetto Bersaglio" del MeS; ho proposto sei indicatori e credo che oltre agli indicatori epidemiologici, numerici, dobbiamo fare uno sforzo per scendere dal generale al particolare. In generale è necessaria un'interlocuzione tra i servizi di salute mentale e gli utenti stessi. Andrebbe fatta una verifica sede per sede di come vanno le cose, perché i discorsi di ordine generale non riescono a dar conto della situazione in cui siamo. La mia opinione è che il modello toscano dei servizi di salute mentale, di cui io sono sostenitore, si è realizzato a macchia di leopardo, con luci ed ombre. Succede infatti che i tecnici e gli amministratori parlano soprattutto delle luci, mentre gli utenti parlano delle ombre. Dobbiamo avere un quadro di insieme.
Il Dipartimento di Salute Mentale della ASL 9 è nel pieno di un processo di continuità e di innovazione: attualmente il nostro regolamento aziendale prevede l' "Area della salute mentale", che è parte del "Dipartimento per la prevenzione e tutela del disagio", di cui dirò qualcosa più tardi visto che ha attratto l'attenzione di qualcuno. La nostra Area della salute mentale ha continuato negli ultimi tre anni un servizio di comunità con un atteggiamento pro-attivo verso l'utenza secondo i modi della "medicina d'iniziativa", che oggi è proposta come strategia generale del Piano Sanitario Regionale Toscano. C'è una medicina e quindi anche una salute mentale, che ricerca attivamente l'utente. A Grosseto i servizi della salute mentale hanno mantenuto la prevalenza trattata al 3% della popolazione adulta e il 5% di quella inferiore ai 18 anni, che è tra le più alte nella Regione Toscana, anche se in misura diseguale nelle quattro zone di distretto in cui è divisa la provincia di Grosseto.
Per quanto riguarda la situazione per la salute mentale degli adulti abbiamo i seguenti dati: 186.000 abitanti sono serviti da tre Spdc (quello di Grosseto città serve anche l'Amiata Grossetana); 5341 utenti vecchi e nuovi sono il 2,9% della popolazione adulta trattata in un anno; 2405 utenti sono l'1,3% della popolazione adulta ed è l'incidenza dei nuovi casi; un elevato **indice di proiezione territoriale** di 20, cioè il rapporto tra tutti gli utenti seguiti e quelli ricoverati. Questo è uno degli indicatori che sostengo dovrebbe essere utilizzato nel bersaglio MeS perchè ci dà la misura in cui il servizio è presente sul territorio: solo 256 casi ricoverati su 5341 utenti con una degenza media di 8,77 giorni. Ci sono 92 posti nei centri diurni, 78 posti letto in strutture residenziali organizzate per intensità di assistenza, dalla comunità terapeutica ad alta assistenza, con un trattamento riabilitativo e terapeutico intensivo fino agli appartamenti assistiti, che sono la "casa della vita" delle persone dimessi dalle residenze. Nelle strutture residenziali non abbiamo lista d'attesa: nel 2006 ci sono state 12

dimissioni, quindi anche se non c'è un altissimo turn over, si entra e si esce, questo è un importante indicatore: ci dice che non ci troviamo davanti a soluzioni neo-manicomiali. Abbiamo 125 operatori totali nei servizi degli adulti, a cui dobbiamo aggiungere 25 operatori per i servizi per i minori: questa disproporzione è una delle criticità esistenti. Le prestazioni totali per quanto riguarda gli adulti sono 84.387. Il tasso di ricovero nella nostra ASL è di due casi a mille, è un tasso più basso rispetto a quello regionale citato prima dal Dott. Marroni.

Il tasso di TSO rispetto al totale dei ricoveri è uno degli indicatori per la salute mentale già presente nel bersaglio MeS, che serve a valutare le ASL: a Grosseto abbiamo un tasso di ricoveri per TSO più basso di quello regionale con alcune eccezioni che riguardano l'anno 2005. La ragione dell'anomalia di quest'anno è dovuta all'ordine di servizio unilaterale della Direzione Generale di centralizzare i TSO nell'SPDC del PO provinciale con il pretesto di risparmiare: il risultato fu che invece di risparmiare sono raddoppiati i TSO, mentre quando è stato ritirato l'ordine di servizio per intervento della Regione siamo ritornati al tasso fisiologico inferiore al 5% dei ricoveri.

Per quanto riguarda invece il dato sui ricoveri ripetuti, che stamani il Sant'Anna definiva essenziale, i 4 distretti hanno tassi diversi: 0 per l'Amiata, l'area Grossetana presenta 1 rericovero ogni 4, nella zona di Orbetello quasi la metà dei ricoveri è ripetuta, mentre nellla zona delle Colline Metallifere è più di un terzo. Vuol dire che qui abbiamo degli Spdc "tarati alti" rispetto alla popolazione servita e abbiamo per questo avviato faticosamente un progetto per sperimentare ricoveri negli Spdc temporanei in area medica, puntando a tenerli aperti solo 180 giorni su 365.
Quali sono le difficoltà del settore adulti? È difficile mantenere i quattro livelli di assistenza previsti dal Progetto Obbiettivo Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale: Centro di Salute Mentale, Centro Diurno, SPDC e Strutture Residenziali in tutti e quattro i distretti della ASL 9, in particolare quelli "periferici" sono più in sofferenza. Rispetto al tasso di ricoveri ci tengo a sottolineare quest'aspetto: come ci dice la ricerca Progress Acuti nazionale, vi è un basso tasso di ricoveri, se i servizi hanno puntato sulle strutture "leggere", Centri di Salute Mentale e Centri Diurni; dove invece si è puntato sulle strutture "pesanti", come gli SPDC c'è più bisogno di residenzialità. Per quanto ben strutturato l'SPDC produce più cronicità, soprattutto nei casi gravi. In particolare c'è difficoltà a tenere aperti 24 ore su 24 gli SPDC degli Ospedali di Massa Marittima e di Orbetello, se non a scapito dell'apertura dei servizi territoriali nella comunità. Facciamo fatica in quelle zone a tenere aperto il CSM dodici ore. Vi è un'insufficienza delle strutture riabilitative diurne, anche se abbiamo un numero elevato di posti letto equivalenti, soprattutto per quella che chiamo "riabilitazione mobile" nella comunità, orientata a mantenere il lavoro per chi ce l'ha, a non farlo perdere e a sostenere il percorso lavorativo per chi lo deve conquistare.
Difficoltà, poi, ci sono ad introdurre innovazioni culturali, soprattutto nei servizi "piccoli": su questo abbiamo sentito gli amministratori, c'è un'insufficienza nella programmazione zonale, nonostante una parte rilevante dei Piani Integrati di Salute tenga conto del problema della salute mentale.
Per quanto riguarda le risorse dedicate all'infanzia abbiamo due Unità Funzionali, quella della Area Grossetana e quella delle Colline dell'Albegna, che sono attualmente dotate di un pool di operatori, compresi i tecnici della riabilitazione, che - anche se non dimensionati in maniera ottimale - garantisce una modalità di intervento basata sul modello di lavoro del gruppo multi-professionale come è stato sostenuto in questo convegno. Le altre due, quelle delle Colline Mettallifere e dell'Amiata Grossetana, risentono fortemente della carenza di risorse umane, in particolare la prima può avvalersi solo di un neuro-psichiatra infantile a tempo parziale e di uno psicologo, quindi l'utenza gravita spesso sul distretto di Grosseto. Entrambe queste Unità Funzionali sono monche, in quanto non hanno assegnato operatori specifici per la

riabilitazione. Nel complesso la domanda è in continuo aumento e ha raggiunto il 5% della popolazione in età inferiore ai 18 anni, 1496 utenti; l'UFSMIA di Grosseto continua ad accogliere anche pazienti delle altre zone ed ha avuto contatti nel 2007 per il 5,78% della popolazione minorile, in misura superiore allo standard indicato dalla Regione che è il 4%. L'incidenza per l'infanzia è stata del 2,13 %, largamente superiore del'1% allo standard nazionale. Circa un terzo dell'utenza è rappresentata da bambini e da ragazzi con certificazione di handicap. C'è un numero consistente di utenti seguiti dal Modulo di Neurologia dell'età evolutiva, che - anche se collocato in ospedale - fa riferimento alla nostra Unità Funzionale Salute Mentale infanzia e adolescenza del Distretto Area Grossetana. Le diagnosi rispettano la variabilità della casistica tradizionale nei servizi territoriali per l'infanzia: 40% di diagnosi neuropsicologiche, 30% di diagnosi neurologiche, 30% di diagnosi psichiatriche, che riguardano soprattutto l'adolescenza. Circa la metà degli utenti visti, viene presa in carico con 3 o più prestazioni l'anno, circa un quarto degli utenti visti nell'anno viene avviato a un trattamento riabilitativo dalle Unità Funzionali, che hanno al loro interno logopedisti e terapisti. Agli utenti con handicap vengono garantite in tutte le zone almeno due incontri l'anno tra scuola, operatori ASL e famiglie. Le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, che hanno al loro interno operatori per la riabilitazione, hanno un numero di prestazioni fornite per utente che è superiore a tredici all'anno. Le prestazioni complessive per il 2007 sono state 18.194.
Quali sono le criticità? Abbiamo già detto: la carenza di personale; nel Distretto delle Colline Metallifere è all'origine del fatto che una parte dell'utenza venga vista a Grosseto dove c'è un progressivo allungamento della lista di attesa per le visite; il Distretto dell'Amiata Grossetana non ha la stabilizzazione del neuro-psichiatra infantile e la mancata assegnazione degli operatori della riabilitazione continua a creare difficoltà nel fornire prestazioni continuative all'utenza; il numero sottodimensionato di logopedisti nella Area Grossetana, a fronte ad una domanda in costante crescita, nonostante la ciclizzazione dei trattamenti, non ha permesso un radicale abbattimento della lista di attesa che rimangono abbastanza lunghe.
La spesa è riportata nella cartella del convegno: il tasso è più basso di quello previsto dal Piano Sanitario Regionale e della media regionale. La variazione nel corso degli anni è dovuto alla modalità del calcolo: prima avveniva sul 100% e poi sul 90%. Secondo il mio calcolo nel 2007 la salute mentale ha assorbito il 3,40% del fondo sanitario regionale. La spesa rimane la stessa negli anni: circa dodici milioni di euro per tutti i servizi della Provincia, viceversa la spesa complessiva della ASL è aumentata, e questo spiega la tendenza alla flessione della percentuale di assorbimento. Quindi credo che la ns Azienda dovrebbe investire di più nel campo della salute mentale.
Quali sono state le innovazioni? Credo che l'innovazione culturale e tecnologica sia essenziale nel settore della salute mentale, evitando che i servizi si "siedano" sulle precedenti conquiste e non siamo al passo con i mutamenti sociali in atto. Da due anni è stato introdotto un servizio di consulenza per la medicina generale nel Distretto dell'Area grossetana e in quello dell'Amiata, dove però è momentaneamente sospeso. Il servizio ha colto l'obiettivo di una maggiore appropriatezza nella prescrizione degli antidepressivi con una delle migliori performance regionali. È stato sviluppato il progetto delle borse lavoro, cioè del tirocinio in azienda, pagato e non finalizzato direttamente all'assunzione nelle aziende private e nelle cooperative in collaborazione con la Provincia, con il cui Centro per l'Impiego è stato firmato un protocollo attivo nel Distretto grossetano, ma estensibile a tutte le altre zone socio-sanitarie. Al Progetto hanno partecipato il Distretto delle Colline Metallifere e quello dell'Amiata. Un'altra innovazione è stato l'avvio del Progetto per gli interventi precoci negli esordi psicotici, che è finanziato dalla Regione Toscana e che fa parte a sua volta di un progetto ministeriale, che coinvolge altri 4 centri su scala nazionale. Il Progetto coinvolge anche le scuole. Abbiamo poi come progetto di innovazione, che però perseguiamo da circa dieci anni, la costruzione di gruppi di auto-mutuo aiuto e multifamiliari: sono ventiquattro in

tutta la Provincia, raccolti in un'unica associazione che si chiama "Oasi onlus", che ha costruito con un fondo CESVOT una casa del'auto-mutuo-aiuto quasi del tutto auto gestita. In più esiste un protocollo solo con il Comune di Grosseto che riserva un tasso di alloggi per i dimessi dalla nostra comunità terapeutica "Chimera", che è una comunità come prima descritta dalla Signora Del Carlo, cioè dimensionata per nove posti letto.
Come DSM abbiamo svolto alcuni lavori di valutazione: oltre al monitoraggio continuo attraverso i report e gli indicatori epidemiologici, ricavati dal sistema informativo Gepat, che dà i dati già visti prima, abbiamo valutato la soddisfazione degli utenti su un campione randomizzato in tutto il DSM con la scala Verona Satisfaction Service Scale, che ha comparato la soddisfazione dei nostri utenti con quella dei servizi europei, la valutazione della soddisfazione dei dimessi dall'SPDC della Area Grossetana con 2 questionari. Un'altra valutazione è il follow-up dei dimessi dalla comunità terapeutica "Chimera" con una batteria articolata di test, che si fa periodicamente e quindi non è estemporaneo. È stato messo a punto con l'Istituto Superiore della Sanità un questionario per la valutazione dei servizi per l'infanzia, che si chiama Orbetello Satisfaction Scale di Mauro Camuffo, sperimentata nel 2005 ed è in corso una nuova valutazione in questi mesi nel Distretto Area Grossetana. Un'altra valutazione periodica che è qulla dei membri dei gruppi di auto-mutuo aiuto con questionario VAMA dell'Istituto Superiore della sanità già utilizzato a Trento: è un'auto-valutazione standardizzata. Il nostro DSM è anche capofila del Progetto interegionale sul metodo psico-educazionale familiari integrato ed ha partecipato al Progetto di applicazione delle linee guida del National Institute for Clinic Excellence, inglesel per pazienti schizofrenici, con 19 dipartimenti in Italia. Dal 2007 partecipiamo alla ricerca di valutazione del trattamento psico-educazionale per le famiglie con figli minori e un genitore con disturbi polari, guidato dall'Università di Napoli. Il limite di queste valutazioni degli esiti è che è stata fatta per ricerche estemporanee, mentre dovremmo mettere insieme una serie di indicatori che monitorizzano tutto regolarmente.
Per finire un'altra novità: nell'ultima revisione del regolamento della ASL 9 abbiamo costruito tre dipartimenti di coordinamento tecnico scientifico per le politiche sanitarie; nel momento in cui entrano in gioco le Società della Salute le politiche dell'Azienda devono essere estese agli altri soggetti del territorio, tali dipartimenti non possono contenere solo i servizi della ASL, ma devono tenere conto anche degli altri agenti sul territorio. Uno di questi si chiama Dipartimento della Prevenzione e Tutela del Disagio, che tiene dentro due aree che sono l'ex Dipartimento della Salute Mentale, il quale ha un regolamento che risponde alle linee guida regionali, e l'area delle dipendenze che è l'ex Dipartimento delle dipendenze. Un primo risultato di questa cooperazione è la revisione degli esiti degli inserimenti in comunità terapeutica, in particolare la revisione delle cosiddette doppie diagnosi che sono molto costose, i cui risultati sono molto incerti.

Galileo Guidi

Grazie al Dott. Corlito e rapidamente chiamiamo il Dott. D'Arco dell'Azienda USL di Arezzo.

Gemma Del Carlo

Dott. D'Arco la preghiamo di riferire al Direttore Generale che le Associazioni di Arezzo, invitate ad un incontro in Regione con la Direzione Aziendale per la preparazione a questo convegno, segnalano amareggiate che il Direttore Generale non è venuto, e non ha inviato nessun rappresentante della direzione; è venuto il Dott.Cesari che non è stato in grado di rispondere alle domande della Regione e delle Associazioni.
Dott. D'Arco la preghiamo inoltre di costituire la consulta specifica per la Salute Mentale come prevede la delibera n.1016 e di invitare le associazioni.

Aldo D'Arco – Direttore Dipartimento di Salute Mentale Arezzo

Buonasera; io avevo preparato per il Direttore Generale una relazione sui rapporti con le associazioni mentre il convegno è di tutt'altra natura, quando l'ho saputo non ho avuto il tempo di prepararmi perché ero in viaggio da Milano ad Arezzo quando mi è stato chiesto di sostituire il Direttore Generale che è ad un altro convegno sul Risk Management che coinvolge anche noi, dato che le strutture e le risposte a rischio sono un elemento prioritario nella sanità e quindi io riferisco su quello che normalmente so perché ci lavoro tutti i giorni. Per quanto riguarda le associazioni, nel settembre di quest'anno dopo alcune peripezie con i sindacati medici è stato approvato il regolamento del dipartimento di salute mentale che ha come caratteristica saliente il fatto che è stato bandito un concorso per il direttore dell'unità operativa di neuro-psichiatria infantile, questo a dimostrazione del fatto che il nostro dipartimento ha come obiettivo principale la diagnosi e l'intervento precoce in tutte le fasce di età; come obiettivo di budget i minori hanno la diagnosi precoce da zero a sei anni e lo screening nel campo dell'autismo e dei disturbi da comportamento nella fascia adolescenziale e infantile, ma l'intento è che esista un grosso incremento per quanto riguarda una prevenzione secondaria nell'età dei minori, soprattutto un forte impegno a sostenere il percorso dei minori quando trapassano nell'area degli adulti che spesso è un elemento di carenza. Un altro obiettivo che stiamo soddisfacendo attraverso corsi di formazione, è la riduzione del tempo di non riconoscimento delle diagnosi psicotiche e dell'intervento sul disturbo psicotico; questo tempo che mediamente in Italia varia da uno ai due anni da noi è pari a circa uno anno e mezzo, ma il nostro intendimento è quello di scendere sotto l'unità perché, come noi sappiamo, tutto quello che è al di sotto dell'unità lo possiamo immaginare reversibile e a basso costo e danno, riducendo l'intervento farmacologico, i ricoveri, gli isolamenti, lo stigma, la perdita del lavoro, la fatica con le famiglie e tutto il resto. Tutto ciò che noi facciamo per la diagnosi precoce, la stabilizzazione della presa in carico a qualsiasi età lo reinvestiremo in una riabilitazione precoce e in altri impegni che via via ci stiamo prendendo. Scorrendo i dati della Regione devo dire che nonostante il basso budget che l'azienda ASL 8 di Arezzo mantiene per la Salute Mentale, abbiamo degli ottimi risultati, non sto a dire che abbiamo dimezzato dal 2000 a oggi i ricoveri o che questi ricoveri hanno i tempi di degenza ridotti, o che abbiamo migliorato sulla degenza e sulla prevalenza, però quello che volevo sottolineare per quanto riguarda la qualità è il fatto che l'attività prevalentemente sottolineata è quella che è edita nel PAL 2008-2010 della facilitazione all'utenza nell'avvicinarsi ai servizi. Per questo abbiamo costituito nuovi ambulatori nei distretti in varie zone difficili della nostra provincia, abbiamo realizzato dei gruppi di attività per la psico-geriatria laddove il recupero è in ritardo, determinato da una diagnosi o da una cura tardiva e abbiamo soprattutto messo all'ordine del giorno un diverso approccio con le scuole e con la sfera dell'adolescenza. Siamo in stretto contatto con le scuole perché solitamente l'attività sanitaria è spesso slegata dal contesto e dall'ambiente della scuola. Tra pochi giorni andrò in una scuola che per noi nel Val D'Arno è diventata un centro pilota da luogo delle disgrazie, centro pilota perché per la prima volta abbiamo deciso di incontrarci periodicamente con i docenti e abbiamo cominciato ad affrontare i problemi non per i isolarli, ma per trovare delle soluzioni complete dal suono della campanella alla sera, utilizzando i servizi comunali, territoriali e scolastici in modo tale che la persona abbia percorsi assistenziali e non solo sanitari e questo ci ha garantito dei cambiamenti nel percorso di alcuni individui che ci hanno sollecitato ad estendere questa iniziativa ovunque nel riguardo delle scuole. Vorrei far notare che il PAL di cui parlavo prima deve essere ratificato e le risorse devono essere destinate a noi per cui abbiamo ancora un ridotto budget che comprende voci che le altre asl non comprendono e la lieve crescita non deriva dal fatto che è aumentato, ma perché ci hanno contato il consumo delle gomme, il consumo dell'acqua, qualsiasi tipo di consumo compreso quello dei farmaci territoriali. Probabilmente arriveremo al 4.5, ma con le voci che altrove non sono calcolate. Per quanto riguarda invece il motivo di questo incontro, l'anno scorso avevano dato mandato alle zone di

avere rapporti con le associazioni presenti nelle zone per costruire l'inizio del percorso; nel nuovo dipartimento abbiamo stabilito che ogni zona per sei mesi migliorerà questo rapporto, lo riempirà di contenuti e arriveremo ad una consulta di tutte le associazioni del territorio, dell'infanzia e degli adulti che diventerà parte integrante del dipartimento. Devo dire che alcune zone hanno lavorato molto bene, la zone di Arezzo, parte di quella della Val di Chiana, il Val D'Arno, altre hanno lavorato di meno, altre attività del volontariato, decennale come quella dell'equilibrista rivolte alla zona aretina, oramai diventata famosa oltre la Regione, ma rispetto a questo problema siamo contenti di aver esteso l'attività del laboratorio sia ad un percorso di day hospital presente nella nostra provincia e esteso anche all'area vasta, sia all'infanzia e all'adolescenza che è ancora casuale e non programmatico; per ultimo esistono delle situazioni di criticità che riguardano soprattutto ad Arezzo la sede laddove avviene il lavoro perchè è in una zona che non si può raggiungere, perché è una struttura antiquata, separata da altre strutture, ma abbiamo la garanzia del Direttore Generale che quest'anno discuteremo del futuro della zona aretina e questo ci permetterà di trovare delle soluzioni per tutte le strutture residenziali e soprattutto per quella comunità ad alta risposta che risponde anche se in minima parte per altrove.
Comunico che è stato aperto un nuovo centro nella zona di San Sepolcro, una nuova casa famiglia, un nuovo centro, un nuovo centro diurno per la riabilitazione, un nuovo centro per l'infanzia e questo completa tutte le zone di servizi che sono collocati al centro dei distretti in concomitanza con i distretti immersi nell'attività della salute normale, alcuni neanche senza divisori; ci sono state discussioni terribili per proteggerli, non li abbiamo protetti, i pazienti sono più contenti perché c'è un aumento dell'avvicinamento, proprio perché sono servizi come tutti gli altri, non si distinguono dagli altri e questo in tutto il territorio è avvenuto fuorché ad Arezzo dove speriamo nel 2009 arriveremo.

Gemma Del Carlo

Grazie molte, Dott. D'Arco ci auguriamo che la spesa aumenti e sia dia ascolto alle richieste delle associazioni dei familiari.

Galileo Guidi

Diamo adesso la parola alla Dottoressa Gherardeschi, Direttore Sanitario della ASL di Pistoia.

Chiara Gherardeschi – Direttore Sanitario Azienda USL 3 Pistoia

Buonasera a tutti.
Parlare dopo la Signora non sarà facile; io sono il direttore sanitario dell'Azienda USL 3 di Pistoia e mi scuso, prima di tutto, per non avere portato delle diapositive da proiettare perché queste avrebbero attirato la vostra attenzione e aiutato a fissare i concetti.
Parto da una considerazione e cioè dal tipo di organizzazione esistente in Azienda:
qui si trova un Dipartimento con un proprio regolamento e due unità funzionali- due per la salute mentale adulti e due per l'infanzia e l'adolescenza – in entrambe le zone.
Il Dipartimento è una struttura di tipo tecnico scientifico che non gestisce risorse il cui scopo è quello di coordinare l'attività dal punto di vista degli indirizzi professionali. Le risorse sono assegnate alle zone socio-sanitarie; tra l'altro ricordo, che nella Zona Val di Nievole esiste la Società della Salute.
Quest'anno per evitare una problematica, avuta a seguito di banali inceppi burocratici e che proprio questa mattina la sig.a Gemma Del Carlo mi ha ricordata, l'Azienda Usl3 ha deciso per il prossimo anno di assegnare alle unità funzionali un budget reale, "soldi", una parte di risorse per la gestione ordinaria, riabilitativa e non solo; questo , al fine di evitare una serie di passaggi che, nella nostra realtà, hanno creato notevoli difficoltà.

Ho ascoltato con interesse gli interventi di chi mi hanno preceduta ed ho preso appunti per nuove idee. Queste occasioni, questi momenti servono per mettersi a confronto ed in termini tecnici si chiamano “bench marking”, cioè, in concreto significa copiare dagli altri quello che viene fatto meglio.
Nella nostra realtà, rispetto a quanto si è fatto e rispetto alle criticità riscontrate siamo partiti, in alternativa all’Spdc, dalla zona Val di Nievole e nel 2009 lo faremo anche a Pistoia, con una struttura aperta dodici ore al giorno per 365 giorni all’anno; a Montecatini abbiamo un centro di salute già funzionante ed a Pistoia lo sarà il prossimo anno.
Tutto ciò rappresenta una vera alternativa agli Spdc.
Il dottore che mi ha preceduto parlava di strutture leggere ma io ritengo che tanto leggere non siano, dato che queste rappresentano il cuore di quella che è l’assistenza sul territorio per i nostri utenti.
Per quanto riguarda la questione dei ricoveri in Spdc, bisogna osservare che il Dipartimento ha avuto grande attenzione, perché nell’ultimo periodo si è assistito ad un calo costante dei ricoveri in TSO ed anche di quelli senza questa procedura, nel 2007 sette TSO nella Val di Nievole e dieci a Pistoia, su un totale di 550 ricoveri.
Inoltre per quanto riguarda la durata della degenza, questa è sicuramente un altro problema. Ho sentto prima un familiare che diceva che suo figlio è ricoverato in Spdc da mesi e se tra voi ci sono altri familiari che hanno da riferire casi simili a quello di Firenze lo dica perché io so è che i valori medi della degenza negli iSpdc dell’Azienda Usl3 sono per Pescia di 6.1 e per Pistoia di 9.2
La degenza media è un dato di “stima” e significa che alcuni utenti soggiornano molto meno e alcuni di più e comunque non mi risulta che vi sia alcuna situazione che supera i livelli sopra menzionati. Questo incontro rappresenta l’occasione per un confronto sereno e che comunque come direttori sanitari lo si fa costantemente.
Un altro elemento su cui volevo porre l’attenzione è quello delle altre strutture ”alternative” sul territorio.
Nella rete assistenziale del territorio dell’Azienda Usl3 si è formato da tempo un “buco” perché non esisteva ancora una comunità terapeutica. Finalmente, grazie anche ai finanziamenti della Cassa di Risparmio, questa carenza dal punto di vista edilizio e degli arredi è terminata mentre si sta completando con le dotazioni organiche e nei i primi mesi del 2009 si riuscirà renderla attiva. Altro elemento che nella relazione della Sig.ra Gemma Del Carlo di questa mattina ci veniva richiesto è la stabilizzazione degli operatori.
Per noi è noto che in salute mentale la vera risorsa è data dagli operatori e che non c’è bisogno di un approccio con grandi tecnologie ma che c’è bisogno di persone e che conseguentemente la stabilizzazione è doverosa.
Nell’Azienda Usl3 si riusciti, dopo varie difficoltà, anche queste di natura amministrativa, a stabilizzare i terapisti e un paio di educatori e nel corso del 2009 si prevede la possibilità di stabilizzare, attraverso le procedure concorsuali, i anche gli psicologi e gli psichiatri laddove è necessario.
Alcuni posti sono stati stabilizzati attraverso le procedure di mobilità, ma di vere e proprie procedure concorsuali per psicologi e per gli psichiatri erano molti anni che non venivano espletate e pertanto con quest’ultime si riuscirà stabilizzare molte situazioni.
Altro aspetto importante su cui c’è molta attenzione è quello della valutazione dei servizi offerti, e a questo proposito credo che sia interesse di tutti e in particolare dei familiari e degli utenti che gli indicatori siano collegati a dati e fonti certe. Inoltre, la Regione ha grande interesse affinché il sistema informativo sia inserito in pieno in salute mentale e questo rappresenta un grande vantaggio. Nell’Azienda Usl3 è in corso una ricerca sulla valutazione dei servizi fatta proprio dagli utenti e con gli utenti in collaborazione con l’Istituto Mario Negri; anche questa è una piccola realtà, che però si ritiene importante. Chiaramente quando sarà pronta tutta la valutazione dei servizi aderiremo e siamo molto interessati anche a questo

aspetto. Altre due notizie flash, una riguarda il problema del lavoro e si tratta di un nuovo protocollo tra l'Azienda la Provincia per l'applicazione della legge 68 e l'altra riguarda i progetti individuali personalizzati che l'Azienda ha inserito nella programmazione del 2009 un numero di circa 70 per la zona Val di Nievole e 70 a Pistoia .Forse sono ancora pochi, ma su questi andremo a fare una verifica.
Queste sono le novità di maggiore rilievo .
A disposizione per ogni chiarimento. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie molto Dottoressa. La spesa di Pistoia è molto bassa e deve essere alzata.

Galileo Guidi

Passiamo adesso la parola alla Dottoressa Simona Dei che sostituisce il Direttore Generale della ASL 11.

Simona Dei – Azienda ASL 11 Empoli

Vorrei presentarvi i punti nodali del percorso che seguono i pazienti con problemi di salute mentale
nella nostra azienda, attraverso i quali vengono presi in carico con modalità appropriate alla gravità della loro situazione, graduando le risposte nel tempo.
Nella ASL11 è presente un **S.P.D.C.** con 12 posti letto, nel quale vengono effettuati circa 360 ricoveri all'anno, dei quali non più dell'8% risulta T.S.O.
La massima degenza registrata corrisponde ad un caso di 28 giorni, inserito per un progetto assistenziale.
Oltre al S.P.D.C., il percorso dei malati psichiatrici si snoda all'interno del territorio, dove si trovano risposte residenziali per 40 posti, 18 dei quali in due **comunità terapeutiche** ad alto livello assistenziale, più le **residenze assistite** e i **gruppi appartamento**. Quindi un'attività domiciliare che viene fornita ai pazienti con diverso livello di assistenza, in grado di seguire 25 persone in un contesto protetto ma non sanitarizzato.
Quando il bisogno si riduce ancora ed è possibile un maggior livello di autonomia, con una tutela più leggera, nella nostra realtà è stata definita la proposta dell'**abitare insieme**; l'abitare insieme consiste nella possibilità dei pazienti con problemi psichiatrici di continuare a vivere in casa propria insieme ad altri pazienti, attraverso un percorso comune. E' attiva per 15 persone, che vivono in gruppi di due/ tre, supportati dai servizi sociali e sanitari (infermieristici e psichiatrici) a casa loro con una vita relativamente normale. Ed ultimo sbocco, ma primo per importanza a fini riabilitativi, alla fine del percorso di cura esiste la possibilità dell'**inserimento nel mondo del lavoro** attraverso la cooperativa Petaso, costituita nel 2000 ad Empoli, appositamente per dare risposte a persone con problematiche di questo tipo. Nella cooperativa Pegaso sono assunte 35 persone, delle quali 22 con inserimento terapeutico, con un fatturato medio annuale di 300mila euro: fatturato che consente loro, pur con i loro problemi, di sentirsi parte attiva della società civile.
Per coloro che presentano disagi e situazioni transitorie o lievi, è possibile inoltre rivolgersi ai **centri diurni** e ai **servizi ambulatoriali,** organizzati nella Val D'Elsa, nell'Empolese e nel Val D'Arno, due dei quali aperti sulle dodici ore.
Ho cercato di delinearvi molto brevemente il percorso di salute mentale possibile per gli adulti nella nostra realtà locale, ma vorrei precisare che nell'ambito dell'infanzia vi sono molti servizi differenziati, a partire da quelli destinati alla riabilitazione della disabilità.

Anche per la disabilità è indispensabile prevedere percorsi definiti, fortemente integrati con il mondo educativo, nei quali sia chiaro per la famiglia chi è il punto di riferimento all'interno dei servizi socio-sanitari e nella scuola.
Percorsi capaci di affrontare i nuovi disturbi, a cominciare dall'autismo, per il quale è prevista nei prossimi mesi l'apertura della **Casa di Ventignano**, centro diurno che si occuperò di questi ragazzi con le loro specifiche problematiche.
Percorsi capaci di accompagnare questi ragazzi e le loro famiglie verso il mondo degli adulti, con gradualità e rispetto.
E, figlio dei nostri tempi, ultimamente è sotto la lente dei servizi il disagio adolescenziale, fino ad oggi un pò sfuocato, pur essendo fonte di problemi anche gravi, sanitari sociali e civili, per i ragazzi e il mondo che li circonda. I ragazzi con le problematiche più gravi, che turbano la loro esistenza e il loro sviluppo evolutivo, vengono assistiti e tutelati nel **centro diurno** della Scala, frazione del comune di San Miniato o nella **residenza** di Sant' Ansano.
Queste le sfide che cerchiamo di affrontare nella nostra realtà sulla salute mentale: differenziare l'offerta dei servizi nei confronti dei nuovi disturbi e dell'aumento di questi, coinvolgendo le varie energie civili, come nel caso della Cooperativa Pegaso, per consentire alle persone di rientrare nel loro ambiente familiare nel pieno rispetto dei loro tempi.
Sfide possibili soltanto attraverso la collaborazione con i diretti interessati, che attraverso il loro vissuto e la percezione che hanno della funzionalità o meno dei servizi, possono aiutarci ad affrontare le eventuali criticità e ad intervenire per risolverle.

Galileo Guidi

Grazie alla Dott.ssa Dei.

Relazioni da parte delle aziende sanitarie che non sono intervenute durante il convegno

Azienda USL 5 - Pisa

I Servizi per la Salute Mentale: il Dipartimento (DSM) e le Unità Funzionali per la centralità dell'utente.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), articolato nelle Unità Funzionali Adulti e Infanzia - Adolescenza di Zona, è la struttura organizzativa dell' Azienda Sanitaria Locale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva; esso garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, di procedure operative omogenee, promovendo la partecipazione ed il protagonismo degli operatori e degli utenti ed assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale, dell'Area vasta e con le Istituzioni e la comunità locale nella Zona-distretto e la Società delle Salute.
I servizi erogati dal DSM attraverso le Unità Funzionali costituiscono di fatto un complesso di attività e funzioni specialistiche multiprofessionali, integrate nel Progetto Terapeutico - riabilitativo Individualizzato:

- di I° livello: di prevenzione e cura, svolte a liv ello ambulatoriale, domiciliare e nell'ambito della comunità;
- di II° livello: - il Servizio Psichiatrico di Diag nosi e Cura ospedaliero;
- la Riabilitazione: - Psicosociale: territoriale, semiresidenziale e residenziale, funzionale;
- le Psicoterapie: psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e sistemico¬relazionali: individuali, di coppia, familiari e di gruppo;

- i Servizi alla Famiglia: il Centro di Terapia Familiare, i Corsi di Psicoeducazione, Famigliarmente: il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e gli Inserimenti EteroFamiliari Assistiti.

E' stato deliberato dalle Direzioni Aziendali il Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale tra ASL n. 5 di Pisa e AOUP, con l'integrazione dei Servizi ASL e dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana finalizzata a garantire efficienza-efficacia ed appropriatezza per la prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale, per la formazione degli operatori, la didattica e per la ricerca scientifica: un progetto assolutamente innovativo in ambito regionale ma anche nazionale; è stata istituita la Consulta degli Utenti del DSM ASL 5.

La Prevenzione

Numerose iniziative per la promozione della salute mentale, la lotta allo stigma e per l'integrazione sociale si sono svolte tramite incontri di sensibilizzazione, di informazione e di Educazione alla Salute con le comunità in genere e scolastiche in particolare sui temi del disagio giovanile e dell'emarginazione sociale che elenchiamo:

- i Laboratori teatrali, attivi in particolare presso i Centri Diurni di riabilitazione psicosociale, attraverso le perfomances nelle scuole e nei teatri locali ed i rapporti che determinano;
- le attività sportive integrate attraverso i Progetti "Fatti di Sport" e "Insieme per lo Sport", condotte con le Società Sportive "normali" e ed insieme agli studenti;
- le azioni di promozione e di sensibilizzazione per il Progetto IEFA - gli Inserimenti Etero- Familiari Assistiti di soggetti con disagio mentale - nonché l'attuazione stessa del progetto;
- il Coro, le "Apparenti Stonature", in Alta Val di Cecina, che si inserisce nel panorama dell'offerta culturale quantomeno locale ed ha prodotto l'organizzazione di un Festival Nazionale, "Coral-Mente Abili", alla sua terza edizione;
- il Consultorio Giovani;
- il lavoro di informazione-formazione con gli insegnanti;
- il Progetto "Famigliarmente", di consulenza alla famiglia;
- il complesso dell'operatività delle UU.FF. Infanzia-Adolescenza può considerarsi come attività di prevenzione.

La risposta ambulatoriale:

Le Unità Funzionali Adulti e Infanzia e Adolescenza delle tre Zone hanno erogato nell'anno 2007 ai 9.539 clienti 186.993 prestazioni di tipo terapeutico e/o riabilitativo negli ambulatori e nelle diverse proiezioni territoriali, domiciliari e nei presidi: 19,6 in media per ogni utente.

La riorganizzazione-riqualificazione della risposta residenziale con l'obiettivo di strutturare, nell'ambito del territorio della ASL pisana, una rete adeguata, quantitativamente e qualitativamente, di strutture residenziali ai diversi livelli di bisogno in grado di fornire risposte flessibili e appropriate di tipo riabilitativo ed assistenziale e per progetti di vita, con l'obiettivo della maggiore inclusione sociale possibile nel proprio contesto, con elevati livelli di appropriatezza, ponendo anche fine all'allontanamento e conseguente sradicamento di molte situazioni avvenuto in passato. In tale ambito, nell'anno 2007, sono stati attivati due Progetti, "Chiavi di casa" con la Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa e "Appartamenti in rete" con la Cooperazione Sociale, cofinanziato dalla Regione Toscana, per l'avvio di Gruppi Appartamento del DSM nelle diverse Zone; è stata avviata la progettazione di una Residenza Socio-Assistenziale per Disabili ad alta capacità assistenziale che permetterà di riportare in territorio ASL 5 gli ultimi utenti ospitati fuori zona e dare in futuro in questo ambito risposte appropriate; è in corso di ultimazione una Residenza per Disabili con caratura riabilitativa in Comune di Lorenzana.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
E' stato inaugurato il nuovo SPDC c/o l'Ospedale totti di Pontedera; è in allestimento il nuovo SPDC c/o l'Ospedale S. Chiara di Pisa, gestito dall'UFSMA Zona Pisana, in integrazione con la Clinica Psichiatrica Universitaria, conseguendo l'obiettivo della continuità terapeutica.

La Riabilitazione
Per precisa scelta strategica, perseguita tramite l'avvio di nuove strutture, la riqualificazione di esistenti, l'affinamento metodo logico e delle professionalità, la politica della Formazione, la messa in rete dei vari momenti organizzativi e delle prestazioni, tutto il sistema DSM sta progressivamente aumentando le capacità di Riabilitazione Psicosociale e Funzionale.
Alcune Residenze a direzione diretta del DSM hanno assunto elevata caratura riabilitativa:

- in particolare il Centro "Franco Basaglia" in Pisa, articolato in 3 moduli -la Comunità Terapeutica, la Residenza Terapeutico-Riabilitativa, le Case-Famiglia - a diversa intensità riabilitativa;
- la Residenza Morel 2 in Volterra che si sta trasformando in Comunità Terapeutica;
- la Residenza Terapeutico-Riabilitativa "Il Pozzuolo" a Terricciola e la Residenza di Capannoli in Valdera.

Con le Strutture Semiresidenziali, i Centri Diurni di Riabilitazione, con il complesso dei Servizi, di Salute Mentale in primo luogo ma anche Sociali e Sanitari in genere, costituiscono sempre più sistema per Programmi Individualizzati di riabilitazione residenziale, semiresidenziale e territoriale più articolati ed appropriati rispetto ai bisogni.
I Centri di Riabilitazione Funzionale per minori di Pisa, Valdera e Alta Val di Cecina hanno ottenuto dalla Regione Toscana l'Accreditamento come erogatori di prestazioni ex art. 26.

L'inserimento al lavoro
Attraverso oltre 100 esperienze di inserimento a scopo socio-terapeutico in aziende private, cooperative e servizi pubblici, il Progetto "Il Giardino dei semplici", realizzato in concorso con l'associazione Oris, in Valdera ed espanso nelle altre Zone, ha prodotto alcuni inserimenti socio-lavorativi in aziende agricole, che si sono trasformati in assunzioni stabili, ma ha anche avviato interessanti esperienze di promozione culturale e di sensibilizzazione nel campo dell'inserimento al lavoro del disabile psichico in ambiente agricolo che ha assunto rilevanza nazionale; nella Zona Alta Val di Cecina il Progetto "The Keys"; il Progetto "Pisa in bici", finalizzato al noleggio di biciclette nella città a turisti e residenti, cui sono stati avviati diversi inserimenti socio-terapeutici, con la prospettiva, se avrà successo, di attivare una cooperativa di tipi B con conseguenti sbocchi lavorativi; un'importante ed organica collaborazione, nel campo dell'Agricoltura Sociale, con il Centro Interdipartimentale di Ricerche Agro-Ambientali "Enrico Avanzi" e la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa, con corsi di formazione per il lavoro zootecnico con possibilità di sbocchi lavorativi che si stanno realizzando, oltre che per rilevanti esperienze di carattere scientifico.
Diverse le assunzioni supportate dai Servizi presso Enti Pubblici ed Aziende Private.

Le psicoterapie
La funzione psicoterapeutica è organica a tutte le Unità Funzionali, dove operano professionisti formati, sia in termini di apporto strutturale al lavoro multi professionale sia come prestazione erogata all'utenza nell'ambito del Progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato. In questo ambito le psicoterapie sono individuali, di gruppo, di coppia e familiari, ad indirizzo psicodinamico, sistemico reI azionale e cognitivo-comportamentale.
Il Centro di Terapia Familiare presso il CSM di San Frediano a Settimo opera sulla base di un'impostazione sistemico-relazionale; ci sono inoltre i gruppi di psicoeducazione dei familiari degli utenti gravi ed una psicoterapia di gruppo iniziata nel 2005 in Valdera e poi estesa alla Zona Pisana per il Disturbo da Attacchi di Panico.

Sono attive due convenzioni, una con l'AOUP che garantisce la consulenza psicologica al gruppo di ricerca del Dipartimento di Psichiatria per la depressione post-parturn, ed uno con la Scuola Normale Superiore che garantisce un servizio di Consultazione breve agli studenti della scuola stessa.

Il sostegno alle famiglie

Il sostegno psicologico, logistico, educativo, economico, abitativo, sociale ed altro della famiglia è parte integrante di molti progetti terapeutico-riabilitativi, specie nei casi più gravi adulti ma soprattutto minori, restituendo alla famiglia stessa un ruolo attivo nella cura; il "Centro di Terapia Familiare", il Progetto "Iniziative per la partecipazione dei genitori e familiari degli utenti alle attività di tutela della salute mentale", cofinanziato dalla Regione Toscana, dopo la fase di formazione degli operatori ha visto avviati gruppi di psicoeducazione ed il sottoprogetto "Famigliarmente" che ha attivato un punto di ascolto telefonico per la consulenza e l'eventuale avvio alla presa in carico di problematiche familiari che opera con regolarità; dai gruppi di psicoeducazione è nata nel 2005 un' Associazione di familiari degli utenti "La Speranza".

I Disturbi del Comportamento Alimentare

Il Centro “Arianna” per la prevenzione ed il trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare" è stato adeguatamente strutturato ed attrezzato: vi opera un gruppo interdisciplinare formato da psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantile, endocrinologi, dietisti e assistenti sanitari; le attività comprendono l'informazione, la sensibilizzazione e la prevenzione, l'assesment diagnostico e la terapia. Gli interventi terapeutici consistono in incontri di psicoeducazione "Oltre la dieta", la riabilitazione nutrizionale, il training di familiarizzazione del cibo, la psicoterapia individuale e familiare, il training dell'assertività ed incontri psicoeducazionali rivolti a familiari.

Il Centro "Arianna" del DSM dell 'ASL. n. 5 di Pisa, dotato di personale ASL con orario dedicato, seppur a tempo parziale, di una dietista a contratto professionale a tempo pieno, di spazi attrezzati per l'intervento ambulatoriale e diurno, con specifica formazione permanente, si sta affermando come Centro ambulatoriale e diurno di eccellenza in ambito regionale e non solo. Nel 2007 si è proposto alla Comunità Scientifica nazionale in un importante Convegno svoltosi in Pisa, con notevoli riscontri di partecipazione e di riconoscimento.

Gli affidi familiari (IEFA)

Il Progetto IEF A per l'Inserimento Eterofamiliare Assistito di soggetti adulti con disagio psichico, finanziato in avvio dalla Regione Toscana si pone come una delle esperienze più significative per metodologia e per numeri a livello nazionale, dove è stata portata in importanti Consessi scientifici, in diverse iniziative di Formazione ed è riferimento per numerose realtà; le UD.FF. Infanzia e Adolescenza offrono consulenza al Centro Affidi per minori e svolgono le attività di valutazione psicodiagnostica e di supporto per le adozioni.

L'Auto Aiuto

Dai gruppi di auto-aiuto nati nella Clinica Psichiatrica di Pisa e successivamente nella città di Pisa, in collaborazione con l'associazionismo ricreativo-culturale (ARCI) ed il DSM si è costituita l'Associazione "L'ALBA" che si è consolidata, anche con il sostegno dei Servizi, specie nelle Zone Pisana e Valdera. Diverse iniziative assumono particolare valenza dai gruppi autogestiti di discussione ai laboratori (musica, modellazione creta, danza, scrittura ecc.) ai numerosi progetti: di particolare rilevanza il Progetto "Mare-costa" per vacanze autogestite specie con i campeggi di Coltano e di Gramolazzo (Lucca).

I FACILITATORI SOCIALI

Dopo 3 Corsi di Formazione per Facilitatore Sociale per utenti in dimissione ed ex utenti dei servizi di salute mentale, un Progetto finanziato anche dalla Regione Toscana di "Sperimentazione del ruolo attivo di Facilitatore Sociale", che ha visto impegnati in progetti individuali e collettivi di sostegno e di inclusione sociale, con regolare contratto di lavoro, alcuni dei soggetti formati. Un nuovo Corso di Formazione Professionale di Facilitatore Sociale è stato attuato nell'ambito del Programma di Formazione Professionale dell' Amministrazione Provinciale di Pisa 2005/2006. Il Corso del 200412005 è stato premiato dal Ministero del Lavoro come iniziativa meritevole per l'inclusione sociale di soggetti svantaggiati. Corsi per Faciltatori Sociali sono stati attivati o proposti in diverse Province della Regione Toscana ed oltre, per iniziativa del movimento pisano degli utenti in rapporto con quello locale. Un Progetto molto significativo per un "Circolo Ricreativo-culturale autogestito" dall' Associazione "L'ALBA" nella città di Pisa è stato finanziato dalla Regione Toscana e dall'ASL n. 5, ed ha iniziato la sua attività a fine 2006: esso costituisce un'iniziativa originale in ambito regionale, e non solo, ed ha già assunto importanti funzioni di punto di riferimento fisiologico continuativo, nell'ambito del tessuto sociale cittadino, per gli utenti dei servizi di salute mentale e non, per l'aggregazione nel tempo libero contro l'isolamento, per attività economiche e di commercio solidale (bar, ristorante), come punto di incontro "normale" con la Comunità, per iniziative culturali e ricreative - di particolare significato - la Settimana per la Salute Mentale promossa in dicembre che ha occupato stabilmente un'importante piazza di Pisa con iniziative e performance che hanno coinvolto associazioni, servizi e cittadinanza; come centro dell'operatività, in loco e nella comunità, dei facilitatori sociali professionali che operano nel Circolo e nel territorio con regolare contratto di lavoro con l'Associazione, affiliata all' ARCI; altri vi svolgono attività di volontariato.

Alcuni membri dell' Associazione "L'Alba" partecipano attivamente, con ruoli di rilievo, alla rete Regionale degli utenti, alla costituenda Rete Nazionale e all'associazionismo ricreativo-culturale regionale e nazionale.

Un' Associazione di auto-aiuto composta da familiari di utenti dei Servizi di Salute mentale, "La Speranza", ha iniziato ad operare nel territorio.

Fausto Mariotti - Direttore Generale - Azienda Usl 6 Livorno

Sono passati trenta anni dall'approvazione della legge 180 ed oggi possiamo dire con serenità che non si è trattato dell'ennesimo esempio di trasformismo all'italiana ma che questa volta si è trattato di un vero cambiamento. Solo fino a pochi anni fa le persone con disturbi mentali che non potevano ricorrere al circuito privato avevano due soli possibili luoghi di trattamento: l'OP di Volterra e il mitico 8° Padiglione di Livor no, una alternativa che molti giudicavano non certo esaltante.

Oggi queste due strutture non esistono più ed al loro posto è stata costruita una complessa rete di servizi che ha cercato di dare risposte forti ed integrate sia al malessere della malattia che alla solitudine della esclusione sociale, una rete di Servizi aperti alla Comunità e basati su alcuni principi di base:

- innanzitutto l'assunzione della responsabilità della salute mentale della comunità territoriale: in sintesi una accessibilità che fosse sia generale per la intera popolazione di riferimento che specificamente attenta ai gruppi particolarmente a rischio. I nostri servizi, sia quelli per l'infanzia e adolescenza che quelli per gli adulti, registrano, di fatto ormai da diversi anni, tassi di accesso particolarmente alti (se paragonati alle altre realtà sia della nostra regione che dell'intero Paese). Una idea di responsabilità che deve essere declinata anche verso quei cittadini che sono impossibilitati a formulare una domanda "pulita" ed esplicita di aiuto: in questi anni è stato per esempio sviluppato un prezioso lavoro di cura ed emancipazione, nei confronti delle persone che a causa dei loro disturbi mentali erano

arrivati a dover vivere per strada (circa una ventina) che ha consentito a ciascuno di loro di recuperare la propria storia e la propria rete sociale ritrovando un ruolo ed una casa;

- la necessità di andare incontro alla domanda assumendo un atteggiamento attivo e flessibile: servizi che sono proiettati verso l'esterno, che reputano assolutamente naturale articolare il proprio intervento, programmato o di emergenza, verso il domicilio dell'utenza o verso i luoghi normali della vita, dello studio e del lavoro;
- la decisione di privilegiare le persone portatrici di problemi più severi e considerarle, anche quando bloccate e disturbate da importanti problemi, le risorse più importanti per il proprio percorso di ripresa: da questo punto di vista un evidente filo rosso lega tra loro le esperienze più recenti a quelle dell'intero trentennio ed è rappresentato dal fatto inequivocabile nel nostro territorio utenti e familiari hanno accompagnato ed incalzato l'intero processo di trasformazione e riforma assumendo da subito un ruolo di protagonisti. Se nei primi anni questo ruolo è stato svolto soprattutto dalle Associazioni dei Familiari oggi registriamo con piacere che le Associazioni di Utenti sono spesso interlocutori affidabili non solo nella valutazione del nostro lavoro ma anche nella produzione di servizi di qualità;
- lo sforzo di garantire una presa in carico evolutiva che sappia preservare il senso delle cose, dare continuità all'azione di supporto e mantenere attive e potenziare la rete naturale di risposta ai bisogni. Una continuità terapeutica perciò che non sia fondata tanto sulla gestione della malattia quanto sulla capacità di co-progettare un futuro nell'ottica della ripresa;
- uno stile di lavoro basato su di una molteplicità di saperi (specialistici e non) e di risorse (formali ed informali) teso all'attivazione di tutti i soggetti coinvolti (operatori, amministratori, familiari ma anche utenti e cittadini).

Credo che questa possa essere anche l'occasione per ricordare anche quelle aree in cui, negli ultimissimi anni, credo che non ci siamo limitati a garantire, da buoni amministratori, ciò che era previsto dalle normative vigenti, in cui cioè abbiamo "rischiato del nostro", nel tentativo, spero riuscito, di produrre esperienze di innovazione:

1. **i percorsi dell'abitare supportato**: negli ultimi anni abbiamo sperimentato e poi realizzato delle nuove possibilità abitative a conclusione o in alternativa ai percorsi riabilitativi residenziali. Una rete provinciale fatta da una decina di appartamenti supportati che permettono a una trentina di utenti di vivere in condizioni di coabitazione con un supporto flessibile e personalizzato al di fuori delle strutture sanitarie;
2. **i percorsi di inserimento al lavoro**: attraverso un progetto pilota, abbiamo lavorato sulle nuove occasioni insite nella Legge 68/99 ed al termine di questo percorso nel 2008 abbiamo attivato due convenzioni, con la Provincia e col Circondario di Piombino, per la gestione del collocamento mirato dei disabili psichici previsto dalla legge 68/99. Una esperienza che ha già permesso l'avvio di oltre 50 tirocini di osservazione e finora l'assunzione di una ventina di utenti a tempo indeterminato;
3. **i percorsi di Mutuo Aiuto**: abbiamo attivate delle convenzioni con le Associazioni degli utenti per la realizzazione di progetti a volte molto complessi che prevedono per esempio la gestione di un Centro Diurno, di una abitazione di convivenza, di una imbarcazione a vela. Grazie ad una specifica convenzione le Associazioni da tre anni lavorano con 300 studenti delle scuole medie in programmi di educazione alla salute. Da questo anno, nel SPDC di Livorno, tutti i pazienti ricoverati potranno, se lo vogliono, essere aiutati da utenti intervistatori dell'Associazione Mediterraneo, a descrivere la propria rete di sostegno in modo che il progetto del ricovero possa tener conto maggiormente del contesto reale di vita dell'utente;

4. **la valutazione dei servizi**: nel 2007 abbiamo iniziato un percorso triennale che porterà entro il dicembre del 2009 ad attivare in tutte le SMIA e le SMA un sistema routinario di Valutazione dell' Esito e della Soddisfazione dell'Utenza (sia pazienti che familiari) . Per gli adulti questo significherà che oltre 500 utenti saranno ogni anno valutati attraverso l'uso di strumenti standardizzati sia dai professionisti che li hanno in carico, sia da altri utenti appositamente formati;
5. **la Comunità Terapeutica per adolescenti:** un terreno prima di allora inesplorato, e che si è rivelato anche a volte scivoloso, in cui però non possiamo non ricordare qui, assieme alle prevedibili difficoltà, anche i risultati che abbiamo registrato alla fine dei percorsi in termini di rischi evitati e di nuove competenze raggiunte dai ragazzi che sono stati coinvolti.

Se tutto questo è stato possibile ovviamente non è tutto e solo merito nostro, è evidentemente merito anche di tutto il sistema che ci ha aiutato e supportato. Allora credo che potrete concordare con me nel ritenere che sarebbe per tutti noi un peccato veramente imperdonabile se, a distanza di tempo, dovessimo un giorno ritrovarci a ricordare questo 2008 non per come oggi lo festeggiamo ma per come potremmo allora vederlo retrospettivamente: non il trentesimo ma l'ultimo anniversario della 180. Allora chiediamoci veramente cosa possiamo fare tutti noi perché così non sia.

Antonio Delvino – Direttore Generale Azienda USL 1 di Massa Carrara

Situazione dei servizi di salute mentale: quali azioni concrete negli ultimi 3 anni e quali strumenti di verifica. Il DSM dell'ALS 1 di Massa e Carrara.

In questi ultimi anni il Dipartimento di Salute Mentale di Massa e Carrara si è impegnato in modo particolare e ha raggiunto risultati di un certo significato in ambiti che potremmo definire di interesse sociale. Si tratta di attività connesse con la prevenzione dei disturbi psichiatrici e il reinserimento dei pazienti. Si possono citare a questo proposito il progetto Teatro che, grazie all'Associazione Compagnia Teatrale "Sognando" composta da pazienti, operatori DSM e volontari, mette in scena in modo sistematico commedie che vengono poi proposte al pubblico; e il progetto Mare costa e dintorni, che con l'Associazione Auto Mutuo Aiuto Psichiatrico di Massa e Carrara organizza viaggi per i pazienti dei DSM della Toscana. Si è potuto vedere in queste esperienze un notevole effetto di promozione culturale e di autonomia di pazienti psichiatrici. Si tratta infatti di momenti particolarmente importanti nella vita delle persone soprattutto con disturbi psichici residuali. Tuttavia forse gli aspetti più interessanti legati a queste esperienza sono i cosi detti "effetti contaminazione": la vicinanza tra persone che hanno una sofferenza psichica e tante altre, permette a tutti di conoscersi, e aiuta a modificare tanti pregiudizi sfortunatamente ancora diffusi nel confronti della malattia mentale.
Il DSM ha inoltre promosso corsi di formazione professionale per la figura del facilitatore sociale che lavora, in raccordo con l'équipe psicomedicosociale, in attività domiciliari, RSA, gruppi appartamento e simili; e la figura di tecnico nei servizi di assistenza alle marginalità sociali.
Oltre ai progetti sopra illustrati ed in ottemperanza al punto 5.6.2. del Piano Sanitario Regionale del 30/07/08, è proseguita la consulenza psichiatrica c/o la Casa Circondariale di MASSA.

Per quanto riguarda l'attività più routinaria del Dipartimento, presso l'ospedale di Massa è ubicato l'SPDC, con nove posti letto. Ci sono inoltre quattro strutture di ricovero in regime residenziale e due semiresidenziali, due C.S.M. (uno a Massa e una a Carrara), una comunità terapeutica ed un centro di aggregazione e socializzazione a Nazzano, frazione del Comune di Carrara, dove viene messa in atto la massima integrazione sociosanitaria grazie ad un

lavoro di coordinamento tra DSM, Comune di Carrara, Circoscrizione e Associazioni del Volontariato.

Nell'ambito specifico dell'età evolutiva sono stati attivati in questi anni due centri per la cura dei disturbi dello spettro autistico e la disabilità complessa, ambulatori per disturbi neuromotori, neuropsicologici e del comportamento alimentare, e un centro semiresidenziale per adolescenti con disturbi psicopatologici gravi. Il Laboratorio Ausili per l'handicap, i disturbi cognitivi e dell'apprendimento ha proseguito la sua attività in collaborazione con le scuole e esteso il campo di intervento alle disabilità motorie e sensoriali. Sono inoltre stati messi a punto programmi per la prevenzione, lo screening e l'intervento sui disturbi dell'apprendimento e il disagio scolastico.

Un notevole sforzo organizzativo, non ancora completamente concluso, si è concentrato anche sulla razionalizzazione e il contenimento delle liste di attesa e sulla messa a punto dei flussi informativi tramite la procedura CARIBEL. Con l'adeguamento delle risorse tecnologiche necessarie ha avuto inizio lo scorso anno la messa a regime della procedura. Per il 2009 è previsto l' assolvimento del debito informativo regionale.

Un altro aspetto che merita ulteriori sforzi è legato alla messa a punto dei protocolli. Attualmente alcuni di questi e le relative procedure per l'accesso alle strutture, pur essendo da sempre conosciuti e condivisi, necessitano di aggiornamento e di validazione secondo le nuove procedure e i modelli standard adottati a livello aziendale. Sono già stati rielaborati a questo proposito il protocollo operativo di assistenza integrata tra DSM, Dipartimento Dipendenze, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; il protocollo tra ASL1 MS e Comune di Massa su TSO e ASO esteso anche ai Comuni di Carrara e Montignoso; il protocollo operativo della Comunità terapeutica Tiziano di Aulla; il protocollo di intesa tra U.O. di Psichiatria e Pronto Soccorso per la gestione dei pazienti con abuso di sostanze in acuta, intossicazioni volontarie ed altre patologie organiche concomitanti ai disturbi psichici e comportamentali.

La messa a punto di strumenti di verifica obiettivi, sistematici e condivisi; la revisione e la stesura di nuovi protocolli operativi; e un progetto specifico per il contenimento della spesa farmaceutica attuato in stretta collaborazione tra U.O. di Psichiatria e U.O. di Psicologia sono probabilmente alcuni dei punti più qualificanti sui quali investire energie e risorse per i prossimi anni.

Azienda USL 4 - Prato

La realtà della provincia di Prato è caratterizzata da un quadro epidemiologico peculiare, legato sia alla conformazione del territorio, in cui convivono una dimensione urbana a grande concentrazione con realtà rurali e montane di relativo isolamento e una stratificazione di ondate migratorie di grande rilevanza quantitativa e qualitativa.
I servizi di salute mentale si trovano, per le caratteristiche del territorio, nella condizione di intercettare la maggior parte dei bisogni emergenti e di mantenere con relativa facilità il contatto con gli utenti e le famiglie.

I dati sull'accesso ai servizi di salute mentale (fonte SALM, integrati dai dati del SI aziendale) evidenziano una situazione molto diversa per i minori di 18 anni e per la popolazione adulta: la penetrazione del servizio (utenti su popolazione di riferimento) sono 1,46% negli adulti (2999 su 205282) contro 5,17% nei minorenni (2057 su 39751). Per quanto riguarda i nuovi accessi sono stati nel 2007 1506 (0,73% della popolazione, 7,34% degli utenti, leggermente superiore

alla media regionale di 7,25), mentre è di 949 per i minorenni (2,43% della popolazione, 23,87% degli utenti, contro un media regionale del 17,43%). Da considerare, per quanto riguarda i minorenni, la proporzione del 17% di nuovi utenti < di 2 anni, che è tra le più alte della Regione.
Alcuni indicatori di performance del SALM come il tasso di ricoveri ripetuti e il tasso di ricoveri in strutture private ed extra-aziendali per i maggiorenni, e il tasso di ricoveri extra usl per i minorenni, tutti tra i più alti della regione, mostrano che la tenuta e il contenimento del Servizio è debole soprattutto negli interventi non ambulatoriali e nelle opportunità di tipo riabilitativo per gli adulti e gli adolescenti. Considerazioni analoghe nascono anche dall'analisi del case-mix del SPDC, nettamente spostato, a differenza di altri servizi, verso le patologie psicotiche, a spese dei gravi disturbi dell'umore, che risultano beneficiare maggiormente del ricovero (e che nel nostro caso emigrano in ampia misura verso le case di cura convenzionate). A questo va aggiunto l'elevato numero di cittadini pratesi attualmente ricoverati nell'OPG, frutto sia di una difficoltà di riassorbire nella comunità i ricoverati, sia di prevenire i reati nella popolazione di utenti in carico.

La situazione delle risorse delle due Unità Funzionali era, nel 2007, particolarmente critica, con dotazioni di personale molto inferiori a quelle di realtà aziendali toscane comparabili per popolazione, e dotazioni strutturali insufficienti. In particolare, era da segnalare la situazione di grave disagio del SPDC, l'insufficienza del CSM e le insufficienti risorse in abitative e riabilitative.

LA SALUTE MENTALE DEGLI ADULTI
All'inizio del 2008 è stata eseguita una completa ristrutturazione del SPDC, che è stata completata in meno di due mesi limitando al massimo il disagio per gli utenti e per gli operatori, ottenendo un livello di accoglienza alberghiera particolarmente soddisfacente.
E' stato poi avviato un piano di riqualificazione delle strutture residenziali, con l'apertura di quattro nuovi posti socio-sanitari e la riorganizzazione della “Clessidra”, che è stata potenziata dal punto di vista riabilitativo, rafforzandone il legame con il Servizio.
E' stata poi avviato un processo di trasformazione e rafforzamento delle attuali risorse residenziali per costituire due comunità terapeutiche, che avranno avvio nel 2009.
Sono allo studio soluzioni alternative per il CSM, che dovrebbe trovare una collocazione definitiva soddisfacente all'interno dei locali dell'attuale ospedale al momento dell'attivazione del nuovo ospedale.
E' stato poi avviato un piano di adeguamento delle risorse di personale, che sta trovando attuazione i questi mesi anche attraverso la stabilizzazione del personale precario.
A fronte della debolezza strutturale dei due servizi, si è reso necessario uno sforzo organizzativo per assicurare la massima appropriatezza degli interventi.

LA SALUTE MENTALE NELL’INFANZIA E NELL’ADOLESCENZA
Lo sforzo intrapreso per orientare verso criteri di appropriatezza il Servizio per l'infanzia ha portato a creare percorsi assistenziali in grado di intercettare il bisogno con tempestività e di garantire una presa in carico integrata, in particolare in quelle situazioni cliniche in cui la precocità dell'intervento è proporzionale alla probabilità di miglioramento delle condizioni successive e in cui il rischio per la salute generale e per la vita è elevato. I percorsi attivati per identificare e stratificare l'offerta sono i seguenti:
Salute mentale perinatale e follow-up dei prematuri e dei nati con elevato rischio neuroevolutivo (oltre 200 utenti all'anno): il follow-up si protrae fino a 30 mesi con estensione dal prossimo anno ai 60 mesi (questa popolazione ha indici di rischio psicopatologico dieci volte superiore al resto dei nati).

Disturbi pervasivi dello sviluppo e disturbi dello spettro autistico: sono attualmente in carico 85 soggetti <18 anni, corrispondenti all'attesa epidemiologica per la nostra comunità, con un'età media della diagnosi che è tra le più basse della Regione (2,2 anni) grazie a un gruppo di lavoro multidisciplinare che garantisce valutazioni e trattamenti secondo lo stato dell'arte. Questo gruppo fa parte del Centro di alta specializzazione di Area Vasta previsto dalla 1066 e implementerà dall'anno in corso, in collaborazione con l'ARS, lo screening universale dei Disturbi autistici previsto dalla stessa DCRT.
Disturbi dello sviluppo neuromotorio: anche in questo caso la presa in carico riguarda l'intera popolazione attesa (circa 150 casi) con un'elevata tempestività d'intervento (età media 6 mesi) e si integra con le competenze specialistiche (in particolare ortopediche, neurofisiologiche e pediatriche) necessarie a garantire un intervento completo ed efficace.
Gravi minorazioni congenite dell'udito: anche in questo caso, in collaborazione con audiologia e pediatria, è possibile la presa in carico riabilitativa e terapeutica dal terzo mese di vita.
Disturbi dell'apprendimento: in integrazione con le istituzioni scolastiche, inizia da quest'anno un percorso di valutazione-intervento sugli alunni delle seconde elementari, in grado di assicurare diagnosi e intervento tempestivo a questi problemi, per i quali c'è un'attesa del 3% della popolazione e che hanno conseguenze psicopatologiche e socio-adattive serie nelle età successive se non adeguatamente individuati.
Disturbi alimentari: sono i disturbi con il più elevato rischio di mortalità (5%) e di gravi compromissioni fisiche irreversibili. Il gruppo interdisciplinare in questo caso coinvolge anche l'UFSMA. E' prevista l'attivazione nel 2009 di un centro diurno per attività socio-abilitative
Gravi disturbi dell'adolescenza. Il gruppo multiprofessionale coinvolge anche l'UFSMA per ragioni di continuità; attualmente in questo settore si registrano le difficoltà maggiori, a causa della mancanza di risorse semiresidenziali, lavorative, residenziali. Per tutti i percorsi sopra indicati sono assicurate modalità di accesso particolari legate al percorso nascita, alle cure primarie, alla scuola, ai servizi sociali, che garantisce un'alta compliance e bassi tempi di attesa.

LA PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI
Il regolamento del DSM, deliberato dall'azienda, prevede all'articolo 12 la costituzione di un Forum delle associazioni, degli utenti e dei familiari con il compito di contribuire alla valutazione delle azioni dei servizi, stabilire un contatto permanente con le iniziative della rete sociale, assicurare che le esigenze dei familiari e degli utenti siano il punto di riferimento dell'organizzazione e dell'attività dei servizi. Il Forum elegge un portavoce che partecipa anche alle riunioni del Comitato Tecnico del DSM.
Il principale contributo del Forum in questo anno è stata l'adozione di un progetto CESVOT per l'istituzione di uno Sportello di informazione e accoglienza presso le sedi delle due Unità Funzionali. Lo Sportello è gestito direttamente da volontari, familiari e utenti, che hanno svolto un percorso di formazione impegnativo.

Galileo Guidi

Possiamo considerare conclusa la parte relativa alle relazioni sulle aziende. Diamo la parola all'Assessore Salvadori che è tornato da Roma ed è passato di qua, e quindi ha fatto un grande sforzo.

Assessore Gianni Salvadori

Vi ringrazio sinceramente e mi scuso per non essere stato con voi nella mattinata. Oramai questo è il quarto appuntamento e il terzo per me; è quindi naturale provare a trarre un bilancio. Stamattina mi hanno raccontato come ci stiamo muovendo sul fronte della non autosufficienza, un passaggio fondamentale. Non è certo la soluzione di tutti i problemi ma un

modo ulteriore per sottolineare l'attenzione e l'impegno nei confronti di un tema delicato, quale è il tema della salute mentale sul quale si è discusso molto poiché non era ne semplice ne tantomeno scontato. La questione della salute mentale è di difficile collocazione ma sta certamente dentro la non autosufficienza. Abbiamo dunque deciso di compiere questo passo e dobbiamo ora impegnarci a sviluppare nel tempo e dare contenuti alle scelte fatte.
E' di ieri mattina l'approvazione in IV Commissione e saranno i giornali nei prossimi giorni ad evidenziare chi si esprimerà favorevolmente e chi in maniera contraria, non sta a me e ora fare considerazioni in merito. A meno di inconvenienti il testo è atteso in Consiglio per il 9 di Dicembre e la Toscana avrà finalmente la legge sulla non-autosufficienza all'interno della quale sta questo concetto sulla salute mentale.
E' un passaggio importante come importanti sono queste iniziative per le quali dobbiamo ringraziare l'impegno straordinario di Gemma Del Carlo. Perché è grazie a iniziative come questa che possiamo parlare di argomenti che riguardano un numero di persone enorme e in aumento costante. Leggevo a proposito dei dati con Galileo Guidi che fanno veramente tremare i polsi. Ciò che più mi colpisce sono i dati relativi ai minori e le prospettive che si generano per questi ragazzi.
Come Giunta Regionale avevamo due grandi obiettivi.
Il primo era la non autosufficienza sul quale non solo abbiamo la legge ma abbiamo i soldi. Sono stato pesantemente attaccato per aver aperto i punti unici di accesso sul territorio toscano, i Punti Insieme, senza aspettare la legge. Ho sostenuto che avrei reso conto di questo ai cittadini toscani, che da anni chiedono di avere un punto unico di accesso. Bé, oggi ho tanti tifosi e un po' meno critici, grazie.
Il secondo obiettivo è sull'immigrazione e anche qui abbiamo dato una svolta importante. Lunedì scorso abbiamo approvato in Giunta la legge da mandare in Consiglio ma non si parla semplicemente di immigrazione, si parla di quale società vogliamo costruire nel nostro futuro. Una società che si basi sull'articolo tre della costituzione, quello sull'uguaglianza, e che costruisca le condizioni affinché tutti i cittadini che vivono in Toscana siano uguali, a cominciare dalla lingua. Stiamo organizzando in tal proposito delle importanti iniziative sull'immigrazione.
Raggiunti questi obiettivi spero di poter dedicare concretamente l'ultimo anno e mezzo di legislatura al tema della disabilità.
In Toscana investiamo sulla disabilità circa 75 milioni di euro. Sono molti ma non trovo un disabile che se ne renda conto. Questo è sintomatico e significa probabilmente che dobbiamo spenderli meglio, elaborare nuovi concetti, perché si tratta di risorse importanti. 75 milioni per una platea di 20mila persone sono numeri significativi. Ho ascoltato quello che è stato detto dalla ASL di Pistoia. Apprezzo le cifre, anche se sono 70 i progetti individualizzati. E' evidente che lo stato welfare indifferenziato e standardizzato è paragonabile ad una distribuzione collettiva di scarpe numero 41… per qualcuno andranno bene ma ai più saranno strette o larghe. Dobbiamo dare risposte personalizzate e invertire i rapporti: non è lo Stato che concede ma il bisogno del cittadino che si pone al centro del sistema. Con gli anziani ci siamo riusciti: il PAP. Questo è l'elemento maggiormente innovativo all'interno della legge sulla non autosufficienza, il progetto di assistenza personalizzato al quale vanno ad aggiungersi risposte circolari, non più separate ma insieme, seguendo il concetto di unitarietà.
Aggiungo che sulla disabilità dobbiamo andare oltre. Non mi soffermo sulla discussione se la Salute Mentale è o non è disabilità, la lascio agli addetti. Provo però a dare una spinta in avanti. Io credo che possiamo tentare di tradurre il concetto di "Capabilities" anche sul tema della disabilità, convertendo i lavoratori usurati. Partire dalla persona, dalle sue condizioni, ma anche dalle sue ambizioni e prospettive e tentare di coniugare su questo le risposte, siano esse di natura sociale, lavorativa, scolastica. Ritengo un errore fare il contrario. E ho espressamente chiesto che per fare questo si parta dai bambini, valorizzando le loro competenze, le loro capacità e le loro voglie. Ognuno di noi ha dei desideri e la cosa più

grande che si possa fare per rendere tutti uguali è dare a tutti gli strumenti per rispondere ai propri desideri. E' assurdo che un disabile abbia molte cose ma non la possibilità di esprimere i propri desiderata. E' forse una persona di serie B? Dobbiamo tendere all'uguaglianza di tutti, anche dei disabili, e per raggiungere lo scopo dobbiamo risolvere questo problema. Quando sono entrato nel mondo del lavoro non mi sono state chieste solo le mie competenze ma anche cosa avrei voluto fare. Nessuno chiede ad un disabile cosa vorrebbe fare. Mi piacerebbe allora che questo fosse uno dei punti di innovazione della politica sulla disabilità in Toscana.
Ce la faremo in un anno e mezzo? Forse no, ma ci proveremo e intanto partiamo.
La mia idea è individuare un luogo dove si è investito molto e realizzare un centro regionale così da arrivare entro Dicembre a creare in Toscana un tavolo regionale permanente sulla disabilità e renderlo ufficiale. Su questo aspetto dobbiamo però superare un piccolo problema ovvero che non sempre siamo in grado di individuare i soggetti con cui discutere e confrontarci: nel mondo della disabilità ognuno ha la propria associazione e rimane complicato discutere con tutti. Io ho già discusso con le due grandi associazioni, la FISC e la FAND, e spero di allargare il più possibile ma per il momento è indispensabile partire per fare emergere e dare voce a problemi di cui nessuno parla.
Le iniziative che vorrei proporre sulla disabilità non riguardano solo il sociale, ma il sociale allargato. Questo significa trasversalità, sul modello della società della salute, partendo dall'ambiente e arrivando alla tutela dei cittadini in quanto tali, includendo scuola e lavoro.
Concludo quindi dicendo che questi sono i nostri obiettivi e su questi la Regione Toscana prosegue e chiede alla società Toscana quella spinta e quell'impegno che è stato determinante nel caso della non autosufficienza; ma anche il Governo deve fare la sua parte. Nel 2008 il Governo Berlusconi, comunicandocelo a ottobre, ha tagliato un terzo del fondo sociale nazionale; nel 2009 si fa un escamotage per cui probabilmente si proseguirà su questa strada; nel 2010 saranno più di 600 i milioni tagliati e se consideriamo che non ci sarà più l'intervento sulla non autosufficienza, arriviamo complessivamente ad un taglio di un miliardo.
Non lasciateci soli in questa battaglia, è una battaglia importante, come quella sulla scuola. Se perdiamo questa battaglia diminuirà sempre di più la possibilità di dare risposte a chi ne ha veramente bisogno. E non facciamoci prendere in giro dai 1000 euro a famiglia. 1000 euro sono meno di un mese di badante, un mese e mezzo di asilo nido. Queste misure servono soltanto ad imbonire, sono misure di facciata. Per questo dobbiamo aprire un confronto, per difendere la gente più debole. I comuni non sanno come chiudere i bilanci. Provate ad informarvi sui tagli che dovrà effettuare il Comune di Prato per tentare di chiudere in positivo un bilancio derivante dall'azzeramento dell'ICI e dal taglio sul sociale. Si parla di milioni di euro. Il paradosso è che il Governo taglia, obbliga a chiudere in pareggio, e non permette ai Comuni nemmeno di immettere nuove tasse. Sfido chiunque, nella propria quotidianità, a chiudere un bilancio familiare in pareggio alle stesse condizioni.

Signora del Pubblico

Eliminate gli sprechi.

Salvadori

Io Signora sono d'accordo con lei, ma la invito a provare a togliere il superfluo dal suo bilancio familiare o da quello dei Comuni. Mi è capitato di vedere famiglie che di fronte al quinto mutuo ancora cercano di eliminare il superfluo… cerchiamo di renderci conto di quali misure stiamo parlando, altrimenti rischiamo di essere presi per il naso e credo sia la cosa peggiore per un cittadino.

Vi invito a fare questa battaglia perchè altrimenti poi sarà difficile aumentare le risorse, perché oltre a questo il prossimo anno arriverà anche il taglio sulla sanità. Questo è il quadro che ci troviamo davanti e non possiamo far finta di nulla e incolpare la crisi. La crisi è un qualcosa che va ad aggiungersi. Dobbiamo tentare di uscire da queste secche insieme; noi come Giunta Regionale ci stiamo provando anche se non è semplice, anzi direi che è complicatissimo, ma dobbiamo continuare a lavorare su questo terreno.

Auguro a tutti voi tutto il bene possibile e vi ringrazio di nuovo per quello che state facendo nelle vostre famiglie è nelle vostre associazioni.
Grazie e a presto

Gemma Del Carlo

Volevo dire una cosa che credo faccia piacere anche all'Assessore: io faccio parte del Direttivo Nazionale dell'UNASAM e vi posso dire che la nostra Regione è l'unica a mantenere contatti così diretti con le associazioni, quindi veramente dobbiamo essere orgogliosi di questo e dobbiamo andare avanti a collaborare insieme, noi ci saremo e premeremo come sempre.
Passiamo adesso al dibattito e diamo la parola a Margherita Lapini.

Dibattito

Margherita Lapini – Associazione AVOFASAM

Buonasera, a tutti. Sono rimasta male quando un direttore amministrativo ha sottolineato che non si deve parlare dei casi unici, sappiamo bene che queste riunioni non sono per parlare dei casi personali, ma a volte un genitore per rendere conto a chi non è al corrente della situazione è costretto a dire del suo caso; ad ogni modo per chi non lo sa, io sono una mamma che ha una figlia malata da 36 anni, ma non voglio parlare del mio caso; io sono la rappresentante dell'AVOFASAM di Livorno e sono affiliata all'UTISM, cioè l'associazione della Dott.ssa Spolveri; a Livorno possiamo dire che abbiamo molte cose che funzionano e rispetto a molte altre zone non ci possiamo lamentare allo stesso modo. Purtroppo però i nostri centri sono stati rilevati da costruzioni antiche, riverniciate e tolto solo un centro il resto è tutto fatiscente. Ma il servizio funziona, perché a Livorno sono state impiantate una serie di cose che dalla presa in carico all'inserimento lavorativo vero e proprio c'è tutta un'articolazione di posizioni che se sono seguite a dovere si ottengono. Noi abbiamo come associazione dato da lavorare a degli utenti che non gli avresti dato due soldi e invece sono diventati dei grandi intervistatori e hanno guadagnato un sacco di soldi. Questo vuol dire che anche se anche ai ragazzi nostri gli diamo un lavoro di concetto purché seguiti possono ottenere un livello di auto-stima incredibile che poi serve per prendere altre commesse. Questi ragazzi si danno da fare e tra un po' saranno indipendenti, per il momento sono ancora un po' supportati dalla nostra USL. Per dire la verità siamo tenuti in considerazione sia da questo direttore sia da chi l'ha preceduto, quello che più conta è che politicamente si deve essere convinti che questo sistema è giusto, perché ragazzi 36 anni fa quando mi è stato proposto il manicomio e io non l'ho sostenuto, la mia figliola è diventata cronica mentre questi ragazzi che invece si ammalano ora non diventano più cronici. Visto che le nostre strutture sono fatiscenti, visto che ci sono delle strutture che abbiamo visitato e sono belle diamogli una mano perché si possano utilizzare, ma dove li volete mettere i nostri malati? Nelle strutture ammuffite?
Ultimamente volevo soffermarmi su una questione: non so se fra di voi c'è qualcuno che ha sentito le proposte che avvengono al Parlamento di revisione della legge 180, io ho paura

però vi posso assicurare che anche se sono vecchia si va tutti insieme e si rovescia il Parlamento.

Gemma Del Carlo

Grazie Margherita, chiamo adesso Luigi Marotta.

Luigi Marotta

L'ora è tarda, ma non importa. Ho atteso con pazienza, tante persone mi dicono che ho fretta, ma oggi ho deciso di non averla. Volevo fare un intervento partendo dal titolo del convegno, abbiamo insistito con Gemma molto per avere "persona" nel titolo e non "paziente/utente" perché non ha senso; che cosa vuol dire paziente? Le persone che stanno male sono impazienti o pazienti? E poi utenti di cosa? Della Telecom? Non siamo numeri, ma siamo tutti persone, bisogna abolire la parola utente e bisogna abolire la parola paziente. Un'altra cosa: quanti pazienti sanno che potranno essere un giorno protagonisti della loro cura e quanti di loro ci credono davvero? Questo è un problema, non si può parlare di fondi, di strutture, di progetti, se non siamo noi primi stessi a credere in questo. Dobbiamo essere noi associazioni in primis a fare in modo e maniera che si diffonda la cultura dell'auto-aiuto, perché l'auto-aiuto è una cura che diventa una cura sociale, mettendo a disposizione degli spazi che le persone non se lo aspetterebbero nemmeno, vuoi quindi l'apertura all'attività di laboratorio, attività ricreative, noi per esempio abbiamo a Pisa il circolo, a Livorno hanno la barca a vela, a Pistoia non mi ricordo che cosa, al Mugello c'è altro e così via in modo che si attivano tutte quelle attività per cui la persona comincia a dire che a casa non ci sta, e noi associazioni dobbiamo dare l'esempio alle persone che stanno male. Non dobbiamo litigare perché altrimenti non possiamo dare sicurezza al nostro figlio, al nostro amico che ci chiede qualcosa. Dobbiamo impegnarci come associazioni a dare come primi gli esempi, che hanno noi come esempio. L'ultima cosa: sono passati 30 anni dalla legge Basaglia, chiudiamo un attimo gli occhi e pensiamo quanto sia ancora lunga la strada da fare, ma non per questo dobbiamo fermarci. Accontentiamoci di quello che siamo riusciti a fare fino ad oggi, oggi tutti noi abbiamo parlato di persona, cinque anni fa non era così. Dobbiamo costruire le basi per quelli che verranno dopo di noi, concrete e sicure e con questa speranza dobbiamo essere tutti fiduciosi.

Gemma Del Carlo

Grazie a Luigi, diamo la parola alla Signora Fiore.

G. Fiore – Gruppo LAMA – Esperienze terapeutiche per gli operatori della Salute Mentale. Cambiamento, trasformazione della psichiatria e degli schizzacervelli

Sono Giovanna Fiore per chi non mi conosce e sono disabile da soli 3 anni. Sono una psicologa della vecchia generazione, mi sono laureata il primo giorno della sessione di laurea del '75; quindi prima di andare in pensione come invalida mi fa molto piacere essere qui oggi, ma mi dispiace dichiarare che chi ci aveva promesso l'anno scorso di non assumere soltanto psichiatri e infermieri, ma di impegnarsi anche per gli psicologi e gli educatori, non ha mantenuto la promessa. Purtroppo anche nella formazione senza i fondi delle case farmaceutiche non si fa più niente. L'auto mutuo aiuto che io da anni faccio con le donne depresse è andato bene finché gli psichiatri non hanno creduto che questo fosse antipsichiatria; ora io che ho conosciuto Franco Basaglia a 21 anni adesso traduco Ron Coleman posso dire che lavorando con la psichiatria e purtroppo in Toscana, nonostante la

stupenda Regione le belle parole dette, le unità operative separate non hanno creato i veri centri di salute. L'auto mutuo aiuto è un modo di prendersi cura anche di noi, di mettersi in discussione perché le potenzialità terapeutiche dei cosiddetti pazienti, però la promozione da pazienti a utenti era stata fatta da noi operatori ideologici per darvi il diritto di usarci, non noi di rendervi pazienti, ma voi di usare noi. Fra tesi e antitesi spero che ci siano delle sintesi, prima di smettere di lottare, perché finché ci sarà una persona che per stigma viene emarginato e sfruttato io avrò sempre ragione di lottare. Nonostante la mia anzianità nel lavoro e nella presa in carico del servizio pubblico noi abbiamo cercato di rispettare le persone; se da tre anni sono disabile, perché la mia macchina ha preso un albero, posso dire che come psicologa disabile sono discriminata perché non mi viene permesso di lavorare in una struttura senza barriere architettoniche. Questo nella stupenda Regione Toscana, nella USL 7, la psicologa non può avere una stanza in ospedale perché non è medico; allora il corporativismo, la farmacologizzazione alla quale stiamo andando incontro è un nuovo manicomio. Non c'è bisogno di ricostruire mura per fare manicomio, ma l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione delle persone che su una piccola depressione magari reattiva avessero avuto un pò di ascolto non avrebbero bisogno di diventare dipendenti della seratonina. Io chiedo alle associazioni anche di mettere in discussione questo, perché vi assicuro che la politica del mantenimento senza sintomi vuol dire cronicizzazione perché se uno per una crisi deve prendere a vita il neurolettico si difettualizza, si cronicizza e chi ci guadagna sono solo le case farmaceutiche. Posso dire che quando esco dall'ambulatorio la sera e ho fatto dieci psicoterapie, sono distrutta e non mi ricordo nemmeno come mi chiamo, quando faccio i gruppi di auto-mutuo aiuto io riesco meglio perché i pazienti si prendono anche loro cura di me.

Gemma Del Carlo

Grazie Dott.ssa Fiore. Chiamo Eva Campioni dell'Associazione L'Alba.

Eva Campioni – Associazione L'Alba

Buonasera, sono una facilitatrice sociale dell'associazione l'Alba, ormai guarita e reintegrata, dopo un percorso assiduo in cui ho beneficiato di una cura farmacologica, dei gruppi d'auto-aiuto e dei laboratori di arteterapia, di una psicoterapia. Sono in grado di gestire e convivere con i sintomi senza farmaci, grazie ad una rete molto forte: sociale e associativa e di cura. Lavoro in segreteria e mi occupo del sito WEB dell'Associazione; vorrei sottolineare l'importanza dei mezzi multimediali per la promozione delle attività del terzo settore della salute mentale e per poter raggiungere tramite strumenti come youtube e i social network le giovani generazioni, coinvolgendole in un'informazione corretta sulla salute psichica e contro lo stigma. In merito alle tematiche di oggi vorrei fare una riflessione; il problema basilare è la distanza tra un insieme di buone leggi a livello regionale e la scarsa applicazione a livello locale e i motivi possono essere molti: la mancanza di fondi, dare priorità ad altri problemi; secondo me c'è anche qualcos'altro: è iniziato un cambiamento profondo delle modalità organizzative e amministrative anche grazie allo stimolo della comunità europea. Dopo secoli in cui ciascuna istituzione faceva capo a se stessa, trincerata nei propri meccanismi burocratici all'italiana, con competenze rigide e routinarie adesso si è compreso che serve un reale lavoro di rete, una pianificazione integrata, largo spazio ad una progettazione innovativa e sostenibile. Questo implica un cambiamento culturale delle persone, l'impegno a mettere al centro del proprio lavoro l'obiettivo finale, superando le dinamiche interne a ciascuno apparato, superando la rigidità, l'ostacolarsi a vicenda che ha la conseguenza di lasciare inascoltati i bisogni della gente. Questo è un appello a chi ha un ruolo pubblico di impegnarsi realmente in modo più umano ricordando che i ruoli e le funzioni pubbliche sono un mezzo e non un fine, e la situazione generale è costituita anche dalle situazioni particolari.

Gemma Del Carlo

Passiamo ora all'intervento di Marco Campori.

Marco Campori

Io sono un cosiddetto sano che però pur essendo un cosiddetto sano nel gruppo di auto aiuto io riesco a farmi aiutare perché se non si travalica lo stigma da tutte le parti non si conosce quello che ci sta vicino e quello che ci potrebbe succedere un domani. Ho conosciuto l'associazione L'alba perché era dietro l'angolo di casa mia e ho fatto da piccino l'attore e il trampoliere e quindi mi sono detto "vediamo se posso partecipare in qualche maniera a questa associazione". Avevo conosciuto il teatro dell'oppresso e dove si dà importanza alle relazioni; è rivoluzionario, come pure l'auto-aiuto dove si chiede alle persone di essere al centro di quello che è la propria cura e forse non essendo in cura ancora non riesco a curarmi; quello che voglio dire è che i presunti sani non sanno di essere malati e allora in questo senso mi piace pensare che da un momento ampio, aperto circolare, si possa partire verso un qualcosa che vada oltre lo scambio, partecipando ad un atto consensuale, quello che potrebbe essere una matematica strada l'uno più uno fa tre che poi scopriamo essere il meccanismo generativo delle cose. Utilizzando la metodologia teatrale riesco a attuare un percorso per cui qualsiasi spazio è un teatro, qualsiasi persona è un personaggio e si capisce che le cose che sono consensuali fanno parte di un gioco consensuale. Dobbiamo non prenderci troppo sul serio, ammettere i propri sbagli e non fissarsi sulle proprie debolezze. Voglio raccontare due esperienze che sono sintomatiche di una tipologia di sviluppo così faccio anche io la resa dei conti della mia attività: siccome non si tratta di fare spettacolo, ma di sentire i bisogni delle persone, una volta stavo facendo danza, canto ed è arrivata una ragazza che piangeva perché diceva che era stata rifiutata in un bar. Abbiamo messo al centro del gruppo questo problema e uno dei nostri ragazzi ha proposto di andare tutti quanti a prendere il caffè in questo bar; ed è stata una bellissima comitiva che ha attraversato la città. In occasione del 5 dicembre a Pisa faremo varie attività, il programma è nel volantino ed è stato realizzato su un'opera collettiva fatto dal gruppo di pittura; è un bellissimo momento di gioco dove gli altri parteciperanno in maniera bidimensionale e poi la gente inizierà a colorarsi addosso e costruiremo un gazebo che sarà un momento di teatro che sarà la costruzione della giustizia intesa come il giudizio che ci viene estirpato da una società che ci vuole dei cloni, che ci vuole un pò automatici, a domanda rispondi e non ci dà la possibilità di creare la nostra arte che in parte è singola, ma diventa espressione e quindi diventa comune. Il giudizio non è più universale, ma è una cosa che creiamo insieme per cui concludo invitandovi a Pisa il 2,3,4,5,6 e 7 dicembre. Grazie

Gemma Del Carlo

Grazie a tutti. Adesso il Dott. Guidi farà le conclusioni.

Conclusioni - Galileo Guidi

L'evento che oggi abbiamo vissuto insieme è stato molto importante; ho il compito di fare l'ultimo intervento della giornata, è l'occasione di fare il punto di un lavoro cominciato quattro anni fa; molti di voi erano presenti allora, altri si sono aggiunti strada facendo. Penso che quello che è stato detto oggi sia molto importante; ogni tanto vale la pena fermarsi, riflettere sul lavoro fatto e cosa intendiamo proporre per il futuro. Lo facciamo poco e non ci soffermiamo con la necessaria attenzione a valutare la realtà che ci circonda. Quattro anni fa quando abbiamo organizzato la prima iniziativa insieme ai familiari le condizioni non erano quelle di ora; sono cambiate molte cose in questi anni; come dice sempre la signora Gemma Del Carlo si è fatto molto ma molto ancora resta da fare. Oggi intorno a questo tavolo abbiamo

ascoltato gli Assessori Regionali, i Direttori Generali, i Responsabili politici e amministrativi impegnati a discutere con gli utenti, i familiari e le associazioni di tutela; tutti intenzionati a portare il loro contributo al dibattito sui problemi della salute mentale. Molto spesso siamo assillati dalle preoccupazioni quotidiane e rischiamo di perdere il significato profondo degli eventi ai quali è dato di partecipare.
Il tema della salute mentale è un settore molto difficile, affronta patologie molto gravi e diffuse ma nello stesso tempo non riscuote l'interesse che viene riservato alle altre branche della medicina.
Anche l'interesse dei mass media su questi temi è scarso, i giornali ogni tanto riferiscono di problemi della salute mentale, ma preferiscono parlare di altre cose. Ho partecipato la settimana scorsa ad un dibattito molto importante sulla bio-etica nel corso del quale si è discusso di salute mentale e della necessità che il dibattito sulla tutela dei diritti dei pazienti affetti da patologie psichiatriche sia alimentato. Si è evidenziato come l'opinione pubblica è molto attenta al rispetto di un uso corretto del consenso informato in caso di prestazione sanitaria anche modesta, la stessa attenzione non è rivolta nei confronti dei nostri pazienti, quando l'uso di determinate terapie può modificare le caratteristiche della vita.
Sono questi i temi nei confronto dei quali dobbiamo conquistare terreno e spazio nella più ampia opinione pubblica. Questo è lo spazio che con fatica dobbiamo conquistare e su questo si deve realizzare un'alleanza virtuosa tra familiari, utenti, amministratori pubblici, direttori generali, professionisti che credono nella possibilità di fare salute mentale in maniera dove la persona è al centro dell'attenzione dei servizi. Realizzare concretamente questa alleanza virtuosa è molto faticoso, perché la salute mentale è un settore dove la diversità delle opinioni è più marcata ed è più facile per i diversi attori in gioco avere delle critiche piuttosto che degli applausi. Un paziente affetto da schizofrenia o da autismo è un paziente che può avere problemi per tutta la vita e nelle diverse varie fasi presentare problemi diversi, spesso risolto un problema dopo poco se ne presenta un altro e tutto questo comporta una grande fatica. Dobbiamo impegnarci perché la salute mentale possa acquisire l'interesse di cui ha bisogno e dobbiamo far si che di questo problema non si parli soltanto tra gli addetti ai lavori, bisogna coinvolgere un pubblico più ampio per cercare nuove e più ampie alleanze.
Nel fare le mie conclusioni vorrei soffermarmi sull'importanza del confronto che si è svolto questa giornata tra i direttori generali delle aziende sanitarie le associazioni degli utenti dei familiari e i professionisti.
In Toscana si rivolgono ai servizi di salute mentale pubblici circa centomila persone (poco meno del 3% dell'intera popolazione regionale). Si sta parlando di una grande numero di persone, anche se questo rappresenta la punta di un iceberg, noi sappiamo infatti che circa il 12% della popolazione toscana fa uso di farmaci psico-attivi, quindi quelli che si rivolgono ai servizi sono una percentuale bassa di tutti i toscani che hanno problemi di salute mentale. Si possono interpretare questi dati pensando che quelli che si rivolgono ai servizi sono la parte più grave di tutta la casistica.
Dobbiamo fare molto, alcune cose sono state dette nel corso del dibattito, io vorrei elencare alcuni temi sui quali stiamo lavorando. Molto importante è stato l'intervento dell'Assessore Salvatori che ha dato le indicazioni per quanto riguarda il programma di intervento nei confronti della non autosufficienza.
Abbiamo bisogno di continuare a lavorare perché i diversi servizi sanitari territoriali dialoghino sempre di più tra loro; a tal proposito l'esperienza di Grosseto, che oggi è stata riferita, di costituire un dipartimento tecnico scientifico che affronta insieme i problemi delle dipendenze con quelli della salute mentale è un grande tentativo di innovazione. Sono state illustrate altre esperienze che dimostrano la volontà che si va consolidando in Toscana di innovazione anche nell'ambito della salute mentale. Vediamo il caso di Firenze dove da otto mesi si sta realizzando un progetto per la diagnosi precoce dei pazienti affetti da autismo. L'A.S.L. ha stipulato un accordo con i pediatri di libera scelta, che si sono resi disponibili a realizzare un

test di screening al bilancio di salute del diciottesimo mese di età, con gli strumenti diagnostici adottati si riesce a porre il sospetto di diagnosi di autismo in un'età precocissima. La letteratura internazionale dice che se noi possiamo utilizzare una finestra terapeutica tra dodici e ventiquattro mesi e da ventiquattro mesi a trentasei mesi si possono avere risultati estremamente importanti dando a questi pazienti, non tanto la possibilità di guarire, ma la possibilità di migliorare nel piano della relazione e della comunicazione. La prospettiva di lavoro è tale che può cambiare profondamente la storia di vita di quei pazienti. Ma consideriamo anche il caso di Pistoia, dove si sta lavorando sul piano della misura dei risultati attraverso la definizione di nuovi indicatori che permettano di valutare i singoli progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. Nel piano sanitario 2008-2010 si afferma che dobbiamo garantire ai pazienti gravi un progetto terapeutico individualizzato con un approccio multi-professionale. Questa indicazione intende ribadire che se è vero che ai nostri servizi accedono circa centomila persone, fortunatamente una bassa percentuale di questi ha diritto e bisogno di questo progetto individualizzato multi professionale. Dovremo lavorare per individuare degli indicatori che permettano di monitorare questo specifico problema, per questo consideriamo importante la sperimentazione avviata a Pistoia. Nel nuovo piano sanitario viene enfatizzato il ruolo della medicina di iniziativa e la cura della cronicità. Il fatto che la ASL di Siena abbia individuato nel proprio programma per la cura della cronicità anche la salute mentale apre una prospettiva di lavoro importante. Ultimo aspetto è quello relativo ai problemi con l'università; in Toscana le cliniche universitarie rappresentano un nodo della rete assistenziale i rapporti sono continui anche sul piano della formazione e della ricerca.
Insieme alla Dottoressa Fratti, la Dottoressa Gonnelli e la Dottoressa Elisabetta De Melis, che colgo l'occasione di ringraziare, sicuramente continueremo in questo nostro impegno e pensiamo che dobbiamo continuare così come abbiamo fatti in questi anni a lavorare perché la trasformazione sia fatta insieme e con il protagonismo di tutti compresi gli utenti ed i familiari. Questo grande cambiamento di cui la salute mentale ha bisogno in Toscana passa attraverso la realizzazione della alleanza virtuosa di cui ho parlato finora. Tutti insieme con lealtà, parrasia e nella chiarezza dei rapporti, io sono convinto che potremo realizzare gli obbiettivi migliori. Stamani il responsabile della segreteria dell'Assessore, il Dot Del Bianco, ha preso degli impegni e ne siamo contenti, e in particolare l'impegno di dare continuità a questi incontri con le associazioni, i professionisti e le aziende; stamani ha precisato che sarà compito dell'assessorato fare verifiche periodiche con le aziende perché gli impegni che si assumono abbiano riscontro. Infatti come ha detto la Signora Gemma Del Carlo, siamo d'accordo con le indicazioni che la Regione ha approvato sia come leggi sia come disposizioni che vengono emanate, ma ci lamentiamo perché poi queste non vengono uniformemente applicate; l'impegno che noi ci assumiamo è la verifica che queste norme siano realizzate così come sono state previste in tutto il territorio toscano. Grazie

Considerazioni conclusive e sintesi dei lavori

Anche questo anno non possiamo che testimoniare la nostra soddisfazione per l'ampia partecipazione a questo quarto convegno dal titolo "Quanto la persona è al centro della sua cura. 3° verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale" organizzato insieme alla Regione Toscana, patrocinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dal CESVOT, con la collaborazione della Provincia di Lucca e dell'Azienda USL 2 di Lucca.

Il convegno, che è ormai diventato un appuntamento fisso, è stato una terza verifica regionale sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale. Abbiamo deciso di mantenere negli anni lo stesso titolo in quanto per noi molto significativo; il convegno ha rappresentato per la vita del Coordinamento ancora un altro evento molto importante in quanto ci vede protagonisti allo stesso tavolo con la Regione in rapporto di stima reciproca. Il Convegno ha aperto le manifestazioni che le varie province della Toscana stanno tenendo per la giornata nazionale per la Salute Mentale del 5 dicembre.

Inoltre ricorre il trentennale della legge 180 che ha cambiato radicalmente il percorso di cura delle persone con disturbi mentali.

Il Segretario dell'Assessore Salvadori **Andrea Del Bianco** ha portato il suo saluto, sottolineando l'importanza del lavoro avviato con le associazioni per la Salute Mentale con l'obiettivo di verificare l'attuazione della delibera n°1016 -linee guida approvate il 27-12-2007 sull'organizzazione e sul funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale. A causa del panorama molto variegato presente nelle Aziende USL della Toscana, Del Bianco ha precisato che le linee guida sono state emanate proprio per dare uniformità del percorso condiviso dalla Regione e dalle associazioni. L'obiettivo della Regione è quello di rincontrare **entro i prossimi 6 mesi** le Aziende e verificare lo stato di attuazione e i percorsi messi in campo. E' stato inoltre fatto un percorso molto significativo con l'Assessorato al Lavoro dove è stata riscontrato una grande attenzione e l'intenzione di avviare incontri per concordare i percorsi di inserimento lavorativo e una formazione professionale specifica.

Giovanna Faenzi, Responsabile Area Coordinamento Politiche Sociali Integrate, ha portato il saluto dell'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, Enrico Rossi, in quanto impegnato a Roma per la sua carica di coordinatore nazionale degli Assessori Regionali alla Salute. La Dott.ssa Faenzi si è soffermata sull'importanza data dalla Regione alla testimonianza di chi vive i disagi per poi trovare tutti gli equilibri tra la rappresentazione del bisogno, la richiesta, le compatibilità e le possibilità degli interventi. La Regione ha organizzato una serie di incontri che hanno toccato sia il versante della salute sia quello del lavoro. La Faenzi ha ricordato le varie normative di carattere generale che valorizzano il bisogno di integrazione; in particolare le modifiche della legge 40 relative alla Salute Mentale prevedono che entro l'anno prossimo siano costituite le società della Salute; ha inoltre precisato che nell'approvazione del prossimo piano delle politiche sociali e di quello sanitario è stata presa la decisione che il piano di intervento dovrà essere un unico documento programmatico sanitario e sociale. Infine ha ribadito, per quanto riguarda il piano sociale, l'importanza della centralità della persona nei percorsi assistenziali personalizzati, mentre per quello sanitario ha sottolineato il tema dell'individuazione del disturbo e della prevenzione precoce in particolare nell'infanzia e nell'adolescenza.

Paolo Tedeschi della Scuola Superiore Sant'Anna ha trattato il tema della valutazione e delle opportunità per migliorare la qualità del servizio grazie a questi strumenti di valutazione.

Gemma Del Carlo per il Coordinamento ha espresso la soddisfazione per il lavoro svolto insieme alla Regione grazie al contributo di tutte le Associazioni; ha ribadito le richieste dei familiari e degli utenti e quanto è emerso dai convegni del 2005, del 2006 e del 2007, 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 condivise dalle Associazioni dei familiari e degli utenti, che altro non sono che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda, gli enti locali e le associazioni. Speriamo che al più presto questo diventi veramente un concreto metodo operativo dei servizi territoriali**.** Inoltre è necessario riflettere su come valutare l'efficacia degli interventi e quali ricaduta hanno sugli stessi utenti, poiché attraverso un'accurata valutazione che possiamo migliorare il servizio e ottimizzare le risorse. **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 e valutazione dei percorsi di cura. Ci siamo soffermati sulla necessità di portare avanti il "Dopo di Noi" da realizzare con noi**. Abbiamo di nuovo invitato i servizi ad essere più aperti ai contatti esterni cambiare cultura, modo di pensare e di lavorare in rete, perché i percorsi di cura sono più orientati alla cronicizzazione, mentre oggi è possibile la guarigione; infine abbiamo chiesto ancora alla Regione di far rispettare quanto decretato, pienamente condiviso dalle Associazioni.
Sono seguite le relazioni di **Roberto Pardini**, vice Presidente della Rete Regionale Utenti, che ha illustrato le finalità di tale rete e di come gli utenti sono diventati protagonisti del loro percorso di cura, di **Vanna Spolveri**, Presidente dell'UTISM, che ha parlato del suo vissuto e del disagio nel trovare risposte nei servizi per suo figlio e di **Franca Fiorini**, Presidente Co.R.Sa.M.
Non sono mancati momenti di emozione per la lettura tratta dal libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore": **Kira Pellegrini**, Vice Presidente del Coordinamento Toscano, ha presentato il libro e **Graziana Angeleri** ha letto alcune parti.
Il ruolo dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane nella tutela della Salute Mentale sono stati esposti da **Mario Regoli** per l'UPI Toscana e da **Oreste Giurlani** Presidente UNCEM Toscana.
Fuori programma abbiamo avuto il piacere di ascoltare l'intervento molto apprezzato del Professor **Paolo Cendon**, che ha parlato della figura dell'amministratore di sostegno.
Fabio Roggiolani, Presidente della IV Commissione consiliare "Sanità" Consiglio della Regione Toscana, ha concluso la mattinata informandoci che la legge sul fondo della non autosufficienza ha integrato la salute mentale, su indicazione del Coordinamento e adesso è legge. Il fondo per la non autosufficienza è stato voluto fortemente dalla Regione Toscana, precisando che questa legge fa fare una svolta su una serie di questioni che le associazioni pongono in questi convegni, che sono sempre più rilevanti dal punto di vista scientifico e che fanno fare un salto di qualità a tutti. Il Presidente si è soffermato anche sul **dopo di noi** che sta fortemente a cuore ai familiari, e sulla questione del lavoro, precisando che nelle organizzazioni delle gare, la Regione non darà più un contratto a un'azienda che non impieghi le categorie protette.
I lavori del pomeriggio sono ripresi con gli interventi delle **Direzioni delle aziende USL** della Regione ai quali è stato chiesto di esporre la situazione dei servizi di salute mentale e quali azioni concrete negli ultimi tre anni e quali strumenti di verifica. È emerso per quanto riguarda gli strumenti di valutazione che ci sono difficoltà a trovare una linea comune, che però è fondamentale per migliorare il servizio e ottimizzare le risorse.
L'**Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana Gianni Salvadori** ha iniziato l'intervento complimentandosi per il lavoro svolto dal Coordinamento che ha portato l'attenzione grazie a questi convegni su una tematica difficile da affrontare; ha affrontato il tema della non autosufficienza rivolto anche alla Salute Mentale e si è soffermato sull'importanza del progetto personalizzato e sulla risposta circolare. Le risorse investite sono tante, ma devono essere gestite meglio; in particolare l'Assessore non è d'accordo sullo stato Welfare indifferenziato, mentre è il cittadino che deve essere al centro delle attenzioni dello

Stato. Ha citato l'importanza di partire dalla persona, dalle sue condizioni e dalle sue competenze, ma anche dalle sue predisposizioni e dai suoi desideri. L'Assessore propone un tavolo regionale permanente anche sulla disabilità. Altro problema preoccupante deriva dal fatto che la Toscana rischia di portare avanti queste iniziative da sola, mentre il Governo ha già tagliato un terzo del fondo sociale nazionale e altri tagli sono previsti nei prossimi anni.
Ottimi contributi sono venuti dal dibattito della mattina e del pomeriggio.
Galileo Guidi, Responsabile del governo clinico della Regione Toscana, ha concluso il convegno ribadendo l'impegno della Regione di incontrare entro i prossimi 6 mesi le aziende e verificare lo stato di attuazione dei percorsi messi in campo. Il Dott. Guidi ha ribadito che il lavoro da portare avanti è iniziato 4 anni fa con il primo convegno, a partire dal quale, ogni anno Istituzioni e Associazioni di familiari e utenti sono 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; ha inoltre precisato la grande crescita che c'è stata nella presa di coscienza da parte delle Aziende nelle vesti dei Direttori Generali, dei tecnici esperti del settore e degli Assessori Regionali per portare un contributo a questo dibattito relativo alla Salute Mentale. E' necessario far acquisire alla salute mentale l'interesse di cui ha bisogno, deve essere un problema non da discutere solo tra addetti al lavoro, ma la discussione deve essere allargata ad un pubblico più ampio.
Il Coordinamento si augura veramente che istituzioni e i cittadini ritrovino e svolgano il proprio ruolo, e che il prossimo anno, nella verifica, potremmo constatare dei cambiamenti positivi, e per questo si impegnerà 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 – Relazioni delle Associazioni

Relazione dell'Associazione "Oltre l'Orizzonte per la promozione del benessere psichico" sui servizi per la Salute Mentale a Pistoia

Associazione "Oltre l'Orizzonte"
Via S.Maria Maggiore 33
51100 Pistoia
0573/23382 cell. 328-9081569

e-mail: oltreorizzonte.pt@libero.it
sito web: oltrelorizzonte.org

Per chi non conosce i servizi pistoiesi preghiamo di rivedere la nostra relazione del 2007 nella quale ne abbiamo fatto una fotografia, dettagliando aspetti positivi e negativi.

Fra gli aspetti positivi avevamo segnalato:

UFSMA Pistoia

- Clima di apertura alla riabilitazione nel sociale
- miglioramento dell'accoglienza nel csm
- presenza di un operatore dedicato agli inserimenti socioterapeutici e alla legge '68
- presenza dell'assistente sociale nel dipartimento
- vivacità della polisportiva "La Giostra"

UFSMA Montecatini

- Porte aperte nell'SPDC
- Atteggiamento di apertura ai bisogni espressi degli utenti da parte del responsabile dell'UFSMA
- presenza dell'assistente sociale nel dipartimento

I grossi aspetti negativi erano:

- mancanza di esplicitazione del modello organizzativo e riabilitativo a cui si ispira il dsm
- non attivazione dei progetti terapeutici individuali personalizzati e grave carenza nella presa in carico
- SPDC Pistoia in sede poco dignitosa e pericolosa – temporanea dal 1985
- inspiegabile scollegamento fra il DSM e l'amministrazione (causa di ritardi o insabbiamenti di delibere), e con l'ufficio tecnico ASL (ritardo di anni nella ristrutturazione dell'ambiente adibito a comunità terapeutica, barriera architettonica per l'accesso al csm, non utilizzo di un appartamento per la semi-autonomia)
- non attivazione dell'integrazione socio-sanitaria con gli enti locali e il territorio

Eventi, comportamenti, dichiarazioni da nov. 2007 a novembre 2008

- **Esplicitazione del modello organizzativo e riabilitativo del DSM**

Dopo una stasi più che decennale durante la quale non si è operato per il potenziamento dei servizi e la loro evoluzione verso l'esterno per una vera integrazione sociale, a causa anche dell'incessante spinta della nostra associazione e grazie alle linee guida sempre più puntuali

dei piani sanitario e sociale della Regione Toscana, qualcosa comincia a cambiare anche se molto più lentamente di quanto noi vorremmo. Manca in tutte e due le zone un modello riabilitativo condiviso che preveda la formazione continua sul campo del personale e la valutazione degli esiti. Abbiamo fiducia che il cambiamento possa essere messo in atto e che Pistoia possa diventare un esempio di buone pratiche nel campo della riabilitazione perché le forze latenti ci sono: basta valorizzarle e attivarle.

- **Attivazione dei progetti terapeutici individuali personalizzati e presa in carico**

A questo proposito va riconosciuto l'apporto del Coordinamento toscano delle associazioni per la salute mentale e dei tecnici regionali che hanno sempre ascoltato le nostre rimostranze e le nostre proposte così da inserire nel piano sanitario regionale indicazioni puntuali sull'irrinunciabilità della formulazione di un piano individuale personalizzato, indicando anche la necessità di nominare un *case manager*[1].
Anche i responsabili del dsm concordano con questa impostazione, che però non è ancora resa operativa nell'organizzazione dei servizi territoriali, quelli della Valdinievole più carenti e con protocolli piuttosto rigidi per quanto riguarda la somministrazione dei farmaci, quelli di Pistoia con punte di eccellenza per quanto riguarda l'accoglienza nel csm, nelle strutture semi-residenziali e nei progetti speciali ma non ancora attrezzati per la presa in carico continuativa.

- **Funzione e utilizzo dei centri diurni e delle strutture semiresidenziali**

Alcuni centri diurni sono sottoutilizzati e la loro gestione risente della mancanza di visione globale e della mancata conseguente riorganizzazione dei servizi territoriali per la riabilitazione psichiatrica. Riteniamo che i centri diurni rappresentino un nodo importante nella rete per il sostegno ai percorsi riabilitativi ma devono essere ripensati, riorganizzati e soprattutto devono essere inseriti come nodi della rete riabilitativa con funzioni precise anche se con azioni flessibili. Perché si possa ripensare l'utilizzo dei centri diurni è necessario che la formulazione e attuazione dei piani individuali personalizzati diventi metodo di lavoro del dipartimento di salute mentale.

- **Verifica e valutazione del servizio**

Il piano sanitario regionale dà molto risalto alla valutazione dei servizi che finora sono stati autoreferenziali ovunque. La nostra associazione è ovviamente soddisfatta di ciò ma ci preoccupa il fatto che nel dipartimento di salute mentale di Pistoia si sia fatta soltanto una piccola proposta partendo dai singoli utenti. Abbiamo chiesto che venisse applicato il regolamento della consulta del dipartimento che prevede che le associazioni siano direttamente coinvolte nel processo di valutazione del servizio ma abbiamo avuto una risposta negativa dal coordinatore del dipartimento. Il rischio di coinvolgere solo i singoli utenti è quello di valutare elementi marginali o comunque molto parziali, che non danno un'idea chiara di tutto il servizio.
Chiediamo di essere coinvolti direttamente in questo processo. Chiediamo anche che la Regione Toscana formuli dei parametri di valutazione generali sui quali ogni territorio possa costruire il proprio "pacchetto valutativo."

- **Integrazione socio-sanitaria con gli enti locali e il territorio**

[1] Però, visto che si vuol usare il termine inglese, sostituiamo - come hanno cominciato a fare nel mondo anglosassone- questa espressione asettica, impersonale, che pone l'accento sul *caso medico*, con l'espressione ***care*** *manager*, rafforzando la connotazione del **prendersi cura** della **persona**.

Fin dalla legge 72/97, che per la prima volta ha esplicitato il concetto di alta integrazione per i servizi di salute mentale, la nostra associazione si è impegnata con tutte le istituzioni, tutti i dirigenti, tutti i politici locali per sensibilizzarli alla necessità di partire dalla mappatura dei bisogni e al coinvolgimento di tutte le forze territoriali per ipotizzare la messa a disposizione di risorse e percorsi socialmente inclusivi. Invece tutti, ma l'ASL in maniera sistematica e capillare, tendono soltanto a fare ciò che li lega a protocolli e accordi specifici che delimitano responsabilità e impegni. C'è una fossilizzazione e un immobilismo che, agli occhi di associazioni di volontariato impegnate come la nostra, sono non solo inconcepibili ma addirittura non ottemperanti alle leggi nazionali e regionali. Soprattutto sembra che, dirigenti profumatamente pagati per avere capacità progettuali e gestionali, vengano clamorosamente meno ai loro compiti.

Zona di PISTOIA

- **Inspiegabile scollegamento fra il DSM e l'amministrazione dell'ASL 3**

Dopo incontri ripetuti con il direttore generale, incluso quello regionale del 3 giugno 2008, **niente di fatto è cambiato** riguardo all' inspiegabile scollegamento fra il DSM e l'amministrazione dell'ASL. Non è cosa da poco perché ciò blocca non solo le "grandi delibere" come quelle dei concorsi per gli operatori ma anche quelle che determinano piccole iniziative come una breve uscita fuori sede- anche se coperte nel budget già approvato dell'UFFSMA. Questo determina un **immobilismo** ingiustificato in un dipartimento che, anche se con disorientamento e grosse resistenze, sta tentando di rinnovarsi. Questo aspetto ci fa infuriare e chiediamo che gli organi di controllo della regione, il sindaco di Pistoia, quale responsabile della salute dei cittadini, e il direttore generale dell'ASL 3 stesso si adoperino affinché questa situazione sia risolta. Alcune questioni che dipendono da questo immobilismo sono: blocco dei concorsi per educatori (l'UFSMIA non ne ha ancora) e psicologi, stallo nella firma di protocolli con la provincia per l'affinamento degli strumenti riguardo agli inserimenti lavorativi e ai corsi di formazione, costituzione di commissioni interistituzionali per l'allargamento delle risorse a disposizione per la formulazione di progetti individuali personalizzati maggiormente rispondenti ai bisogni dei percorsi riabilitativi, uscite dalle attività stanziali da parte dei centri diurni e della polisportiva)

- **Nuova sede SPDC Pistoia**

Il padiglione dove avrà sede il nuovo SPDC di Pistoia sarà inaugurato all'inizio dell'anno: nel corpo dell'ospedale civile, camere con bagno, stanza per fumatori, stanza per i colloqui con i familiari. Qualche polemica sulla ristrutturazione non diminuisce la nostra gioia ancora incredula!

- **Corso di formazione per familiari, utenti e cittadini in generale**

E' stata presentata dai responsabili del dipartimento un'interessante iniziativa formativa, molto importante sia per i contenuti che per la metodologia proposta.

Un pomeriggio al mese verrà dedicato ad incontri informativi aperti alla cittadinanza su: funzionamento dei servizi del dipartimento di salute mentale, leggi e diritti, presa in carico, gestione della crisi e ricovero, i farmaci, le cure e la guarigione. Ogni incontro avrà una prima parte informativa e una seconda aperta alla discussione. Questa seconda parte sarà gestita da un operatore, un familiare ed un utente.

Zona della VALDINIEVOLE

In Valdinievole è stata costituita la società della salute. L'associazione ha fatto parte del comitato di concertazione, a cui abbiamo partecipato solo in fase finale, e dei tavoli di concertazione. L'esperienza è stata molto deludente. Nella definizione del profilo di salute la salute mentale ha avuto pochissimo spazio ed è stato rimarcato il suo aspetto medicale, invece di ampliarlo da poter coinvolgere tutta la popolazione in quanto "non c'è salute senza salute mentale". Gli obiettivi proposti erano così minimi e parziali da non riuscire a capire chi possa averli formulati: l'adozione eterofamiliare (una in tre anni) e la sistemazione in appartamenti (pochissimi, ma nel frattempo si è frettolosamente rinunciato ad una villa già arredata e pronta per l'uso). L'esperienza del tavolo di concertazione è stata molto deludente. Innanzitutto i partecipanti non erano significativi in quanto nessuno- eccetto il referente della nostra associazione- si occupa specificamente di salute mentale. Non è stata presentata nessuna mappatura del bisogno, le richieste di discussione avanzate dalla nostra associazione non sono state accolte dal coordinatore in quanto ritenute improprie per il tavolo. Egli ha accettato soltanto che formulassimo la richiesta per il coinvolgimento dei medici di famiglia. Sono state presentate come proposte del tavolo quelle proposte dai referenti ASL.

Proposte presentate dall'associazione "Oltre l'Orizzonte"al tavolo di concertazione della società della salute della Valdinievole a dicembre 2007 e alla Consulta del dipartimento di salute mentale il 28 gennaio 2008.

- **Sperimentazione _____ progetti personalizzati** con la persona e con l'èquipe multidisciplinare (scritti e rivisti sistematicamente): dettagliare interventi (quante ore, quante volte, quali professionisti), coinvolgimento della famiglia e del medico di famiglia, percorso di empowerment, valutazione dell'andamento del progetto (da parte di operatori, paziente, familiari)
- **Lavoro**: mappatura degli inserimenti socio-terapeutici e delle assunzioni (dove – coop A, coop B, pubblico, privato; quale impegno orario) interruzioni: cause; tempi di permanenza; tempi intercorsi fra rilevazione bisogno e assegnazione; accompagnamento e tutoraggio; protocollo d'intesa con ente provinciale per inserimenti/tirocini; progetto "Mamma Ro" (?)
- **Residenzialità e integrazione socio-sanitaria con enti locali e territorio**
  - mappatura del bisogni; rispetto del progetto terapeutico; quantità e qualità dell'accompagnamento; grado di autonomia di ciascun ospite;
  - appartamenti: rispetto del progetto terapeutico; quantità e qualità dell'accompagnamento; grado di autonomia di ciascun ospite; valutazione dell'andamento del progetto
  - reperibilità altri appartamenti: pazienti proprietari? I comuni? Case per la vita?
- **Formazione**
  - **Utenti:** secondo le loro richieste; circoli di studio della provincia su bisogni specifici e concreti? Progetto "benessere" (cura di sé, analisi mediche periodiche, ecc); informazioni sui farmaci e loro effetti collaterali; gruppi psicoeducativi; l'amministratore di sostegno, ecc.
  - **Utenti organizzati:** imparare a fare progetti per reperire finanziamenti (?)
  - **Familiari**: conoscenza dei servizi; diritti; farmaci; seminario con dott. Paola Carozza; l'autonomia dei figli, l'amministratore di sostegno, ecc.
  - **Operatori:** Seminario su metodi riabilitativi improntati al recovery con esercitazioni/applicazione (incentivare!)
- **Protocolli con altre unità operative (Diabetologia, cardiologia, ecc)** per controlli automatici di routine

- **Il medico di famiglia:** 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.

Accolte: almeno 5 progetti personalizzati per ogni medico, corso di formazione per familiari e utenti, aperto alla cittadinanza

Iniziative più significative dell'Associazione "Oltre l'Orizzonte nel 2008

1. Progetto "Vivere Indipendenti" per il sostegno domiciliare di utenti non collaboranti e familiari in un percorso di autonomia (su finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia)
2. Corso di formazione CESVOT "Le psicoterapie:come orientarsi?"
3. "I ragazzi del venerdì" – attività di socializzazione che dura ininterrottamente dal 1999.
4. Attività di socializzazione
5. Progetto "Dal sé all'altro" per la valorizzazione della diversità e la sensibilizzazione verso i sofferenti psichici nelle scuole secondarie
6. Redazione e stampa del bilancio sociale 2000-2008
7. Stampa della documentazione del progetto "Salute mentale e stigma" realizzato con l'istituto d'arte negli anni 2005-2007
8. Progetto Percorsi d'Innovazione Cesvot "Un dolore sommerso" che ha prodotto il libro "Donne e madri: percorsi di dolore e d'amore"
9. Stand di socializzazione e raccolta di firme del documento UNASAM nel trentennale della Legge Basaglia

Vivere Insieme Associazione ONLUS - Arezzo

Via Campo di Marte 20 Arezzo
Te. 0575 1786314
numero verde 800 911362
vivereinsieme_ar@libero.it
www.vivereinsieme.net

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 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. A questo proposito il progetto di innovazione in corso, finanziato dal CESVOT, che consiste nel reinserimento lavorativo attraverso il lavoro nell'orto biologico, potrà funzionare meglio e durare nel tempo se ci sarà una maggiore sinergia con il DSM, che, ad oggi, sembra non credere molto in quella che è ormai una realtà esistente nel territorio con molte potenzialità per il futuro. Maggiore interesse ha dimostrato l'ufficio della Provincia per le categorie protette che ha effettuato un inserimento.

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, affinchè 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 e 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 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 situazioni attive di reale coinvolgimento e stimolo delle persone . Questo stato delle cose, già sottolineato nel Convegno delle associazioni toscane a Firenze nel 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 al progetto di cui sopra teso al reinserimento di persone con svantaggio psichico nel settore agricolo

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. Al momento funziona il gruppo di auto aiuto per persone affette da disturbi psichici che non ha mai visto, in più di due anni di attività, invii da parte dei Servizi così come per il gruppo di auto aiuto dei familiari , sospeso al momento, che ha dato vita ad un altro progetto intitolato: La famiglia difficile. L'idea del corso è nata dalla richiesta sempre più forte di sensibilizzazione e prevenzione del disagio psichico, promuovendo un orientamento per attività che hanno posto in giusto risalto le tematiche legate al disagio psichico, tenendo al centro le necessità della famiglia.

Associazione ONLUS *"Comunicare per Crescere"* - Piombino

Associazione ONLUS "Comunicare per Crescere"
Familiari per la Salute Mentale
c/o Ospedale Villamarina "Palazzina Rossa"
Via Forlanini – 57025 Piombino (LI)
Tel. e Fax 0565.67322
C.F. 90021260493

L'Associazione che è attiva sul territorio della Val di Cornia dall'anno 2001, ha tra i suoi obiettivi, quello di facilitare il rapporto dei familiari degli utenti con le Istituzioni socio-sanitarie, attraverso un'azione di stimolo e di controllo, ma soprattutto di collaborazione e confronto.

Se guardiamo a questo aspetto è indubbio che a partire da tale data, ma soprattutto se pensiamo al periodo ad essa antecedente, le sinergie tra le Istituzioni e le famiglie degli utenti si siano fatte sempre più strette, operative e proficue. Ciò ha consentito di progettare e realizzare insieme percorsi di informazione e formazione, di integrazione sociale, convegni.
E' tuttavia, pur nel riconoscimento del valore di quanto appena affermato, l'Associazione intende portare all'attenzione delle SS. Loro alcune richieste relative ai punti critici dell'AS 6 – Livorno –Zona Val di Cornia;

1. favorire la realizzazione di strutture sanitarie e luoghi in cui fronteggiare la crisi acuta 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Attualmente disponiamo di un reparto UFSMA che opera dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al sabato, dove gli utenti, oltre a ricevere le terapie, avere colloqui con gli psichiatri, gli operatori ed il personale infermieristico, trovano anche assistenza nei momenti di crisi più o meno conclamata. Nei casi più gravi però gli utenti possono disporre solo di alcuni posti letto nel Reparto di Medicina, dove tuttavia non è salvaguardata, o lo è solo in parte, la loro dignità di fronte agli altri ricoverati ed al personale del reparto. Quando poi neppure questa soluzione è possibile si può ricorrere al ricovero nel reparto psichiatrico di Livorno, con tutto il disagio per utenti e familiari che la distanza comporta, aggravata dal trauma del TSO quando questo si renda necessario.
   Per questo abbiamo più volte chiesto un SPDC nella zona della Val di Cornia, era stato ipotizzato una sua apertura a Cecina, che se non è l'optimum, è senz'altro preferibile alla situazione attuale. Non se ne parla più da oltre un anno.

Eppure le informazioni che ci vengono dal servizio ci confermano sempre più sulla legittimità di questa richiesta, tenuto conto che la nostra zona per la sua specificità (presenza del porto di Piombino, turismo estivo), si trova a dover fronteggiare richieste di intervento da soggetti in crisi provenienti da fuori territorio.

2. Disporre di personale qualificato in numero sufficiente e stabile, accrescendone le capacità attraverso percorsi di formazione che ne valorizzino l'esperienza, le peculiarità e li rendano capaci di riconoscere e potenziare le abilità residue degli utenti, orientandole verso situazioni di vita reale e riabilitative.

3. Monitorare e valutare i risultati degli interventi e dei percorsi posti in essere dal servizio psichiatrico, con ciò si intende riferirsi non solo all'efficacia delle terapie farmacologiche, ma anche di tutte quelle strategie che possano suscitare nell'utente la

consapevolezza della propria condizione, unitamente però alla stima di sé e delle proprie capacità riabilitative e di integrazione sociale.

4. Valorizzare la collaborazione dei familiari sollecitandone e favorendone la partecipazione a corsi di informazione e formazione con l'obiettivi di fornirli delle abilità atte ad affrontare le diverse fasi della malattia, ma anche per far loro comprendere l'importanza che essi rivestono nel trattamento del loro congiunto.

Pertanto sollecitiamo un nuovo metodo di approccio nell'indurre le famiglie degli utenti a fornirsi, attraverso la formazione-informazione, ma anche la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e alla vita dell'Associazione, di tutti quegli strumenti che possano aiutare ad alleggerire il carico della sofferenza indotto dalla malattia, a vantaggio non solo del singolo, ma del nucleo familiare nel suo insieme e perciò stesso proprio del paziente.

5. Con lo sguardo rivolto ad un ambito territoriale locale e non solo, auspichiamo con forza il coinvolgimento delle forze imprenditoriali e sindacali per ciò che concerne il lavoro. Nella convinzione che esso rappresenti un fattore fondamentale nel processo riabilitativo e nella valorizzazione di sé, abbiamo organizzato nel mese di maggio 2008 un convegno dal titolo "Lavorare per Crescere", se pure con la partecipazione di molti rappresentanti delle Istituzioni socio-sanitarie locali, provinciali e regionali, ha dovuto registrare l'assenza di imprenditori e sindacati.

6. Strettamente connesso il punto precedente perché ancora riguardante la centralità del tema del lavoro, se davvero vogliamo dare agli utenti il modo di riappropriarsi della propria immagine positiva e della propria vita, è la questione relativa all'assegno di invalidità. Riteniamo che debba essere rivisto il tetto massimo di reddito presunto dal cumulo dell'assegno di invalidità con un lavoro integrativo. E' da notare infatti che il timore di vedersi privati di questo pur modesto sostegno pecuniario possa dissuadere alcuni utenti dall'accettare lavori part-time, spesso mal retribuiti o poco gratificanti, che perdono poi anche la valenza economica se sono accompagnati dal rischio di perdere il pur modesto assegno di invalidità. Non deve inoltre sfuggire che per gli utenti è spesso faticoso interagire con un ambiente lavorativo, tanto più se a questo si aggiunge la conseguenza prima detta.

7. Promuovere azioni mirate al disagio infanzia-adolescenza per una presa in carico precoce. Rafforzare il rapporto nella zona fra UFSMIA e UFSMA, per la continuità terapeutica.

All'inizio del nostro documento abbiamo sottolineato l'importanza dell'obiettivo di facilitare i rapporti con le Istituzioni anche attraverso la collaborazione ed abbiamo ricordato l'importanza di progettare insieme. Da queste sinergie ha preso vita il progetto "Verso un dolce lavoro" promosso dall'Associazione, con l'obiettivo di creare opportunità lavorative, inserimento sociale. Il progetto prevede la produzione di miele, di altri prodotti apiari, e si avvale di un laboratorio di smielatura situato presso il "Palazzo della Vigna", all'interno del Parco di Montioni. Per lo sviluppo di tale progetto vi è stata la partecipazione dell'UFSMA USL 6 Val di Cornia, della Società della Salute e il sostegno economico della Regione Toscana.
La realizzazione del Progetto ha visto impegnati volontari dell'Associazione, collaboratori esterni, ma soprattutto utenti che si sono occupati della costruzione delle arnie, delle attrezzature, della messa a norma del laboratorio di smielatura, della produzione del miele.
Nell'ambito del progetto "Dal Campo al Mercato", finanziato dal CESVOT con un contributo economico del Comune di Campiglia Marittima, si è potuto realizzare la vendita del suddetto miele "La regina delle Api", inaugurata sabato 11 ottobre c.a. presso il mercatino settimanale

di San Vincenzo. Tale vendita, di cui si occuperanno quattro utenti dell'UFSMA Val di Cornia, proseguirà nei prossimi mesi nei mercatini settimanali di San Vincenzo e Venturina.

DATI FORNITI DALL'ASL 6 – LIVORNO – UFSMA – ZONA VAL DI CORNIA PIOMBINO

I dati si riferiscono 1°semestre 2007 e 2008

Numero ricoveri in Reparto di Medicina - Piombino

1°semestre 2007 - PERSONE **52** numero ricoveri **68**

1°semestre 2008 - PERSONE **39** numero ricoveri **54**

Numero invii a Livorno

1°semestre 2007 - PERSONE **8** numero TSV **5** - TSO **3**
numero ricoveri **9** numero TSV **6** - TSO **3**

1°semestre 2008 - PERSONE **9** numero TSV **4** - TSO **5**
numero ricoveri **9** numero TSV **6** - TSO **5**

Associazione Camminare Insieme – Onlus – Empoli

Aggiornamento delle valutazioni e del lavoro, come relazione per il Convegno Regionale del 28 novembre a Firenze che la nostra Associazione porta avanti nell'ambito del territorio di 15 Comuni dove opera la nostra AUSL 11di Empoli.

Continua l'impegno per lo **sviluppo dell'area lavoro**,con un organizzazione specifica e rapporti Dipartimento Salute Mentale con i Servizi Sociali con l'obbiettivo di sfruttare in positivo la legge "68" e 391 sul lavoro vero e sugli inserimenti terapeutici lavorativi.

Di positivo in questa area abbiamo sicuramente la Cooperativa Sociale Pegaso nata nel 2000 che ha come obbiettivo fondamentale nel suo Statuto,quello di inserire al lavoro soggetti con disturbi mentali,naturalmente è una Cooperativa di Tipo B a cui noi come Associazione Camminare Insieme partecipiamo alla sua gestione come Soci Sovventori avendo circa il 30% delle quote del Capitale Sociale.
Detto questo vorrei anche darti degli elementi importanti sulla Cooperativa,innanzitutto abbiamo un rapporto strettissimo con il gruppo del D.S.M. guidato dal Dott. Giuliano Casù che si occupa Inserimenti Terapeutici Lavorativi , dobbiamo dire che dopo sei anni di gestazione della cooperativa, nel 2002 abbiamo iniziato a lavorare su appalti veri e ad oggi possiamo dare questi dati; la Cooperativa ha ,**cinque dipendenti abili assunti,otto disabili anch'essi assunti di cui tre a tempo pieno e cinque a tempo parziale,e poi cosa importantissima abbiamo 25 (venticinque) Inserimenti Terapeutici Lavorativi indicati dalla struttura Sanitaria**.
Quindi il nostro gruppo è diventato di 38 persone che sono impegnate su vari lavori dalla Pulizia dei locali, alla manutenzione del verde pubblico,al lavoro di trasporto conto terzi di vari materiali di varie imprese pubbliche della Toscana,oltre all'inizio di una attività di agricoltura sociale,una piccola City Farm (fattoria sociale).

Si rafforza un impegno serio sulla **Residenzialità**, in pratica Residenze Assistite in particolare su Empoli dove il Dipartimento salute Mentale si stà fortemente impegnando e sostanzialmente già oggi abbiamo risultati importanti, basti pensare alle due Comunità Terapeutiche una ad Empoli e l'altra nel Valdarno alle quattro Residenze Assistite per dieci posti a Certaldo,alla Residenza Assistita a Santa Croce ai quattro gruppi appartamento a Fucecchio,ai due gruppi appartamento a Santa Croce ed altri due nel Comune di Vinci per un totale di 42/44 posti nell'area
Inoltre nell'area Empolese Valdelsa ci sono quattro appartamenti di solidarietà.

Sta partendo un progetto molto importante in collaborazione trà Associazione e D.S.M. su "Impiego di facilitatori sociali su progetti abitativi"che vedrà impegnati diversi utenti del Dipartimento che saranno preparati per svolgere questo lavoro .

Si sta concretizzando una nuova struttura,(aperta nel mese di settembre) nel Comune di Vinci per disabili psichici gravi nell'adolescenza (dai 14 ai 18 anni) con l'accordo di tre Asl dell'area vasta Empoli, Prato e Pistoia per 9/10 soggetti.
Un altro obbiettivo importante portato avanti dà una Fondazione privata in collaborazione con la Asl 11 di Empoli è un Centro Autistici Adulti nel Comune di Empoli ,che muove i primi passi.

Altra importante nota positiva è il nuovo Dipartimento Salute Mentale ad Empoli

- “Casa Gazzarri” inaugurata il 6 dicembre 2005 con al piano terra una struttura residenziale

fissa con 12 posti letto che opera 24 ore su 24 con tutta la necessaria assistenza,al primo piano
abbiamo il Centro di Igene Mentale con molte stanze per i medici del dipartimento,e su una struttura laterale abbiamo il Centro Diurno (CIS) che vede la presenza giornaliera dalle 15 alle 20 persone presenti tutti i giorni dalle ore 9 alle ore 15.

Oltre all’apertura del Nuovo Ospedale di Empoli (il 10 settembre 2008 c’è stato il trasferimento) con un S.P.D.C. davvero all’avanguardia da tutti i punti di vista.

Le iniziative dell’Associazione ed il rapporto con le Istituzioni:
abbiamo promosso un progetto**”Volontariamente”** finanziato dal Cesvot finalizzato alla preparazione di persone che volontariamente possono sostenere ed aiutare soggetti psichici,oltre ad incentivare il rapporto dello stare insieme con pranzi sociali.e gite.

Con questi impegni che il Dipartimento Salute mentale si è assunto, riteniamo che le **risorse umane** siano lo strumento più importante nell’ambito della Salute Mentale (con particolare riferimento per quanto riguarda i medici e gli psicologi).

Associazione Difesa Ammalati Psichici Gravi (onlus) – Sezione di Prato

Come sarete a conoscenza negli ultimi tempi, l'unità funzionale adulti di Prato ha vissuto un periodo non facile. Sta di fatto che il Dott. Pino Pini ha dato le dimissioni, e siamo in attesa della nomina del nuovo primario.

Quindi informare su quanti percorsi di cura condivisi siano stati attuati nell'ultimo periodo, mi resta difficile, in quanto non ho informazioni certe.

Però, se mi permettete vorrei fare una riflessione a trent'anni dall'approvazione della legge 180 e poi parlare di psichiatria di comunità.

Con la riforma della psichiatria, voluta dalla legge 180, fu avviato un processo di grande civiltà, fu abolita l'istituzione manicomiale, ritenendola un luogo di non cura e disumano.
Molta strada ne abbiamo fatta, ma tanta ne resta ancora da fare per qualificare gli interventi e umanizzare i luoghi di cura, e di vita.
Però, il processo di superamento degli ospedali psichiatrici pubblici, non è stato accompagnato, dappertutto dalla realizzazione di buoni servizi territoriali di salute mentale.

Alla chiusura dei manicomi si dette inizio ad un nuovo modo di cura, identificando nel dipartimento di salute mentale il modello organizzativo, per il potenziamento su tutto il territorio nazionale di un sistema di tutela della salute mentale , che attraverso varie componenti e pratiche (centri si salute mentale, strutture residenziali,centri diurni, day-pspital, , servizi di diagnosi e cura e tante altre situazioni che non elenco) e con il coinvolgimento attivo di tutte quelle parti sociali , familiari, e
utenti dei servizi, medici di medicina generale, scuola , servizi sociali, cooperazione sociale, volontariato ecc. in maniera che si rispondesse con qualificata tempestività a tutte le richieste e i bisogni espressi dalle persone colpite da disturbo psichico.
I luoghi di cura e la famiglia , in questa nuova organizzazione assumono un'importanza primaria, ma le famiglie si sono travate impreparate e tuttora lo sono per sostenere questo carico, perché troppo spesso da parte dei servizi non vengono date risposte adeguate alle loro richieste e ai tanti bisogni e problemi che giornalmente le affliggono.

Nonostante questo grande limite, laddove i dipartimenti hanno applicato i principi della riforma psichiatrica, si sono ottenuti risultati molto apprezzabili da parte dei pazienti e dei loro familiari. ma in molti servizi persistono situazioni molto difficili e inaccettabili.

- Ricorso a pratiche coercitive, molti SPDC usano contenzione fisica, e forte contenzione farmacologia , porte chiuse, video sorveglianza,
- Non adeguato sostegno ai familiari, che spesso si trovano costretti ad assumersi un carico assistenziale insopportabile, solitudine e disperazione.
- La difficoltà per i servizi , a garantire programmi di intervento a causa di scarse risorse finanziarie e umane
- L'abbandono di molti casi difficili che se non si ripresentano nei CSM vengono dimenticati dagli operatori.

Io ritengo importante ragionare di queste situazioni, in quanto, mi risulta che sul territorio nazionale ci sia un proliferare di nuove associazioni di familiari del tipo “vittime della legge180”

E penso che questo nuovo governo farà di tutto per modificare, o abolire la 180. Come sapete nel nome della sicurezza hanno iniziato con i Rom, le prostitute e la “caccia” al diverso. E il diverso domani potrebbe essere il portatore di problemi psichiatrici. Può darsi che al primo fatto di cronaca di un certo impatto emotivo o di una violenza perpetrata da persona con disturbo psichico, nel nome della sicurezza si inizi una campagna contro la Legge 180.

I problemi non sono pochi. 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.

E mi chiedo, oggi il disagio psichico come è visto dall’immaginario collettivo?.

E il suo luogo di cura il DSM, come è conosciuto?

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, che molti DSM nella loro attuale organizzazione e funzione, con il loro centralismo tecnico, non sono servizi di psichiatria di comunità, di cui tanto si parla, ma di cui troppo spesso non si vedono nelle pratiche quotidiane gli atti coerenti e conseguenti. Esistono sicuramente esperienze importanti, movimenti suggerimenti dibatti ricchi. Ma manca complessivamente un approccio, una buona pratica condivisa che ne esprima il radicamento. La crescita, la diffusione.

Psichiatria di comunità, non è un’ idea. 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.
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. Quindi è opportuno fare una riflessione sulla psichiatria di comunità, in un confronto in particolare sui servizi di riabilitazione e di inclusione sociale

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, che questo sia il passaggio principale tra il possibile utente, la sua famiglia e il servizio, avendo vissuto questo momento in prima persona.

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

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 un

rapporto di fiducia, perché il rapporto di fiducia influisce in maniera primaria nel percorso di cura.

- 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. Il lavoro di rete dovrebbe tenere presente tra gli attori anche l'utente e la sua famiglia, 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.

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 sulla vita del 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 tiene lontani dei servizi i cittadini. E questa situazione accresce, 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. Penso che a svolgere questo ruolo
dovrebbero essere i M.M.G. e 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, con la loro testimonianza, saranno, senz'altro particolarmente efficaci nel coinvolgere i diversi interlocutori.

Questo servirebbe a costruire occasioni di stimolo per tanti "uomini della strada", ed a favorire percorsi di liberalizzazione per utenti e familiari, che spesso cadono in situazioni d'auto esclusione.

Io credo che queste siano le cose, che noi insieme in un rapporto alla pari, familiari e utenti nel riconoscimento della professionalità e delle competenze degli operatori, e gli operatori nel rispetto dei saperi dei familiari e degli utenti e di tutte quei volontari delle Ass. che militano nella salute mentale, per cercare di realizzare queste buone pratiche se si vuole riqualificare questa importante Legge.

Carlo Bonechi
Di.A.Psi.Gra sez di Prato

Associazione “ASTOLFO “ – Onlus per la Salute Mentale – di Borgo San Lorenzo(FI)

L’Associazione ASTOLFO nata nel 1995 si occupa di persone che vivono il disagio psichico e delle loro famiglie . E’ stata fondata da familiari,utenti evolontari ; ha sempre lavorato per la promozione e tutela dei diritti , per la lotta allo stigma , per l’emancipazione e l’integrazione delle persone con problema di salute mentale e per il loro benessere e dei propri familiari .Negli anni è stata promotrice di molte iniziative. Fa parte del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale e collabora con la Rete Regionale Toscana Utenti Salute Mentale. E’ inscritta all’ Unione Nazionale Salute Mentale (UNASAM) , organizzazione che rappresenta molte Associazioni presenti sul territorio nazionale ed è parte dell’ Organizzazione Europea delle Famiglie (’EUFAMI)
L’Associazione ASTOLFO è costituita da diversi elementi:

- GRUPPO INIZIATIVE nato come momento di grande partecipazione, discussione, costruzione e condivisione di tutte le iniziative ed i progetti realizzati e da realiz-zare. E’ aperto a tutti . Si riunisce il Mercoledì dalle 18 alle 19 in via Pananti n. 40 a Borgo San Lorenzo E’ ciò che tiene insieme tutta l’organizzazione dell’ Associazione. Inoltre il ” Gruppo Iniziative promuove visite alle altre realtà Associative della Regione ed oltre… per scoprire e confrontare le Buone Pratiche per la Salute Mentale con un suo specifico contributo di idee e di testimonianze , per l’affermarsi di una mentalità di accoglienza e di rispetto senza più i tanti pregiudizi che hanno escluso la persona con sofferenza psichica.
Nel corso di questi ultimi due anni ha realizzato circa 80 iniziative , ha promosso e realizzato due week-end per familiari alla Casa al Giogo con piena soddisfazione dei partecipanti giunti da Massa Carrara ,Pisa , Lucca ,Arezzo Pistoia ,Prato, Firenze, Livorno,Piombino,Siena, Modena e Trieste
La partecipazione assidua alle molte occasioni pubbliche di riflessione e scambio di esperienze Regionali e Nazionali ha favorito una forte crescita della Associazione nella consapevolezza del proprio ruolo di Associazione che promuove Salute Mentale sul territorio.

-GRUPPO di ASCOLTO nato come momento di accoglienza e di ascolto di persone in difficoltà . E’sostenuto da un volontario a turno con il massimo rispetto per la privacy . E’ molto importante per avvicinare utenti e familiari
(mercoledì dalle ore 17 alle 18 in Via Pananti 40 a Borgo San Lorenzo).

-GRUPPO di Auto-Aiuto L’Orologio nato come momento forte di aiuto reciproco fra utenti ed ex utenti per sostenersi nel percorso di guarigione . Si riunisce una volta la settimana (il venerdì presso la sede di Via Pananti 40 a Borgo San Lorenzo dalle ore 17 alle 19) . Il Gruppo fa parte della Rete Toscana Utenti Salute Mentale che promuove il protagonismo degli utenti per rinnovare percorsi di guarigione che tengano conto degli utenti stessi come persone reali con pieni diritti (e non più solo come” pazienti”)

-GRUPPI di Auto-Aiuto per Familiari in formazione a Borgo San Lorenzo mentre a Barberino di Mugello esiste già da qualche anno.

-LABORATORIO di PITTURA ,nato in questi mesi, ospita persone desiderose di dipingere ed è attivo tutti i giovedì dalle 16 alle 19 in corso Matteotti presso la Scuola
Chino Chini di Borgo San Lorenzo .

I Gruppi di Auto –Aiuto utenti e familiari ed il gruppo di Ascolto utilizzano per la supervisione consulenti esterni.

L' Associazione Astolfo inoltre gestisce Casa al Giogo, come capofila delle Associazioni dei Familiari della Consulta Provinciale di Firenze ,con l'ambizione di farne oltre che un luogo attrezzato per di turismo sociale,un luogo di incontro, confronto e di scambio fra le Associazioni regionali,nazionali ed europee.

CASA al GIOGO è situata sul crinale dell' Appennino Tosco-Emiliano ad 800 metri di altezza nel Comune di Firenzuola;,luogo incantevole immerso nella natura…..

L'associazione Astolfo inoltre si prepara a gestisce anche la :
- CASA di VERTIGNANO-

A gennaio 2008 infatti ha ricevuto dalla Fondazione Romanelli e Bruschi in comodato d'uso per 10 anni la Casa di Vertignano (colonica nella Frazione di Luco di Mugello) finalizzata alla accoglienza di persone con problema di salute mentale desiderose di ricostruire la propria autonomia ed un proprio lavoro. La casa assegnata è però in condizioni precarie e quindi richiede lavori di ristrutturazione e di messa a norma che l'Associazione sta iniziando a fare.

Inoltre l'Associazione per la Formazione 2008-2009 ha predisposto il Corso per "VOLONTARI CONSAPEVOLI IN RETE PER LA SALUTE MENTALE" che si svolgerà dal 5 Dicembre al 27 Febbraio prossimi(vedi deplian allegato)

Associazione Riabilita - Siena

NEi PERCORSi SENESi…

Il Centro Diurno Bellemme ha iniziato a esistere e funzionare quasi 20 anni fa… ufficialmente nel 1991. Nato nel tentativo di **avviare percorsi innovativi di riabilitazione psicosociale**, ha dato vita ad un vecchio fabbricato agricolo, interno alle proprietà dell'ex manicomio del S. Niccolò. Pur trovando **collaborazioni importanti** come quella della Psichiatria Universitaria, della Caritas Diocesana e delle prime cooperative sociali del territorio, oggi ancora stenta a far riconoscere la propria identità… proprio come se si stentasse a vincere una malattia atavica nella società senese: quella di **negare l'identità delle persone affette dalla malattia mentale.**

Nel tempo sono stati costruiti molti percorsi positivi, esperienze forti che hanno raccolto risposte sincere ed un reale apprezzamento da parte di alcuni per aver costruito un punto di forza in una rete territoriale ancora troppo debole. **Partner privilegiati** della nostra azione sono le Cooperative Sociali del **Consorzio Arché** (che da anni sostengono economicamente e professionalmente le attività del Centro oltre a sostenere significativi percorsi di inserimento al lavoro), la **Clinica Universitaria** delle Malattie Nervose, Il **Coordinamento Toscano** dei CD, la **Caritas** diocesana e la **parrocchia** che ospita la nostra sede, il Dipartimento di Salute Mentale della **USL 7 ed i Servizi Sociali** distrettuali, la **circoscrizione comunale** del nostro quartiere. **Bellemme** oggi è un **Centro di Socializzazione** gestito da una ONLUS, l'Associazione di volontariato **RIABILITA**, ed è frequentato da circa 25 soci; è aperto in autogestione dalle 9,00 alle 16,30 ove il momento centrale è costituito dal pranzo, luogo conviviale di accoglienza ma anche di confronto, di verifica personale in un clima familiare. Gli operatori e i diversi volontari conducono progetti riabilitativi secondo **programmi** formulati e monitorati con l'equipe di supervisione: attività domestiche, scuola di cucina, creazione di manufatti, movimento per la consapevolezza corporea, calcetto, arteterapia, discussione di film-libri-giornali, progetto benessere, visite "fuori dal centro", ecc. il tutto sintetizzato in un gruppo terapeutico di mutuo aiuto (dimostratosi efficace e autonomo soprattutto nei momenti di crisi e di ricaduta dei propri membri).

Oltre ai beneficiari diretti, ovvero le persone affette da patologie psichiatriche, consideriamo come **beneficiari del nostro programma** anche tutti quei soggetti che in modo

indiretto sono toccati e coinvolti nelle problematiche del disagio mentale: le famiglie, i contesti di vita, le organizzazioni impegnate nel reinserimento sociale e lavorativo. Le **famiglie**, nel nostro progetto, non sono considerate solo come il punto di partenza e di arrivo della riabilitazione, ma devono avere il diritto/dovere di **accompagnare** il soggetto lungo il percorso riabilitativo e devono essere supportate in questo faticosissimo cammino in modo da poter ritrovare equilibrio e tranquillità necessarie ad una **speranza di progettualità** futura per loro e per tutti componenti del nucleo familiare. Riabilita opera nella convinzione che il consolidamento di tale attività riabilitativa, porti benefici non soltanto ai singoli soggetti affetti da malattie mentali, e ai loro familiari, ma alla stessa comunità senese ed alla sua provincia, dal momento che è in grado di offrire un **servizio di sostegno, accoglienza e promozione** umana di persone in stato di disagio psichico provenienti da tutto il territorio.

"Noi siamo fuori perché gli altri non ci guardano dentro!"

Abbiamo maturato nel tempo la convinzione che la **forma meno istituzionalizzante** che potevamo darci per non chiudere le porte a nessuno fosse questa: un'organizzazione ove nel libro dei soci non si distinguesse affatto utente o volontario, ovvero chi vi si è iscritto perché affetto da patologie invalidanti o perché desideroso di sfogare con qualcuno il proprio disagio e le proprie frustrazioni quotidiane; oppure da un familiare in cerca di allacciare almeno un filo ad una speranza futura o da chi si accosta a questo mondo perché si è lasciato coinvolgere spontaneamente da qualche amico o dal desiderio di condividere una storia profonda fatta di disagio e di follia. **Siamo associati** però **da un'idea comune**: quella di provare insieme a ridare un senso alle nostre esistenze; quella di **esserci volontariamente** mettendo in gioco le nostre motivazioni anche se spesso si confondono con la fatica. Il Centro di socializzazione diventa così solo il luogo dove ci si incontra, non la struttura che guarisce. **Principio della porta aperta**: l'accoglienza prima di tutto! L'essere legati a dei principi o a dei metodi più che a delle regole o a delle procedure standardizzate è per noi sempre stato un **punto di forza**. Poter contare su **soluzioni flessibili**, rinnovabili, personalizzabili secondo le singole esigenze ci ha permesso nel tempo di rendere il più possibile facile l'accesso al nostro centro individuando soluzioni informali difficilmente realizzabili in altri contesti, basandosi più sulla risposta positiva che può seguire ad un invito interpersonale per venire a trovarci al centro più che ad una certificazione, ad una diagnosi, o ad una regolarizzazione della documentazione prevista. Questa scelta, seppur "sbilanciata" nella prima fase della conoscenza, ci ha facilitato in molte situazioni, rendendo effettivo il principio della **bassa soglia**, facilitando la nascita di un rapporto di fiducia e realizzando in maniera spontanea occasioni di "aggancio" in altri modi impensabili.

Lavorando in quest'ottica ci rendiamo sempre più conto di quanti **vuoti istituzionali** ci siano ancora da colmare. Innanzi tutto si parla sempre di **integrazione** ma in realtà ci troviamo a dover operare sempre attraverso una pesante **frammentizzazione dei servizi** (intesa nel suo complesso tra pubblico e privato) che certo non giova alla cura di un soggetto affetto da disturbi mentali che anzi avrebbe bisogno di risposte e aiuti immediati. Spesso anche chi lavora come operatore, si sente rimbalzare da un servizio all'altro in attesa di risposte che non arrivano mai. L'impegno del volontariato e del terzo settore, come dicevamo, stenta ancora ad avere un **riconoscimento pubblico** che ne favorisca l'ufficialità e permetta una **compartecipazione economica** da parte dei servizi sociosanitari…

Negli ultimi anni gran parte delle **istanze rivolte ai servizi** dai cittadini della zona senese sono spesso rimaste disattese, confuse da ripetuti avvicendamenti nelle linee strategiche e nei vertici aziendali e dal persistere di posizioni divergenti tra psichiatria territoriale e universitaria oltre che dall'impossibilità di trovare soluzioni concrete che attuassero una piena integrazione tra servizi sociosanitari.

STRALCI DAL CONTESTO ISTITUZIONALE

Dall'Analisi delle trasformazioni sociali e percorsi di concertazione in provincia di Siena, del 2005, riguardo alle risposte ai bisogni socio-sanitari dei cittadini in provincia di Siena, è stato scritto:

"Nel settore della salute mentale gli interventi di protezione sociale sono strettamente correlati agli interventi sanitari e definiti da appositi piani individualizzati. Sono stati messi in atto interventi per.

- Favorire l'inserimento lavorativo
- Favorire le condizioni abitative
- Il trasporto sociale
- Favorire il mantenimento in famiglie tramite l'erogazione di assistenza familiare.

Obiettivo:

individuare precocemente il disagio psichico in un ottica di prevenzione promozione della salute e benessere della popolazione; prevenire forme di emarginazione e l'inserimento nel contesto sociale delle persone con disturbi mentali, favorendo la loro autonomia ed emancipazione anche attraverso la risoluzione dei problemi abitativi e di lavoro."

La lettura del PIS Zona Senese 2205/08 mostra quale sia l'incidenza delle tre diverse tipologie di Determinanti di Salute e come, gli interventi si possano incentrare non tanto su fattori non modificabili come quelli genetici o investendo troppo sull'accesso ai servizi, ma come ci si debba dirigere prevalentemente verso il miglioramento degli stili di vita, dell'ambiente come delle condizioni sociali ed economiche.

In provincia di Siena gli elementi di maggior rilievo sono: diminuzione del numero dei soggetti dimessi da ospedali con diagnosi prevalente psichiatrica, andamento in linea decrescente nel ricorso ai TSO (da 0,25 a 0,15 x 1000 ab.) pur con media superiore a quella Toscana, un alto numero di soggetti consumatori di psicofarmaci (circa 26.000) ed un relativo bassa ricorso ai servizi specialistici territoriali (8,22%), un lieve peggioramento in alcuni indicatori degli stili di vita a rischio valutati come determinanti di salute (es. consumo alcolici stabile nei maggiorenni, lieve aumento nei giovani, in forte aumento nelle donne).Fonte: U.O. SISTEMA INFORMATIVO della USL7 e dell'U.F. TUTELA SALUTE MENTALE ADULT – anno 2006I.

Gruppo di lavoro SALUTE MENTALE per la costituzione del PIS Zona Siena 2008/2010

Individuazione dei bisogni in materia di SALUTE MENTALE

PUNTI DI FORZA:

- Presenza di servizi erogati da parte delle istituzioni pubbliche e del terzo settore;
- Presenza di agenzie formali e informali intorno ad un tavolo di progettazione; (concertazione allargata)

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Mancanza di comunicazione tra i servizi;
- Difficoltà a gestire le dipendenze alcoliche e le problematiche relative alla salute mentale (es: "il volontario non si sente pronto")
- "Intasamento" al pronto soccorso – ricorso frequente nei momenti di indecisione;
- Mancanza di 1° accoglienza per i soggetti con dopp ia diagnosi (dipendenza/malati psichiatrici);
- Mancanza di 2° accoglienza : gruppi appartamento p er sperimentare, attraverso progetti condivisi, percorsi di autonomia;
- Difficoltà di mettere in connessione i diversi soggetti nelle situazioni di esordio della malattia;
- Prevenzione, socializzazione, sensibilizzazione alla cultura del "diverso";
- Risorse troppo centralizzate su Siena;
- Nuove emergenze: immigrati appena arrivati e studenti fuori sede;

SC
PARROCCHIA DI S. VINCENZO A TORRI
VIA EMPOLESE, 11 - TEL. 769098 - SCANDICCI (FI)

Uno degli operatori, Pierluigi, laureato in psicologia ed appassionato di psicologia giuridica, dopo il servizio civile dal 2005 nella struttura, definisce l'esperienza "una palestra, un percorso altamente formativo, reso tale dal valore della relazione che si instaura tra i soggetti che vivono nella struttura. Si tratta di una prova continua - prosegue - che offre ogni giorno qualcosa di nuovo da affrontare. Così diviene indispensabile il lavoro di squadra, la comunicazione interpersonale e il sostegno reciproco". Il settore della salute mentale vive attualmente un rapporto marginale con la risorsa del volontariato, in virtù della necessaria formazione richiesta per affrontare questa esperienza. In questo senso, è volontà della Cooperativa San Pietro, insieme ai soggetti impegnati intorno a "Le Querce", attivare percorsi e qualificare energie: già l'anno scorso, da Ottobre a Dicembre 2007, si è svolto nel territorio di Scandicci un corso di formazione per volontari, con esperti e responsabili del settore, al termine del quale sono state poi individuate alcune persone che si sono rese disponibili e ora prestano servizio di volontariato. È in programma un nuovo corso per il prossimo anno per la zona di Sesto Fiorentino, Calenzano e Campi Bisenzio. Intanto sta per prendere vita il "Programma Autonomie Riabilitazione Inclusione" (P.A.R.I.), ideato da Caritas a partire dall'analisi dei bisogni crescenti nei pazienti che soffrono di malattie mentali. L'obiettivo sarà il mantenimento e il rafforzamento dei progetti personalizzati territoriali preesistenti ed, infine, la creazione di gruppi appartamento inseriti nel territorio, i quali interagiscano con questo ed emancipino gli utenti. Sarà una novità nel panorama fiorentino: sono già pronti quattro mini appartamenti, ciascuno per due persone, all'interno della struttura "La Meridiana", di proprietà della Diocesi di Firenze, a Scandicci. La durata della permanenza prevista negli appartamenti sarà al massimo di 3 anni. Si tratterà, sulla scia della struttura "Le Querce", di una risposta transitoria e reversibile, l'ultimo passo prima del reinserimento positivo all'interno della comunità civile. Le attività saranno incentrate in particolare sulla gestione delle abilità cognitivo-comportamentali, relazionali e del sé, riportate alla gestione del quotidiano. Per ogni ospite sarà effettuato un bilancio delle capacità di stabilire relazioni sociali, di lavorare e di agire nel diritto civile. Anche all'interno di questa struttura si realizzerà una sinergia tra pubblico e privato e si coopererà tra personale dell'Azienda sanitaria ed educatori e medici.

L'INTERVISTA

Famiglia e comunità ecclesiale

Nel corso del 2003, la Caritas italiana ha pubblicato "Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana". Si tratta di un breve ma significativo volume che mette al centro della sua riflessione la solitudine nella malattia mentale: una sfida che interroga e provoca il nostro dirci ed essere cristiani, le nostre comunità.
Ne parliamo con don Gaetano Risicato, sacerdote diocesano di Firenze, parroco di San Vincenzo a Torri e familiare di un malato mentale.

Chiesa e salute mentale. Don Gaetano, come inquadra questo rapporto?

Si tratta di un rapporto che ha naturalmente seguito il corso storico giuridico della materia. Prenderei come data spartiacque il 13 maggio 1978: è il giorno della legge 180, che prevede la chiusura dei manicomi. Erano 76 all'epoca i manicomi in Italia, con circa 1000 persone malate mentali ciascuno. Si trattava di una non soluzione: una contenzione massificante dettata dal criterio della presunta pericolosità del malato, che doveva essere segregato rispetto alla comunità civile.

Sappiamo che lei si è trovato all'interno di un ospedale psichiatrico. Cos'è stato, dunque, il cosiddetto manicomio?

Sì, sono stato un mese in manicomio, durante gli anni del Seminario. È un posto in cui se vi entri sano, dopo un anno ti ritrovi malato. Pensa se vi entri già malato…Il manicomio era una via senza ritorno.

Torniamo alla legge 180, da lei chiamata in causa all'inizio. Perché una data spartiacque anche nel rapporto tra Chiesa e salute mentale?

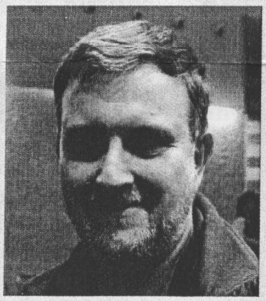
Voglio esprimere qui una considerazione di fondo: non spetta alla Chiesa suggerire percorsi terapeutici o tanto meno sostituirsi alle strutture sanitarie come il Dipartimento di Salute Mentale, il suo compito è pensare e progettare percorsi di pastorale sanitaria finalizzati ad alleviare la sofferenza.
Detto questo, prima della legge 180, la Chiesa era presente con i suoi cappellani all'interno dei manicomi, con il conforto spirituale ai malati.
Con la legge 180 cambia il modo di guardare alla malattia mentale, si prevede la chiusura dei manicomi, si affida alle Regioni il compito di legiferare in materia e si auspica il contributo psicoterapeutico della rete socio-territoriale. Una legge che ritengo positiva circa lo spirito e i contenuti, ma allo stesso tempo da considerarsi di fatto non applicata e foriera di conseguenze sul piano delle discrepanze territoriali, con gravi carenze soprattutto in certe aree del paese. Mancano ancora oggi attendibili risposte. Mancano i finanziamenti, e quindi personale qualificato e competente, ma soprattutto risultano carenti le strutture intermedie. Inoltre ad

di fronte alla fragilità mentale: le risposte di don Gaetano

oggi si trova non di rado in ruoli di responsabilità personale poco motivato, incapace e spesso spinto dalla raccomandazione e non dal merito.

Cosa intende, don Gaetano, per "strutture intermedie"?

Mi riferisco a ciò che sta tra l'Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, il "repartino" all'interno degli ospedali in cui si ricoverano -anche con Trattamento Sanitario Obbligatorio - d'urgenza malati mentali gravi, e l'abitazione privata, quando esiste, del malato. Concretamente le strutture intermedie sono le comunità terapeutiche, le residenze assistite, quei luoghi che garantiscono la messa in atto di percorsi a lungo termine. Seguire il malato passo passo permette anche di ridurre la sua pericolosità, evita esiti particolarmente violenti e tragedie. Si pensi alle cosiddette "morti bianche" che non hanno fatto notizia ma che hanno cronologicamente seguito la chiusura dei manicomi. Suicidi drammatici a dimostrazione di quanto la pericolosità dei soggetti malati non si esplichi verso gli altri, ma soprattutto verso se stessi. Un dramma che i media hanno deliberatamente scelto di tralasciare, preferendo lo scoop relativo a qualche tragedia provocata da una crisi del malato. Così facendo anche l'informazione ha concorso a creare lo stereotipo secondo cui un malato mentale sia necessariamente una sorta di pericolo pubblico, mentre le statistiche ci rivelano come la potenziale pericolosità sia presente in un malato mentale tanto quanto in un uomo definito sano. I costi per la realizzazione delle suddette strutture intermedie spaventano le istituzioni, ma in realtà a medio-lungo termine costa smisuratamente di più affidarsi alla cura temporanea nei "repartini" e al Trattamento Sanitario Obbligatorio, il cui costo di ricovero giornaliero si aggira circa sui 700 euro, senza peraltro investire sul reinserimento sociale e sulle conseguenti potenziali risorse.



Lei vive da vicino, in prima persona, l'esperienza della malattia mentale sostenendo un familiare malato e riveste quindi, nella nostra Diocesi, il ruolo di portavoce dei familiari dei malati nei confronti della comunità ecclesiale. Cosa dire delle famiglie che vivono una simile esperienza?

Sono innumerevoli le difficoltà per una famiglia con un malato mentale in casa. Si pensi infatti che si tratta di una convivenza logorante, la situazione non è mai temporanea, può andare avanti una vita intera. Si rischia l'esaurimento multiplo, di più soggetti all'interno di una famiglia la quale, a causa di un carico umanamente insostenibile, rischia di trasformarsi a sua volta in "piccolo manicomio". Nonostante la presenza di centri diurni, di strutture di accoglienza temporanea, i malati più difficili sono i cosiddetti "non-collaboranti", ossia coloro che rimangono nascosti nelle loro case convinti di non necessitare di cure.

Don Gaetano, ritorniamo al rapporto Chiesa-salute mentale. Abbiamo visto il periodo anteriore alla legge 180, veniamo ora al periodo successivo. Come cambia il rapporto alla luce dell'analisi fatta della legge?

Seguendo quanto ho precedentemente detto circa la mancanza di strutture intermedie, la Chiesa ha iniziato ad affrontare la questione della salute mentale nei luoghi in cui questa si è spostata, in conseguenza dell'entrata in vigore della legge suddetta. E, quindi, con la presenza nel reparto SPDC degli ospedali tramite la figura del cappellano e con percorsi pastorali nel territorio delle parrocchie, tra le case.

Entra così in gioco la necessità di una pastorale organica, non improvvisata. Non bastano, pur benedetti, interventi singoli, dettati dal buon cuore. Come comunità ecclesiale è necessario fare un salto e recuperare il tempo perduto nella formazione, a partire da quella da rivolgere ai parroci che quotidianamente possono trovarsi a contatto con situazioni di malattia mentale e famiglie devastate.

Alla luce di tutto questo nasce nella Diocesi di Firenze il "Gruppo operativo pastorale salute mentale e disabilità". Di cosa si tratta?

È nato da pochi mesi un gruppo operativo, appunto, in sinergia tra la Caritas diocesana, l'Ufficio di pastorale sanitaria della Diocesi e l'Ufficio di pastorale familiare. Proprio perché si tratta di dare risposte multidimensionali. Questo gruppo, benedetto e sostenuto dal Cardinale Ennio Antonelli, si propone di formulare una pastorale organica che arrivi fino alle parrocchie. Una pastorale critica e costruttiva che non va a sostituirsi all'opera del dipartimento sanitario, ma coopera alla realizzazione di programmi riabilitativi. Ed inoltre non si tratta di aggiungere un nuovo organo pastorale a quelli già esistenti, ma di crescere nell'integrare impegni e percorsi. Stiamo ideando, come gruppo operativo, percorsi formativi: ad esempio, il prossimo anno sarà attivato un corso per i seminaristi dell'ultimo anno oppure corsi per volontari. Anche se la risorsa del volontariato non può supplire il servizio sanitario, ma sostenerlo in determinate attività, come la costante compagnia ai malati.

Don Gaetano, quali parole si sente di rivolgere ai familiari di malati mentali che vivono quotidianamente "un dolore disabitato"?

Vorrei dire loro di documentarsi e di associarsi: la conoscenza e l'unione può determinare una maggiore forza. La singola famiglia, da sola, non può reggere. Ed inoltre desidero invitare i familiari, in particolar modo i genitori di figli malati, ad essere "distaccati ma non disinteressati". Mi spiego: lasciarsi troppo coinvolgere emotivamente può portare ad affondare, serve un equilibrio emotivo per non rischiare di perdere la capacità di aiutare il malato. Stiamo insieme per rimanere a galla e voler bene ai nostri fratelli e sorelle malati!

Associazione “Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico – Massa Carrara

La nostra Associazione nel preparare il suo intervento per il Convegno del 28 novembre 2008 aveva pensato che attraverso un’intervista registrata agli amministratori socio-sanitari locali ,dove si somministravano n°5 domande, si potesse avere un quadro ben preciso delle strategie per la tutela della Salute Mentale rivolte ai cittadini della Provincia di Massa Carrara.

Di seguito elenchiamo le domande somministrate:

Come articolerebbe le attività per la tutela della salute mentale di: Comuni,Asl;Povincia,S.d.S. per soddisfare i bisogni degli utenti e dei loro familiari nel nostro territorio ?
Nel merito come descriverebbe le politiche Sociali/Sanitarie del suo Ente ?
Quanto avete investito in risorse umane ed economiche ?

E’ stata fatta un’accurata valutazione sulla efficacia degli interventi da un punto di vista dell’ organizzazione formale (SPDC;CSM;DSM;Servizi sociali) ed informale (Associazioni ,Cooperative sociali ecc) ?

Quali strategie avete messo in atto o metterete in atto al fine di ottimizzare i tempi d’intervento sull’utente in relazione, soprattutto, ad una migliore efficienza della Rete Sociale costruita intorno ai suoi bisogni? (Piani salute locali)

Cosa pensate di fare concretamente riguardo alla lotta contro lo stigma?
Quali sono le vostre strategie di inclusione sociale e lavorativa per gli utenti della salute mentale? (Piano sociale locale)

Secondo lei quanti cittadini- utenti usufruiscono degli interventi del DSM?

Abbiamo chiesto di sottoporsi a questa intervista al Direttore del DSM ASL1 MS, al Direttore DAS ASL1 MS, al Direttore Tecnico della Società della Salute della Lunigiana e agli Assessori Politiche Sociali del Comune di Carrara, di Massa, e della Provincia di Massa Carrara.
Non hanno aderito per vari motivi all’intervista il Direttore Tecnico S.d.S Lunigiana e l’Assessore Provinciale.
Dalle risposte alle domande fatte si evince soprattutto per la zona Apuana una completa disarticolazione dell’intervento socio-sanitario sulle persone affette da disagio psichico.
Nello specifico si registrano interventi socio-sanitari basati esclusivamente sulle singole competenze che gli Enti hanno.
Si è registrato anche una conflittualità (non nella gestione….) nella disponibilità all’agire unitario o integrato.
Nessuno degli intervistati ha riportato il Piano Sanitario Regionale o quello Sociale ed in particolare la programmazione socio-sanitaria che avviene attraverso i Piani Salute Integrati Locali.
Non abbiamo avuto il piacere in materia di Salute Mentale di sapere se esistono strategie socio-sanitarie integrate da parte degli Enti Locali della Provincia di Massa Carrara.

In questo quadro socio-sanitario si può registrare la difficoltà del Dipartimento di Salute Mentale di elaborare strategie complesse e unitarie con gli altri Enti affinché si possa uscire da una logica prettamente psichiatrica e custodialistica.

In materia di integrazione e inclusione socio-sanitaria dei cittadini con disagio psichico registriamo che gli intervistati citano sempre le progettualità avanzate, in questi anni, dall'Associazione Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico.
Gli stessi elencano come progetti all'avanguardia: Centro delle Occasioni, Gruppi Appartamento, Inserimenti socio-lavorativi, Mare-Costa, Centri di Socializzazione Massa, Carrara e Aulla, Cooperative Sociali A e B, Struttura di Prima Accoglienza socio-abitativa, Facilitatori Sociali.
Tutte progettualità che hanno visto gli Enti non come soggetti attivi o proponenti, ma come passivi fruitori di progetti sviluppati dagli stessi utenti (il nostro protagonismo).
Attualmente ribadiamo che l'unica organizzazione che si pone nelle strategie socio-sanitarie unitarie, la centralità del cittadino utente, nella nostra Provincia è l'Associazione degli utenti "Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico" di Massa Carrara.

Il Presidente
Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico
Massa-Carrara-Lunigiana

Maria Grazia Bertelloni

Il Presidente
Coordinamento Provinciale Dei
Familiari

Giulio Barattini

Associazione SPERANZA – PISA
Associazione Familiari diversamente abili

Sintesi degli obiettivi e dell'attività del 2008

Gli scopi dell'associazione sono: tutelare i diritti delle persone socialmente svantaggiate, con attenzione ai disabili psichici, facendosi portavoce dei loro disagi e di quelli delle loro famiglie; promuovere, in armonia con la struttura professionale del Dipartimento di salute mentale, percorsi terapeutici riabilitativi finalizzati agli inserimenti socio lavorativi; portare il problema delle malattie mentali di fronte all'opinione pubblica in modo da coinvolgere privati ed istituzioni politiche allo scopo di abbattere l'ignoranza ed il pregiudizio nonché per combattere l'ostilità che impedisce la comprensione e la solidarietà. Fare dell'associazione un punto di riferimento e di ascolto per indirizzare e sostenere le famiglie che vivono direttamente il dramma della salute mentale e promuovere e organizzare ricerche, convegni, dibattiti, seminari, corsi di aggiornamento, manifestazioni espositive e audiovisive e iniziative in genere, tese ad approfondire la conoscenza delle problematiche connesse alla salute mentale.

Sito web: www.speranza-onlus.it

Mail: speranza_onlus@yahoo.it

Attività svolta nel 2008:

Mentre il periodo precedente è stato dedicato alla organizzazione di Convegni, seminari e presentazioni locali, abbiamo deciso di dedicarci alla pratica ed è stato quindi attivato un punto di ascolto settimanale, con orario 15-18, effettuato a turno dai soci.

Si sta organizzando un progetto di agricoltura sociale, da presentare al prossimo Bando CESVOT per il finanziamento.

I rappresentanti dell'Associazione hanno partecipato alla riunione organizzata dagli Assessorati Regionali alla salute e alle politiche sociali, con il Direttore Generale USL di Pisa e le associazioni di riferimento. In tale occasione abbiamo sollecitato l'insediamento della Consulta Speciale per la Salute Mentale, che dovrà avvenire a breve.

Siamo ancora in attesa di una proposta per la sede dell'Associazione, promessa sia dal Dir.Sanitario, dal Dir. del DSM e dalla Presidente della Società della Salute Pisana, richiesta sostenuta dal dr. Galileo Guidi durante la sopracittata riunione presso la Regione. In questi due anni di vita dell'Associazione ci siamo resi conto della improrogabile necessità di una sede per una migliore organizzazione dell'attività e per una maggiore visibilità.

Finalmente una buona notizia: un utente ha ottenuto un posto di lavoro con contratto a tempo indeterminato; questa è stata un'occasione per sperimentare quanto sia difficile il percorso di inserimento lavorativo e come questa rappresenti l'unica vera prospettiva di riabilitazione.

Associazione L’Alba - Pisa

Il circolo

L’Associazione L’ALBA nasce nel 2000 come naturale sviluppo dei gruppi di auto - aiuto. E’ un’associazione formata da utenti, ex-utenti, operatori e volontari che opera nell ’ambito del la Salute Mentale attraverso le metodiche dell’auto - aiuto, dei laboratori e della Facilitazione Sociale. Il Circolo ARCI L'Alba è uno spazio aperto di socializzazione in cui cultura, musica, teatro, cabaret, cinema, arte, la buona cucina e la convivialità, la formazione e l'informazione concorrono ad aumentare il benessere e la salute di tutti , con la
condivisione di momenti di divertimento, abbattendo concretamente lo stigma che separa chi sta bene e chi no.
E ’ uno spazio in cui associazioni, artisti, pittori, scultori, poeti, musicisti, scrittori e giovani talenti possono esprimere e comunicare il proprio lavoro, realizzando una rete reale di collaborazione e scambio.
E’ uno spazio in cui vive la comunicazione paritaria e la
spontanea e positiva reciprocità nei rapporti umani ed amicali.
E’ uno spazio in cui si fa informazione e formazione
sulle arti terapie , il **volontariato** e le tematiche del **benessere** psico-sociale.
Il Circolo è ideato, progettato, gestito e coordinato dai
Facilitatori Sociali dell ’ Associazione di Promozione Sociale L’Alba, con la collaborazione dei **volontari** dell'associazione ***L'Alba auto-aiuto*** , che si stanno lasciando alle spalle l’etichetta di “malati” e sono nuovamente **Persone**, in grado di creare e attivare salute non solo per se stessi, ma per tutti.

I gruppi di auto-aiuto

I gruppi di auto -aiuto rappresentano il luogo di passaggio ad un nuovo approccio terapeutico basato sul concetto di **fornire un potere maggiore all'utente e ai familiari** nella gestione del disturbo psichiatrico.
In un panorama generale in cui spesso parlare apertamente di malattie mentali e dichiarare la propria sofferenza psichica è un tabù, e la cultura imperante, familiare e sociale, è quella del pregiudizio e dell'ignoranza, il gruppo diviene un fecondo spazio protetto di possibilità di **dialogo sincero** tra persone accomunate da rapporti paritari e non gerarchici in cui è possibile:

- *comunicare con gli altri*
- *ascoltare ed essere ascoltato dagli altri*
- *la messa in comune delle esperienze*
- *il supporto emozionale*
- *la lotta contro l'isolamento e la solitudine, contro la confusione e il disorientamento*
- *il superamento delle paure*
- *ricevere e fornire informazioni e consigli*
- *sostegno per raggiungere un atteggiamento attivo e partecipativo nella cura*
- *trovare strategie per adattarsi e migliorare la propria qualità della vita*
- *migliorare la capacità di far fronte alle proprie responsabilità di fronte a se stessi, al gruppo e infine al mondo*

ORARIO DEI GRUPPI

Lunedì 15.30 - 17.30 **C.so Italia**
n.156 c/o ARCI
Martedì 15.00 - 17.00 c/o Clinica
Psichiatrica **Ospedale S. Chiara**
15.30 - 17.30 **Cascina,** c/o

Circolo ARCI Punto Radio, via Lungo le Mura 155 Cascina (PI)
16.00 - 18.00 **Calci,** c/o Circolo ARCI La Corte, Via B. Buozzi 19, La Corte Calci (PI)
15.00 - 17.00 **Marina di Pisa**, c/o Circolo ARCI Il Fortino, via Sirenetta 8, Marina di Pisa (PI)
Mercoledì 15.30 - 17.30 **C.so Italia** n.156 c/o ARCI
15 - 17 **Via di Nudo** n.29, c/o ARCI San Biagio
15.30 - 17.30 **Vecchiano** Circolo ARCI Casa del Popolo, via Manin n.2, Vecchiano (PI)
Giovedì 15.30 - 17.30 **Pontedera**, aderente al **Coordinamento dei Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto Valdera** c/o il Poliedro, P.zza Berlinguer - Pontedera (Tel, 348-2552015)
15.30 - 17.30 **Fauglia,** c/o Bar il giardino, C.rso Della Repubblica n.140
15.30 - 17.30 **Lugnano,** c/o Circolo ARCI Lugnano, p.zza Vittorio Veneto Lugnano (PI)
Venerdì 16.00 - 18.00 **Molina di Quosa**, c/o Circolo ARCI p.zza Martiri della Romagna Molina di Quosa (PI)

L'associazione di Volontariato "L'Alba auto-aiuto"

E' un'associazione, nata nel 2006, di cittadini, utenti, familiari, operatori e quanti altri sensibili alle problematiche del benessere mentale.

Lo spirito che ci identifica è quello di ritrovare tramite l'**auto-aiuto** la capacità e la voglia di vivere. Dal clima di **empatia**, **ascolto, comprensione**, **amicizia** ed **accoglienza**, **comunicazione paritaria** è possibile superare l'isolamento e la solitudine.
E' possibile scoprire che possiamo fare tanto per gli altri e per noi stessi.
Non più malati chiusi tra quattro mura, ma **Persone** attive ed utili.
Ciascuno di noi è indispensabile, perchè la sua esperienza arricchisce, anche quando sta male e non riesce ad alzare gli occhi da terra, perchè è una persona in più che ha iniziato a fare qualcosa per sè, superando l'immensa fatica di uscire di casa.

Cosa facciamo

- **Gruppi di auto-aiuto in tutta la Provincia di Pisa (Progetto Innovazione CESVOT "Auto-aiuto in Circolo")**
- **Corsi di Formazione per Volontari**
- **Promozione della modalità psico-socio-riabilitativa dell'auto aiuto**

Il facilitatore sociale

Il **Facilitatore Sociale** è una persona che ha attraversato un disagio psichico, è ad un buon punto nel suo percorso di cura e riappropriazione di un'**identità di salute**, **consapevolezza**, **Empowerment** e di convivenza/lotta con la propria sintomatologia e, attraverso un corso di **formazione professionale** e un continuo **aggiornamento** tramite **supervisioni** settimanali e mensili, ha la possibilità di trasformare il suo vissuto personale di "malattia e guarigione" in una **risorsa** nella relazione d'aiuto e di accompagnamento degli utenti.

Lavora in **equipe** con gli psichiatri e gli assistenti sociali che hanno in carico l'utente, svolgendo un importante ruolo di **mediazione**, aiutando il paziente ad usufruire con **fiducia** delle opportunità di cura e a **comunicare** con sincerità i proprio reali bisogni ai medici, cosa che spesso risulta difficile a causa delle barriere del "ruolo", spingendolo così ad essere "al centro della propria cura".
Tramite il rapporto paritario che lega il facilitatore al facilitato, si crea un ottimo legame di **fiducia** che facilita l'individuazione dei **bisogni** dell'utente e il **sostegno** nei momenti di crisi.
I Facilitatori sono un esempio costante per l'utente del fatto che **è possibile guarire** e di quanto sia importante auto-determinarsi e riappropiarsi del proprio percorso di vita.
Si prendono cura della riattivazione delle **abilità** sociali dell'utente, sostenendolo nella ricostruzione di una **rete amicale**, la **ristrutturazione del tempo** e il miglioramento della qualità della vita, accompagnandolo a laboratori di arteterapia, ai gruppi d'auto-aiuto e attività ricreative.
Accompagnano le persone in **inserimento lavorativo** nell'associazione facendo un'attività di **tutoraggio** per **valorizzare** e **potenziare** le capacità della persona, aiutatati dall'esperienza diretta delle difficoltà che si possono incontrare quando si riprende a lavorare dopo e durante un disagio mentale.
Portano avanti un assiduo lavoro di **promozione** della salute mentale e **contro lo stigma**, partecipando a convegni, consulte, tavoli di progettazione per portare la voce degli utenti e dimostrare il valore dell'**Advocacy**, dell'**Empowerment** e dell'**auto-aiuto** nella cura del disagio mentale.
Conducono i **gruppi d'auto-aiuto** e promuovono sul territorio la cultura del self-help.

I corsi per facilitatore sociale

Corso Facilitatori Sociali per la Salute Mentale Pisa
anni 2005/2006 - 2006/2007
Corso Facilitatori Sociali per la Salute Mentale Pistoia
anno 2008
Percorsi di Salute e Consapevolezza Pisa
in svolgimento
Corso Facilitatori Sociali per la Salute Mentale Empoli
in fase di partenza
Corso Facilitatori Sociali per la Salute Mentale Pisa
in fase di progettazione

L’arte-terapia

L'arteterapia è uno degli strumenti di riabilitazione psico-sociale su cui si basa il lavoro de L'Alba Associazione. Rappresentano un'occasione fondamentale per recuperare le capacità espressive, iniziando a superare l'immobilità e l'inerzia dovuta al disagio mentale per tornare a manifestare la propria identità dando spazio alla personale creatività. L'autostima si rafforza vedendo e mostrando agli altri i risultati del proprio "fare".
La condivisione di uno spazio e di un'attività con un gruppo di altre persone, aiuta molto nel recupero di una socializzazione sana e soddisfaciente, riducendo il vuoto della solitudine e del tempo destrutturato.
I laboratori sono inseriti nel progetto "Le Arti per L'Autonomia", cofinanziato dalla Regione Toscana e sostenuto dal D.P.N.F.B. dell'Università di Pisa, dal Dipartimento di Salute Mentale di Pisa, dalla S.d.S. zona Pisana.
Il Progetto consolida e sviluppa percorsi di trasformazione e autonomia attraverso le artiterapie dando particolare rilievo a:

- *Socializzazione.*
- *C o l l a b o r a z i o n e tra arteterapeuti, facilitatori sociali , volontari , tirocinanti.*
- *Proiezione verso l'esterno con spettacoli, performance, mostre, pubblicazioni, banchetti e scambi con altre associazioni culturali.*

- *Cura del percorso individuale della persona e collegamento stretto tra tutti i laboratori, i gruppi d'auto-aiuto e le attivitàculturali e ricreative del Circolo ARCI L'Alba.*

Le arti per l'autonomia

Bottega artigiana Ceramica e Psiche

Guidata dal ceramista Enrico Messana, è un'equipe di lavoro affiatata che crea bellissimi lavori in ceramica (vasi, servizi da tavola, servizi da the, vassoi,
ecc...), anche su ordinazione, perfetti da regalare. Sono organizzati periodicamente corsi di ceramica aperti a tutti

Dal lunedì al giovedì dalle 15.00 alle 19.00 c/o Bottega artigiana Ceramica e Psiche, P.zza dei Facchini n.3, Pisa

Laboratorio di Arti Grafiche

Guidato dal pittore Giorgio Fornaca, si utilizzano le più svariate tecniche pittoriche e grafiche come strumento per allentare e superare i blocchi espressivi
e comunicativi, sviluppando il naturale talento creativo individuale e le capacità manuali, in un contesto amicale di socializzazione. Nel periodo primaverileestivo
il laboratorio diventa itinerante, alla scoperta della storia artistica della città di Pisa e dei suoi musei.

Venerdì dalle 15.00 alle 19.00 c/o Circolo ARCI L'Alba, via delle Belle Torri n.8

Laboratorio di Ascolto Musicale

Guidato da Giovanna Roventini, è un'occasione per fare dell'ascolto musicale un momento di socializzazione e scambio, scoprendo quello che "la musica
può fare": suscitare ricordi, emozioni, parole, sentimenti, immagini e sogni

Martedì dalle 15.00 alle 16.00 c/o Circolo ARCI San Biagio, via di Nudo n. 26, Pisa

Laboratorio di Ascolto Profondo e Massaggi

Condotto da Anna Liverani e Gabriella Puglisi, è un incontro per cercare l'ascosto di sè, dell'altro e del gruppo attraverso la Parola come chiave
significativa dei percorsi interiori profondi, favorendo la trasformazione del sè recuperando coscienza della propria interiorità. Si unisce al massaggio, che
aiuta il rilassamento e la percezione corporea

Lunedì dalle 18.30 alle 20.30 c/o Circolo ARCI San Biagio, via di Nudo n. 26, Pisa

Laboratorio Canto

Guidato da Diana Gallo, unisce il lavoro d'improvvisazione che valorizza il ritorno delle capacità di espressione del sè tramite la voce, suono e silenzio,
corale e individuale, all'acquisizione della risorsa del canto come strumento per migliorare la gestione dell'ansia.

Mercoledì dalle 18.00 alle 19.30 c/o Circolo ARCI L'Alba, via delle Belle Torri n.8

Laboratorio Decoupage

Guidato da Fabiana Pacini, la creazione di oggetti con la tecnica del decoupage, sviluppa la creatività personale, la fantasia e le capacità manuali.
Lavorare insieme è un'occasione per socializzare e star bene.

Martedì e venerdì dalle 9.00 alle 13.00 c/o Bottega artigiana Ceramica & Psiche, P.zza dei Facchini n.3, Pisa

Laboratorio Esprimersi Scrivendo

Condotto da Maria Velia Lorenzi, utilizza le parole come "sassi gettati nello stagno", stimolando il pensiero nell'espressività della scrittura, il dialogo e il
confronto. I partecipanti al laboratorio partecipano alla redazione del giornale dell'associazione L'Immaginario.

Giovedì ore 17.00-19.00 Gruppo redazione de L'Immaginario. Venerdì dalle 16.30 - 18.30 c/o Circolo ARCI San Biagio, via Di Nudo n.29,
Pisa

Laboratorio Musicoterapia
Condotto dal chitarrista e musicoterapeuta Eugenio Sanna, l'improvvisazione musicale viene utilizzata come metodo fondamentale per migliorare la
capacità d'ascolto di sè stessi e degli altri, creando dialoghi sonori e suonando insieme, la capacità di espressione dei propri stati emotivi, in uno sviluppo
evolutivo dei segnali dell'inconscio legati al "suono".
Giovedì ore 15.00-17.00 c/o Circolo ARCI San Biagio, via Di Nudo n.29, Pisa
Laboratorio Onirico
Condotto dal chitarrista e musicoterapeuta Eugenio Sanna. Attraverso il racconto di un proprio sogno il partecipante mette in luce e in gioco il rapporto con
il proprio inconscio individuale, relazionandosi al tempo stesso con il gruppo, al fine di ottenere delle indicazioni, strategie terapeutiche e non, per
sviluppare una migliore capacità di conoscenza degli strati più profondi della propria psiche.
Martedì ore 18.00-20.00 c/o Circolo ARCI L'Alba, via delle Belle Torri n.8, Pisa
Laboratorio Orticolturterapia
Condotto da Rita La Mura
c/o Dipartimento di Biologia delle Piante Agrarie dell'Università degli Studi di Pisa, viale delle Piagge n. 23. Pisa

Laboratorio Teatrale
Condotto da Chiara Di Vanni e Marco Campori è un percorso che utilizza il teatro come mezzo di conoscenza e trasformazione della realtà interiore,
relazionale e sociale. Il metodo fornisce strumenti di analisi, liberazione ed azione cosciente, sviluppando le capacità intuitive, lavorando sul corpo per
sciogliere le rigidità muscolari e attivare un pensiero per immagini.
Martedì ore 16.00-18.00, giovedì 16.00-18.00 Circolo ARCI L'Alba, via delle Belle Torri n.8, Pisa
Laboratorio Psicodramma in Acqua
Condotto da Chiara de Marino
Da definire
Laboratorio Video
Condotto da Lucia Gonnelli, utilizza lo strumento della cinepresa e le tecniche di videocomunicazione (dall'ideazione dei cortometraggi, alla ripresa e al
montaggio) sperimentando una moltiplicità di ruoli, dal regista all'attore, per stimolare le capacità espressive, la creatività, la sicurezza con e verso la
propria immagine, in un'atmosfera ludica estremamente socializzante, culminando nella proiezione settimanale del film al Circolo, che diventa
un'occasione di gioiosa coesione associativa aperta a tutti.
Lunedì ore 15.00 - 19.00, mercoledì ore 10.00 - 13.00, 15.00 - 19.00, ore 21.30 - 22.00 proezione video autoprodotti c/o Circolo ARCI
L'Alba, via delle Belle Torri n.8, Pisa

I Numeri dell'Associazione L'ALBA
320 soci
1 coordinatore
1 responsabile organizzativo
6 arte-terapeuti
9 facilitatori sociali regolarmente assunti
1 facilitatore sociale in tirocinio lavorativo
7 inserimenti socio terapeutici
1 borsa lavoro
30 volontari attivi
140 utenti che frequentano gruppi e laboratori

I nostri appuntamenti fissi:
il lunedì sera

In collaborazione con il Circolo “la Torre”
Il mercoledì sera

Soap opera terapeutica a cura del laboratorio video
Associazione L’Alba, il giovedì sera

Stefano Bellani – William Catania – Rufus
Mostre, musica, corsi di formazione, presentazione libri, spettacoli per bambini e molto altro ...

Segui le nostre iniziative sul sito web:
www.lalbassociazione.com

Associazione F.A.S.M. - Lucca

Associazione Famiglie Salute Mentale
Via F Simonetti 55100 S.Vito Lucca
Tel. e Fax. +39-0583-440615 -Tel. Presidente +39-0583-29205
www.fasm.it e-mail: associazione@fasm.it
Codice Fiscale 92012720469

Percorso con le istituzioni e attività della F.A.S.M. (novembre 2007 - novembre 2008)

Il dialogo con l'Azienda USL e con gli Enti locali continua in modo costruttivo e in un rapporto di stima reciproca. Per l'Azienda anche questo è stato ancora 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**, e a seguito del convegno regionale del 15 Novembre, non sono ancora 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 è stato integrato un medico in SPDC e altre figure professionali, ma le unità perse nell'anno 2006/2007 non sono state rimpiazzate e siamo sotto di molte unità**; di conseguenza il servizio sul territorio si è impoverito. Ad esempio le **visite domiciliari**, già peraltro insufficienti, sono state **ridotte ulteriormente** come pure i **laboratori di arte terapia; sempre a causa della carenza di personale per quanto riguarda l'infanzia e adolescenza c'è ancora una lunga lista d'attesa.**
- **Mezzi di trasporto adeguati non sono stati ancora acquistati** penalizzando così ulteriormente il servizio sul territorio in quanto gli operatori non possono raggiungere i pazienti a domicilio;
- **Stesura per scritto del progetto individuale personalizzato che coinvolga l'utente e anche la famiglia e nel quale si capisca il metodo di valutazione: obiettivo ancora da raggiungere.** E' stata elaborata una scheda valida dal Dott. Mario Betti Resp.U.F.S.M.A. Val di Serchio. La sperimentazione è in atto in quella zona e permette di valutare gli interventi sui pazienti e quale ricaduta hanno avuto sugli stessi utenti. La valutazione dei risultati permette di migliorare il servizio e di ottimizzare le risorse; speriamo che questo metodo di valutazione venga adottato anche nella zona di Lucca.
- **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. Inoltre la stessa rappresenterebbe l'anello iniziale delle strutture residenziali, in quanto permetterebbe di diversificare l'utenza che attualmente viene ospitata, talvolta impropriamente, nelle strutture intermedie che non riescono poi a dimettere; la progettazione individuale personalizzata non viene fatta in base ai bisogni dell'utente ma è l'utente che deve adattarsi all'esigenze del servizio e quindi ne deriva il ristagno nelle strutture; al momento l'azienda ha una convenzione per 4 posti con una struttura gestita da una cooperativa.
- **Il reparto SPDC di Lucca, che è unico per le due zone (Lucca e Val Del Serchio**),

deve ancora risolvere 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 27 pazienti ospiti i in strutture fuori Usl. **Inoltre l'Azienda non è in grado di ricoverare adolescenti in grave crisi e durante l'anno sono stati accolti impropriamente in S.P.D.C.**

- **Partecipazione ai progetti individuali personalizzati da parte dei medici di medicina generale** (obiettivo ancora da raggiungere).
- **Partecipazione delle associazioni** alla **programmazione** e **valutazione** delle attività del DSM. **E' Stata costituita** dalla **Responsabile del Dipartimento la Consulta specifica sulla salute mentale** prevista dalle linee guida della **Delibera Regionale n° 1016 approvata il 27 Dicembre 2007**; la consulta si è riunita 3 volte, le associazioni hanno ribadito l'esigenza del **progetto individuale personalizzato perché è partendo da questo che possiamo andare incontro alle esigenze dell'utenza, altrimenti avviene il contrario ovvero è l'utenza a doversi adattare al servizio e così si favorisce la cronicizzazione**. Inoltre abbiamo focalizzato l'attenzione sui dati e sui progetti futuri e su **come l'Azienda intende risolvere la questione della lista d'attesa, del personale che protesta perché è carente, dei posti letto in ospedale, in particolare per l'età evolutiva l'azienda non è in grado, in caso di forti crisi, di accoglierli e i casi avuti in quest'anno sono stati ricoverati impropriamente in S.P.D.C. adulti.** Inoltre sono stati tolti dall'Azienda i dei posti in ospedale in Garfagnana e quando c'è bisogno di ricoverare si mandano a Lucca e questo è un motivo di protesta da parte degli psichiatri del reparto S.P.D.C. di Lucca.
- **Molto Positivo è il progetto Lavoro della coop. Santa Gemma, in convenzione con la USL2 di Lucca**; in questo progetto 42 utenti fanno un percorso di riabilitazione, di formazione e integrazione attraverso un lavoro di assemblaggio per ditte esterne, con l'obiettivo di un'occupazione lavorativa esterna. La F.A.S.M. vede in questo progetto lavoro un grande passo avanti, perchè rappresenta una **piena integrazione fra Azienda USL 2, Comune di Lucca, Privato sociale, Associazioni di volontariato e Amministrazione provinciale** e vede applicata la legge Regionale n°72; speravamo in altri accordi simili, ma non ci sono stati. 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, ospita l'associazione e il primo modulo del progetto lavoro dal lunedi al venerdi dalle ore 8,30 alle ore 16. Terminate le loro attività, la sede viene utilizzata anche per i corsi di formazione per i volontari e per i familiari e per 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 divenendo il punto di riferimento per molte persone.**

Attività di formazione, di integrazione e sensibilizzazione

Anche questo anno è stato per la nostra associazione molto intenso per quanto riguarda il percorso d'integrazione sul territorio:

- Successo per le manifestazioni organizzate intorno giornata nazionale per la salute mentale del 5 dicembre 2007, 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". Alle manifestazioni si è aggiunta fuori programma il 5 gennaio 2008 una marcia podistica non competitiva della Befana organizzata dal comitato podistico Lucchese, a noi devoluta, dove si sono iscritti oltre 700 persone, Dalla ns. sede sono avvenute la partenza, l'arrivo e la premiazione della marcia, come pure il ristoro a fine marcia. La manifestazione, così partecipata, ci ha veramente gratificati.

- I 3 Febbraio 2008 sono entrati in servizio 3 volontari del servizio civile Francesco Puccinelli, Natascia Lancellotti, Alessia Baccelli.
- Il 17 marzo 2008 è iniziato con grande partecipazione e interesse il corso di formazione per volontari "L'ascolto nella relazione di aiuto. Il volontario nella salute mentale" con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca.. Il corso ha avuto la durata di 150 ore ed è terminato a novembre 2008. Il giorno 11 novembre 2008 sono stati consegnati 22 attestati ai volontari che hanno frequentato il corso.
- **Le attività del progetto "ESCI CON NOI" sostenute dai 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 sono rivolte a persone che, per le loro problematiche tendono a isolarsi, e consistono in momenti di socializzazione e integrazione in luoghi di aggregazione. **Il giovedì sera il gruppo si riunisce con uscite (pizza, Karaoke, cinema, spettacoli ecc.) mentre nei pomeriggi della settimana i ragazzi escono individualmente con i volontari.**
- **Abbiamo organizzato anche quest'anno delle gite che sono state esperienze di viaggio molto positive,** per uno e per più giorni nei seguenti luoghi**: Firenze, Torino, Follonica - Fantastico giardino dei Tarocchi - Capalbio, Lago del Cerreto, Montenero e Bocca di Magra** ciascuna di un giorno; siamo poi andati 3 giorni a **L'Aquila Parco Nazionale Abruzzo e Molise e** 6 giorni **in Spagna -Saragozza Madrid Toledo Lloret de Mar.**
- **Continuano gli incontri 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.**
- 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.
- **Sabato 19 aprile 2008 al teatro del Giglio di Lucca si è svolto per la quarta volta consecutiva lo spettacolo di solidarietà a nostro favore. Il gruppo "ESCI CON NOI" della F.A.S.M. ha aperto la serata e** la Compagnia Teatrale "QUIESA" ha presentato una commedia musicale in due atti **"BUONANOTTE BETTINA" di Garinei & Giovannini** musiche di Gorni Kramer. La serata ha riscosso moltissimo successo e il teatro ha registrato il tutto esaurito; il ricavato della manifestazione, tolte le spese, è andato a sostegno delle attività della F.A.S.M.
- **Inoltre, quest'anno sono iniziate due nuove attività: il giornalino bimestrale "Raccontiamoci", cartaceo e on line che può essere visionato e scaricato sul sito www.raccontiamoci.it,** di cui sono usciti i numeri 0-1-2-3-4 del giornalino nato quest'anno **vincendo il Bando "Percorsi di Innovazione 2006" indetto dal Cesvot**. La redazione si riunisce nella sede il lunedì pomeriggio dalle 16,30 alle 18,30. Siamo rimasti molto soddisfatti **dall' interesse e dalla partecipazione attiva da parte dei ragazzi stessi.**
- **L'altra nuova attività è il "Calcetto"** che è stato accolto con entusiasmo dai ragazzi che hanno formato una bella squadra impegnata in partite e allenamenti.
- **Sabato 31 maggio 2008 la F.A.S.M. ha organizzato per il secondo anno consecutivo una marcia non competitiva di solidarietà "Marcia con noi"** che rientra nell'ambito delle manifestazioni promosse dal CONI –CSAIn "il sabato… si vince" **con partenza, arrivo, premiazione e buffet nello spazio antistante la nostra sede.** Soddisfazione anche per la grande partecipazione.
- **Domenica 15 giugno 2008 si è svolto per il settimo anno consecutivo lo spettacolo "INSIEME SOTTO LE STELLE" 7° edizione** nello spazio tenda del SANVITOINFESTA

vicino alla nostra sede, concessaci dal Comune di Lucca, dove, grazie a questi locali, il percorso d'integrazione della F.A.S.M. si è potuto sviluppare appieno.

- **Giovedì 3 luglio 2008 Il Gruppo ESCI CON NOI ha organizzato una serata di Karaoke** coi giovani della parrocchia di S. Vito sempre negli spazi del SANVITOINFESTA.

- Il 9 di novembre sono entrate in servizio **due nuove volontarie del Servizio Civile Francesca Delli e Federica Lo Presto.**
- Stiamo organizzando gli eventi intorno **alla giornata della salute mentale del 5 dicembre 2008 di cui segue il programma**

Manifestazioni di promozione alla Salute Mentale - calendario 2008
2 dicembre Ore 15,30
Palazzo Ducale Lucca
Sala di Rappresentanza
Conferenza
"A trent'anni dalla 180: quale integrazione nel contesto cittadino e nel mondo del lavoro? Quali prospettive per il futuro?"
Saluti:
Stefano Baccelli
Presidente della Provincia di Lucca
Oreste Tavanti
Dir. Gen. Az. USL 2 Lucca
Presiede e Introduce
Gemma Del Carlo
Presidente ***F.A.S.M.***
Intervengono:
Galileo Guidi
Responsabile Governo Clinico Regione Toscana Salute Mentale
Giorgio Del Ghingaro
Presidente Conferenza dei Sindaci Az. USL2 di Lucca
Mario Regoli
Assessore alle politiche Sociali della Provincia di Lucca
Gabriella Pedreschi
Assessore al lavoro della Provincia di Lucca
Angelo Monticelli
Assessore alle politiche sociali del Comune di Lucca
M. Incoronata Favatà
Coordinatore DSM e Responsabile U.F.S.M.I.A.
Mario Betti
Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti Valle del Serchio Az. Usl2
Enrico Marchi
Direttore U. F. Salute Mentale Adulti Az. USL2 Lucca

3 dicembre Ore 21
Teatro del Giglio Lucca
"INSTRAVAGANZE"
Adattamento teatrale in atto unico di Miriam Jacopi - Compagnia "Teatro e non Solo"
Con la collaborazione dei laboratori di arteterapia dei centri Diurni della ASL 2 –zona di Lucca
Archimede-Associazione di promozione sociale
ASL 2-Centro di Salute Mentale di Lucca
Fondazione Tobino

5 Dicembre Ore 21
Scuola Media di Capannori
Via Carlo Piaggia - Aula Magna
Tavola Rotonda
“Come proteggere la salute mentale?”
“Stili di vita e benessere psichico”
Saluti:
Giorgio Del Ghingaro
Sindaco del Comune di Capannori
Oreste Tavanti
Dir. Gen. Az. USL 2 Lucca
Introduce
Gemma Del Carlo
Presidente ***F.A.S.M.***
Conduce
Luca Menesini
Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Capannori
Intervengono:
Rolando Paterniti
Psichiatra, Psicoterapeuta, Criminologo, Dipartimento di scienze neurologiche e psichiatriche, Università degli studi di Firenze
Mario Regoli
Assessore alle Politiche Sociali e Giovanili della Provincia di Lucca
Lucia Corrieri Puliti
Responsabile Educazione alla salute Az. USL2 di Lucca
Ersilia Menesini
Docente della Facoltà di Psicologia Università degli Studi di Firenze
Enrico Marchi
Direttore U. F. Salute Mentale Adulti Az. USL2 Lucca

GIOVANI PROFONDO PSICHICO
ciclo di film in collaborazione con il Circolo del Cinema di Lucca
Cinema Centrale giovedì 11 dicembre 2008 ore 21,30
PARANOID PARK
di Gus Van Sant. USA 2007. Dur: 85'
S. Micheletto lunedì 15 dicembre 2008

S.Micheletto lunedì 15 dicembre 2008 ore 21,30
IL RITORNO
di Andrey Zvyagintsev. URSS 2002. Leone d'oro a Venezia 2003. Dur: 105.

Cinema Centrale giovedì 18 dicembre 2008 ore 21,30
LE TRE SCIMMIE
di Nuri Bilge Ceylan .109 minuti. - Produzione Turchia 2008.

23 Dicembre Ore 21

Presso la sede F.A.S.M.
“Musica Insieme”

Il GRUPPO ESCI CON NOI chiude le manifestazioni e invita tutta la cittadinanza alla Festa di Natale per scambiarci gli auguri e passare una serata cantando, ballando e mangiando insieme.

Simbolo delle manifestazioni è la **candela** col messaggio **Luce per illuminare le menti distribuite**, a offerta, presso la sede della F.A.S.M. 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

La Salute Mentale è un benessere psicofisico; lo scopo degli eventi è quello di informare e orientare correttamente l'opinione pubblica riguardo la promozione della Salute Mentale.

RIPORTIAMO ALCUNE SEGNALAZIONI SUI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DELL'AZIENDA USL 12 VERSILIA

Come familiari di persone "assistite" (Area Versilia), osserviamo che la struttura sanitaria appare, in generale, come ben organizzata. Questo se lo si nota dall'esterno o comunque in superficie, senza troppo entrare nel merito.
I malati sono sistemati in strutture quali Pensioni, Case famiglia o altri Istituti, hanno da mangiare e da dormire, in linea di massima adeguate per questi servizi, salvo alcuni casi.
Sul piano terapeutico, salvo eccezioni i malati fruiscono di una visita mensile da parte dello Psichiatra presso l'ambulatorio, talvolta ogni due mesi o più, comunque rendendosi disponibili al bisogno se il malato si presenta.

L'assistente sociale mostra di interessarsi per le occorrenze, tra cui l'inserimento lavorativo, la ricerca di alternative di sistemazione e quant'altro. In linea di massima, l'atteggiamento delle strutture sanitaria e assistenziale è ostentato come di "un fare" adeguato e raramente denunciano limiti, carenze, e tanto meno insuccessi. Alcune problematiche, quando evidenziate, coincidono con problemi da altri dipendenti, come la mancanza di fondi, addotte a giustificazione delle carenze.

Ad una vista più attenta, soprattutto da parte di chi vive i problemi sulla pelle dei propri familiari, le cose si presentano, purtroppo, in altro modo. **Sintetizzando, ci scontriamo con una serie di ostacoli che ribaltano completamente la vista di quell'ostentato "adeguato fare", per non parlare di quando questo è dichiarato a parole nelle occasioni (per la verità rare) in cui i vari responsabili sono chiamati, per non dire "costretti", pubblicamente a esprimersi.**
Vediamo alcuni di questi "ostacoli":

- Per le "sistemazioni" degli assistiti, quando sono in Pensioni (forma oggi in via di abbandono), sono letteralmente abbandonati a sé stessi, inseriti in strutture che per la loro modesta pretesa accolgono personaggi di ogni genere; quando sono in Istituti (p.es. RSA o simili) si trovano in situazioni non appropriate al loro stato e ancor meno alle loro necessità di recupero; quando sono in Case famiglia, le cose sembrano andare un po' meglio ma si cade nelle mani di gestori per una ragione o per l'altra inadeguati a trattare con le varie forme di patologia . Sempre in quest'ultimo caso delle case famiglia, si nota la tendenza a minimizzare le problematiche, nell'ottica e nell'interesse di dimostrare che tutto va bene.

- Per quanto riguarda le strutture Sanitaria e Assistenziale che per brevità accomunano

nonostante che la diversità dei ruoli e delle problematiche richiederebbe discorsi separati, la questione è ben più complessa.
Senza badare all'ordine di importanza delle questioni, partiamo dal fatto che le suddette "sistemazioni" sono decise in funzione delle disponibilità a portata di mano e rispondenti ai criteri di economicità, senza tener conto delle singole specifiche necessità, né delle opinioni degli interessati, né risulta agli occhi dei familiari che esista un sistematico monitoraggio degli andamenti.

L'atteggiamento esplicito dello Psichiatra, quale che sia quello che in ciascun periodo ha in carico il Soggetto, è quello di dire ***"io sono quà, al bisogno ..."*. Come se il malato, questo tipo di malato, fosse in grado di individuare il proprio bisogno** e di esprimerlo invece di covarlo dentro aggravando il disagio o, come spesso avviene, di nasconderlo più o meno consapevolmente per evitare di vedersi curare diversamente e di alterare l'andazzo a cui si è abituato, temendo sempre il peggio.

Le terapie, per quanto rischioso sia esprimere giudizi da non esperti, sembrano avere come primario obiettivo quello di **mantenere gli equilibri: un po' più di dose, un po' meno**, per evitare eccessi di torpore o di agitazione e, soprattutto, per evitare che il Soggetto combini dei guai. E il tempo passa .
..
Quando i familiari hanno contatti informativi, in qualche periodo più facilmente, in altri assai meno quando lo Psichiatra è di quelli che adducono il motivo del mancato consenso del malato, generalmente ci si sente dire che tutto va abbastanza bene stando a quello che dichiara, appunto, il malato stesso. Quello stesso che nel contatto con i familiari spesso dichiara o si comporta da rendere evidente che, invece, tutto va abbastanza male.

Sul piano generale la situazione è poi abbastanza sconcertante.
Non risulta che vi siano "Progetti di recupero personalizzati", anche se alla specifica richiesta ci viene risposto *"ma certo che c'è ..."*. Di fatto non è dato averne conoscenza, vederlo, ancor meno leggerlo, come se fosse un segreto professionale, ammesso che esista in una forma scritta, cosa che non riusciamo a sapere!

Di certo, mai siamo stati chiamati a collaborare al progetto, né il malato né i familiari e neanche ci è dato vedere l'esistenza di un coordinamento che coinvolga tutte le componenti interessate, da quelle terapeutiche alle assistenziali, al malato, ai familiari, alle potenziali strutture lavorative, a chi dovrebbe riassumere le funzioni di verifica dello stato di avanzamento del progetto per introdurre le dovute correzioni di rotta (nel nostro contesto chi sarebbe, quest'ultima figura, il Primario sanitario? il Dirigente assistenziale? oppure chi?).
Così avviene che quando sia pure raramente (tre o quattro volte nel giro di cinque o più anni) viene trovata una forma di occupazione al malato che potenzialmente e terapeuticamente potrebbe svolgere, questa non è appropriata alle sue occorrenze, non è preceduta da un'azione preparatoria né di sostegno nel periodo iniziale e finisce miseramente sul nascere, trovandosi il malato da solo a sostenere l'impatto con nuove persone ("colleghi", capo) e responsabilità di apprendimento e di doveri. Poi ci viene detto che di lavori ce ne sono ben pochi da offrire e che tanto è inutile perché nelle varie occasioni sono stati rifiutati.

Altrettanto avviene che i familiari, non coinvolti anzi tenuti a margine, sono perennemente fuori sintonia, non sanno mai come devono comportarsi, cosa dire e cosa no, spesso finendo involontariamente in contrasto con gli orientamenti dei servizi.
Di fronte al constatare dei problemi, al loro permanere, al trascorrere del tempo senza riscontri

né apparenti né scientifici circa gli avanzamenti o le regressioni, ci troviamo nel continuo dilemma: "lo dico?" con ciò sapendo che di fronte a chi comunque vuol dimostrare che tutto va per il meglio c'è il rischio di essere tacciato da piantagrane eterno insoddisfatto paranoico, oppure "non lo dico?", con ciò accodandosi al coro del non affrontare i problemi, dunque del non farne tesoro per trovar loro risposte e soluzioni. **Esprimersi, collaborare, partecipare, sono ben difficoltosi, in presenza di atteggiamenti che dietro al formale *"dica pure …."* palesemente vogliono significare *"lasciateci fare a noi, che sappiamo bene cosa fare …"*.**

Appendice B – Dalla documentazione consegnata dalla Regione Toscana

PERCENTUALE DI SPESA PER LA SALUTE MENTALE PER I RESIDENTI IN TOSCANA

La tabella sottostante (presente nel documento relativo all'**indagine conoscitiva del 2007 della Regione Toscan**a consegnato in questo convegno) riporta le percentuali di spesa per la salute mentale nelle varie USL toscane. **La Regione prevede di spendere il 4,5%**, ma la spesa effettiva risulta inferiore e pari al 4% in quanto **quasi tutte le Aziende sono inadempienti** spendendo meno di quanto previsto dalla Regione.

Percentuale di Spesa per Salute Mentale per i residenti in Toscana

Aziende sanitarie	2004	2005	2006	2007
USL 1 - Massa e Carrara	3,83%	3,79%	3,81%	3,62%
USL 2 - Lucca	4,05%	3,86%	3,34%	3,26%
USL 3 - Pistoia	3,11%	3,01%	3,19%	3,29%
USL 4 - Prato	2,90%	2,79%	3,28%	3,16%
USL 5 - Pisa	5,02%	4,85%	5,01%	5,03%
USL 6 - Livorno	3,80%	3,77%	4,35%	4,55%
USL 7 - Siena	4,26%	4,09%	4,17%	3,98%
USL 8 - Arezzo	3,55%	3,42%	3,48%	3,57%
USL 9 - Grosseto	4,22%	3,99%	3,65%	4,01%
USL 10 - Firenze	4,40%	4,29%	4,42%	4,36%
USL 11 - Empoli	5,13%	4,80%	4,41%	4,22%
USL 12 - Viareggio	4,87%	4,72%	4,89%	4,32%
Totale Regione Toscana	**4,11%**	**4,00%**	**4,03%**	**4,00%**

Le prossime tabelle riportano i dati relativi al numero di utenti in carico ai servizi nel 2006 e nel 2007. Constatiamo un aumento delle persone in carico, e preoccupa molto che la percentuale di aumento più alta sia quella relativa all'infanzia e all'adolescenza.

Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2006

Utenti Attivi Settore Adulti per azienda e fasce di età

AZIENDE		CLASSI DI ETA'						
		0-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75 e +	Totale
101 - Massa Carrara	TOT	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
102 - Lucca	TOT	9	281	1.541	1.749	713	933	5.226
	%	*0,17*	*5,38*	*29,49*	*33,47*	*13,64*	*17,85*	*100*
103 - Pistoia	TOT	4	143	982	995	355	277	2.756
	%	*0,15*	*5,19*	*35,63*	*36,10*	*12,88*	*10,05*	*100*
104 - Prato	TOT	19	259	1.255	1.269	415	382	3.599
	%	*0,53*	*7,20*	*34,87*	*35,26*	*11,53*	*10,61*	*100*
105 - Pisa	TOT	2	132	1.052	1.102	455	565	3.308
	%	*0,06*	*3,99*	*31,80*	*33,31*	*13,75*	*17,08*	*100*
106 - Livorno	TOT	15	281	1.824	1.891	713	823	5.547
	%	*0,27*	*5,07*	*32,88*	*34,09*	*12,85*	*14,84*	*100*
107 - Siena	TOT	13	143	963	972	341	502	2.934
	%	*0,44*	*4,87*	*32,82*	*33,13*	*11,62*	*17,11*	*100*
108 - Arezzo	TOT	39	359	2.067	2.066	896	1.154	6.581
	%	*0,59*	*5,46*	*31,41*	*31,39*	*13,61*	*17,54*	*100*
109 - Grosseto	TOT	42	204	1.424	1.698	671	697	4.736
	%	*0,89*	*4,31*	*30,07*	*35,85*	*14,17*	*14,72*	*100*
110 - Firenze	TOT	200	704	5.271	5.310	2.057	2.130	15.672
	%	*1,28*	*4,49*	*33,63*	*33,88*	*13,13*	*13,59*	*100*
111 - Empoli	TOT	16	423	2.453	1.981	828	1.311	7.012
	%	*0,23*	*6,03*	*34,98*	*28,25*	*11,81*	*18,70*	*100*
112 - Viareggio	TOT	6	143	876	889	327	349	2.590
	%	*0,23*	*5,52*	*33,82*	*34,32*	*12,63*	*13,47*	*100*
TOTALE	TOT	365	3.072	19.708	19.922	7.771	9.123	59.961
	%	*0,61*	*5,12*	*32,87*	*33,22*	*12,96*	*15,21*	*100*

Utenti Attivi Settore Infanzia/adolescenza per azienda e fasce di età

AZIENDE		CLASSI DI ETA'							
		0-2	3-5	6-10	11-12	13-17	18 e +	n.a	Totale
101 - Massa Carrara	TOT	43	192	511	166	272	36	-	1.220
	%	*3,52*	*15,74*	*41,89*	*13,61*	*22,30*	*2,95*	-	*100*
102 - Lucca	TOT	148	357	783	255	491	85	-	2.119
	%	*6,98*	*16,85*	*36,95*	*12,03*	*23,17*	*4,01*	-	*100*
103 - Pistoia	TOT	227	238	502	174	255	111	4	1.511
	%	*15,02*	*15,75*	*33,22*	*11,52*	*16,88*	*7,35*	*0,26*	*100*
104 - Prato	TOT	286	355	823	247	482	153	-	2.346
	%	*12,19*	*15,13*	*35,08*	*10,53*	*20,55*	*6,52*	-	*100*
105 - Pisa	TOT	22	127	480	180	392	187	2	1.390
	%	*1,58*	*9,14*	*34,53*	*12,95*	*28,20*	*13,45*	*0,14*	*100*
106 - Livorno	TOT	306	453	1.205	445	782	192	2	3.385
	%	*9,04*	*13,38*	*35,60*	*13,15*	*23,10*	*5,67*	*0,06*	*100*
107 - Siena	TOT	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	-
108 - Arezzo	TOT	46	225	647	274	520	116	2	1.830
	%	*2,51*	*12,30*	*35,36*	*14,97*	*28,42*	*6,34*	*0,11*	*100*
109 - Grosseto	TOT	45	181	422	140	292	83	-	1.163
	%	*3,87*	*15,56*	*36,29*	*12,04*	*25,11*	*7,14*	-	*100*
110 - Firenze	TOT	313	897	2.510	921	1.861	1.052	17	7.571
	%	*4,13*	*11,85*	*33,15*	*12,16*	*24,58*	*13,90*	*0,22*	*100*
111 - Empoli	TOT	328	349	766	241	462	121	-	2.267
	%	*14,47*	*15,39*	*33,79*	*10,63*	*20,38*	*5,34*	-	*100*
112 - Viareggio	TOT	141	156	400	113	215	22	-	1.047
	%	*13,47*	*14,90*	*38,20*	*10,79*	*20,53*	*2,10*	-	*100*
TOTALE	TOT	1.905	3.530	9.049	3.156	6.024	2.158	27	25.849
	%	*7,37*	*13,66*	*35,01*	*12,21*	*23,30*	*8,35*	*0,10*	*100*

Fonte Sistema Informativo Regionale Salute Mentale - Consolidato anno 2007

Utenti Attivi Settore Adulti per azienda e fasce di età

AZIENDE		CLASSI DI ETA'							
		0-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75 e +	n.a.	Totale
101 - Massa Carrara	TOT	-	23	110	94	18	18		263
	%	-	8,75	41,83	35,74	6,84	6,84		100
102 - Lucca	TOT	17	303	1.823	2.007	846	978	2	5.976
	%	0,28	5,07	30,51	33,58	14,16	16,37	0,03	100
103 - Pistoia	TOT	6	151	1.083	1.144	403	275		3.062
	%	0,20	4,93	35,37	37,36	13,16	8,98		100
104 - Prato	TOT	19	189	1.173	1.054	343	240	3	3.021
	%	0,63	6,26	38,83	34,89	11,35	7,94	0,10	100
105 - Pisa	TOT	33	453	2.561	2.431	1.033	1.573	4	8.088
	%	0,41	5,60	31,66	30,06	12,77	19,45	0,05	100
106 - Livorno	TOT	23	240	1.954	1.862	744	730		5.553
	%	0,41	4,32	35,19	33,53	13,40	13,15		100
107 - Siena	TOT	20	110	702	594	208	293		1.927
	%	1,04	5,71	36,43	30,83	10,79	15,20		100
108 - Arezzo	TOT	29	288	1.995	1.927	751	919	1	5.910
	%	0,49	4,87	33,76	32,61	12,71	15,55	0,02	100
109 - Grosseto	TOT	28	177	1.216	1.376	559	454		3.810
	%	0,73	4,65	31,92	36,12	14,67	11,92		100
110 - Firenze	TOT	176	752	5.967	5.724	2.140	1.965	12	16.736
	%	1,05	4,49	35,65	34,20	12,79	11,74	0,07	100
111 - Empoli	TOT	11	330	1.821	1.335	502	523	1	4.523
	%	0,24	7,30	40,26	29,52	11,10	11,56	0,02	100
112 - Viareggio	TOT	12	221	1.439	1.350	509	536		4.067
	%	0,30	5,43	35,38	33,19	12,52	13,18		100
TOTALE	TOT	374	3.237	21.844	20.898	8.056	8.504	23	62.936
	%	0,59	5,14	34,71	33,21	12,80	13,51	0,04	100

Utenti Attivi Settore Infanzia/adolescenza per azienda e fasce di età

AZIENDE		CLASSI DI ETA'							
		0-2	3-5	6-10	11-12	13-17	18 e +	n.a.	Totale
101 - Massa Carrara	TOT	115	132	353	129	212	26	-	967
	%	11,89	13,65	36,50	13,34	21,92	2,69	-	100
102 - Lucca	TOT	162	395	1.091	354	618	151	-	2.771
	%	5,85	14,25	39,37	12,78	22,30	5,45	-	100
103 - Pistoia	TOT	258	409	821	264	472	546	-	2.770
	%	9,31	14,77	29,64	9,53	17,04	19,71	-	100
104 - Prato	TOT	334	349	693	226	383	72	-	2.057
	%	16,24	16,97	33,69	10,99	18,62	3,50	-	100
105 - Pisa	TOT	145	346	979	344	687	258	-	2.759
	%	5,26	12,54	35,48	12,47	24,90	9,35	-	100
106 - Livorno	TOT	278	445	1.140	477	714	171	-	3.225
	%	8,62	13,80	35,35	14,79	22,14	5,30	-	100
107 - Siena	TOT	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	-
108 - Arezzo	TOT	44	241	632	245	460	112	-	1.734
	%	2,54	13,90	36,45	14,13	26,53	6,46	-	100
109 - Grosseto	TOT	48	185	369	116	232	69	-	1.019
	%	4,71	18,16	36,21	11,38	22,77	6,77	-	100
110 - Firenze	TOT	420	970	2.949	1.057	2.242	1.433	4	9.075
	%	4,63	10,69	32,50	11,65	24,71	15,79	0,04	100
111 - Empoli	TOT	377	372	866	265	537	165	-	2.582
	%	14,60	14,41	33,54	10,26	20,80	6,39	-	100
112 - Viareggio	TOT	154	192	480	139	260	38	-	1.263
	%	12,19	15,20	38,00	11,01	20,59	3,01	-	100
TOTALE	TOT	2.335	4.036	10.373	3.616	6.817	3.041	4	30.222
	%	7,73	13,35	34,32	11,96	22,56	10,06	0,01	100

Dal Piano integrato sociale regionale 2007 – 2010 (Deliberazione di Consiglio Regionale del 31 Ottobre 2007 n.113) – La tutela della salute mentale

7.13. La tutela della salute mentale

L'aumento del numero di persone con disturbi mentali e la complessità del fenomeno richiede un'alta capacità dei soggetti istituzionali di farsi carico in maniera adeguata delle problematiche della salute mentale. L'adeguatezza e la qualità delle risposte è strettamente connessa alla capacità di elaborare programmi comuni pienamente condivisi e di promuovere azioni nelle quali convergono risorse diverse e si armonizzano competenze e professionalità.

In linea con gli indirizzi del precedente Piano Integrato Sociale Regionale e con gli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007 approvato con Deliberazione C.R.T. n. 22 del 16.2.2005 e nelle Leggi Regionali 24 febbraio 2005, n. 40 – Disciplina del servizio sanitario regionale e 24 febbraio 2005, n. 41 – Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, è necessario rafforzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia delle risorse, in un'azione coordinata e condivisa tra Aziende unità sanitarie locali e Comuni, con il contributo di volontariato, auto aiuto e terzo settore. La Regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici per la salute mentale nelle sue diverse articolazioni incoraggia e sostiene sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto-aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi ad un settore così delicato ed importante per l'intera collettività.

Per il triennio di validità del presente Piano, la Regione Toscana si propone pertanto di consolidare il processo di integrazione tra servizi sanitari e sociali e di favorire la programmazione unitaria pubblica delle azioni con l'obiettivo di garantire qualità e appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni assistenziali per una più efficace azione di tutela della salute mentale.

Le politiche regionali sull'integrazione socio-sanitaria devono, in particolare, mirare alla promozione della salute mentale e alla prevenzione e individuazione precoce del disturbo attraverso l'informazione e la realizzazione di iniziative socio culturali e di gruppo. E' necessario proseguire in modo sistematico l'azione di prevenzione del disagio psichico attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), mettendo in atto iniziative che incidano sui processi culturali relativi alle relazioni emotivo-affettive e alle reazioni agli eventi stressanti ed alle malattie.

L'azione integrata tra sanitario e sociale deve assicurare la presa in carico multidisciplinare e percorsi terapeutico riabilitativi personalizzati dei minori con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e degli adulti con disturbi psichici con particolare attenzione alle persone che soffrono in solitudine rifiutando ogni tipo di assistenza, e alle loro famiglie.

Appare inoltre indispensabile migliorare e rafforzare i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone con patologie mentali ampliando le loro possibilità abitative e di lavoro.

Ad oggi infatti le risposte a tali diritti di cittadinanza sono ancora troppo parziali e non sufficienti rispetto ai bisogni. Le carenze evidenziate creano grosse difficoltà alla realizzazione di concreti percorsi riabilitativi e le offerte tendono ad essere di tipo assistenzialistico piuttosto che di reale recupero delle potenzialità delle persone.

Occorre inoltre sviluppare una maggiore attenzione allo stato di salute generale delle persone affette da malattie mentali promuovendo azioni che consentano di migliorare il loro "stile di vita" e prevenendo l'insorgere delle malattie fisiche attraverso appropriati interventi di valutazione delle condizioni generali di salute delle persone.

Per il prossimo triennio si prevede lo sviluppo di azioni di verifica e valutazione delle capacità di ciascun presidio socio sanitario dedicato alla tutela della salute mentale di produrre prestazioni appropriate ed efficaci in relazione a quanto disposto dalla L.R. 23/2/1999, n. 8 e successive modificazioni e dalla L.R. 24/2/2005, n. 41, in materia di accreditamento delle strutture.

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni a tutela della salute mentale ed in continuità con la precedente programmazione sociale e con quella sanitaria, gli obiettivi prioritari sono:

- favorire l'integrazione dei servizi e la più ampia partecipazione delle associazioni di utenti e dei familiari nella definizione dei programmi e nella realizzazione di azioni per la salute mentale;
- assicurare la presa in carico dei minori con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e degli adulti con disturbi psichici nonché la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale definito in stretta integrazione tra le diverse professionalità;
- sviluppare competenze e capacità degli operatori per rafforzare il loro ruolo professionale;
- potenziare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone affette da malattia mentale con particolare attenzione alla valorizzazione delle loro capacità e dei loro punti di forza;
- garantire idonee soluzioni abitative alle persone con disturbi mentali con particolare attenzione a coloro che hanno concluso il percorso assistenziale personalizzato nelle strutture residenziali per la salute mentale prevedendo, al fine di favorire i percorsi di autonomia, l'impiego di nuove figure professionali quali i facilitatori sociali e, se necessario, idonei servizi di assistenza domestica;
- sviluppare e rafforzare gli interventi diretti a favorire l'inserimento al lavoro delle persone con problemi di salute mentale;
- promuovere la prevenzione ed il trattamento delle malattie fisiche dei pazienti psichiatri;
- favorire la crescita delle Associazioni e dei gruppi di auto mutuo aiuto e la sperimentazione di servizi con modalità di partecipazione attiva delle persone utenti della salute mentale per consolidare e rafforzare il processo avviato nel periodo di vigenza del precedente Piano integrato sociale regionale;
- sostenere le azioni di promozione della salute mentale e di prevenzione e individuazione precoce del disagio psichico a partire dall'infanzia e dall'adolescenza;
- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e del mutuo aiuto.

Le azioni:

1. Interventi finalizzati a realizzare nuove soluzioni residenziali abitative per favorire i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone con patologie mentali:
    - attivare e sostenere dei progetti sperimentali diretti a potenziare il diritto ad abitare delle persone con disturbi mentali anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti;
    - garantire la riserva di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica per le persone utenti dei servizi di salute mentale;
    - favorire la realizzazione di progetti di inserimenti eterofamiliari assistiti;

2. Attivazione di percorsi lavorativi delle persone con problemi di salute mentale:
    - sviluppare tirocini di formazione in situazione lavorativa con borse lavoro;

- realizzare accordi di programma e convenzioni con le Province per la gestione della Legge 68/1999;
- attivare nuove esperienze di lavoro nel campo del turismo sociale, dell'agricoltura, dell'artigianato, della ricerca e della comunicazione e di ogni altra forma di impresa sociale;
- consolidare e rafforzare le cooperative sociali di tipo B già attive sul territorio;
- sviluppare la formazione e l'utilizzo di facilitatori sociali;

3. Salute mentale e carcere:
   - attuare il protocollo d'Intesa Regione Toscana/Prap Toscana di cui alla L.R. n° 64 del 2.12.2005, relativamente alla tutela della salute mentale in carcere, come indicato nel paragrafo 7.16 del presente Piano Integrato Sociale Regionale;
   - sostenere i percorsi socio-assistenziali delle persone affette da turbe psichiche detenute o internate in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) con particolare attenzione all'attivazione di nuovi programmi di inserimento al lavoro e favorire i progetti diretti alla loro deistituzionalizzazione;

4. Infanzia e adolescenza:
   - sviluppare progetti di prevenzione e individuazione precoce del disturbo mentale con particolare riferimento alla prevenzione primaria attraverso interventi nelle scuole e nei luoghi di aggregazione dei giovani;
   - completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza;
   - definire i percorsi di accoglienza e cura delle situazioni di disagio nell'infanzia e adolescenza con particolare attenzione all'emergenza e alle crisi acute in età adolescenziale e ai trattamenti terapeutico riabilitativi ad alta intensità assistenziale;

5. Percorsi assistenziali e di cura per persone affette da disturbi del comportamento alimentare (DCA):
   - completare la rete dei servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione dei DCA come indicato nelle linee guida di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 279 del 18/4/2006;
   - valutare l'opportunità di avviare la sperimentazione di una struttura residenziale specificatamente dedicata ai DCA;
   - favorire la conoscenza dei servizi e dei percorsi assistenziali nell'ambito della comunità di riferimento;

6. Interventi diretti a sostenere percorsi di autonomia degli utenti, a rafforzare il ruolo dell'auto aiuto psichiatrico e a sviluppare reti informali per la salute mentale:
   - prosecuzione del progetto "Mare, costa e dintorni, Il viaggio" - percorsi di autonomia per persone con problemi di salute mentale e disabili;
   - sostegno alla Rete regionale toscana degli Utenti della Salute Mentale;
   - realizzazione di corsi per facilitatore sociale (Utente operatore) e sperimentazione di modalità assistenziali per pazienti affetti da malattia mentale che prevedano un ruolo attivo da parte degli stessi utenti;
7. Sostegno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di patologie psichiatriche:
   - potenziare le offerte di assistenza domiciliare integrata;
   - realizzare iniziative dirette a sperimentare un sistema di vita extra familiare, anche per brevi periodi, nella logica del " Sempre con noi";

- sviluppare i interventi psico-educativi integrati per le famiglie di pazienti affetti da patologie mentali;
- sostenere i familiari delle persone con celebrolesioni acquisite;

8. Riabilitazione e socializzazione:
   - potenziare gli interventi diretti a riconoscere le capacità e le abilità della persona e a favorire l'acquisizione di nuove abilità;
   - sviluppare progetti diretti a favorire il superamento della solitudine ed il benessere personale e ad allargare la rete relazionale e sociale delle persone con problemi di salute mentale che prevedono un'azione congiunta tra soggetti pubblici e privati della comunità sociale di riferimento;

9. Interventi diretti a migliorare i percorsi di presa in carico e di assistenza integrata delle persone con disturbi dello spettro artistico:
   - individuare precocemente il disturbo;
   - realizzare la presa in carico della persona con valutazione funzionale e definizione del percorso assistenziale personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale;
   - definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati per i minori, al potenziamento delle risposte assistenziali per gli adulti affetti da tali patologie e ai bisogni specifici delle famiglie;

10. Interventi sperimentali volti a sostenere pazienti stranieri affetti da patologie psichiatriche con attenzione ad una formazione specifica degli operatori sanitari;

11. Interventi coordinati tra servizi territoriali ed ospedalieri per la prevenzione, individuazione precoce e risposta assistenziale alle situazioni di depressione precoce post-partum e alla salute mentale perinatale;

12. Formazione dei professionisti coinvolti nel percorso assistenziale con particolare attenzione a migliorare la capacità di conduzione integrata del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e le conoscenze sui metodi di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi.

Obiettivi di periodo:

breve termine:
- avviare percorsi integrati per la valutazione ed il miglioramento delle procedure per l'inserimento
al lavoro delle persone con patologie psichiatriche e con disabilità psichica;
- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da alimentare
con l'edilizia sociale;
- avviare una ricognizione sui rischi di mortalità dei pazienti affetti da patologia psichiatrica;
- attivare risposte specifiche sui temi della promozione della salute mentale mediante interventi
preventivi in età evolutiva.

medio-lungo termine:
- completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i

percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta
in età adolescenziale;
- completare la rete integrata dei servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento
alimentare
- definire i percorsi integrati per l'individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico e per la
definizione e qualificazione della rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza
delle persone con tali patologie;
- individuare i requisiti regionali per l'accreditamento dei presidi per la salute mentale;
- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale;
- attivare e coordinare gli interventi a sostegno delle problematiche connesse alla salute mentale e
al disagio psichico in carcere in attuazione della L.R. n°64 del 2.12.2005;
- definire protocolli operativi con i SERT per la gestione dell'emergenza e della doppia diagnosi;
- promuovere azioni atte a favorire l'uso appropriato dei farmaci e la sperimentazione di terapie non convenzionali.

Strumenti:

- linee programmatiche regionali per la definizione di percorsi integrati per l'individuazione e
accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete
integrata di servizi per l'assistenza riabilitativa dei disturbi neuropsichci dell'età evolutiva;
- linee programmatiche regionali per l'individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico e per la
definizione della rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza delle persone affette
da tali patologie;
- linee di indirizzo regionali sull'autorizzazione e accreditamento delle strutture della salute mentale;
- linee programmatiche regionali integrate per l'edilizia sociale;
- programma regionale per la promozione degli stili di vita;
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute
- piano degli investimenti per le strutture sociali;
- progetto di ricerca sulla mortalità nei pazienti che accedono ai servizi dei dipartimenti di salute
mentale;
- progetto di ricerca sulle modalità di accoglimento, valutazione diagnostica e intervento terapeutico
della coppia madre-bambino nei disturbi psichici materni/genitoriali;
- progetto di ricerca sul monitoraggio dell'attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e
cura dei disturbi del comportamento alimentare;
- progetto di ricerca sui tentati suicidi e sui suicidi.

Risorse:

- quote dei fondi sanitario e sociale regionale
- quota del Fondo per la non autosufficienza
- risorse integrate dell'edilizia sociale e dei vari fondi strutturali regionali

Risorse:

- quote dei fondi sanitario e sociale regionale
- quota del Fondo per la non autosufficienza
- risorse integrate dell'edilizia sociale e dei vari fondi strutturali regionali

Linee guida per l'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale - Deliberazione di Giunta Regionale del 27 dicembre 2007, n. 1016

1. OGGETTO E FINALITA' DELLE LINEE GUIDA

Le presenti linee guida disciplinano l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale sulla base delle linee organizzative ed operative definite dalla legislazione nazionale e regionale vigente e specificamente con riferimento alle seguenti leggi e atti deliberativi:

- Legge n. 833/1978, articoli 34 e 35;
- Legge Regionale n. 40/2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale";
- Legge regionale n. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";
- Deliberazione G.R.T. n°.596 del 16.06.03 "La tute la della salute mentale: linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi";
- Deliberazione C.R.T. n. 810 del 25.7.2000 Piano Sanitario Regionale 1999-2001 Progetto Obiettivo Salute Mentale;
- Deliberazione C.R.T. n. 22 del 16.2.2005 Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007;
- Deliberazione G.R.T. n. 682 del 12.7.2004 "Linee guida per la realizzazione dei Piani Integrati di Salute";
- Deliberazione G.R.T. n. 827 del 8.8.2005 "L.R. 40/05, art. 21: identificazione percorsi di avvio per la costruzione del Piano Integrato di Salute";
- Deliberazione G.R.T. n. 442 del 19.6.2006 "Indicazioni alle Società della Salute per la prosecuzione della sperimentazione per l'anno 2006".
- Deliberazione G.R.T. n. 522 del 17/7/2006 "Delibera G.R.T. n. 442 del 19/6/2006. Integrazione.

Indicazioni alle Società della Salute per la prosecuzione della sperimentazione per l'anno 2006".

La finalità è quella di favorire lo sviluppo di un adeguato assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale al fine di garantire buone pratiche cliniche e assistenziali ed esercitare un'efficace azione di supporto tecnico professionale alle Società della Salute, ove costituite, e alle Aziende Unità Sanitarie Locali nelle funzioni di governo delle attività socio-sanitarie relative alla tutela della salute mentale.

2. LA MISSIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura organizzativa dell'Azienda Unità Sanitaria Locale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e

riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.
Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e le Società della Salute, ove costituite, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale nella realizzazione del Patto con gli utenti e le famiglie per il miglioramento continuo delle prestazioni erogate.
Il Dipartimento tecnico professionale opera attraverso una rete dei servizi territoriali/ospedalieri, fortemente radicati nella comunità locale di riferimento; attraverso tale rete vengono assicurati livelli di assistenza nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette, per una risposta completa e articolata ai diritti di cittadinanza delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale.
Il Dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, di procedure operative, promuovendo la partecipazione e il protagonismo degli operatori ed assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di zona-distretto, azienda e area vasta.

3. CONTRIBUTO DEL DIPARTIMENTO ALLA SPERIMENTAZIONE DELLE SOCIETA' DELLA SALUTE

Il Dipartimento di Salute Mentale partecipa alla sperimentazione delle Società della Salute contribuendo alla determinazione del profilo di salute della comunità, in particolare alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento della qualità della vita della comunità.
Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona distretto di riferimento di cui ai paragrafi 7 e 8 del presente atto di indirizzo, coadiuva gli organismi di direzione delle Società della Salute nella fase di programmazione e stesura del profilo di salute e del piano di salute integrato. In particolare il Dipartimento contribuisce, attraverso il monitoraggio e la rendicontazione analitica dei costi di cui al paragrafo 5 del presente atto di indirizzo, a favorire il controllo e l'uso delle risorse nonché il progressivo superamento degli squilibri strutturali tra zone distretto in un quadro unitario a livello aziendale.

4. LE FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale, secondo quanto enunciato nei precedenti paragrafi 2 e 3, ha il compito di garantire:

- la promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi per l'educazione e promozione della salute, la comunicazione istituzionale, le attività consultoriali e le dipendenze, attraverso la diffusione di contenuti culturali e informativi e di specifiche azioni rivolte alle scuole, ai luoghi di lavoro, agli ospedali, ai luoghi di aggregazione, alle associazioni culturali, con particolare attenzione alle categorie, agli individui e ai gruppi sociali più esposti;
- la prevenzione attraverso l'intervento precoce sui gruppi a più alto rischio, in particolare con azioni riguardanti i disordini della prima infanzia e le relazioni genitore-infante, la depressione postnatale, i disturbi del comportamento alimentare, gli esordi psicotici, i disordini dell'adolescenza, la depressione e il suicidio;
- la diagnosi, cura e riabilitazione dei minorenni con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e degli adulti con disturbi psichici, con l'obiettivo di assicurare la loro migliore qualità di salute e di vita nonché l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa;
- l'accessibilità dei servizi e dei percorsi assistenziali, a partire dalla zona/distretto, su tutto il territorio aziendale e secondo le modalità e i livelli uniformi di assistenza, garantendone l'omogenea applicazione a livello aziendale;

- la continuità delle cure, a livello professionale e di rete sia nell'ambito dell' Azienda Unità Sanitaria Locale che dell' Area Vasta:
  - tra le varie articolazioni di ciascuna Unità Funzionale Salute Mentale;
  - tra le Unità Funzionali Infanzia Adolescenza e Adulti;
  - tra i servizi territoriali ed ospedalieri;
  - tra i servizi del Dipartimento di Salute Mentale e i servizi delle Aziende Ospedaliere Universitarie;
- la risposta all'urgenza - emergenza per i disturbi mentali sia a livello territoriale che ospedaliero, in collegamento con il Dipartimento dell'Emergenza Urgenza, con i Medici di Medicina Generale ed i servizi di continuità assistenziale e delle dipendenze. il Dipartimento di Salute Mentale assicura, prima che il Sindaco disponga con propria ordinanza il trattamento sanitario obbligatorio, che la persona sia sottoposta alla visita di uno psichiatra del servizio pubblico;
- lo sviluppo di azioni, con la partecipazione di soggetti pubblici e privati, reti informali e familiari, organizzazioni del terzo settore, volte a rafforzare le relazioni solidali nella comunità verso gli adulti con disturbi psichici, ed i minori con disturbi neuropsichici e a rendere loro accessibili i circuiti comuni della vita quotidiana, contrastando in tal modo la stigmatizzazione e l'emarginazione sociale;
- la promozione, nell'ambito della programmazione definita dagli organi preposti, di azioni programmate in collaborazione con i servizi sociali e gli enti locali, per rispondere ai bisogni di casa e di lavoro delle persone con problemi di salute mentale;
- la promozione di opportunità di sviluppo per i gruppi e associazioni di auto-mutuo aiuto, le cooperative sociali di tipo B e le associazioni di familiari;
- il supporto ai familiari degli utenti ed il loro coinvolgimento attivo, con particolare riferimento agli utenti in età evolutiva, nella attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale, anche attraverso l'attuazione di interventi mirati di sostegno alla genitorialità;
- la documentazione e il monitoraggio delle attività e delle prestazioni, attraverso il sistema informativo dipartimentale (Deliberazione della Giunta Regione Toscana n.1181 del 28/10/2002), in collaborazione con l'Unità Operativa sistema informativo aziendale;
- l'attivazione di programmi nell'ambito del sistema qualità aziendale per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'adozione sistematica di strumenti e azioni per la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure e per la valutazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari;
- la definizione e l'attuazione del piano per la formazione continua degli operatori, con particolare attenzione ai percorsi formativi e di inserimento lavorativo dei neo-assunti, avvalendosi anche del contributo dell'Università;
- la collaborazione con il servizio dell'Azienda Unità Sanitarie Locale che si occupa di farmacovigilanza;
- attività di consulenza alla Direzione aziendale per la prevenzione e il trattamento dello stress lavorativo e del mobbing degli operatori dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- la promozione di attività di ricerca con la collaborazione delle Università ed altri istituti di ricerca.

5. MODALITA' OPERATIVE

Il Dipartimento di salute mentale, per il raggiungimento delle finalità indicate nel presente regolamento, adotta i principi metodologici della progettazione per obiettivi, della programmazione delle attività, della verifica delle prestazioni erogate.
In particolare opera garantendo, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie

assegnate alle Unità Funzionali:

- il carattere unitario della gestione e della organizzazione della rete dei presidi e dei servizi;
- la massima integrazione multidisciplinare mediante il lavoro di gruppo pluri e interdisciplinare, mirando alla valorizzazione di tutte le professionalità;
- la flessibilità operativa, ispirata ai principi della continuità terapeutica, dell'equità dell'accesso e dell'unitarietà del percorso assistenziale.

Il Dipartimento collabora con la struttura dell'Azienda unità sanitaria locale e della società della salute, ove costituita, che si occupa di controllo di gestione, per organizzare una rendicontazione analitica periodica impostata per centri di costo in modo da evidenziare le risorse destinate all'attività in ogni livello essenziale di assistenza e la verifica ed il controllo del conseguimento degli obiettivi, nel rispetto dei criteri di efficacia, efficienza e dei vincoli economici.

Il Dipartimento opera promuovendo attivamente:

- il collegamento operativo e funzionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (anche nelle loro organizzazioni di gruppo), al fine di costituire una rete integrata di servizi in collaborazione con le unità territoriali delle cure primarie e con i servizi sociali;
- il rapporto con i Dipartimenti Universitari sia nell'ambito della ricerca che della didattica, in coerenza con gli obiettivi della Regione Toscana e tramite il Dipartimento di Area Vasta.

6. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il Dipartimento per la tutela della salute mentale è costituito come segue:

- Il Coordinatore del Dipartimento;
- Le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti delle zone-distretto;
- I Direttori delle Unità Operative professionali di Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Psicologia e Assistenza Infermieristica della Salute Mentale, ove costituita.

Sono strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale il Comitato tecnico di Dipartimento e la Consulta del Dipartimento.

Al fine di garantire una migliore funzionalità dei servizi per la salute mentale, nelle zone-distretto con più di 150.000 abitanti, è possibile attivare più unità funzionali.

Nelle zone insulari e montane è possibile sperimentare nuovi assetti organizzativi che tengano conto delle specifiche condizioni ambientali, sociali e socio sanitarie del territorio.

7. COMPITI DEL COORDINATORE DEL DIPARTIMENTO

Il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, di cui all'articolo 70 della legge regionale 40/2005, garantisce il coordinamento e concorre alla programmazione delle azioni sulla salute mentale a livello aziendale e di zona distretto. E' affiancato in tale compito dal Comitato di Dipartimento previsto all'articolo 70 della l.r. 40/2005.

Il Coordinatore viene nominato dal Direttore generale, su proposta del Direttore sanitario, tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa.

Presiede il Comitato tecnico di Dipartimento, partecipa all'ufficio di direzione aziendale e agli organismi di coordinamento dell'Area Vasta e si integra, se richiesto, nell'organizzazione delle Società della Salute partecipando alla programmazione degli interventi socio sanitari integrati.

Il Coordinatore partecipa di concerto con i responsabili delle Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza al processo di pianificazione e ripartizione delle risorse ed è garante dell'attuazione del programma annuale aziendale delle attività della salute mentale.

In particolare il Coordinatore del D.S.M. ha il compito di assicurare:

- ♦ il supporto tecnico necessario alla programmazione aziendale per una omogenea applicazione della normativa nazionale e regionale in tema di livelli di assistenza sul

territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale. Partecipa, se richiesto dagli organismi di direzione delle Società della Salute, alla programmazione e definizione del Piano Integrato di Salute nell'ambito della zona distretto e garantisce comunque il supporto tecnico professionale per quanto riguarda le attività di carattere aziendale e di area vasta;

- il coordinamento e l'integrazione delle Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza assicurando che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli, procedure omogenee sul territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- la partecipazione delle strutture organizzative professionali alla programmazione dell'attività del dipartimento e ai processi gestionali nell'ambito delle unità funzionali **;**
- la verifica del monitoraggio delle prestazioni, la qualità e l'omogeneità della raccolta dei dati epidemiologici attraverso la funzionalità del sistema informativo salute mentale aziendale, in attuazione delle direttive regionali impartite con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1181 del 28.10.2002, e predispone, in collaborazione con le Unità Operative professionali e con le Unità Funzionali della Salute Mentale, il programma annuale di formazione e aggiornamento professionale degli operatori;
- la promozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e la valutazione dei costi/benefici anche in relazione alle attività di ricovero ospedaliero e residenziale nelle strutture pubbliche e private;
- la stesura della relazione sanitaria aziendale nelle parti di competenza;
- la conduzione dei lavori del Comitato di Dipartimento di cui è presidente, ai sensi del paragrafo 10 del presente atto;
- la partecipazione degli utenti e dei familiari alla programmazione e alla verifica delle attività;
- la convocazione, almeno una volta all'anno, dell'assemblea del Dipartimento per illustrare, discutere e condividere il programma annuale aziendale delle attività della salute mentale.

8. COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA UNITA' FUNZIONALE

Le Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza, di cui al paragrafo 6 del presente atto di indirizzo, hanno la propria autonomia organizzativa e gestionale, nell'ambito delle risorse attribuite sulla base della programmazione degli interventi.
Possono essere articolate in Moduli Operativi Multiprofessionali in coerenza con l'organizzazione degli altri servizi territoriali.
Il responsabile di Unità Funzionale viene nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, sentito il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, il Direttore della Zona-Distretto e il Direttore della Società della Salute, ove istituita, ad esclusione dei direttori di struttura complessa che seguono le normative di selezione.
Il responsabile di Modulo Operativo Multiprofessionale è nominato dal Direttore Generale su proposta del responsabile dell'Unità Funzionale.
In particolare al responsabile dell'Unità Funzionale sono attribuiti i seguenti compiti:

- garantisce il funzionamento e l'operatività della struttura mediante il coordinamento e la gestione delle risorse umane e finanziarie assegnate;
- assicura l'accessibilità delle cure e l'accoglienza della domanda, la valutazione diagnostica, la presa in carico e la continuità di assistenza nei processi di cura, la definizione, attuazione, monitoraggio e valutazione periodica dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali, l'attivazione di adeguati percorsi assistenziali e l'integrazione pluriprofessionale e tra servizi sanitari e sociali;
- garantisce che venga effettuata una periodica verifica della realizzazione, nelle diverse fasi, del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato da parte dell'équipe multiprofessionale e assicura la continuità assistenziale mediante appositi protocolli

che disciplinano i rapporti tra l'Unità Funzionale e le strutture sanitarie e sociali che interagiscono con essa;

- partecipa alla programmazione delle attività a livello di zona-distretto, coadiuvando gli organismi di direzione delle Società della Salute nella stesura del profilo di salute e del piano integrato di salute, nonché alla elaborazione del programma delle attività per la salute mentale a livello aziendale, contribuendo alla coerenza dei due strumenti; è responsabile della programmazione operativa della struttura che dirige;
- è responsabile delle risorse assegnate nel budget della zona-distretto e dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato all'Unità Funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni; assegna le risorse ai moduli operativi multiprofessionali, ove costituiti;
- fa parte dell'ufficio di coordinamento di cui all'art. 64, quinto comma della L.R. 24.2.2005, n. 40 e coadiuva il responsabile di zona-distretto nelle sue funzioni per quanto di competenza, partecipa allo staff della direzione della Società della Salute;
- assicura lo svolgimento di programmi di miglioramento continuo di qualità all'interno dell'unità funzionale sulla base di protocolli individuati con le unità operative ed è responsabile del funzionamento del sistema informativo salute mentale aziendale per la parte di competenza.

9. COMPITI DEI DIRETTORI DELL' UNITA' OPERATIVA

Il Direttore dell'Unità Operativa, di cui al paragrafo 6 del presente atto di indirizzo, cura, ai sensi della L.R. 24.2.2005, n. 40, gli aspetti tecnico-professionali del profilo di appartenenza.
In particolare svolge i seguenti compiti:

- è referente professionale di tutto il personale appartenente alla Unità Operativa, cui garantisce il proprio supporto tecnico-specialistico, sovraintendendo alle valutazioni collegiali richieste per problematiche di particolare complessità e rilevanza;
- concorda con il Coordinatore del Dipartimento e le Unità Funzionali, la dotazione organica, tenendo conto dei bisogni organizzativi e delle specifiche esigenze funzionali, nonché delle competenze degli operatori;
- partecipa al monitoraggio dei dati di attività relativi alla disciplina che afferiscono dai singoli dirigenti, al fine di garantire un equilibrio delle risorse;
- garantisce, con il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, il supporto tecnico alla definizione delle convenzioni fra l'Azienda unità sanitaria locale e le università, le scuole di specializzazione e gli istituti di ricerca, nell'ambito delle quali vengono stabilite le modalità di assegnazione dei tirocinanti post laurea e degli specializzandi alle Unità Funzionali Salute Mentale e le modalità di verifica del loro percorso formativo;
- promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale di tutti gli operatori e concorre alla formulazione del programma annuale di formazione del Dipartimento all'interno del piano di formazione aziendale;
- concorre, per quanto di competenza, alla definizione dei programmi aziendali di incentivazione degli operatori e, alla elaborazione, in sede aziendale, dei programmi di educazione alla salute;
- partecipa alla predisposizione e all'applicazione delle linee-guida per il governo clinico, delle procedure e dei protocolli operativi per il personale afferente alla propria unità operativa;
- favorisce lo sviluppo dei rapporti con le altre professionalità nelle unità funzionali salute mentale al fine di realizzare la necessaria integrazione sul piano culturale ed operativo;
- partecipa alle commissioni di concorso per l'assunzione di nuovi dirigenti della disciplina;
- partecipa alla definizione del programma aziendale delle attività per la salute mentale.

Le Unità Operative che hanno i requisiti previsti dalla Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n°596/2003, sono strutture complesse.

10 . IL COMITATO TECNICO DI DIPARTIMENTO

Al fine di garantire una gestione partecipata ed organizzata delle attività dipartimentali, nonché di coadiuvare il Coordinatore del Dipartimento, viene costituito il Comitato tecnico di Dipartimento.
Il Comitato è presieduto dal Coordinatore del dipartimento ed è costituito dalle seguenti figure professionali: responsabili delle Unità Funzionali salute mentale, responsabili dei Moduli Operativi Multiprofessionali (ove costituiti), Direttori delle Unità Operative professionali di cui al paragrafo 6 del presente atto di indirizzo o loro delegati, responsabile Controlli di gestione e Direttore dei Servizi Sociali o loro delegati, un delegato dell'Unità Operativa Assistenza Infermieristica e dell'Unità Operativa Riabilitazione Funzionale per ogni Unità Funzionale Salute Mentale. Alle riunioni del Comitato possono essere invitati dal Presidente anche altri soggetti in relazione agli argomenti trattati.
Il Presidente convoca il Comitato di norma ogni due mesi e stabilisce l'ordine del giorno che può essere integrato su richiesta scritta dei componenti.
Il Comitato di dipartimento esprime un parere, non vincolante, su tutti gli atti, proposte, sollecitazioni che gli verranno dal Coordinatore del Dipartimento ed in ogni caso sulle seguenti materie:

- pianificazione e programmazione delle attività del dipartimento;
- organizzazione del lavoro;
- adozione di linee-guida, protocolli al fine di assicurare procedure omogenee su tutto il territorio aziendale;
- formazione ed aggiornamento professionale;
- rapporti e convenzioni con l'università, scuole di specializzazione ed istituti di ricerca.

11. LA CONSULTA

Allo scopo di garantire la partecipazione attiva dei familiari e degli utenti alla programmazione e alla verifica delle attività del Dipartimento, è istituita una Consulta del Dipartimento di Salute Mentale formata dai rappresentanti delle associazioni e gruppi di auto aiuto dei cittadini utenti, associazioni di familiari e associazioni di volontariato che si occupano di salute mentale e che fanno parte degli organismi di partecipazione a livello di zona/distretto e delle Società della Salute, ove costituite.
Il Coordinatore del Dipartimento promuove l'insediamento della Consulta e stabilisce le modalità organizzative in modo da favorire incontri periodici con la stessa e l'eventuale attivazione di gruppi di lavoro ad obiettivo. La Consulta concorda le modalità di partecipazione con le Società della Salute, ove istituite.

12. COORDINAMENTO TECNICO PROFESSIONALE DI AREA VASTA

Al fine di consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema nonché la crescita e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale, è istituito, in coerenza con la normativa vigente in materia di Dipartimenti interaziendali di Area Vasta, un coordinamento tecnico professionale del quale fanno parte i Coordinatori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie presenti nell'area vasta.
In particolare il coordinamento tecnico professionale di area vasta svolge i seguenti compiti:

- elabora proposte di sviluppo delle attività della salute mentale che rispondano ai requisiti della programmazione di area vasta;

- garantisce un coordinamento delle attività delle aziende sanitarie che preveda il pieno utilizzo delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali integrati;
- propone alla Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale apposite linee guida e cura l'implementazione e la valutazione di quelle in vigore;
- gestisce, anche in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Universitarie presenti nell'area vasta, specifici progetti di area vasta in tema di formazione delle risorse umane nonché progetti diretti alla sperimentazione e innovazione nel campo dell'assistenza e dei relativi percorsi.

Piano sanitario regionale 2008-2010 (Deliberazione di Consiglio Regionale del 16 luglio 2008 n.53)

5.6.2.1 Salute Mentale

Nel corso del triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2005–2007 è proseguita l'azione di consolidamento della rete integrata dei servizi territoriali per la salute mentale coerentemente con i principi organizzativi indicati fin dal 1995 dall'OMS nel documento "World Mental Health: Problems and Priorities in Low– Income Countries" e nel rispetto dei principi fondamentali che stanno alla base del modello organizzativo dei servizi della Toscana:

- la conferma del divieto di ogni forma di contenzione fisica e l'attenzione alla persona alla sua storia e al suo contesto culturale e sociale;
- lo sviluppo delle più appropriate forme di assistenza e di cura, anche per combattere l'isolamento e lo stigma;
- il "prendersi cura" della persona, il sostegno alla famiglia e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato mirato al superamento delle sue difficoltà psicologiche e se possibile, alla sua guarigione, recupero del suo ruolo sociale e familiare;
- la realizzazione di servizi di salute mentale di comunità con l'attivazione di interventi assistenziali che si sviluppino nella, e con, la comunità locale;
- servizi diffusi sul territorio, versatili, culturalmente integrati.

In particolare nel triennio l'impegno della Regione e dei Dipartimenti di Salute Mentale è stato concentrato su alcune linee di azione:

- analisi e confronto sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in coerenza con le scelte strategiche della Toscana, rivolgendo l'attenzione ai pertinenti livelli di programmazione: Aziendale e delle Società della Salute;
- sviluppo di una cultura orientata alla verifica e valutazione del grado di raggiungimento dei risultati, all'appropriatezza ed efficacia delle azioni e al monitoraggio delle attività dei servizi;
- istituzione della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale (Deliberazione G.R. 1210 del 12.12.2005) e avvio di azioni riguardanti:
  - un'appropriata valutazione dei servizi: l'accreditamento dei servizi per la salute mentale;
  - la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (andamento della mortalità su popolazione di pazienti seguiti dai servizi di salute mentale della Toscana);
  - i rapporti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le Università;
  - le competenze professionali e la relazione tra operatori e pazienti;
- monitoraggio delle attività dei servizi attraverso l'avvio di un Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale sulla base del progetto approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1181 del 28.10.2002 e inserimento dello stesso nel

Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari per il monitoraggio continuo dell'attività dei servizi;

- definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliero Universitarie, delle Università e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nell'ambito dell'assistenza, della formazione e della ricerca nell'ambito della salute mentale;
- promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, anche tramite l'adozione di specifiche linee guida, attraverso la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e dei disturbi psichici nell'età adolescenziale e l'elaborazione di percorsi assistenziali per la gestione dell'emergenza psichiatrica;
- sviluppo di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), con particolare attenzione ai Centri ambulatoriali aziendali, in applicazione di quanto disposto nelle linee guida adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 279 del 18.4.2006, come specificato nel progetto speciale "Alimentazione e salute" del presente Piano;
- analisi dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e avvio di sperimentazioni di servizi integrati per la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza.

I Dipartimenti di Salute mentale, pur trovando qualche difficoltà in termini organizzativi, che necessitano di approfondimenti, anche con opportuni tavoli ci concertazione, hanno cercato di rispondere adeguatamente alle richieste di assistenza sempre più diffuse ed articolate dal lato dei bisogni da parte di utenti con vari disturbi compresi quelli "gravi".
Gli utenti attivi in carico ai servizi sono circa 90.000 di cui circa 27.000 minori di età. I ricoveri nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura hanno avuto una leggera flessione, mentre è da tenere sotto controllo il dato dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.). In Toscana il tasso di mortalità per suicidi risulta più basso della
media nazionale con una tendenza alla diminuzione del fenomeno.
La rete dei servizi, relativamente alla salute mentale adulti, è abbastanza articolata e diversificata in relazione ai bisogni. Per quanto riguarda le strutture residenziali, in questi anni è proseguita l'azione di riorganizzazione e adeguamento delle stesse sulla base di quanto indicato nel precedente Piano Sanitario Regi onale.
A tale riguardo si evidenziano le difficoltà incontrate dai servizi per attivare una maggiore mobilità nell'ambito delle strutture terapeutico-riabilitative soprattutto per la carenza di programmi e investimenti abitativi diretti a garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. Critica si presenta anche la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale. Come specificato nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale, di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale n. 113 del 31.10.2007, devono essere rafforzati gli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nell'ambito della programmazione delle Società della Salute.
Le particolari difficoltà riscontrate nel collocamento al lavoro delle persone con disturbi psichici evidenziano la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra Dipartimenti di Salute Mentale e Province per l'applicazione della Legge 68/1999 e di prevedere stabili strumenti di integrazione con i servizi per il Collocamento Mirato. La Regione Toscana si impegna a proseguire il percorso avviato diretto a favorire tali collaborazioni e a individuare percorsi propedeutici al lavoro e strumenti di controllo e verif ica sull'andamento del tutoraggio e dell'inserimento al lavoro.
Per quanto riguarda la salute mentale infanzia e adolescenza, la rete dei servizi non è ancora completata e non sempre è garantita la continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta. Occorre definire e adottare in ogni Azienda USL protocolli condivisi, con verifiche della loro attuazione, tra servizi di salute mentale infanzia adolescenza e adulti e tra questi e gli altri

servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per migliorare l'integrazione e la collaborazione. È necessario inoltre che venga assicurata maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, nell'ambito della programmazione, sia a livello della zona–distretto che aziendale e di area vasta.
Non è ancora a regime in ogni Azienda USL il sistema informativo salute mentale e ciò non consente il monitoraggio complessivo dei risultati prodotti dalla rete dei servizi. Occorre pertanto una uniforme applicazione delle disposizioni regionali su tutto il territorio.
Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento del precedente, integra e sviluppa quanto indicato nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007–2010 (adottato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31.10.2007) prevedendo le seguenti linee di azione nel triennio.

L'organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale

È necessario assicurare la completa e diffusa applicazione delle Linee guida sull'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute mentale adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 1016 del 27 dicembre 2007 con particolare attenzione alle seguenti priorità.
In ogni Azienda USL deve essere istituito il Dipartimento di Salute Mentale quale struttura organizzativa tecnico professionale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.
Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione Generale delle Aziende USL e delle Società della Salute, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale. In particolare, partecipa alla sperimentazione delle Società della Salute contribuendo alla determinazione del profilo di salute della comunità, alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento continuo della qualità assistenziale, nonché di interventi per il miglioramento della qualità della vita della comunità.
In ogni Zona–distretto devono essere istituite le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti con il compito di garantire il funzionamento e l'operatività della struttura mediante il coordinamento e la gestione delle risorse umane e finanziarie.
Nelle zone–distretto con più di 150.000 abitanti, è possibile attivare più Unità Funzionali al fine di garantire una migliore funzionalità dei servizi per la salute mentale.
Alle Unità Funzionali deve essere assegnato il personale, come indicato nel Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 41 del 17.2.1999 e nella Deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16.6.2003, per assicurare la interdisciplinarietà degli interventi.
Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona–distretto, coadiuva gli organismi di direzione delle Società della Salute nelle fasi di programmazione e stesura del profilo di salute e del piano integrato di salute. In particolare il Dipartimento deve contribuire a favorire, attraverso il monitoraggio e la rendicontazione analitica dei costi, il controllo e l'uso delle risorse, nonché il progressivo superamento degli squilibri strutturali tra zone–distretto in un quadro unitario a livello aziendale.
I Direttori delle Unità Operative, istituite presso ogni Azienda USL, curano gli aspetti tecnico–professionali del profilo di appartenenza.
Il Comitato Tecnico di Dipartimento e la Consulta sono costituiti in ogni Azienda USL e afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale per garantire una gestione partecipata delle attività dipartimentali e per coadiuvare il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, nonché per garantire la partecipazione attiva dei cittadini e in particolare degli utenti e dei familiari e delle loro associazioni alla programmazione e alla verifica
delle attività del Dipartimento.

In coerenza con la normativa vigente in materia di Dipartimenti interaziendali di Area Vasta, è istituito in ogni Area Vasta un Coordinamento tecnico professionale per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale.

È necessario assicurare la collaborazione tra Università e Dipartimenti, così da sviluppare le condizioni per una proficua collaborazione sia nell'ambito dell'assistenza, sia in quelli della ricerca e della didattica.

L'articolazione dell'assistenza

I Servizi di Salute mentale assicurano livelli di assistenza, con presenza di operatori medici e delle professioni sanitarie, attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri, nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette. Operano attraverso gruppi operativi interdisciplinari garantendo quattro tipologie di servizio: • il Centro di Salute Mentale è organizzato per assicurare tutti i giorni dell'anno nell'arco delle 24 ore una risposta a domande sia programmate che urgenti, di tipo ambulatoriale e domiciliare;

• il Centro Diurno: struttura semiresidenziale, di norma aperta per sei giorni la settimana, sulle dodici ore al
giorno;

• le Strutture Residenziali a vario grado di assistenza;

• il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a porte aperte.

Questa articolazione dell'assistenza deve rappresentare un sistema di cura unitario e complesso con passaggi coerenti e chiari per evitare il rischio della disarticolazione in tanti frammenti con conseguenti servizi confusi e prestazioni inefficaci ed inefficienti. La funzione unificatrice dell'articolazione dei suddetti interventi viene garantita dal Centro di Salute Mentale che costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela e presa in carico della Salute Mentale e rappresenta il punto di riferimento centrale dell'Unità Funzionale.

I servizi devono operare in rete tra loro ed in rapporto con gli altri servizi socio–sanitari.

Con il presente piano si afferma inoltre l'importanza che vi sia una risposta autorevole e rassicurante in caso di crisi di tipo fobico, stati d'ansia o depressione. In tal senso la Giunta, entro 180 giorni, emanerà precisi indirizzi alle aziende sanitarie per garantire facilità di accesso all'interno delle strutture territoriali e la messa a disposizione di una risposta immediata, anche telefonica, nell'arco delle 24 ore, tutti i giorni.

Il percorso terapeutico-riabilitativo

Soltanto attraverso un chiaro e ben definito percorso terapeutico-riabilitativo è possibile riconoscere e valorizzare le qualità della persona e favorire il recupero, parziale o totale, della sua autonomia, consentendole di vivere una vita accettabile sotto i profili sociale e familiare.

Di seguito si puntualizzano alcuni aspetti fondamentali del percorso per orientare le modalità di approccio alla cura e all'assistenza.

• *L'accesso ai servizi*. Avviene ordinariamente attraverso il personale del Centro di Salute Mentale che elaborerà un atto strutturalmente predisposto in cui sarà dato conto di una valutazione complessiva dei disturbi di salute mentale presentati dal soggetto, dei suoi bisogni e approntera un progetto terapeuticoriabilitativo individualizzato.

• *La valutazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato*. Se la persona necessita di interventi complessi in una dimensione interprofessionale che richiede gli apporti di diverse competenze, alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura e assistenza. A tal fine, sono predisposti specifici percorsi terapeutico-assistenziali in collegamento alle linee guida per le patologie di maggior impegno adottati nell'ambito delle funzioni della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale. Per garantire la continuità delle cure occorre prevedere l'individuazione di un responsabile dei processi di cura ("case manager") che segue

le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei servizi socio-sanitari previsti. Nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo sarà assicurata l'acquisizione del consenso della persona o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate. Con l'assenso del/la cittadino/a interessato/a, il progetto potrà essere condiviso con i familiari e/o con le persone di aiuto formalmente individuate.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

L'attenzione posta dai Dipartimenti di Salute Mentale alla funzione di ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha permesso, l'avvio di processi di riorganizzazione con particolare attenzione a garantire che l'attività di ricovero svolta in ospedale rimanesse all'interno dei percorsi di cura definiti nell'ambito delle Unità Funzionali e la messa in atto di azioni per evitare ogni forma di contenzione fisica. Il processo avviato deve trovare conferma, attraverso:

• il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una maggiore attenzione al ricorso a quella farmacologica che dovrà essere monitorata;

• lo sviluppo e l'estensione delle sperimentazioni effettuate in alcune aree della Toscana per la ricerca di soluzioni organizzative che garantiscano la continuità terapeutica ed assistenziale e che si collochino il più vicino possibile ai contesti di vita della persona. Per assicurare un'efficace risposta all'emergenza di bisogni psichiatrici acuti nelle zone–distretto con popolazione inferiore ai 60.000 abitanti, presso reparti di area medica, è prevedibile l'utilizzo di posti letto per i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori. Tali servizi vengono attivati al bisogno.

• la diffusione di protocolli operativi che delineino modalità assistenziali nei casi di pazienti con doppia diagnosi e abuso di sostanze.

Le persone "non collaboranti"

Al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disturbi mentali che hanno difficoltà ad affrontare la propria sofferenza e ad esprimere richieste di assistenza o rifiutano le usuali vie di accesso ai servizi, è necessario sperimentare (con rigorose valutazioni di risultato), nuove forme di facilitazione dell'accesso e di offerta di aiuto, professionale e non, per intercettare i bisogni non espressi e per offrire le cure necessarie. Si prevede pertanto l'avvio di sperimentazioni di servizi di prossimità per il funzionamento dei quali occorrerà avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato presenti sul territorio e prioritariamente dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto costituite da utenti. È necessario inoltre operare attraverso l'integrazione con le strutture territoriali che stanno già sperimentando questa modalità operativa.

Verso l'accreditamento delle strutture per la salute mentale

Un importante impegno della Regione Toscana e delle Aziende USL per il prossimo triennio riguarderà la definizione dei requisiti di accreditamento dei servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale.

L'obiettivo, in coerenza con quanto enunciato nei paragrafi 7.5.1 e 7.5.3 del presente Piano Sanitario Regionale, è quello di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari per la salute mentale e di facilitare i rapporti tra servizi, le strutture e i cittadini.

La salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)

A integrazione di quanto disposto nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale 2007–2010 al punto "Salute mentale e carcere" e in coerenza con gli obiettivi previsti nel paragrafo 5.6.2.7 del presente Piano Sanitario Regionale, si individua, quale obiettivo prioritario per il prossimo triennio, il completo superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. A tal fine la Regione Toscana partecipa al progetto di revisione della realtà degli O.P.G. e delle case di cura circondariali in discussione a livello

nazionale e si impegna a definire il modello organizzativo per assicurare una nuova gestione della struttura sulla base del principio fondamentale della territorialità. L'ambito territoriale deve costituire la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali internate o detenute nell'O.P.G.
Le Regione Toscana è altresì impegnata a proseguire il percorso avviato finalizzato a garantire idonei livelli assistenziali attraverso la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture per gli internati residenti in Toscana.

I rischi di mortalità dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici

I dati di letteratura evidenziano che le persone con disturbi di salute mentale presentano un aumento del rischio di mortalità sia per cause naturali che non naturali. A tal proposito sono stati condotti studi nelle province di Firenze e Livorno che confermano queste segnalazioni. Infatti le ricerche evidenziano che i pazienti con diagnosi psichiatrica hanno un aumento del rischio di mortalità tre volte più alto della popolazione non affetta da tali disturbi. I fattori più comunemente suggeriti per dare una lettura complessiva tale fenomeno sono: gli stili di vita poco salutari, gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi, la minore frequenza con cui verrebbero diagnosticati e debitamente trattati i disturbi fisici.
Anche la percentuale di morte per cause quali il suicidio ed altre cause violente è più elevata.
Emerge pertanto la necessità di orientare i servizi di salute mentale e più complessivamente tutto il sistema assistenziale perché si sviluppi una maggiore attenzione ad una "presa in carico globale" di questi pazienti.
La Regione Toscana si impegna ad un costante e diffuso monitoraggio di questo fenomeno.

I Farmaci e le terapie complementari

Nella Regione Toscana l'uso dei farmaci antidepressivi è più alto della media nazionale con differenze territoriali significative.
Occorre pertanto sviluppare azioni, insieme alla Commissione terapeutica regionale, per promuovere l'uso appropriato dei farmaci su tutto il territorio e migliorare il rapporto tra medici di medicina generale e Dipartimenti di salute mentale. Per favorire tali percorsi verranno adottate specifiche linee di indirizzo in materia.
La riduzione del ricorso ai farmaci all'interno di un percorso teraputico-riabilitativo è perseguibile anche attraverso una piena valorizzazione delle terapie psicologiche (dalle terapie psico–educative a quelle più propriamente psicoterapeutiche). Entro il triennio di validità del presente Piano saranno a tal fine elaborate specifiche direttive operative.
Richiamato quanto indicato nell'azione di piano al paragrafo 5.6.1.6 del presente Piano Sanitario Regionale sulle Medicine Complementari e discipline bionaturali, si ritiene utile proseguire la sperimentazione di tali terapie nelle attività di cura e riabilitazione per le persone affette da malattia mentale avvalendosi dell'apporto professionale della Struttura regionale di riferimento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1384 del 2002, e prevedendo lo sviluppo di programmi diretti:
• alla valutazione di efficacia di tali trattamenti su minori e adulti;
• a diffondere la conoscenza di tali pratiche attraverso iniziative di formazione per gli operatori e di informazione per la cittadinanza.

5.6.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, rappresenta una priorità nell'ambito
delle attività della salute mentale.
Come afferma anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità i bambini fino dalla prima infanzia, gli adolescenti
ed i giovani si collocano tra le aree di popolazione particolarmente a rischio di disadattamento e di veri e propri
disturbi psicopatologici a causa di fattori di rischio biopsicosociali. A questa fascia di popolazione deve essere quindi concessa un'elevata attenzione nelle attività di promozione

della salute mentale, di prevenzione e di trattamento dei problemi ad essi correlati. I disturbi nell'infanzia e adolescenza inoltre possono essere importanti
precursori di disturbi nell'età adulta e quindi le azioni condotte in favore della salute mentale dei bambini e degli
adolescenti costituiscono un investimento strategico tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la
società ed i sistemi sanitari.
A fronte di tali problemi, la Regione Toscana, già con il PSR 1999–2001 ha previsto, con la costituzione di Unità
Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, l'attivazione di
interventi interprofessionali di varia intensità per la prevenzione e la presa in carico di soggetti dell'età infantile e adolescenziale.
Gli strumenti di programmazione regionale e locale hanno consentito l'avvio di un importante lavoro interdisciplinare e l'attivazione di servizi con équipes multidisciplinari integrate operanti a livello della comunità.
Nel triennio di vigenza del PSR 2005–2007 è proseguita l'azione di sviluppo dei servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza. La costituzione delle Unità Funzionali salute mentale infanzia e adolescenza in quasi tutte le zone–distretto ha permesso, attraverso interventi interdisciplinari, una migliore accoglienza e trattamento dei soggetti con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e psicologici quali i disturbi specifici dell'apprendimento e le disabilità correlate, i disturbi alimentari psicogeni, i disturbi derivanti da eventi traumatici come gli abusi e il maltrattamento, i disturbi dello spettro autistico. È stato altresì affrontato il problema dell'emergenza/urgenza in preadolescenza e adolescenza per assicurare, attraverso percorsi certi e qualificati, idonee risposte alle situazioni di scompenso acuto.
Tuttavia, le azioni intraprese non sono ancora sufficienti a garantire risposte assistenziali e percorsi di sostegno e cura adeguate ai bisogni accertati, su tutto il territorio della Regione Toscana.
È necessario pertanto consolidare il processo avviato confermando le strategie per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza definite con il Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale contenuto nel Piano Sanitario regionale 1999–2001 e nel Piano Sanitario Regionale 2005–2007 e rafforzare gli interventi di promozione della salute mentale, di prevenzione e le risposte assistenziali, fornendo,entro il primo anno di validità del presente Piano, indirizzi e linee guida specifici e indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate, sui seguenti ambiti di azione:
- la promozione della salute mentale nella accezione dell'OMS
- la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- i disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente.

Il lavoro di prevenzione e di promozione della salute mentale nell'età evolutiva deve prevedere un maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. I servizi di salute mentale e tutti gli altri soggetti pubblici e privati devono operare in stretto contatto con chi sta facendo promozione della salute integrandosi costantemente sia a livello progettuale–operativo che formativo.
Occorre inoltre adeguare gli strumenti di informazione, lettura e valutazione del bisogno e dell'organizzazione degli interventi di promozione della salute mentale, di prevenzione e della risposta assistenziale per assicurare la qualità e l'efficacia delle azioni intraprese.
Sarà, pertanto, assicurato lo sviluppo dei seguenti processi:
- formazione e aggiornamento continuo degli operatori;
- accreditamento dei servizi;
- messa a regime del sistema informativo salute mentale aziendale;

• adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione e accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete integrata di servizi;
• adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico, in tutte le fasi della vita, delle persone affette da autismo e delle loro famiglie e la definizione della rete integrata dei servizi;
adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione tempestiva dei Disturbi Specifici di Apprendimento (dislessie e disabilità correlate) e per la promozione di percorsi integrati di abilitazione che coinvolgano l'istituzione scolastica, la famiglia e le Associazioni nel processo di promozione di salute del minore nella comunità scolastica;
• adozione di protocolli operativi tra Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Unità Funzionali Salute Mentale Adulti, Attività consultoriali, SERT, servizi sociali, Aziende Ospedaliere Universitarie;
• diffusione della "Dichiarazione di Firenze – Il benessere psichico dei bambini in Europa Piani e Prospettive".

La prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

Dalle esperienze e iniziative che hanno affrontato in questi anni, con modalità diverse, le necessità di prevenzione, rilevamento precoce e intervento terapeutico nel disagio perinatale (in particolare sulla depressione post–partum e sul disagio relazionale precoce), emerge quanto segue:
• esiste un'eccessiva frantumazione dei percorsi ed una disomogeneità territoriale;
• i dati generali relativi all'efficacia degli interventi sono scarsi;
• di difficile rilevamento risultano i protocolli di intervento sul disagio una volta che questo è stato rilevato o che dall'area del rischio si è passati all'espressione sintomatica;
• è molto alta la percentuale della psicopatologia materna perinatale sommersa: solo 1/3 dei casi viene riconosciuto e riceve interventi terapeutici adeguati;
• risulta ridotta la quantità complessiva di risorse impegnate.

I fattori di rischio e gli indicatori di disturbo evolutivo

Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici occorrerà porre attenzione ai principali fattori di rischio responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fallimenti nello sviluppo psicoemozionale, tali da poter condurre a esiti di psicopatologia, quali:
• le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole;
• le condizioni del bambino che espongono a rischio di disturbo psicopatogico successivo;
• la tardiva o mancata disponibilità di diagnosi e di cure nella prima infanzia.

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce

Pur non potendosi definire alcun intervento da solo completo, ma ritenendo opportuno trovare fra i vari approcci un'integrazione sia per modalità sia per sedi di erogazione, si devono distinguere diverse articolazioni:
• partecipazione ed aggiornamento continuo di un apparato di conoscenze e informazioni sull'importanza della qualità delle prime relazioni e dei processi di attaccamento negli operatori che lavorano con i genitori, i bambini, l'evento della nascita (pediatri di famiglia, operatori dei punti nascita e dei servizi pediatrici ospedalieri, operatori dei nidi e delle scuole per l'infanzia, operatori dei servizi di salute mentale, operatori dei servizi sociali e del volontariato sociale);
• rete di servizi (sociali, delle dipendenze, della salute mentale, dell'assistenza alla gravidanza, pediatrici, educativi della prima infanzia) in grado di comunicare e di cogliere il rischio e il bisogno nel momento in cui emerge;
• team multiprofessionali di primo livello e specialistici, dedicati e di facile accessibilità, con sufficienti risorse per una valutazione precoce del rischio di fallimento genitoriale e di distorsione dell'attaccamento e familiarità con strumenti efficaci di individuazione precoce del

rischio prenatale e postnatale (PDI, RQ– CV, Edimburgh PND Scale, FEAS, ITSEA ecc.),attraverso tecniche di intervento specifiche, che
presuppongono una formazione apposita.

La rete integrata dei servizi

Occorre prevedere più livelli di intervento che richiedono una continua integrazione tra loro e i diversi attori e un funzionamento in rete, per includere attori formali e informali, istituzionali ed extra–istituzionali presenti in ciascuna specifica realtà al fine di sostenere in via prioritaria la genitorialità. È inoltre indispensabile avvalersi dell'esperienza degli utenti che rappresentano una risorsa necessaria a mantenere e sviluppare la qualità del servizio e a favorire l'empowerment di componenti sociali formali e informali.

La rete dei servizi si articola sui seguenti livelli:

• interventi sociali di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;

• interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;

• servizi clinici ed educativi di primo livello di facilitazione delle competenze del bambino e dei genitori. Interventi di doula, visita domiciliare, di gruppo, di auto–aiuto, basati sull'ambulatorio del pediatra di famiglia, etc:

• servizi clinici specialistici di secondo livello (uno per Azienda USL) per interventi terapeutici individuali orientati su tutte le aree di sviluppo del bambino (sensoriale, motorio, cognitivo, emotivo, familiare e comunitario;

• servizi clinici specialistici di terzo livello (in ambito di area vasta).

A fronte di quanto sopra si individuano i seguenti obiettivi:

• favorire una uniforme e diffusa azione sul territorio per attivare ed ottimizzare risposte efficienti e di specifica qualità che vadano realmente ad incidere sulla prevenzione (primaria e secondaria) e sulla riduzione dei gravi quadri psicopatologici;

• costruire la rete per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio, la segnalazione degli stessi all'ambulatorio competente, la tutela della continuità assistenziale per i casi già in carico, il sostegno allo sviluppo delle competenze genitoriali nelle situazioni problematiche;

• prevedere servizi ambulatoriali specializzati 0–5 per gli interventi di prevenzione selettiva di diagnosi e gli interventi terapeutici nella grave psicopatologia;

• realizzare una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza della prima relazione madre–figlio e dei processi di attaccamento.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi saranno sviluppate iniziative di formazione specifica degli operatori che lavorano con genitori e bambini piccoli.

I disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente

L'età adolescenziale e post–adolescenziale, come tutte le fasi di passaggio del ciclo evolutivo vitale, è particolarmente soggetta al rischio di comparsa dei disturbi psichici.

È in questa fase che si strutturano i disturbi di personalità, compaiono i disturbi alimentari psicogeni, appaiono i primi segni che preannunciano un esordio psicotico, si manifestano comportamenti suicidari. Le stime epidemiologiche segnalano che circa il 20% degli adolescenti e preadolescenti soffrono di disturbi psichici.

Un adolescente su cinque presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento, un adolescente su otto soffre di un disturbo mentale riconoscibile. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio.

Una volta individuati i fattori ai quali possono essere ascritti in tutto o in parte i disturbi delle personalità dei bambini, adolescenti e giovani occorre organizzare la rete dei servizi potenziandone i vari punti e individuare percorsi assistenziali chiari e definiti in modo da garantire l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico tempestiva e complessiva dell'adolescente e la definizione del progetto terapeutico individualizzato con risposte differenziate e integrate.

La complessità dei disturbi infantili e adolescenziali ed i bisogni che emergono richiedono un costante lavoro in rete con altri servizi ed operatori sia all'interno dell'Azienda USL che con servizi presenti sul territorio. In particolare nella programmazione delle azioni di prevenzione e promozione della salute mentale è importante tenere conto del ruolo progettuale ed operativo dei Consultori adolescenti nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili. I Consultori, come indicato nel paragrafo 5.6.2.5 del presente Piano Sanitario Regionale.
Va inoltre considerato che lo sviluppo e la crescita dei giovani si realizza sempre più spesso attraverso il ruolo esercitato da contesti caratterizzati dalla più varia potenzialità educativa e formativa. A tal proposito la scuola rappresenta un contesto estremamente significativo, che dispone al suo interno di elevate potenzialità non sempre utilizzate nelle forme più efficaci e funzionali. Per svilupparne le potenzialità, nella direzione di una più elevata capacità di promuovere il benessere e la salute, diventa fondamentale costruire azioni condivise tra i servizi di salute mentale, i consultori, l'educazione e la promozione della salute ed i SERT per recepire i bisogni e le necessità del sistema scuola e per guidarlo nel suo complesso tenendo conto, in particolare,
di quanto indicato nel paragrafo 3.2.2 del presente Piano relativamente a "Una scuola che promuove salute".
Un'attenzione particolare va posta inoltre alle situazioni di emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza.
A tal proposito si evidenzia che del 20% degli adolescenti e preadolescenti che soffrono di disturbi psichici il 5% soffre di disturbi psichiatrici che necessitano di percorsi di diagnosi e cura più intensivi che spesso hanno annoverato anche un ricovero in ambito specialistico; solo una percentuale ridotta di tali ricoveri riveste carattere di emergenza–urgenza. Come sopra richiamato la Regione Toscana si impegna ad adottare linee guida che orientino le Aziende unità sanitarie locali nella riorganizzare del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza nel rispetto dei seguenti principi:
• la specificità dell'età adolescenziale (11–18 anni) richiede servizi specificatamente destinati a questa età;
• i servizi devono essere messi in grado di gestire la gran parte delle complesse, frequenti e talvolta gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con modalità ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, e anche di ricovero senza caratteristiche di emergenza–urgenza;
• nei casi in cui sia indispensabile il ricovero nelle situazioni di emergenza–urgenza è necessario prevedere
che avvenga nell'ambito di una struttura sicura ma aperta e dove sia possibile la permanenza di un genitore in modo da far partecipare la famiglia alla risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita dell'adolescente. È inoltre indispensabile assicurare la dotazione di medici, psicologi, personale infermieristico ed educativo appositamente formato a lavorare con gli adolescenti;
• il ricovero non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore.
Nel corso del triennio saranno sviluppati e qualificati:
• i percorsi terapeutico-riabilitativi per soggetti in preadolescenza e adolescenza;
• i servizi per la gestione delle gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con le seguenti
modalità:
– ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
– semiresidenziali, centri diurni terapeutico–riabilitativi;

– residenziali, comunità terapeutico–riabilitative;
– interventi integrati con le strutture di accoglienza socio–educative con particolare attenzione ai giovani immigrati;
– interventi integrati con la scuola e con altre agenzie educative e formative presenti sul territorio.
Obiettivi:
• sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra le Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, l'Educazione e la promozione della salute, l'Unità Funzionali attività consultoriali, i SERT, i Servizi dei Comuni dedicati all'infanzia e all'adolescenza, i servizi delle Aziende Ospedaliere, i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale per promuovere la salute ed il benessere psichico degli adolescenti;
• definire percorsi per l'individuazione precoce dei problemi di salute mentale nell'adolescenza per poter intervenire preventivamente attraverso azioni uniformi e diffuse su tutto il territorio regionale;
• completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale.

5.6.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico interprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia
all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico
L'autismo è un disturbo dello sviluppo celebrale che si manifesta entro i tre anni di età. La prevalenza dei casi di Autismo è più alta di quella osservata nei decenni scorsi probabilmente a causa dell'applicazione di un concetto di autismo più ampio e del miglioramento degli strumenti diagnostici. Essa viene stimata da 2 a 6 casi su 1000 bambini. Su una popolazione di minori nella Regione Toscana di circa 500.000 unità dovrebbero essere presenti circa 2.500 bambini e adolescenti affetti da autismo; nella popolazione generale si valuta che siano presenti in Toscana dai 10 ai 15 mila soggetti con autismo.
Si osserva inoltre che la fascia di età che presenta la maggiore incidenza riportata dai servizi di NPI è quella coincidente con l'età della scuola dell'obbligo, mentre i casi in età pre–scolare sono solo il 17,1% della casistica, indicando la mancanza di una diagnosi precoce e quindi di una tempestiva presa in carico assistenzialeriabilitativa.
Un'indagine conoscitiva effettuata in Toscana nel 2006, pur avendo fornito dati parziali, ha evidenziato, in particolare, che:
• l'età media della prima diagnosi è intorno ai 3 anni e 9 mesi. Con una diagnosi in età così avanzata si perdono le ampie possibilità di recupero connesse ai trattamenti precoci;
• la fascia di età che presenta la maggiore incidenza è quella riportata dai servizi di neuropsichiatria infantile e coincidente con l'età della scuola dell'obbligo;
• non sempre è presente una valutazione funzionale ed una programmazione adeguata dell'intervento precisa, documentabile e valutabile nel tempo;
• non è garantita la continuità delle cure tra i servizi per i minori e quelli per gli adulti. Solo sei aziende su dodici si occupano di adulti con problemi di autismo. Nessuna azienda dichiara di seguire persone con disturbi dello spettro autistico con un'età maggiore di 44 anni.
Si rende pertanto necessario sviluppare una strategia di azione complessiva su tutto il territorio regionale che, tenendo conto delle criticità emerse, affronti le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.
La Giunta regionale è impegnata a svolgere un'adeguata indagine e a fornire apposite linee guida, ivi compreso i percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici, a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e a rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate.

In particolare occorrerà che, nel triennio di validità del presente Piano Sanitario Regionale, vengano assunti i seguenti obiettivi:
• individuare precocemente il disturbo. Un'efficace strategia per l'individuazione precoce del disturbo deve prevedere due fasi successive: la prima intorno al compimento del primo anno di età (9–12 mesi) e la seconda tra i 18 e i 24 mesi. È necessario pertanto prevedere idonei strumenti per l'individuazione dei casi a rischio nell'ambito dei bilanci di salute, sviluppare le competenze dei pediatri nel riconoscimento degli indici di rischio clinico e attivare programmi per il trattamento precoce;
• assicurare la presa in carico della persona attraverso una valutazione funzionale pluriprofessionale e interdisciplinare e la definizione del progetto terapeutico–riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici e della situazione contestuale;
• definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione ad assicurare la continuità della presa in carico dall'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco di vita;
• migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori; garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità;
• garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera in attuazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 393 del 13/4/2001.
Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire:
• la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale che favorisca in particolare l'acquisizione delle conoscenze sulle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore e la diffusione dell'uso di strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
• lo sviluppo di specifiche competenze di alcuni professionisti nel campo della diagnosi e del trattamento precoce;
• lo sviluppo di un osservatorio epidemiologico sull'autismo nell'ambito delle funzioni dell'Agenzia regionale sanità toscana;
• la ricerca e il monitoraggio continuo sugli esiti dei percorsi avviati e dei progetti di trattamento integrato;
• lo sviluppo di nuove sinergie e di sistemi di aiuto ai familiari.
Nella costituzione della rete integrata di servizi è necessario assicurare interventi articolati sui seguenti livelli:
• Rete pediatrica territoriale per l'individuazione precoce del disturbo;
• Gruppo Interdisciplinare adulti e infanzia adolescenza (a livello aziendale): istituito nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e formato da figure professionali diverse afferenti alle Unità Funzionali adulti e Infanzia adolescenza, con competenze specifiche nel settore dei disturbi dello spettro autistico e coordinato da un responsabile.
Il Gruppo Operativo Interdisciplinare deve assicurare:
– la diagnosi, la presa in carico globale della persona in tutte le fasi della vita e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;
– il percorso assistenziale, le modalità terapeutiche specialistiche e gli interventi integrati specifici che assicurino la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative in tutte le fasi della vita;
– la valutazione sul tipo e grado di intensità di supporto nelle varie fasi della vita;
– interventi di supporto guidato (parent training) per i familiari e attività di counseling;
• Centro diurno: garantisce il percorso riabilitativo qualificato per accogliere le persone con disturbi di
salute mentale nelle varie fasi della vita (zona–distretto e/o plurizonale);

• Struttura residenziale (aziendale e/o area vasta) articolata su più moduli: assicura la continuità del percorso assistenziale sia in fase di lunga assistenza sia per limitati periodi di tempo in relazione alla situazione clinica e alle esigenze della famiglia;
• Centri di riferimento di Area Vasta per la formazione, la consulenza e il supporto tecnico al Gruppo Operativo Interdisciplinare aziendale per la conferma diagnostica e per il trattamento delle complicanze nelle fasi acute, per la supervisione del trattamento e per la valutazione della sua efficacia e del percorso assistenziale, nonché per la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, definizione di protocolli per la diagnosi e la cura condivisi.

Nella costruzione di tale rete regionale di assistenza occorrerà porre particolare attenzione alla necessità di garantire:

• servizi accessibili e ben identificati;
• percorsi terapeutico–assistenziali chiari e coordinati;
• la presa in carico interdisciplinare attraverso l'apporto integrato di competenze specificamente qualificate ed in grado di assicurare risposte professionalmente qualificate e specializzate nel settore dei disturbi dello spettro autistico;
• la continuità di cura con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età;
• l'aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto;
• l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, tra istituzioni pubbliche e privato sociale;
• la collaborazione e il confronto con gli utenti ed i familiari.