

Piani di Salute Integrati: Quali Servizi per la Salute Mentale

associazioni, regione,
aziende usl, enti
locali a confronto

15 novembre
2005

Auditorium Banca Toscana
Via Panciatichi - Firenze



non c'è salute senza salute mentale



Coordinamento toscano
per la salute mentale



Servizio
Sanitario
della
Toscana

REGIONE
TOSCANA



Atti del convegno

**Piani di Salute Integrati:
Quali Servizi per la Salute Mentale.
Associazioni, Regione, Aziende USL
e Enti Locali a confronto**

15 novembre 2005

Auditorium Banca Toscana,

Via Panciatichi – Firenze

A cura di

Chiara Napoli

Antonella Bartolomei

Elisa Tambellini

Indice

Presentazione	7
Saluti delle autorità	
<i>Relazione introduttiva</i>	
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	11
Pietro Faraoni, Direttore Generale Banca Toscana	12
Apertura dei lavori	
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	13
<i>La Salute Mentale in Regione Toscana</i>	
Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana	14
Saluti	
Fabio Roggiolani, Presidente IV Commissione consiliare Regione Toscana	18
<i>Il Piano Integrato di Salute nelle politiche della programmazione della Regione Toscana</i>	
Michele Lanzi, Responsabile Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo Regione Toscana	21
<i>I servizi di Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria: il punto di vista dei familiari</i>	
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	27
Rappresentanti Associazioni aderenti al Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	33
Tavola Rotonda	
<i>L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E I NUOVI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE:</i>	
<i>CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA</i>	
Conduce Giovanna Borri, Associazioni familiari di Firenze	
Paolo Rossi Prodi, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Az. USL di Firenze	46
Anna Calvani, Direttore dei Servizi Sociali dell'Az. USL di Prato	48
Paolo Martini, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Arezzo	51
Piernatale Mengozzi, Presidente ANCI Toscana	56
Daniela Gai, Assessore alle Politiche Sociali Provincia di Pistoia	61
Kira Pellegrini, Pres. Associazione Oltre L'Orizzonte Pistoia	64

Dibattito

Graziana Angeleri, familiare Associazioni di Firenze	67
Prof. Giovanni B. Cassano	68
Giuseppe Corlito, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Grosseto	70
Mario Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Livorno	72
Andrea Caneschi, Coordinatore del Dipartimento Salute Mentale Az. USL. di Firenze	74

Servizi sanitari e comunità

Filippo Fossati, Consigliere Regionale	75
----------------------------------------	----

Relazione introduttiva

Roberto Pardini, Associazione L'Alba Pisa	80
-------------------------------------------	----

I servizi di Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria: il punto di vista dei familiari

Rappresentanti Associazioni aderenti al Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	81
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Presentazione del Coordinamento Psichiatri Toscani

Ugo Corrieri, Psichiatra Az. USL di Grosseto	92
----------------------------------------------	----

Il Progetto individuale in Salute Mentale e il Piano Integrato di salute

Vito D'Anza, Presidente Consulta Regionale Salute Mentale	96
-----------------------------------------------------------	----

LA SALUTE MENTALE NELLA PROGRAMMAZIONE LOCALE INTEGRATA, ESPERIENZE CONCRETE

Sperimentazione di un servizio di collaborazione stabile tra i medici di medicina generale e il Dipartimento di Salute Mentale

Giuseppe Corlito, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Grosseto	100
--------------------------------------------------------------------------------	-----

Counseling domiciliare integrato

Enrico Marchi, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti AZ. USL di Lucca	105
-------------------------------------------------------------------------------------	-----

Il facilitatore sociale e la rete regionale degli utenti

Rappresentanti Associazioni aiuto aiuti utenti Salute Mentale	109
---------------------------------------------------------------	-----

La Salute Mentale all'interno del modello di welfare toscano

Gianni Salvadori, Assessore alle Politiche Sociali Regione Toscana	111
--------------------------------------------------------------------	-----

Testimonianza

Don Gaetano, Parroco di S. Vincenzo a Torri, Firenze	116
------------------------------------------------------	-----

L'autonomia abitativa nel processo di integrazione sociale

Alfio Baldi, Assessore alle Politiche sociali e Giovani del Comune di Livorno	118
Mario Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Livorno	120

Il lavoro nel processo di integrazione sociale:**L'esperienza di Firenze**

Sandra Breschi, Dirigente Direzione Politiche del Lavoro Provincia di Firenze	134
Andrea Piccini, Psichiatra Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Firenze	136

L'esperienza di Lucca

Mirella Cavani, Responsabile Unità Operativa Assistenza Sociale Az. USL di Lucca	140
Antonio Torre, Assessore al Lavoro Provincia di Lucca	148

Saluti

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana	151
Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale	151

Considerazioni conclusive

152

PRESENTAZIONE

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Regione Toscana si è resa più evidente, molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 evidenzia che **le persone con disturbi mentali sono in aumento**, mentre **le risorse diminuiscono**. Ci conforta però sapere che dai disturbi mentali è possibile **guarire** o comunque **migliorare**, ma affinché questo avvenga sono necessari molteplici **interventi personalizzati, realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo**.

Lo **scopo** del convegno è quello di riflettere insieme partendo dal **progetto individuale personalizzato** previsto nel **Piano Sanitario Regionale**, e dai **Piani Integrati di Salute** quale strumento di programmazione territoriale.

L'**obiettivo** del convegno è favorire, attraverso l'impiego di **più sinergie**, lo sviluppo **omogeneo** e diffuso su tutto il territorio toscano di una rete di servizi di salute mentale, in grado di rispondere con appropriatezza ed efficacia ai problemi dei cittadini, e di sfruttare al meglio le risorse rimaste a disposizione, evitando gli sprechi

Le istituzioni pubbliche dovranno fare ciò che a loro compete, le famiglie e gli utenti si dovranno impegnare a ritrovare il proprio ruolo, e al tempo stesso coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale, poiché ogni soggetto non può sostituire l'altro.

Il Coordinamento Toscano per la Salute Mentale si è costituito il 29/04/1993 e attualmente ha l'adesione di 19 associazioni. Lo scopo principale di questo organismo è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosi loro portavoce, in particolar modo con la **Regione Toscana, con cui ha costantemente dei contatti**.

Il Coordinamento Toscano è impegnato nell'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disturbi mentali e nella lotta allo stigma e organizza iniziative per orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche.

Il convegno dà inizio alle manifestazioni che si terranno a livello locale nella

Giornata Nazionale della Salute Mentale

del 5 dicembre 2005.

**Piani di Salute Integrati:
Quali Servizi per la Salute Mentale.
Associazioni, Regione, Aziende USL
e Enti Locali a confronto**



**15 novembre 2005
Auditorium Banca Toscana,
Via Panciatichi – Firenze**

SALUTI

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

Relazione introduttiva

Benvenuti al convegno e grazie per aver accolto il nostro invito.

Il Convegno, che ha un titolo significativo “Piani di Salute Integrati: quali servizi per la Salute Mentale. Associazioni, Regione, Aziende USL, Enti locali a confronto”, rappresenta per la vita del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale un momento molto importante.

Ringraziamo l'**Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana Enrico Rossi** per l'attenzione e la disponibilità dimostrata nei nostri confronti.

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 Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo

Un ringraziamento all'**Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana Gianni Salvadori**.

Un sentito ringraziamento alla **Banca Toscana**, che gentilmente ci ospita e ci dimostra la sua solidarietà; in particolare ringraziamo il **Dott. Giancarlo Picchi, Direttore dell'Area Pianificazione e Controllo Gestione**, che ha fatto da tramite per la realizzazione di questo evento.

Qui abbiamo il **Direttore Generale della Banca Toscana, Pietro Faraoni**, che ci porta il suo saluto, prego.

Pietro Faraoni, Direttore Generale Banca Toscana

Grazie. Buon giorno e benvenuti a tutti anche a nome della Banca Toscana che rappresento. I ringraziamenti della Sig.ra Gemma Del Carlo per la nostra disponibilità mi giungono graditi anche, se in questo contesto e per argomenti di questo livello, aver messo la nostra struttura a disposizione è poca cosa rispetto a quello che questa giornata merita. L'Auditorium di Banca Toscana è a vostra disposizione oggi ma, per quanto mi compete, lo sarà ogni volta che vi necessiterà tenuto anche conto dei rapporti che abbiamo con la Regione Toscana. Questa struttura esiste ed è fruibile da tutti coloro che cercano a Firenze spazi di queste dimensioni, non sempre disponibili nella città, e credo che per Banca Toscana sia doveroso metterla a disposizione.

L'argomento di oggi è un argomento importante, io non sono un esperto e, infatti, faccio un mestiere diverso, ma devo apprezzare l'impegno che Enti, Associazioni, e volontari hanno profuso approfondire argomenti che sfuggono alla quotidianità e che spesso non riusciamo a percepire fino in fondo. Complimenti, perché nonostante la difficoltà dei temi trattati e la giornata un po' piovosa, tutte queste persone che gremiscono l'Auditorium testimoniano l'impegno e l'importanza che ognuno di voi e ognuno di noi dovrà mettere. Non voglio togliere spazio a questa giornata ricca di interventi di grande spessore ritengo, tuttavia, doveroso ringraziare la Sig.ra Gemma Del Carlo per avere scelto il nostro Auditorium, perché credo che questa giornata sia importante per Firenze; un ringraziamento, infine, alla Regione che spesso collabora con noi. Vi auguro, infine, una buona giornata di lavoro. Io, purtroppo, non potrò essere presente, ma ci sarò con il cuore, perché credo che questa platea lo meriti ampiamente. Buon lavoro, buone cose e alla prossima volta.

APERTURA DEI LAVORI

Gemma Del Carlo

Grazie veramente di cuore al Direttore Generale della Banca Toscana.

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Regione Toscana si è resa più evidente, molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 evidenzia che le persone con disturbi mentali sono in aumento, mentre le risorse diminuiscono. Ci conforta però sapere che dai disturbi mentali è possibile guarire o comunque migliorare, ma affinché questo avvenga sono necessari molteplici interventi personalizzati realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo.

Lo scopo del convegno è quello di riflettere insieme partendo dal progetto individuale personalizzato previsto nel Piano Sanitario Regionale. Cosa si intende per progetto individuale personalizzato? E' un intervento mirato alla cura e all'integrazione sociale e riabilitativa, teso dunque alla rilevazione di bisogni individuali e alla loro potenziale risoluzione e, come tale, prevede l'inserimento lavorativo e l'assegnazione di domicili appropriati. Perché ciò si realizzi, è fondamentale una coordinazione e un aggiornamento continuo, in relazione all'evolversi della situazione fra utente, famiglia, medico di base, psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale ed educatore.

A seguito del progetto individuale personalizzato si attivano i Piani di Salute Integrati, quali strumenti di programmazione territoriale che la Regione Toscana ci indica per risolvere le problematiche della Salute Mentale, che altro non sono che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda, gli enti locali e le associazioni.

Le istituzioni pubbliche, cioè le Aziende USL e gli Enti locali, dovranno fare ciò che a loro compete. Le famiglie e gli utenti si dovranno impegnare a ritrovare il proprio ruolo, e al tempo stesso coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale, poiché ogni soggetto non può sostituire l'altro. Quindi le parole dette dal Direttore Generale della Banca Toscana ci fanno molto piacere, perché la Banca Toscana è un Istituzione privata che ci è venuta incontro in questo convegno molto importante per noi.

L'obiettivo che ci poniamo è quello di erogare i servizi in modo più omogeneo nelle varie Province della Toscana, con l'impiego di più sinergie, e di sfruttare al meglio le risorse rimaste a disposizione, evitando gli sprechi.

Diamo inizio alle riflessioni della giornata. Diamo la parola a Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana, che ringraziamo di nuovo per la sua disponibilità e la sua competenza.

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana

La Salute Mentale in Regione Toscana

Buon giorno a tutti e grazie per la presenza molto numerosa e significativa, grazie anche agli assenti che hanno scelto, pur essendo stati invitati, di non partecipare. Oggi è una giornata importante perché siamo qua a discutere di argomenti di grande interesse e che da tempo non troviamo all'attenzione dell'opinione pubblica con il rilievo che essi meritano. Mi è stato affidato l'onore di introdurre questa nostra giornata, cercherò di svolgere il mio compito in poco tempo, sforzandomi di attualizzare la nostra discussione a quanto si sta elaborando in Italia e nel resto di Europa. Infatti il nostro convegno si inserisce all'interno di un dibattito che in Europa negli ultimi mesi si è fatto particolarmente intenso. La prima fonte che intendo citare è la Conferenza dell'Organizzazione Mondiale della sanità che si è tenuta a Helsinki il 10-15 gennaio 2005 e che si è conclusa con una dichiarazione sulla salute mentale dell'Europa, con il titolo "Affrontare le sfide, creare le soluzioni". L'altro documento che intendo commentare è il libro verde pubblicato dalla Commissione della Comunità Europea il 14 ottobre 2005 dal titolo: "Migliorare la Salute Mentale nella popolazione verso una strategia della Salute Mentale per l'unione Europea". Come Toscana con questa giornata vogliamo prendere parte al dibattito che in Europa si è acceso su questo argomento. Partiamo dalla grande tradizione della psichiatria in Italia e dalla riforma epocale voluta da Basaglia e rappresentata dai principi della legge 180 con tutto quello che ha prodotto in Italia e in Toscana in modo originale e diverso da quanto si è fatto negli altri paesi europei. Il "Libro Verde" è un documento predisposto dalla Commissione della Comunità Europea per attivare un dibattito e una partecipazione su questo specifico tema. Sarà possibile presentare eventuali contributi scritti entro il 31 maggio 2006 prima che la Commissione e il Parlamento Europeo trasformino i contenuti del Libro Verde in specifici provvedimenti regolamentari e legislativi. Questi due documenti mettono al centro un'affermazione che è anche il titolo della nostra giornata, ed è stato ripreso da una rivista pubblicata da un'Associazione che si occupa di Salute Mentale a Livorno. Nelle dichiarazioni dell'OMS e della Commissione Europea ritroviamo l'affermazione perentoria: NON C'E' SALUTE SENZA SALUTE MENTALE! La Salute mentale in Europa è un grandissimo problema. Nell'Unione Europea muoiono tutti gli anni 58000 cittadini per suicidio. Il suicidio, in Europa, è la prima causa di morte, ancor prima degli incidenti stradali. La commissione Europea puntualizza con forza questa affermazione perché l'attenzione nei confronti di questo fenomeno non è sufficientemente accentuata. L'OMS e la Commissione Europea, indicano due priorità: fornire servizi di cura e di assistenza medica alle patologie mentali che siano efficaci, di elevata qualità e accessibili; l'altro punto centrale è la affermazione che gli interventi sanitari, se pur indispensabili, non possono da soli modificare i determinanti sociali e ambientali che incidono sullo stato di salute dei cittadini. Cioè si sostiene con forza che per la salute mentale non è pensabile che il servizio sanitario sia auto-sufficiente per dare risposta ai diversi problemi, ma diventa indispensabile l'integrazione delle politiche che hanno il potere di modificare i determinanti di

salute. Devono essere coinvolti tutti i settori, sanitari e non sanitari. La Salute Mentale è il frutto di politiche integrate, di decisori diversi che insieme orientano le loro scelte politiche per obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nel documento della Commissione Europea vengono pubblicati i dati di spesa nei vari Paesi europei e sono rimasto molto sorpreso dal fatto che nel grafico non esiste la spesa per l'Italia. Siamo un Paese che non è in grado di portare in Europa i livelli di spesa su questo settore a livello Nazionale. L'altro parametro importante, in quanto è l'unico che può essere misurato nello stesso modo nei diversi paesi, è dato dai suicidi. Notiamo una differenza fra i dati: l'Italia è a 10,5 suicidi su 100.000 mentre la Toscana è a 7,5, un livello nettamente inferiore al dato italiano. Nel Libro Verde viene proposta una strategia che prevede di creare scambio di esperienze ed integrazione fra gli Stati membri e di rafforzare la coerenza degli interventi nei vari settori politici. La Commissione Europea afferma con forza molto che per raggiungere risultati migliori in questo settore è importante realizzare un'integrazione forte ed istituire una piattaforma condivisa che coinvolga le parti interessate comprese le organizzazioni di pazienti e dei familiari. Non è possibile che il dialogo sulla salute mentale sia esclusivamente tecnico tra le figure professionali che ci lavorano o esclusivamente politico tra i politici che vi si dedicano o portato avanti esclusivamente dei familiari. E' chiaro che per raggiungere i migliori risultati sono importanti strategie che conducano a piattaforme comuni tra i diversi soggetti che lavorano su questo argomento e questo a tutti i livelli di riferimento, a livello nazionale, regionale e locale aziendale. Il Libro Verde afferma che la salute mentale rientra marginalmente negli attuali sistemi di monitoraggio sanitario. Se questa marginalità è presente a livello europeo, a livello Nazionale è portata all'ennesima potenza perché come abbiamo visto non siamo in grado di produrre i dati nazionali da inserire nel documento del libro verde della Comunità Europea. La regione Toscana sta portando avanti con fatica un sistema informatico per la salute mentale con l'obiettivo di migliorare la conoscenza della epidemiologia, dei servizi e del modo in cui vengono utilizzate le risorse disponibili. E' necessario armonizzare gli attuali indicatori usati a livello nazionale con quelli internazionali sul tema e occorrono più dati misurabili sui determinanti sociali ed economici della salute mentale. In Toscana cosa abbiamo fatto? il dottor Lanzi dirà quali strumenti la Regione Toscana si è data per realizzare in parte ciò che l'OMS e la Comunità europea raccomandano; durante il mio intervento riferirò solo alcuni dati ripresi dalla ricerca che abbiamo svolto sulla situazione della salute mentale in Toscana e che è oggetto di una specifica pubblicazione. Le fonti sono quelle che qui vedete illustrate nelle diapositive; sono state raccolte ed elencate anche le norme di riferimento nazionali e regionali; è stato compiuto un censimento, per ogni azienda sanitaria, sulle risorse finanziarie pubbliche, sul personale assegnato, sui punti di erogazione dei servizi, sugli SPDC, le residenze, le associazioni di volontariato e le cooperative sociali. Sicuramente la nostra rilevazione può essere incompleta e contenere degli errori, però abbiamo cercato di fotografare la situazione in Toscana nel modo più oggettivo possibile. Partiamo dal presupposto che la programmazione dell'uso delle risorse passa inevitabilmente per la

conoscenza di ciò che viene fatto e come vengono utilizzate le risorse disponibili. Vorremmo che il dibattito che anche in Toscana c'è stato sulla scarsità delle risorse destinate alla salute mentale fosse sostenuto da elementi di conoscenza più obbiettivi possibili su cosa viene fatto e come viene fatto nelle diverse realtà territoriali. Questo rientra nel concetto fondamentale che sta alla base del piano sanitario regionale toscano, che pone al centro l'empowerment degli utenti, cioè la capacità degli utenti e degli operatori di poter incidere sulle decisioni, e perchè questo si realizzi è necessario conoscere, altrimenti si rischia di prendere delle decisioni non adeguate o addirittura sbagliate.

Il primo dato che poniamo in evidenza è il numero degli utenti che si rivolgono ai servizi della salute mentale: vediamo dai grafici illustrati nella diapositiva come la % di popolazione che si avvicina ai nostri servizi è in continuo aumento, sia per quanto riguarda gli adulti che per l'infanzia e adolescenza. Segnaliamo, in accordo con i dati della letteratura, una crescita costante della popolazione che accusa problemi di salute mentale. Le successive diapositive mostrano altri dati: i primi, sono relativi alla residenzialità. Siamo andati a misurare nelle diverse aziende sanitarie quanti posti letto sono presenti nelle strutture residenziali; abbiamo contato solo quelle governate esclusivamente dai dipartimenti di salute mentale. I dati evidenziano la presenza di 2,44 posti letto ogni 10.000 abitanti: un dato molto superiore a quanto previsto dagli atti di pianificazione regionale che indicavano l'obiettivo di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti. Se osserviamo con attenzione i dati vediamo come molte di queste residenze hanno un turnover di pazienti bassissimo, da questo si può desumere che hanno perso la funzione terapeutica riabilitativa e sono diventate residenze per la vita. Questo è un problema su cui le diverse realtà locali dovranno discutere. Poi siamo andati a vedere l'uso dei reparti ospedalieri (SPDC): i dati sono divisi per presidio ospedaliero in cui questo tipo di reparto è stato previsto. Nel 2004 abbiamo avuto 6373 ricoveri in SPDC, di questi il 33% sono ricoveri ripetuti. Abbiamo misurato il rapporto tra TSO e ricoveri ordinari negli SPDC. A livello regionale tale rapporto è 8,38: siamo ad un livello basso nei confronti del resto del Paese, ma si nota una differenza abbastanza rilevante tra le diverse aziende. E' quindi opportuno che a livello delle singole aziende sanitarie si rifletta sui dati per capire quali fenomeni avvengono e perchè. Successivamente sono state verificate le risorse del personale assegnato: il rapporto riscontrato è di 0,92 dipendenti ogni 1500 abitanti. Non rientra in questo conteggio il personale dei servizi esternalizzati, cioè il personale delle residenze e dei servizi che non è dipendente dal servizio sanitario nazionale. Non siamo in grado di distinguere tra il personale dedicato ai servizi delle Unità Funzionali Adulti e quello delle Unità Funzionali per l'Infanzia e l'Adolescenza. Il piano sanitario regionale si era posto l'obiettivo di un dipendente ogni 1500 abitanti: siamo sotto questa previsione, ma la differenza è minima e se potessimo conteggiare i dipendenti dei servizi esternalizzati saremmo al di sopra delle indicazioni di piano.

Per quanto riguarda le risorse economiche assegnate alla salute mentale, la media regionale delle spese correnti è del 4,64% del 90% del fondo ordinario di gestione assegnato alle

aziende (il P.S.R. prevedeva il 4,5 % destinato all'attività salute mentale adulti). Nei dati che presentiamo non siamo stati in grado di differenziare tra quanto viene destinato alla spesa per la salute mentale adulti e quanto per la salute mentale infanzia e adolescenza. La ricognizione sulle risorse ci permette di evidenziare come esista una notevole diversità di spesa tra le diverse aziende sanitarie, infatti, come si vede nella diapositiva, alcune aziende sono molto al di sotto della media regionale. In queste realtà devono essere proposte operazioni di riequilibrio in modo da assegnare all'attività per la salute mentale le risorse necessarie per ben funzionare. Abbiamo voluto rappresentare la spesa per farmaci antipsicotici e antidepressivi nelle diverse aziende sanitarie per due motivi: perché i dati che abbiamo illustrato precedentemente a livello europeo comprendono anche la spesa per i farmaci. Quindi se al 4,64 aggiungiamo le risorse per i farmaci, la Toscana si colloca tra i paesi europei che spendono di più. L'altro punto da sottolineare è che la prescrizione di questi farmaci è sempre più in mano al medico di medicina generale od allo specialista esterno e sempre meno in mano a coloro che gestiscono i dipartimenti di salute mentale e quindi a coloro che hanno la diretta responsabilità della gestione dei servizi pubblici. Essendo un fenomeno così rilevante c'è la necessità che i Dipartimenti di Salute Mentale attivino azioni per il governo del consumo dei farmaci, perché ad esso vengono dedicate grandi risorse all'interno delle quali, con una maggiore attenzione, possiamo trovare finanziamenti aggiuntivi da destinare a servizi. Altro elemento su cui porre particolare attenzione è il consumo dei farmaci per fasce di età; la ricerca rileva dati su cui sarà opportuno discutere e creare l'occasione per ulteriori approfondimenti. Nella pubblicazione abbiamo elencato i punti di erogazione dei servizi di salute mentale adulti e infanzia e adolescenza. Dall'esame di questa rilevazione dal conteggio emerge forse un problema, perché probabilmente in Toscana abbiamo la presenza di un elevato numero di punti di erogazione dei servizi su cui nelle diverse realtà territoriali sarà necessario riflettere al momento in cui verranno elaborati i piani integrati di salute. L'ultimo punto riguarda le associazioni di volontariato e le cooperative di tipo B presenti nelle diverse aziende sanitarie. Abbiamo censito 63 associazioni di volontariato che in Regione si dedicano alla salute mentale. Esse sono una grandissima forza, rappresentativa di una sensibilità e di un interesse che fa onore ai cittadini di questa regione. Anche l'elenco delle cooperative di tipo B, che troverete nella ricerca, è molto ampio; non sappiamo quali tra queste cooperative lavorino esclusivamente con la psichiatria, ma la fotografia sommaria evidenzia una realtà frastagliata che avrà bisogno di una specifica attenzione.

Vorrei concludere con una affermazione di un autore inglese del primo novecento "la cosa più nobile che posso fare è piantare un albero che farà ombra a persone che non conoscerò mai"... in un'epoca dove sembrano prevalere pensieri brevi, forse può valere la pena di ricominciare a costruire occasioni in cui il nostro pensiero si allunga in prospettive più ampie, forse fare questo ci permetterà di vivere e lavorare meglio... io vi ringrazio, buon lavoro.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Galileo Guidi. Dovremo lavorare bene su questi dati per trovare adeguate soluzioni. Adesso diamo la parola al Presidente della IV Commissione consiliare Regione Toscana Fabio Roggiolani, che ci porta il suo saluto e il suo contributo.

SALUTI

Fabio Roggiolani, Presidente della IV Commissione consiliare Regione Toscana

Io credo che il grande evento di questo convegno sia la ascesa unitaria delle famiglie e dei volontari circa la psichiatria toscana e su tutto ciò che comporta il disagio mentale in genere; questo ritorno di protagonismo, che non è mai mancato, e che oggi si trova.

Dopo aver letto rapidamente diverse relazioni di varie associazioni (che ho trovato innanzitutto chiare, non reticenti e che hanno posto i diversi problemi non risolti), oggi, noi dobbiamo cominciare ad affrontare questi problemi. La chiusura dei manicomi avvenne perché ci fu un movimento tra la gente e non fu solo un movimento tra operatori, i quali sono stati precursori straordinari e che sono diventati, ad ogni livello, un modello in Europa. Io sono nato ad Arezzo ed ho fatto parte di quel movimento, fuori dall'ospedale, che si componeva di consigli di quartiere di gente, di giovani che rompevano la stigmatizzazione, che accompagnavano i malati fuori, nei bar e gli assistevano nei primi contatti con l'esterno. Ho vissuto anche un'esperienza personale dell'accompagnamento individuale di una famiglia di queste persone disagiate mentalmente. Il loro tentativo era di esistere come coppia con un figlio; l'arresto di uno dei due a causa di una vecchia condanna per furto e con l'allontanamento di questa persona dalla famiglia che si era appena costituita, il risultato finale fu il ritorno della moglie alla malattia mentale e l'affidamento definitivo del bambino. che noi allevammo...Ricordo che ho vissuto questa esperienza molto faticosa come una sconfitta individuale, ma che la dice lunga su il lungo percorso che abbiamo fatto ma che dobbiamo ancora fare per affrontare il dopo, un dopo che non possa più essere precario. Esiste ancora la condizione di precarietà nelle risposte, in particolare residenziali e queste risposte dovranno dare stabilità alla vita dei pazienti, stabilità a quelle famiglie che sanno che quando non ci saranno più loro non sarà più coperta l'assistenza ai propri familiari. Dovremmo su questo piano cambiare marcia, avere una marcia in più...se non ce lo nascondiamo possiamo fare davvero dei cambiamenti e questa non è un'ammissione di sconfitta, tutt'altro. Questo percorso è stato portato a compimento e ci abbiamo creduto, ma se vogliamo crederci fino in fondo dobbiamo ricostruire un'alleanza stabile tra le istituzioni, tra l'assistenza vera e propria, la medicina, la psichiatria, i servizi territoriali e questo grande mondo del volontariato che è fatto di un volontariato con una marcia in più. Perché spesso sono le famiglie che si sono organizzate in forma volontaria e che per necessità non possono tirarsi indietro e, non si riuniscono in una forma di carità all'ora del tè o in un eccesso di buoni sentimenti che capitano ogni tanto, perché il dramma che vivono nel quotidiano è incombente, è doloroso, non è neanche un anziano che quando inizia il suo declino si

può comunque gestire, è silente, è disponibile. Siamo di fronte a persone che rivendicano ogni giorno il diritto di vivere all'interno della società, con forza, a volte con violenza, quindi c'è una difficoltà immensa a gestire questi rapporti e un enorme rischio per chi si trova tutti i giorni a vivere questa esperienza, che è un rischio che può determinare ulteriori problemi a livello individuale e personale. Quindi io credo che da questo punto di vista non possiamo rassegnarci al calo delle risorse, con una situazione che andrà sicuramente peggiorando. I servizi che noi diamo ai nostri malati mentali e al superamento del disagio della depressione e della difficoltà, cioè del male di vivere in generale, che ci colpisce trasversalmente e che raccoglie una quantità di popolazione impressionante va affrontato innanzi tutto colpendo quello che sono i seminari di depressione... ad esempio come il TG1. Vorrei che si cominciasse ad identificare e combattere un giornalismo fatto di continue riproposizioni di drammi familiari. Una vergogna che dobbiamo combattere insieme perché questi seminano disagio, disperazione, morte. Siamo arrivati al punto di vedere riproposto continuamente il dramma familiare, come l'uccisione di una madre e di un figlio, l'Italia si dovrebbe vergognare anche intervenendo su tutti gli altri elementi di disagio, perché questa realtà genera disagio, costruendo ogni giorno un sistema di esclusione dalla società del benessere e dalla povertà. Quando affrontammo la questione dei manicomi avevamo davanti gli ultimi malati, il manicomio era la discarica sociale, la raccolta di quelli che non voleva nessuno, come lo sono oggi le carceri, in cui i carcerati non vanno agli arresti domiciliari non avendo un domicilio, ma si ritrovano su una panchina, grazie a un giudice a cui dovremmo dargli il premio perché è stato intelligente... Nei giorni scorsi noi abbiamo approvato la legge sulla sanità nelle carceri che afferma finalmente il diritto dei carcerati di avere l'assistenza sanitaria uguale a tutti gli altri cittadini e di rompere l'isolamento dei carcerati. Abbiamo scritto che vogliamo rompere anche l'isolamento dei manicomi giudiziari e di quei reparti psichiatrici che sono vere e proprie raccolte di disperazione assoluta. Abbiamo scritto anche che c'è l'esigenza di un garante dei diritti dei detenuti, ovviamente parlo di una struttura separata, intendiamo operare in questo senso anche per rompere finalmente un meccanismo di separatezza che si è andato costruendo in questi anni della psichiatria che si è trovata spesso con operatori a combattere davvero in controtendenza a quello che avveniva ... perché la negazione di questo disagio ancora permane nei comportamenti della società diffusa. La questione del budget della psichiatria deve essere chiarita una volta per tutte, ci devono essere risorse certe che devono essere gestite dipartimento per dipartimento, in accordo certo con il dipartimento della salute, con i comuni... facendo in modo che le risorse siano chiare e certe, che gli operatori sappiamo che da questo punto di vista non ci sarà assolutamente un ritorno all'incomprensibile, alla diluizione in quello che non si sa che cosa... Chiudo con questo: chiedo a voi di lavorare ad un grande progetto, come quello che ho in mente già dal giorno in cui la famiglia di Luca si disperse, cioè quello di trovare insieme, con l'idea di pensare finalmente, non al vecchio manicomio ma pensando che il disagio mentale, la depressione, il panico, non vanno più nascosti ma ostentandoli: non vergognatevi a prendere una pasticca e se avete un problema, raccontatelo,

perché si può essere zoppi o avere un mal di testa che tutti sono pronti ad aiutarti, e non è ancora ammissibile che chi ha problemi di tipo mentale venga ancora catalogato come matto...la nostra rivoluzione la possiamo fare!

Gemma Del Carlo

Grazie al Presidente della IV Commissione Consiliare della Regione Toscana Fabio Roggiolani. Sicuramente la verremo a trovare, perché le cose che ha detto sono proprio quelle che vorremmo vedere realizzate. Grazie davvero. Adesso passiamo la parola al dott. Lanzi, Responsabile Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo Regione Toscana, che illustrerà l'integrazione socio-sanitaria e gli strumenti di programmazione. Prego.

Michele Lanzi, Responsabile Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo Regione Toscana

Il Piano Integrato di Salute nelle politiche della programmazione della Regione Toscana

Buona giornata a tutti, c'è un po' di imbarazzo a riprendere la parola dopo l'intervento appassionato del Presidente regionale e per altro mi è stato assegnato il compito di presentare una relazione che potrebbe apparire abbastanza noiosa. Il dottor Guidi, molto brillantemente ci ha introdotto in una dimensione europea ed in quella degli strumenti di attuazione delle politiche. Dimensioni dalle quali non possiamo prescindere perché, al di là dei grandi concetti, servono gli strumenti per realizzare le politiche e quindi il compito che mi è stato assegnato è un po' questo, di tracciare rapidamente qual è il percorso che attualmente la regione toscana sta sviluppando nei processi di integrazione. Il dott. Guidi ha utilizzato almeno due filoni principali nel suo intervento che io ho necessità di recuperare: il fatto che la salute mentale non può essere vista da sola se non nel contesto di una serie di determinanti di salute ed il fatto che i processi di integrazione necessari per poter dare coerenza a tutte le azioni devono svilupparsi a vari livelli. Non è un caso che è partito da un libro verde della comunità europea e una delle più autorevoli citazioni che ha fatto è quella data dell'Organizzazione mondiale della sanità. Questa premessa è molto importante perché abbiamo l'esigenza di collocare il tema della salute mentale nella più vasta problematica della salute. Ho necessità di sviluppare alcuni concetti e se questi potranno apparire ad alcuni un po' banali, me ne scuso, tuttavia è necessario dare un minimo di coerenza al discorso, perché si possano cogliere quali sono gli strumenti attuativi che la regione sta fornendo per uno sviluppo integrato delle politiche. Se dovessimo riepilogare rapidamente la prima parte della discussione, dovremmo chiederci: "i nostri processi di programmazione devono orientarsi a consumare assistenza o dobbiamo cominciare a produrre salute?" Quando il dottor Guidi ci mostra una distribuzione di punti di erogazione, circa 420 non siamo ancora in grado di sapere qual è la qualità offerta, qual è la relazione tra questi centri e il proprio territorio, qual è l'integrazione delle figure professionali operanti, quali sono gli obiettivi condivisi. Stiamo consumando assistenza mentre dovremmo produrre salute. Allora il nostro problema è come produrre salute. Guidi ha fatto riferimento ripetutamente al problema dei determinanti, io mi sono preso la libertà e per questo chiedo scusa soprattutto ai colleghi, di fare una rapidissima, parziale tabulazione di quelli che

l'Organizzazione Mondiale della Sanità, indica essere i principali determinanti di salute. Tradotto banalmente, la salute è la sintesi del complesso di questi fattori e della loro capacità di interagire tra loro alla ricerca di un punto di equilibrio che determini una condizione di benessere. Tutto il dibattito che negli ultimi anni si è sviluppato all'interno delle nostre strutture e delle nostre linee politiche, dei nostri approfondimenti e dei sistemi informativi cosa ha dimostrato: che la nostra azione ruota principalmente intorno ai processi di integrazione tra l'apparato dei servizi sociali e quelli dei servizi sanitari. L'organizzazione mondiale della sanità, per rimanere nel filone tracciato dal Dott. Guidi, ci dice che la somma di tutti gli elementi del sistema sociale e sanitario se anche fossero sviluppati nella migliore delle ottimizzazioni possibili, rappresenterebbe non più del 25% del fattore di salute. Allora, se questo è vero, e noi lo prendiamo per buono, il nostro compito non è più quello di continuare a spaccare il capello in quattro all'interno di quel sistema ma l'obiettivo strategico che abbiamo è quello di come integrare il sistema socio sanitario con tutti gli altri determinanti di salute per la produzione di salute. Allora si capisce meglio l'interrogativo un po' retorico che ponevo all'inizio: se dobbiamo consumare assistenza o dobbiamo iniziare a produrre salute; per produrre salute dobbiamo iniziare a spostare la nostra ottica. Quindi non solo il sistema dei servizi, ancorché indispensabili e necessari ma il complesso di tutti i settori e fattori che interagiscono. Vediamo se ci sono coerenza tra la tabella dei determinanti e ciò che la regione toscana fa. La Regione assume come finalità del sistema socio-sanitario regionale la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori sanitari, genetici, ambientali, sociale ed economici che determinano lo stato di benessere dell'individuo e della collettività. Questa è la nuova definizione che la regione toscana si è data del concetto di salute da perseguire attraverso gli atti di programmazione. La regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali e il loro orientamento, anche al fine di perseguire obiettivi di salute, quindi non parliamo più di efficacia e di efficienza di un singolo intervento o di un singolo servizio, ma di ricerca di obiettivi di salute da perseguire. Gli enti locali concorrono con l'esercizio delle proprie competenze al coordinamento a livello locale delle politiche finalizzato ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle forze sociali. Cari Signori, questo altro non è che l'art. 6 della legge 40 che la Regione Toscana si è recentemente data. Il che vuol dire che la Regione si colloca pienamente nella dinamica tracciata dal dott. Guidi, ed espressa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo le priorità evidenziate dalla Comunità Europea. Quindi fa propria la sintesi di questi tre concetti: una diversa visione di salute, il ruolo attivo degli Enti locali e quindi dell'aderenza al territorio, il ruolo attivo della partecipazione delle forze sociali. La sintesi di questi tre elementi è la nuova scommessa che la regione toscana intende perseguire. L'affermazione: "la riforma dell'organizzazione sanitaria territoriale promuove il passaggio culturale e operativo da erogazione di assistenza territoriale, alla realizzazione di piani integrati di salute..." sembra scritta oggi invece era uno degli obiettivi già identificati dal piano sanitario scorso, quello del 2002-2004. Appare evidente l'esigenza di riorganizzare la rete dei servizi territoriali e di passare alla ,logica degli

obiettivi di salute. Infatti la nuova legislazione, sia la legge 40 sanitaria, che la 41 per il riordino delle funzioni sociali, ha esplicitato in maniera non più equivocabile, qual è il percorso che si intende perseguire, qual è lo strumento principe per poter realizzare questo tipo di filosofia e di programmazione integrata. Parliamo evidentemente del piano integrato di salute, quale strumento della programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e delle loro interconnessioni con quelle relative ai settori che abbiano comunque influenza sullo stato di salute della popolazione. Emerge una novità, che forse neanche tutti gli operatori del sistema socio sanitario hanno ben compreso: in quanto strumento della nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, il P.I.S. trova applicazione su tutto il territorio della regione e disegna un nuovo processo di programmazione della zona distretto, che per raggiungere la piena realizzazione dovrà necessariamente trovare un'applicazione graduale. Aleggja sul territorio toscano un equivoco: che il Piano Integrato di Salute sia uno strumento di programmazione delle società della salute, il che è solo parzialmente vero. L'indicazione di programmare attraverso i piani integrati è precedente alla nascita, delle società della salute, ed è un obbligo giuridicamente definitivo della Regione Toscana per tutte le aziende sanitarie territoriali. Quindi non è possibile che qualcuno ancora pensi se deve o se può fare il Piano Integrato: il Piano Integrato di Salute è il nuovo strumento della programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari del territorio della regione toscana. Restano parzialmente esclusi, e solo per ragione di metodo, i presidi ospedalieri che pur avranno necessità di rapportarsi a questo strumento. Quindi non è oggetto di discussione se deve essere fatto, ma possiamo discutere su come, attraverso un principio di gradualità, perché evidentemente sostituire strumenti di programmazione ad altri più complessi e più innovativi non è un'operazione che si può fare tanto rapidamente. D'altronde il P.I.S. non è un fungo che nasce dalla mente contorta di qualche politico, ma è il punto di arrivo e di sintesi di un processo culturale che nasce da importanti definizioni, come quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e che, attraverso i percorsi della legislazione e della programmazione sociale da una parte e sanitaria dall'altra, trovano un punto di incontro. Dal momento che lo strumento del Piano Integrato ha tra le sue caratteristiche la strettissima aderenza ai problemi e alle esigenze del territorio e della zona del distretto, per evitare che nasca una frammentazione del sistema, è stato necessario emanare delle linee guide di orientamento metodologico definite con deliberazione della Giunta R. n. 682/2004. Queste si applicano tanto a chi sperimenta le società della salute che a chi non le sperimenta. Tuttavia la sperimentazione della società della salute rende più agevole il processo di formazione dei P.I.S. perché determina da subito un'integrazione fortissima tra i titolari delle funzioni, cioè tra i rappresentanti delle amministrazioni comunali e i responsabili delle aziende sanitarie. La giunta della società della salute è composta da sindaci e assessori delegati e dal direttore generale dell'Az. usl. Il che vuol dire che finalmente abbiamo in un unico organismo la presenza delle competenze, il potere decisionale e le risorse disponibili, semplificando molto il processo di formazione del Piano Integrato. Ma che cos'è questo oggetto misterioso? Molto rapidamente,

provo a sintetizzare perché è materia particolarmente complessa. Un piano integrato deve prevedere obiettivi di salute e di benessere ma non generici, perché deve determinare gli standard quantitativi e qualitativi e determinare quali sono gli strumenti per valutarne il raggiungimento. Non mi dilungo sul concetto di valutazione che ha ossessionato i nostri sonni per molto tempo, ora finalmente si comincia a dire che nessuna azione può essere attivata se non contiene al suo interno gli strumenti intrinseci alla valutazione di quello che è stato prodotto. Quindi "il Piano Integrato si compone, una volta identificati gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, di azioni progettate, di programmi e di progetti operativi, relativi a problemi di rilievo sociale e pertinenza locale attraverso le quali orientare l'operatività dei servizi, valorizzare le potenzialità del contesto sociale e istituzionale". Il P.I.S. è "cofinanziato dai soggetti realizzatori". Il piano integrato se deve operare su più determinanti di salute, deve anche essere in grado di mettere insieme gli attori di quei determinanti e le risorse relative, quindi il sistema non è un sistema chiuso fra il sociale ed il sanitario, ma è un sistema aperto a tutte le realtà che il territorio esprime. Immaginate cosa voglia dire, un'azione programmata di risanamento ambientale senza i rappresentanti dell'industria, dell'artigianato, della produzione, cioè di tutti coloro che hanno attività i cui esiti possono essere più o meno determinanti nei confronti della salute. La costruzione del PIS segue delle fasi che hanno necessità di essere sviluppate. La prima, la più importante, non può che partire dall'individuazione dei problemi, dei bisogni ma anche delle opportunità che caratterizzano il territorio e la popolazione della zona. Il piano integrato ha per sua caratteristica la strettissima aderenza ad un determinato contesto definito, definito geograficamente e definito amministrativamente, e quindi vuol dire conoscere lì e in quel momento e in quella circostanza quali sono i bisogni emergenti. Non tutte le zone hanno bisogni analoghi: alcuni saranno comuni e altri saranno specifici. Questo processo di individuazione è ciò che comunemente viene definito: costruzione del profilo di salute o in fase più evoluta anche immagine di salute. Fatta la radiografia delle cose, viene la parte più politica. Qualcuno cioè deve determinare le priorità a cui si intende dar risposta. Individuate le priorità, vanno definite le azioni, cioè come concretamente si cercherà di raggiungere quelli obiettivi e quindi la stesura dei progetti specifici. Di tutto questo processo, voglio segnalare un solo elemento di particolare rilievo, che è stato richiamato un po' dal Presidente Roggiolani e un po' dal dott. Guidi. Una volta definite le azioni e determinati i progetti, non è possibile approvarli, all'interno del piano integrato, se non è esplicitata la relativa copertura finanziaria. Può sembrare una cosa banale, credetemi non lo è, perché finalmente le azioni programmate devono poter indicare, non solo qual è l'obiettivo che ci si pone, quante persone si intende raggiungere in quella categoria di risposta e con quali risorse certe.

E' l'insieme degli attori del sistema che determina cosa deve essere fatto. In quanto strumento della nuova programmazione dell'assistenza integrata, il PIS trova applicazione, lo ripeto, su tutto il territorio della regione e ridisegna un nuovo processo di programmazione che per raggiungere una piena realizzazione dovrà necessariamente trovare un'applicazione graduale.

Bisogna avere anche la consapevolezza che un processo così complesso non può essere fatto tutto in un colpo e quindi la gradualità è assolutamente indispensabile. Lo è anche perché abbiamo ormai sul territorio una molteplicità di modelli organizzativi ed altri se ne stanno determinando. Sapete bene che negli ultimi 10-15 anni, nella Regione Toscana, il recupero delle autonomie decisionali da parte degli enti locali ha prodotto, nei processi di integrazione, una situazione molto variegata. Molti comuni hanno trattenuto le loro competenze, alcuni le hanno delegate in toto, altri hanno delegato soltanto alcuni settori. Si è creata una situazione tale per cui il processo di gradualità, se vuole essere serio, deve ripartire dalla consapevolezza dell'attuale sistema e recuperare, attraverso le volontà politiche, il processo di integrazione ad un livello più elevato, quale ad esempio la società della salute o piani integrati condivisi. I processi sociali hanno bisogno del loro tempo e di fronte ad un processo di tale complessità, la regione toscana ha offerto al sistema socio-sanitario del territorio, l'opportunità di crearsi degli strumenti di affiancamento e di aiuto al processo che ha messo in atto. A tal fine sono stati costituiti alcuni gruppi di lavoro che hanno come compito di estrapolare da questa materia, alcuni filoni problematici per creare quelli elementi di omogeneità che dicevo prima, e di supporto a tutte le realtà. E' chiaro che di fronte ad un modello estremamente disomogeneo del territorio abbiamo strutture e risorse diverse. La zona di Firenze, non ha gli stessi problemi della Garfagnana, ma non ha neanche le stesse risorse, lo stesso personale e così via. I gruppi di lavoro, sempre nella logica della condivisione, si stanno occupando degli indicatori di monitoraggio, perché abbiamo detto non si può prescindere dalle valutazioni; dei rapporti con i medici e la medicina generale, la cui figura è in tutte le azioni che abbiano come centro il sistema socio-sanitario; le relazioni del PIS con gli altri strumenti della programmazione locale, perché se abbiamo detto che il piano integrato deve inglobare i piani di settore in altre materie, urbanistica ambiente, aria, acqua e quant'altro, c'è la necessità che questi strumenti trovino una loro coerenza interna. Pensate anche solo alle scadenze: se io faccio un bilancio e lo chiudo a settembre e quell'altro lo chiude a febbraio, come faccio a programmare le risorse in modo integrato; se le risorse devono essere messe a disposizione dobbiamo allineare alcune fasi del processo. Altro gruppo si occupa degli assetti istituzionali e dei modelli organizzativi ed ancora un altro del budget virtuale. Perché virtuale? Perché siamo in una fase di sperimentazione quindi la valutazione di come si compongono le risorse, di come vengono distribuite, di come vengono allocate, sono oggetto di studio e di simulazioni.

Quali sono stati gli indirizzi che la Regione ha dato per il 2005 come hanno di transizione, come anno ponte? E' stato ribadito che il Piano Integrato di Salute è lo strumento obbligatorio delle Società della Salute, le quali quindi con un atto dell'agosto di quest'anno sono state invitate ad avviarne il processo di costruzione, secondo il principio di gradualità. Sono stati dati indirizzi anche per quelle realtà non interessate alla sperimentazione. Dove non si sperimenta, evidentemente, c'è un'articolazione più complessa, le volontà politiche devono ulteriormente maturare ed integrarsi. Il suggerimento che la Regione ha dato è di procedere verso la formazione dei Piani integrati in tutte

le zone dove le condizioni lo permettono. Se in alcune zone si vuole fare il piano di zona, è legittima facoltà, ma è bene che si ricordi che nelle materie dell'alta integrazione, il piano di zona deve confrontarsi con il piano integrato che l'azienda sanitaria, come ricordate, deve obbligatoriamente fare. Pur nel rispetto delle prerogative e delle autonomie locali, l'indirizzo politico che la regione ha dato è che ci si avvii comunque, con le cautele e la gradualità del caso, verso la formazione dei piani integrati. Il piano integrato è lo sbocco naturale non solo della sanità del territorio, ma dell'intero sistema dei servizi, è lo strumento principe che è stato identificato a livello mondiale e fatto proprio dalla regione toscana, per passare da: "consumare assistenza a produrre salute". Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie al dott. Lanzi per il suo contributo, soprattutto per le indicazioni che ha fornito per poter meglio intervenire.

Adesso passiamo a illustrare il punto di vista dei familiari.

Gemma Del Carlo

I servizi di Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria: il punto di vista dei familiari

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la salute mentale si è costituito il 29-04-1993 e attualmente ha l'adesione di 19 associazioni di familiari e di utenti.

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

E' inoltre impegnato nella lotta allo stigma, nell'integrazione sociale e lavorativa di queste persone.

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Regione Toscana si è resa più evidente. Molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare.

Ci conforta sapere che dai disturbi mentali oggi è possibile guarire, o comunque migliorare, ma sono necessari interventi personalizzati realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo.

L'art. 32 Costituzione della Repubblica Italiana sancisce il diritto alla salute e dice che: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Quindi, la legge delle leggi ci ricorda il fondamentale diritto alla salute.

Dal P.S.R. 2005/2007 risulta che le persone con disturbi mentali sono sempre in aumento, con una percentuale più alta nell'età evolutiva. Dobbiamo cambiare stili di vita, perché gli adolescenti con problemi mentali saranno i potenziali pazienti nel futuro.

Ora elenchiamo le tabelle dei dati regionali, da cui emerge l'aumento del numero delle persone con disturbi mentali. Inoltre, possiamo notare che le Aziende non spendono nemmeno quello è previsto dalla Regione Toscana. Questo fatto ci sembra molto grave, ed è una cosa che noi familiari non riusciamo a capire.

Adulti

Aziende USL	Valori assoluti					Popolazione residente	Tassi x 1000 abitanti				
	1999	2000	2001	2002	2003		1999	2000	2001	2002	2003
USL 1	7.090	6.837	5.957	6.337	6.639	171.535	41,33	39,86	34,73	36,94	38,70
USL 2	3.827	4.074	4.489	4.454	4.206	186.112	20,56	21,89	24,12	23,93	22,60
USL 3	1.897	2.111	2.267	3.306	3.637	231.668	8,19	9,11	9,79	14,27	15,70
USL 4	4.200	5.500	7.209	6.222	6.138	194.572	21,59	28,27	37,05	31,98	31,55
USL 5	6.122	7.256	7.081	7.994	8.110	273.992	22,34	26,48	25,84	29,18	29,60
USL 6	7.577	7.766	7.871	7.555	7.678	297.151	25,50	26,13	26,49	25,42	25,84
USL 7	5.567	4.717	3.810	3.910	4.037	219.697	25,34	21,47	17,34	17,80	18,38
USL 8	5.855	6.177	6.007	6.329	6.458	275.720	21,24	22,40	21,79	22,95	23,42
USL 9	5.056	5.318	4.799	5.262	5.388	187.553	26,96	28,35	25,59	28,06	28,73
USL 10	11.007	13.224	10.272	11.338	13.130	688.643	15,98	19,20	14,92	16,46	19,07
USL 11	3.462	3.189	3.734		4.109	185.357	18,68	17,20	20,14	0,00	22,17
USL 12	3.786	2.992	3.018	2.944	3.045	135.592	27,92	22,07	22,26	21,71	22,46
Media Regionale	65.446	69.161	66.514	65.651	72.575	3.047.592	21,47	22,69	21,83	21,54	23,81

Il dato dell'Azienda Usl 3 di Pistoia per gli anni 1999, 2000 e 2001 non comprende gli utenti della psicologia

Infanzia – Adolescenza

Aziende USL	Tassi x 1000 abitanti				
	1999	2000	2001	2002	2003
USL 1	28,74	44,72	57,79	49,93	52,62
USL 2	38,71	46,91	57,73	54,38	54,55
USL 3	21,09	33,89	49,40	64,59	57,23
USL 4	50,28	55,17	47,63	97,86	90,57
USL 5	80,77	67,20	68,68	75,66	62,43
USL 6	49,80	58,16	72,02	68,20	74,16
USL 7	60,99	33,77	32,63	24,20	54,83
USL 8	19,63	31,32	38,06	32,69	30,32
USL 9	40,73	41,47	41,97	37,41	45,72
USL 10	55,55	66,40	53,10	55,46	46,77
USL 11	36,28	39,59	55,20	0,00	66,32
USL 12	32,52	21,48	39,34	43,47	44,02
Media Regionale	45,44	49,09	52,11	52,22	55,52

Spesa della Regione Toscana Salute Mentale 2001-2003

SALUTE MENTALE DAL MODELLO MINISTERIALE SUI LIVELLI DI ASSISTENZA												
VALORI SPESA TOTALE												
Aziende sanitarie	DSM territoriale *			SPDC			DSM residenziale			Spesa Aggregata		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
1	5.035	5.381	7.431	1.395	1.349	1.870	2.558	3.458	1.018	8.988	10.188	10.319
2	8.349	6.699	9.401	2.444	2.218	2.788	3.593	3.587	1.813	14.386	12.504	14.002
3	4.288	4.671	6.566	2.014	1.822	2.189	1.711	1.725	2.606	8.013	8.218	11.361
4	4.072	4.148	6.494	83	973	1.171	1.929	2.271	549	6.084	7.392	8.214
5	9.430	10.809	13.511	3.572	3.670	4.343	4.838	4.787	5.245	17.840	19.266	23.099
6	10.609	10.749	10.494	2.334	2.228	3.318	3.624	4.096	5.176	16.567	17.073	18.988
7	8.818	8.833	10.535	1.813	1.547	1.884	4.934	4.226	4.146	15.565	14.606	16.565
8	5.965	9.739	10.484	2.270	2.290	2.488	2.079	2.122	2.959	10.314	14.151	15.931
9	6.100	5.870	5.698	2.067	2.254	2.399	3.086	2.621	2.730	11.254	10.745	10.827
10	21.157	25.567	25.525	9.367	10.542	13.323	13.354	13.875	12.554	43.878	49.984	51.402
11	9.087	8.850	6.969	745	1.198	2.288	1	-	2.690	9.833	10.048	11.947
12	3.710	3.640	6.975	1.498	1.657	1.428	1.817	1.953	2.098	7.025	7.250	10.501
Totale	96.620	104.956	120.083	29.602	31.748	39.489	43.524	44.721	43.584	169.747	181.425	203.156

* il Territoriale è la somma del territoriale ambulatoriale e domiciliare e dell'assistenza semiresidenziale

Aziende sanitarie	DSM territoriale ambulatoriale e domiciliare			DSM territoriale semiresidenziale		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
1	-	-	941	-	-	6.490
2	-	-	1.726	-	-	7.675
3	-	-	5.224	-	-	1.342
4	-	-	6.286	-	-	208
5	-	-	12.527	-	-	984
6	-	-	5.827	-	-	4.667
7	-	-	9.687	-	-	848
8	-	-	9.288	-	-	1.196
9	-	-	4.085	-	-	1.613
10	-	-	20.439	-	-	5.086
11	-	-	6.405	-	-	564
12	-	-	3.299	-	-	3.676
Totale	-	-	85.734	-	-	34.349

Percentuale spesa della Regione Toscana Salute Mentale 2001-2003

LIVELLO: SALUTE MENTALE DATI MODELLO

Aziende Sanitarie		Dati 2003 Incidenza % sul totale della spesa	Dati 2002 Incidenza % sul totale della spesa
101	Massa e Carrara	3,6%	3,5%
102	Lucca	4,6%	4,1%
103	Pistoia	3,1%	2,3%
104	Prato	2,7%	2,5%
105	Pisa	5,6%	4,8%
106	Livorno	3,9%	3,6%
107	Siena	4,5%	4,2%
108	Arezzo	3,6%	3,3%
109	Grosseto	3,4%	3,4%
110	Firenze	4,6%	4,5%
111	Empoli	4,3%	3,6%
112	Viareggio	4,8%	3,4%
Totale		4,1%	3,6%

Cosa Vorremmo noi familiari:

- Applicazione delle leggi vigenti
- Vorremo vedere il paziente al centro: persona soggetto e non oggetto
- Incremento del personale, che deve essere qualificato e in numero sufficiente, e suo rimpiazzo prima del pensionamento e delle gravidanze. Adeguati mezzi di trasporto. Questa è una richiesta generale, perchè in tutte le Aziende mancano queste cose.
- Assumere come operatori gli utenti che hanno conseguito l'attestato di facilitatore sociale. Questa è un'esperienza molto positiva presente nella realtà toscana.
- Partecipazione delle associazioni di volontariato nella fase di progettazione, di controllo, e di valutazione dei servizi sanitari a livello Regionale, aziendale e distrettuale, come prevede la legge 502/92 con le modifiche del d.lgs. 19 giugno 1999 n°229. Le associazioni di volontariato solitamente vengono informate a progetti già costituiti, invece il nostro contributo potrebbe essere maggiore se venissimo resi partecipi già nella fase di progettazione.

Ora entriamo nel merito delle riflessioni di oggi.

Noi familiari vorremmo:

- vedere applicare gli strumenti di programmazione territoriale previsti dal P.S.R. 2005/2007:
 - il Progetto Individuale Personalizzato: intervento mirato alla cura, alla riabilitazione e all'integrazione sociale e lavorativa, coordinato e aggiornato con l'evolversi della situazione fra utente, famiglia, medico di base, psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore.
 - I Piani Integrati di Salute: in modo da coinvolgere e coordinare nello stesso tempo gli interventi sanitari e sociali, indispensabili per arrivare a dei risultati positivi per coloro che hanno disturbi mentali. Ci dobbiamo impegnare a coordinare tutto nello stesso tempo, e allora avremmo dei risultati.
- Poi, secondo il nostro punto di vista in ogni azienda, dove ancora non c'è, è necessario istituire una struttura residenziale protetta per prevenire i ricoveri, per evitare il protrarsi negli S.P.D.C., e per emergenze varie. E' gravoso che i pazienti anche giovani, che non hanno un luogo adeguato per la loro cura, soggiornino per lungo tempo negli S.P.D.C.. Purtroppo constatiamo che questo avviene e riteniamo che la nostra proposta costituisca un'efficace risposta.

Le persone con disturbi mentali si possono classificare in tre fasce:

- pazienti in grado di riconoscere il loro disturbo e sono i protagonisti della loro cura
- pazienti non collaboranti – Rifiuto ai trattamenti, più rifiutano e più hanno bisogno di essere aiutati
- pazienti non del tutto autosufficienti, ma se stimolati possono dare molto e migliorare.

I pazienti in grado di riconoscere il loro disturbo e protagonisti della loro cura sono i pazienti che hanno organizzato delle conferenze, e alcuni di loro presenteranno la loro relazione oggi. Questo dimostra che sono persone in grado di convivere con i loro problemi e capaci di aiutare se stessi e gli altri, fino a diventare facilitatori sociali. Per le associazioni dei familiari è una grande soddisfazione vedere i risultati raggiunti da questi utenti che infondono fiducia e speranza in tutti. Lo scambio dei nostri vissuti aiuta entrambi a crescere, quindi c'è un completo appoggio e sostegno da parte delle associazioni dei familiari.

Ora veniamo ai pazienti non collaboranti che rifiutano i trattamenti; più rifiutano e più hanno bisogno di essere aiutati. Sono gli utenti per cui i familiari vorrebbero un'attenzione diversa. Questi pazienti manifestano il loro rifiuto soprattutto con i familiari fino a diventare aggressivi con loro. Io ascolto tante testimonianze e tanti vissuti e credetemi che non è facile e quindi dobbiamo davvero avere un'attenzione maggiore per questi pazienti. Poi 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, e dopo qualche giorno dalla dimissione si ripresenta il problema. Il servizio dovrà andare incontro al paziente senza forzature e convincerlo che lo scopo è solo di curarlo per il suo benessere. Per quanto riguarda i pazienti non del tutto autosufficienti, se stimolati possono sviluppare a pieno le loro capacità. I pazienti non del tutto autosufficienti se lasciati ad oziare o

parcheggiati in qualche centro o a casa regrediscono fino a diventare aggressivi .Se stimolati suscitando in loro qualche interesse possono dare molto e raggiungere sempre più autonomia e indipendenza dalla famiglia.

Cosa non vorremmo:

- che le leggi siano disattese
- che si formino nuovi ghetti
- e non vorremmo che i media diano informazioni sbagliate

CONCLUSIONI

Come previsto dal P.S.R., ci auspichiamo che il percorso individualizzato e personalizzato per ogni paziente, e i Piani Integrati di Salute, diventino un metodo operativo attuato da tutti i professionisti

Le Aziende USL e gli Enti locali dovranno fare ciò che a loro compete. Le famiglie e gli utenti, si dovranno impegnare a ritrovare il proprio ruolo, perché è possibile ritrovare un ruolo di genitori che sia determinante nella cura dei nostri figli, e proprio perché è difficile c'è bisogno di un sostegno alla famiglia.

Al tempo stesso è fondamentale che le Associazioni di volontariato coinvolgano la cittadinanza e l'opinione pubblica nell'integrazione sociale attraverso l'organizzazione di manifestazioni ed eventi. Posso testimoniare, come vedrete quando più tardi vi porterò l'esperienza della nostra associazione di Lucca che vede coinvolti anche molti giovani nel progetto "ESCI CON NOI", che le persone non sono ostili come sembrano, ma il più delle volte sono disinformate, e quindi è solo attraverso la conoscenza che le persone diventano solidali e non più ostili ed è possibile in questo modo abbattere il pregiudizio.

Sosteniamo che ogni soggetto non possa sostituire l'altro, ma che ognuno debba fare la propria parte.

Invitiamo le Aziende e le Associazioni a promuovere a livello locale un convegno per continuare a riflettere su queste tematiche. Questo è molto importante, perché la Regione Toscana ci ha fornito le indicazioni, e ora dobbiamo portare sul territorio questo modo di lavorare. Credo che sia possibile farlo e lo dobbiamo fare, quindi invito i molti professionisti, i responsabili dei servizi, le molte associazioni qui presenti a farlo, perchè crediamo che questa sia l'unica strada da perseguire.

Inoltre, diverse Leggi finanziarie hanno stabilito che il ricavato delle dismissioni dei beni degli ex O.P. dovesse essere destinato ai servizi territoriali per la Salute Mentale e per le residenze per la Salute Mentale. Ciò non è avvenuto, ma si è verificato uno spreco di potenziali risorse!

Adesso diamo inizio alle relazioni di alcuni rappresentanti delle Associazioni aderenti al Coordinamento Toscano.

Rappresentanti Associazioni aderenti al Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Associazione F.A.S.M., Lucca

Una premessa, faccio parte del Direttivo Nazionale dell'U.N.A.S.A.M. Unione Nazionale delle Associazioni della Salute Mentale, e vi porto i saluti della Presidente Gisella Trincas. Confrontandomi con le altre Regioni dell'Italia sono contenta di essere toscana. Dobbiamo ancora migliorare, però stiamo facendo degli importanti passi avanti.

Confrontandomi con le altre città della Toscana, sono contenta di far parte della realtà lucchese, anche qui la strada è molto lunga, però abbiamo fatto un percorso importante di crescita sia come familiari che come servizi.

Inizio dai dati che ci ha fornito l'Azienda USL di Lucca, che riguardano l'età adulta, mentre non ci sono pervenuti i dati che riguardano l'infanzia e l'adolescenza. Posso segnalare subito la mancanza personale, in particolare di logopediste, e di educatori. La zona di Lucca è divisa in due zone: la zona della Piana di Lucca e la Valle del Serchio. Vediamo che i pazienti in carico alla U.F. Salute Mentale Adulti della Piana di Lucca sono 2800; per quanto riguarda il personale, abbiamo un responsabile dell'Unità Funzionale, 11 psichiatri, più uno psichiatra a 12 ore settimanali, per il quale siamo in attesa che venga assunto a tempo pieno, 6 psicologi, 28 infermieri professionali, 8 educatori professionali, 14 O.S.S. e 2 assistenti sociali a tempo pieno e 6 a metà tempo, e sarebbe necessario avere queste ultime a tempo pieno. Le persone inserite a ottobre 2005 nelle strutture residenziali sono: 28 persone in casa famiglia, 9 persone in gruppi appartamento, 22 persone in residenze extra azienda. Inoltre, è previsto il progetto Arcipelago, che permetterà di sviluppare l'attuale rete domiciliare di interventi a favore di soggetti in carico ai servizi, di completare il circuito riabilitativo attraverso un progressivo distacco di alcuni utenti dalle realtà residenziali istituzionali più protette, potendo contare su di una sufficiente protezione nell'arco della giornata e quindi di liberare disponibilità di accoglienza nelle case-famiglia, permettendo di far rientrare utenti inseriti in strutture extra Az. USL con conseguente riduzione di spesa.

Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali, sul territorio sono presenti: un centro diurno a tempo pieno, in cui sono inserite 22 persone e un centro diurno a tempo parziale, aperto tre giorni la settimana, in cui sono inserite 15 persone. Inoltre, abbiamo il Progetto Lavoro della Cooperativa ICARO, in cui sono inserite 38 persone impegnate in attività lavorative dalle 8:30 alle ore 16:00 per cinque giorni la settimana, che costituisce una risposta concreta anche per le famiglie. Poi è presente un progetto che riteniamo molto valido, gli inserimenti Eterofamiliari Assistiti, che hanno lo scopo di offrire alla persona affetta da disturbo psichico un contesto

relazionale idoneo a promuovere il suo benessere psico-fisico, qualora la famiglia e i parenti si trovino nell'impossibilità di provvedervi o nel caso della loro assenza. In base ai dati sull'anno 2005, emerge che gli inserimenti a tempo pieno effettuati sono 19; gli inserimenti part time sono stati 25; per questo ultimo tipo di inserimento riserviamo maggiore fiducia. Sono offerti tre servizi di supporto alla domiciliarità: appoggi educativi, supporto socio-riabilitativo rivolto a persone inserite al proprio domicilio, che per la loro disabilità psichica sono in particolare condizione di esclusione sociale; il counseling domiciliare, che verrà illustrato nel pomeriggio, rivolto a pazienti non collaboranti e la convenzione volontariato, che provvede ad assicurare mediante volontari una presenza orientata prevalentemente al soddisfacimento di bisogni di tipo domestico e di quotidiana realizzazione. Inoltre, ci sono altre attività in rete, che comprendono tutte le attività che si collocano trasversalmente a tutte le attività territoriali e accolgono utenti finalizzandone la presenza ad attività individuali che seguono una progettazione e un monitoraggio socio terapeutico costante e un livello di risultato clinico per i partecipanti. Tra queste attività ricordiamo il Filo magico, L'ordito e la trama, Penelope, Leonardo, All Black. Infine, è presente un'attività di arteterapia, che è un metodo di riabilitazione psichiatrica attuata impiegando tecniche di mediazione espressiva, che consentono alle espressioni cliniche del disagio di venire elaborate e trattate in un ambiente libero, ma terapeuticamente protetto e incanalate in circuiti relazionali orientati al riequilibrio e al recupero di potenzialità inibite dal processo patologico. Vengono utilizzate diverse metodologie, come il Batticuore, le Occasioni, Atramusica, Altramusica rock, un laboratorio multimediale e la danza nella terapia.

Per quanto riguarda la Valle del Serchio ,

- L'evento che ha contrassegnato l'anno 2005 dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della Valle del Serchio è stato l'unificazione dei due Centri di Salute Mentale in un'unica sede, pur mantenendo una fitta rete ambulatoriale in un territorio vasto e disagiata nella viabilità.

Tale opportunità ha fornito lo spunto per una ridefinizione dei fondamentali passaggi organizzativi e funzionali del servizio, raccogliendo anche gli indirizzi del nuovo Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

- La seconda diapositiva sintetizza i principi su cui si basa l'attività del servizio. In particolare viene data enfasi al lavoro d'équipe che si concretizza in un progetto terapeutico individuale, flessibile, verificato periodicamente e che costituisce il percorso di cura delle persone in carico. Contestualmente dovrà essere consolidato il lavoro di rete, sviluppando una vera e propria cultura del "fare insieme".

- La terza diapositiva fornisce alcuni dati epidemiologici relativi all'utenza in carico ed i grafici mostrano chiaramente l'abbattimento del numero dei ricoveri nel corso del 2005, verosimilmente correlabile ad un più forte lavoro sul territorio, ambulatoriale e domiciliare.

- La quarta diapositiva presenta in sintesi i principali progetti della Unità Funzionale:

- Un Centro di Salute Mentale aperto 24 ore, che, comprensibilmente, richiede in primis un adeguamento di risorse strutturali ed umane.
- Lo sviluppo di un programma di prevenzione primaria in un territorio in cui la popolazione giovanile è particolarmente esposta a fattori di rischio socio-ambientale (isolamento geografico, difficile occupabilità, bassi redditi familiari, grave carenza di opportunità socio-culturali, inesistenza di centri di aggregazione diversi dal bar, ecc.), diffondendo più sani stili di vita. Tale programma viene portato avanti in collaborazione con le Scuole ed i Comuni della zona
- Un'azione integrata per affrontare il problema dell'alcolismo e delle patologie alcolcorrelate, che hanno realmente proporzioni drammatiche nella nostra zona.

■ Infine vengono evidenziati alcuni aspetti critici, la soluzione dei quali (che richiede evidentemente un impegno economico) è essenziale per portare avanti un buon lavoro.

Di fatto possiamo contare su un'unica struttura residenziale, ovviamente superaffollata; le auto disponibili sono insufficienti per fronteggiare l'attività sul territorio; persistono figure professionali precarie (es. medici assunti con contratti a termine) col rischio di vedere ridotta l'attuale dotazione di organico!

L'Associazione **F.A.S.M.** nasce nel 1992 per dare continuità al corso di formazione per disabili psichici della durata di tre anni che i nostri figli avevano svolto, effettuato con i finanziamenti Europei dall'ENAI di Lucca.

La Cooperativa Icaro si costituì ed è sempre stata in convenzione con l'Azienda.

In tredici anni di attività, la **F.A.S.M.**, Associazione di volontariato, ha impegnato tutte le sue risorse ed energie per tutelare i diritti delle persone socialmente svantaggiate con particolare attenzione ai disabili psichici e alle loro famiglie, facendosi portavoce dei loro disagi e di quelli delle loro famiglie; di fronte alle istituzioni, pubbliche e private, vi sono state tante battaglie, molte prese di posizione talvolta anche abbastanza dure nei confronti delle Istituzioni, sia sociali che sanitarie; c'è da dire che alcune di esse si sono risolte in modo positivo.

La Provincia ha sempre sostenuto e pubblicizzato tutte le nostre iniziative oltre ad informarci sempre sulle leggi vigenti dandoci una preziosa collaborazione; facciamo inoltre anche parte del Forum Provinciale delle Associazioni di Volontariato.

Il percorso di integrazione dell'associazione **F.A.S.M.** si è sviluppato dopo l'assegnazione da parte del Comune di Lucca dei locali a S. Vito in Via F. Simonetti, concessi in data 16 settembre 1999. Poter avere una sede per l'associazione e per il progetto lavoro della Cooperativa che si trovava nell'EX O.P. di Maggiano, che si trova fuori dal contesto urbano, è stato il primario obiettivo a cui la **F.A.S.M.** ha aspirato per anni. Grazie alla fermezza e all'impegno dell'Assessore alle politiche sociali del Comune di Lucca Ornella Vitali, è stato possibile integrare i nostri ragazzi e l'associazione nella realtà urbana di S. Vito Lucca, la quale ci ha riservato una calda accoglienza. I

locali concessi hanno una superficie di mq 250 e negli stessi si trova la sede della **F.A.S.M.** e vi si svolgono inoltre le attività del progetto lavoro della Cooperativa Icaro convenzionata con l'Az. U.S.L. 2, dove fanno un percorso di riabilitazione e di integrazione i nostri ragazzi attraverso il lavoro.

Per la **F.A.S.M.** questo progetto è stato un grande passo avanti, perchè finalmente è stato possibile attuare una piena integrazione fra Comune di Lucca, Azienda USL, Privato sociale, Associazioni di volontariato e Amministrazione provinciale e ha visto applicata la legge Regionale n°72, auspicandosi in futuro accordi simili.

Questa attività lavorativa è stata una risposta molto positiva per i nostri figli e per le loro famiglie.

La stessa struttura, che è ubicata al piano terra di un condominio, ha una duplice funzione, in quanto, terminate le attività dei ragazzi, si svolgono anche i corsi di formazione per i volontari e per i familiari e varie altre attività di animazione e socializzazione. Sono sempre di più i cittadini che si avvicinano alla **F.A.S.M.**

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

La **F.A.S.M.** riconosce ai servizi di Salute mentale dell'Az. U.S.L. 2 di Lucca alcuni progetti di eccellenza.

Con l'Az. USL 2. di Lucca l'attenzione ai problemi della salute mentale, dopo le nostre ripetute rimostranze, si è resa più evidente, e si è aperto un dialogo costruttivo iniziato, dopo la visita e l'ascolto delle famiglie nella nostra sede da parte del Direttore Generale Faillace, e ripreso con i suoi successori Gerardi e con l'attuale Ing. Tavanti, ma il cammino è molto ripido, nonostante le promesse, le risorse messe a disposizione diminuiscono sempre di più.

Il convegno "**Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire**" svoltosi in tre giornate nell'anno 2003 ha avuto come scopo quello di infondere speranza e fiducia in chi è colpito da disturbi mentali, nei familiari, negli operatori e nell'opinione pubblica, e in parte ci siamo riusciti! Infatti, dal convegno è emerso che dalle malattie mentali si può uscire o comunque migliorare, ma a condizioni che vengano precocemente realizzati interventi personalizzati e coordinati nello stesso tempo. Qui sta il vero nodo della questione: coordinare, cioè, gli interventi, in quanto gli stessi sono difficili a realizzarsi, ma se non si arriva a questo, non si potranno mai ottenere risultati positivi!

A conclusione del convegno l'Assessore Regionale alla Sanità promise quanto la **F.A.S.M.** aveva chiesto e, cioè, di integrare personale qualificato, ben preparato e in numero sufficiente, poiché, nelle malattie mentali, il contatto umano è la cura principale. Dopo il convegno c'è stato infatti un incremento di personale e, in tempi brevi, ma, poi, man mano che i dipendenti sono andati in pensione e/o in gravidanza, non avviene subito il rimpiazzo e, così, si interrompono i percorsi individuali.

Gli **atti del Convegno possono essere visionati**, prenotati presso l'accoglienza oppure scaricati dal sito Internet dell'Associazione: **www.fasm.it**

Quanto segue sarebbe previsto dal Piano Sanitario Regionale, dal Progetto individuale personalizzato e dai Piani di Salute Integrati: Tavoli di concertazione integrati dove ogni membro fa ciò che gli compete.

Per mantenere l'esistente mancano:

- a) U.F.S.M. Adulti Lucca e val Di Serchio: tre educatori e tre infermieri e i mezzi di trasporto non sono adeguati
- b) U.F. Infanzia e Adolescenza: 5 logopedisti e 1 un educatore, la lista di attesa si nel frattempo è molto allungata
- c) Una struttura molto protetta per circa 8 persone che dovrebbe evitare i ricoveri e il protrarsi negli S.P.D.C. e potrebbe essere utilizzata anche in caso di emergenze varie
- d) Mancano inoltre degli appartamenti per poter integrare sul territorio quei pazienti che hanno terminato il percorso nelle strutture intermedie. Sarebbe a questo punto auspicabile che i comuni mettessero a disposizione un alloggio all'anno e il problema sarebbe così risolto
- e) E' necessario inoltre mantenere la continuità alle cooperative che operano bene e, in modo particolare, fare attenzione alla soddisfazione delle famiglie
- f) Manca anche un centro per psicotici gravi, con possibilità di utilizzo anche la notte
- g) La nostra Az. USL ha 22 persone residenti sul territorio e che sono ospiti in strutture fuori Lucca e, con quello che spende per le stesse, queste somme potrebbero essere investite per fare delle strutture sul territorio in modo da evitare un successivo reinserimento sociale nel proprio territorio.

I rapporti di collaborazione con i responsabili dei servizi sono buoni, basti pensare che ad oggi ci è una comunicazione diretta e reciproca tra l'associazione e i servizi, in modo da segnalare tempestivamente le varie realtà, ma resta ancora da fare molta strada per una maggiore integrazione.

La **F.A.S.M.** dà ancora fiducia al Direttore Generale dell'Az. USL 2 di Lucca, con il quale mantiene costanti contatti, ma è altrettanto ferma e decisa a far rispettare queste richieste, affinché i percorsi individualizzati e personalizzati previsti per ogni paziente dalle leggi, siano rigorosamente applicati. Inoltre, migliorando la qualità dei servizi, l'Azienda ottiene sicuramente anche un notevole risparmio economico e, soprattutto, tanto benessere per tutti.

La **F.A.S.M.** opera quindi su due fronti:

- stimolare le istituzioni a fare ciò che loro compete
- coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale

Noi non siamo sostitutivi al servizio, ma siamo un valore aggiunto.

Offriamo un servizio di ascolto che si è rivelato una strategia per far uscire dall'isolamento la famiglia.

Inoltre, offriamo anche un gruppo di auto-aiuto tra familiari, che :

- Fornisce un sostegno emotivo e reciproco
- Fornisce modelli da prendere ad esempio
- Aiuta a riconquistare il ruolo di genitore e familiare
- Permette lo scambio di informazioni
- Aiuta ad accettare e non colpevolizzare
- Aiutando gli altri aiuti te stesso
- La relazione con gli altri facilita l'apertura
- Partecipando al gruppo, si acquisisce il controllo

Offriamo, inoltre :

- Corsi di formazione per volontari, e devo qui ringraziare il Dott. Mario Betti che per la formazione dei nostri volontari è stato veramente un validissimo aiuto;
- Convegni
- Incontri di promozione alla Salute Mentale, anche in occasione della Giornata Nazionale della Salute Mentale
- Incontri di informazione sul disagio psichico
- Informazione sugli aspetti giuridico legali relativi al disagio psichico.

Il progetto "ESCI CON NOI", a cui la **F.A.S.M.** tiene particolarmente, è sostenuto dai contributi della **Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca** e dalla **Fondazione Banca del Monte di Lucca**. E' rivolto a persone che per le loro problematiche tendono ad isolarsi, con l'obiettivo di renderle più autonome e indipendenti dalla famiglia. Organizziamo nel tempo libero, con familiari, volontari e volontarie del servizio civile, che si sono rivelate una grande risorsa, momenti di socializzazione nel tempo libero in luoghi di aggregazione, come spettacoli, gite, escursioni, cene, visita e shopping in città e uscite varie. Questa è una foto del gruppo di giovani volontari che partecipano attivamente alla **F.A.S.M.**

Presso l'accoglienza potrete trovare il libro con le loro testimonianze.

Il gruppo "ESCI CON NOI" si diverte a preparare insieme alcuni spettacoli, per la voglia di esibirsi e di comunicare il clima di festa che anima i loro incontri, come lo spettacolo organizzato per la raccolta fondi in cui il gruppo si è esibito al Teatro del Giglio, tutto esaurito con la partecipazione di 700 persone. Fra le tante esperienze svolte fino ad ora, grande interesse hanno suscitato le gite di uno o più giorni, realizzate in varie Regioni d'Italia e anche all'estero. In queste gite l'Associazione è riuscita ad attirare l'attenzione e l'interesse dei ragazzi sia sugli aspetti artistico - culturali e paesaggistici dei luoghi visitati, sia sulla socializzazione e l'integrazione che si è venuta a creare con il gruppo dei partecipanti. Il soggiorno in albergo ha permesso ai ragazzi di

misurarsi in un contesto fuori dal consueto. Durante queste gite, il gruppo si sente proprio gente tra la gente.

Inoltre, nell'ambito del progetto "Danzare la Vita", vengono organizzati incontri di Biodanza - Benessere e integrazione sociale attraverso la musica, la danza e l'incontro di gruppo.

La **F.A.S.M.** è aperta a tutti, anche tu puoi diventare volontario!

Associazioni dell'area fiorentina

1. Le considerazioni che seguono sono frutto di esperienze vissute ed hanno come quadro di riferimento il Report Salute Mentale 2003 della U.F.M.A. di Firenze.

L'analisi fatta ci dice che nella zona di Firenze gli utenti complessivi sono 6352 di cui 2124 psicotici. Il personale, articolato nei cinque distretti, è composto da 34 medici, 8 psicologi, 147 infermieri e 15 educatori professionali. Questo personale, di per sé già insufficiente, (in particolare il numero dei medici) non è mai al completo per ovvii motivi di ferie, malattia o altro. Si comprende così e si giustifica l'atteggiamento critico delle associazioni nei confronti del Servizio e della Direzione Generale ASL per la inadeguata copertura di personale e la conseguente carenza di risposte ai bisogni dell'utenza. Ricordiamo che ogni progetto obbiettivo e piano sanitario regionale prevede la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione dell'appropriatezza e della dotazione di servizi necessari, nonché delle risorse necessarie. Questo purtroppo non ha trovato ancora concreta realizzazione. In particolare facciamo notare:

2. Numerosissimi malati sono parcheggiati nelle proprie abitazioni come " non collaboranti" ed i loro familiari non sono in grado di sostenere l'impegno gravoso dell'assistenza. Per questi malati è assolutamente necessario che il Servizio fornisca un concreto e valido aiuto a domicilio, accompagnandolo con altri tipi di interventi che non si limitino alla somministrazione di farmaci.

3. Si parla, giustamente, in ogni occasione, di percorsi terapeutici e di piani terapeutici personalizzati. Chiediamo di conoscere quanti degli psicotici di Firenze ne usufruiscono.

4. L'Auto aiuto, con le sue finalità di inclusione e aggregazione sociale, il confronto di esperienze e difficoltà comuni di inserimento a pieno titolo nella comunità cittadina, costituisce un valido mezzo di supporto che deve essere ulteriormente sviluppato sul territorio fiorentino. Sarebbe opportuno aumentare i punti di riferimento esistenti sul territorio e sviluppare una rete fra i diversi gruppi di utenti dell'area metropolitana fiorentina.

5. La filiera residenziale appare come una sequenza di residenze di semplice alloggio, non sempre qualificate sul piano socio-terapeutico e talora anche su quello strutturale. Ad esempio, la Casa Alice, nel Viale Giovane Italia, ospita i suoi malati in un seminterrato. Quella di Viale Corsica viene definita dal responsabile " invivibile" per le condizioni di degrado in cui versa. La situazione del Villino di Via delle Panche è nota a tutti, ma non si riesce neppure a farlo imbiancare in attesa di trasferirlo, attesa che si prolunga da anni. Ricordiamo anche le occasioni mancate o non ancora

realizzate: gli appartamenti presso il Fuligno che dovevano essere destinati a malati psichiatrici e che sono stati destinati alla marginalità, e la Comunità terapeutica presso la Casa Martelli, che malgrado impegni e promesse è ancora lontana dall'essere realizzata.

Riteniamo indispensabili verifiche e controlli periodici sulle strutture residenziali della ASL o con essa convenzionate e un censimento approfondito dell'esistente oggi, posto anche in rapporto alla lettura del bisogno presente e futuro.

6. Non esiste un sufficiente coordinamento fra le diverse figure professionali interessate ai progetti terapeutico-riabilitativi. Gli psichiatri dei servizi territoriali non hanno rapporti di collaborazione con i medici di base. Ciascun MOM si dà regole proprie. Si avverte carenza di prospettive nei servizi e nel loro adeguamento alle disposizioni e direttive regionali. Le attività terapeutiche di supporto, la cui natura e specificità dovrebbero essere ben codificate, dovrebbero essere realizzate in ogni MOM ed essere correlate e complementari fra loro.

7. Dare concrete e sicure possibilità ai familiari di essere ascoltati e consultati sui progetti terapeutici proposti per i loro familiari. Dovrà essere garantita la loro presenza nei Comitati di Partecipazione della Società della Salute e si dovrà fare di tutto affinché la Salute Mentale sia fra le priorità da affrontare nei Piani integrati di Salute, insieme agli Anziani, alla Disabilità e alle Tossicodipendenze.

8. L'Assessorato al Lavoro della Regione dà alla Provincia risorse per il lavoro. Quante di queste risorse sono destinate alla Salute Mentale? Quali tipi di interventi sono stati realizzati o si prevede di realizzare?

9. Ex Ospedali Psichiatrici. Diverse Leggi finanziarie hanno stabilito che il ricavato delle dismissioni dei beni degli ex O.P. debba essere destinato alla creazione di servizi territoriali per la Salute Mentale, in particolare appartamenti e residenze. Cosa si è fatto di quanto ricavato da San Salvi, ora in procinto di diventare la "città rinata"? Vorremmo che di questa rinascita beneficiassero anche i malati psichici, confinati, come abbiamo esposto, in abitazioni e residenze del tutto inadeguate.

10. Il Protocollo Operativo Salute Mentale, facente parte dell'Accordo di Programma tra Az. USL 10 e Comune di Firenze, firmato in data 26 aprile 2001, non ha ancora trovato applicazione. Ci auguriamo che venga recepito in tempi rapidi nel Piano Integrato di Salute della Zona di Firenze.

11. Questa esposizione essenziale vuole contribuire a migliorare la situazione dei nostri malati. Finora la malattia mentale non ha trovato le necessarie risposte ai suoi bisogni, a differenza di quanto avvenuto mediamente negli altri settori della medicina. Ci vorrà l'apporto responsabile e convinto di tutti per affrontare una situazione che si sta sempre più aggravando, soprattutto a causa del numero di pazienti che aumenta continuamente, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 25 anni. I familiari, nei tantissimi anni trascorsi (27) dalla Legge 180 hanno fatto la loro parte.

Ora deve essere la società in tutte le sue componenti a farsi carico dei malati psichici, sviluppando e facendo suo il principio della salvaguardia della salute mentale nell'intero arco della vita.

Associazione Camminare Insieme, Empoli

L'Associazione Camminare Insieme ha iniziato a lavorare nel 1998 con un primo nucleo di soci e nell'anno 2000 è stata costituita ufficialmente dal notaio e partendo da una decina di soci iniziali siamo ad oggi 43 soci effettivi, operiamo nell'intera zona dell'Empolese- Valdelsa e del Valdarno sono almeno 15 i comuni interessati. Come Associazione riteniamo che ci siano alcune questioni importanti da sottolineare con forza in questa area.

La prima: la necessità sempre più pressante di un impegno serio e preciso sulla Residenzialità, in pratica Residenze Assistite in particolare su Empoli, dove L'Unità Operativa di Psichiatria si sta 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 10 posti a Certaldo, alla Residenza Assistita a Santa Croce, ai quattro gruppi-appartamento a Fucecchio, ai due gruppi appartamento a Santa Croce per un totale di 40 posti nell'area.

Inoltre, nell' area Empolese, Valdelsa ci sono quattro appartamenti di solidarietà.

Sarebbe molto importante avere un obiettivo di incentivare queste attività, in particolari sui Comuni più importanti nella nostra area nella Az.U.S.L. 11 di Empoli.

La seconda: lo sviluppo dell'area lavoro, con una organizzazione specifica dei rapporti Dipartimento Salute Mentale con i Servizi Sociali con l'obiettivo di sfruttare in positivo la legge 68/99 sul lavoro vero e sugli inserimenti terapeutici lavorativi.

Di positivo in questa area abbiamo sicuramente la Cooperativa Sociale Petaso nata nel 2000 che ha come obiettivo fondamentale nel suo Statuto, quello di inserire al lavoro soggetti con disturbi mentale, 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.

Elementi importanti sulla Cooperativa: innanzitutto abbiamo un rapporto strettissimo con il gruppo D.S.M. guidata dal Dott. Casù che si occupa di Inserimenti Terapeutico Lavorativi, e poi dobbiamo anche dire che dopo due anni di gestazione della Cooperativa nel 2002 abbiamo iniziato a lavorare su appalti veri e ad oggi possiamo dare questi dati: la Cooperativa ha 4 dipendenti abili assunti, 5 disabili anch'essi assunti, di cui 3 a tempo pieno e 2 a tempo parziale, e poi, cosa importantissima, abbiamo 15 inserimenti terapeutici Lavorativi indicati dalla struttura sanitaria.

Quindi, il nostro gruppo è diventato di 24 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.

Tutto questo è l'attuale situazione, ma per il futuro sarebbe molto interessante un rapporto finalizzato a un progetto con le Associazioni degli Imprenditori sia di medie aziende che quelle piccole (cosa molto difficile oggi, vista la crisi produttiva della nostra economia). Ma siccome nella nostra area dell'Empolese, Valdelsa, Valdarno abbiamo due Distretti Industriali e una grossa presenza di piccole e medie aziende Industriali, Artigianali, Commerciali e Agricole sarebbe molto interessante vedere dopo un po' di tempo i risultati.

Ad oggi stiamo lavorando su questi tempi, molto con il Settore Pubblico.

La terza: per quanto riguarda la nostra Az.U.S.L. 11 un'attenzione particolare a non lesinare sul personale (secondo nostre dirette informazioni da parte aziendale e del D.S.M. abbiamo un organico ridotto sia per le esigenze vedi Finanziaria /Turn/over, sia per l'aumento di richieste di intervento Specialistico).

Ritengo 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 Oltre l'Orizzonte, Pistoia

Pistoia è la provincia dove da anni l'associazione "Oltre l'Orizzonte" denuncia l'inadeguatezza dei servizi per la salute mentale. In sei anni si sono succeduti tre direttori generali: i primi due hanno molto trascurato i servizi per la salute mentale, destinando soltanto la metà delle risorse previste dalla Regione Toscana e chiudendo anche alcune delle strutture esistenti. Bisogna dare atto all'attuale direttore di aver riconosciuto "l'arretratezza storica" e di aver dato il via a dei cambiamenti, che sono però inconcepibilmente lentissimi nella loro attuazione e sicuramente insufficienti.

Il personale era al minimo storico ed è stato aumentato, seppur rimanendo insufficiente e non rimpiazzato tempestivamente; è per la maggior parte motivato a fare al meglio il proprio lavoro ma non ha gli strumenti gestionali per poterlo fare. L'S.P.D.C. di Pistoia è angusto, promiscuo, insicuro; manca una comunità terapeutica.

Vi sono anche delle piccole esperienze di eccellenza: l'S.P.D.C. a porte aperte in Valdinievole; le attività di apertura al territorio dei centri diurni, il progetto sperimentale di tutor del lavoro iniziato da un anno, la polisportiva che vede impegnate Azienda ASL e associazioni. Purtroppo, però, queste iniziative sono gocce nel mare e le potenzialità riabilitative non vengono sfruttate.

Se partiamo dal progetto terapeutico individuale personalizzato vediamo che praticamente non è attuato perché non ne esiste la filosofia. Grazie alle pressioni dell'associazione due anni fa è stato istituito un progetto sperimentale per 10 psicotici gravi, che vedeva impegnata un'equipe composta da uno psichiatra, educatori e l'unico facilitatore sociale del territorio. L'esperienza ha dato ottimi risultati ma non è ancora stata ampliata perché gli stessi operatori devono occuparsi di molti altri servizi. I familiari sono solitamente esclusi. Eppure, non solo le normative regionali

prevedono il progetto terapeutico individuale personalizzato quale diritto di tutti i soggetti presi in carico ma lo garantisce la stessa carta dei servizi dell'ASL3!

Veniamo a quello che a giudizio dell'associazione è il problema alla base di tutti gli altri: la mancata costituzione di un dipartimento con una "filosofia" della riabilitazione, che operi in maniera unitaria al suo interno e integrata all'esterno, che parta dall'analisi dei bisogni e progetti delle azioni atte a rispondere ad essi, che valorizzi le competenze di tutti i propri operatori e dia loro la possibilità di personalizzare davvero i progetti, insieme ai pazienti e ai familiari. Attualmente troviamo che ogni unità funzionale lavora isolatamente, a volte con impostazioni contrastanti. Fortunatamente, oramai, è stato generalmente riconosciuto che l'aspetto medico è solo un tassello della riabilitazione psichiatrica e che una grossa componente è costituita dall'aspetto sociale – la rete delle relazioni, l'autonomia economica e abitativa, la qualità del tempo libero. Per attivare questo in modo generalizzato urge attivare l'integrazione- parola d'ordine ad ogni livello – da quella all'interno dell'èquipe del progetto personalizzato, a quella del Dipartimento con gli enti locali.

Questo concetto è una grossa sfida per tutte le realtà ma a Pistoia siamo in preda all'immobilismo. Prendiamo solo alcuni esempi: è stato fatto un progetto Azienda ASL-Comune – associazioni per la ristrutturazione di un immobile per la costituzione di una comunità terapeutica per giovani psicotici: la Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia ha stanziato €250.000 e dopo 15 mesi comune ed ASL non sono ancora riusciti a stilare un contratto di comodato per far partire i lavori! Neanche sull'autonomia e semi-autonomia abitativa si ha un'impostazione chiara: solo quando si libera una dei pochi posti si ha un possibile paziente da inserire. L'associazione chiede da tempo un tavolo integrato fra comune, ASL, associazioni e privato sociale per analizzare il bisogno e sperimentare soluzioni diversificate ma le commissioni istituite non hanno nessun potere e non riescono a produrre progettualità concreta.

Non stimolato dall'azienda, il comune si trincerava dietro le sue emergenze sociali e la salute mentale ne viene sempre esclusa.

Per quanto riguarda il lavoro non esiste collaborazione fra Azienda e Provincia: il tipo di tutoraggio offerto dalla Provincia di Pistoia non risponde alle esigenze dei malati psichici e l'Azienda ha attivato autonomamente un progetto sperimentale che funziona benissimo ma che è zoppo perché ha bisogno dell'integrazione con la provincia per quanto riguarda le assunzioni con la legge 68: i funzionari dell'ente provinciale lo vivono con antagonismo.

Un altro problema è quello della posizione di azienda e comuni nei confronti delle cooperative B: c'è bisogno di fare chiarezza soprattutto per tutelare le persone inserite: la sicurezza? l'integrazione? il sostegno? La tutela?

L'associazione "Oltre l'Orizzonte" è convinta dell'irrinunciabilità dei principi dell'integrazione e della sinergia ed ha operato in questo senso fin dalla sua costituzione. Attualmente abbiamo vinto un bando del CESVOT per la lotta al pregiudizio e allo stigma ed abbiamo ottenuto che ASL, comune e provincia oltre che a moltissime realtà locali agiscano come partner. Verranno fatte

azioni capillari con alcune scuole della città: la coop B “Città Aperta”, insieme ad un educatore dell’A. USL, preparerà alcuni pazienti per insegnare ai bambini di una scuola elementare ad animare delle favole da presentare pubblicamente; nelle scuole superiori verrà fatta un’esperienza di teatro interattivo sulla follia; alcune classi dell’Istituto d’Arte faranno un progetto annuale curriculare sulla salute mentale che sfocerà in una mostra a fine anno; l’istituto tecnico commerciale offrirà il suo spettacolo annuale in occasione della giornata della salute mentale. L’assessorato alla cultura del comune di Pistoia organizzerà un incontro con uno scrittore e allestirà una vetrina tematica presso la biblioteca comunale. L’osservatorio sociale della provincia di Pistoia farà un’indagine qualitativa sul pregiudizio fra gli studenti e fra gli operatori.

Si effettueranno incontri di sensibilizzazione presso le realtà di aggregazione della comunità; si farà una ricerca nazionale sulle buone pratiche. Il progetto si concluderà con un convegno sulle buone pratiche. Tuttavia, la fatica per attivare le azioni è immane: ogni ente ha scadenze diverse, competenze diverse, progettualità auto-referenziali e l’associazione deve peregrinare da un ufficio all’altro e poi ricominciare! Questo progetto dimostra che l’integrazione è possibile ed è l’unica strada per usare al meglio le risorse e attivare la rete territoriale in modo concreto e partecipato.

Un suggerimento ai tecnici della regione che sono sempre alla ricerca di nuovi strumenti: forse serve un incentivo perché gli enti individuino un responsabile interistituzionale per ogni settore che prevede l’alta integrazione? Questo forse ovvierebbe alla risposta che ci sentiamo sempre dare “Io ho fatto il mio, il resto spetta agli altri”- il problema è che “gli altri” dicono la stessa cosa!

Attività dell’associazione “Oltre l’Orizzonte”

- Azione di tutela dei diritti dei malati psichici (prioritaria) e promozione del principio dell’integrazione fra gli enti
- “I Ragazzi del Venerdì”: socializzazione
- Creazione di un gruppo di auto-aiuto (con il sostegno di un facilitatore)
- Formazione dei volontari e dei familiari (principalmente grazie ai progetti sostenuti da CESVOT): artiterapie, shiatsu, yoga, amministratore di sostegno
- Laboratori artigianali (per la promozione della salute mentale): découpage, cucito
- Prevenzione del disagio giovanile e sensibilizzazione nelle scuole
- Incontri d’informazione e sensibilizzazione aperti alla cittadinanza
- Giornate di studio (l’operatore territoriale, il lavoro, forme di tutela giuridica)
- Sostegno ai familiari
- Sostegno alle coop B che riscuotono la fiducia dell’associazione
- Organizzazione della Giornata Nazionale della Salute Mentale

Anno 2005-2006: Progetto CESVOT “No al pregiudizio. Campagna di sensibilizzazione per la riduzione del pregiudizio nei confronti dei malati psichici” (integrato con ASL, tre

assessorati del comune di Pistoia, provincia, scuole cittadine e realtà di socializzazione del territorio).

Associazione Vivere Insieme, Arezzo

1) L'Associazione contribuisce, con i suoi volontari, utenti e non, allo svolgimento delle attività dei vari laboratori del servizio e quindi anche alla vendita dei manufatti nelle scuole della città nei periodi di Natale e Pasqua. Si attiva anche per organizzare vari corsi (musica, canto, danza, ginnastica, cucina, ecc...) e per intrattenere in alcuni pomeriggi della settimana gli utenti più bisognosi con attività espressive, giochi di società (tavolo, ecc...) passeggiate, gite in città e fuori. Partecipa attivamente alla redazione di un giornalino, anche se per ora non si può avvalere dell'uso, importante, di internet. Promuove la possibilità, sia da sola che insieme alla Rete Regionale degli utenti, di partecipare a vacanze estive per i suoi volontari utenti. Infine, nel giugno scorso, abbiamo vinto un Bando di concorso del CESVOT, con la presentazione di un progetto che mira a sensibilizzare verso queste problematiche gli studenti delle scuole superiori della città, attraverso spettacolo teatrale, proiezione di film, inerenti al problema con relativa discussione insieme ad operatori, medici e non del nostro servizio.

2) Opinione pubblica attraverso volantini, cartelli pubblicitari e l'istituzione di un servizio di numero verde, corso di computer per imparare a gestire il nostro sito e comunicare on-line

3) I medici di base con corsi di formazione specifici.

Piccola indagine dell'Associazione Vivere Insieme di Arezzo:

SITUAZIONE CENTRI DIURNI Az. USL 8 DI AREZZO

1. Ceramica e falegnameria: Spazi esigui rispetto al passato. Fondi tagliati del 25% per le lavorazioni. L'Associazione Vivere Insieme si autofinanzia per supportare ad alcune attività.
2. Laboratori di cucito: nel 2004 sono stati tolti dalla USL i locali che erano in una palazzina dell'ex-psichiatrico, attualmente il laboratorio è ospitato da un sottochiesa della città.
3. Giardinaggio e orticoltura: tolta la legnaia dalla USL per la costruzione di un nido aziendale. La serra è in cattive condizioni.
4. Giornalino, attività espressive, giochi da tavolo: pochi e vecchi computer. Assenza di Internet per il giornalino.

Alcuni medicinali stanno diventando a pagamento.

TAVOLA ROTONDA

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E I NUOVI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE: CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA

Gemma Del Carlo

Terminiamo con le relazioni delle Associazioni, perché siamo in ritardo. Le associazioni L'Alba di Pisa e Auto aiuto psichiatrico di Massa esporranno le loro relazioni nel pomeriggio.

Adesso passiamo alla tavola rotonda, scusandoci per il ritardo.

L'argomento è già stato introdotto dalla relazione del dott. Lanzi, e adesso rivolgeremo la nostra attenzione alla considerazione dei punti di forza e dei punti di criticità che affiorano e che si evidenziano nella preparazione dei Piani Integrati di salute per quanto riguarda la salute mentale. In sostituzione del Presidente della Società della Salute di Firenze Graziano Cioni, porterà i suoi saluti il Dott. Rossi Prodi. Prego.

Paolo Rossi Prodi, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Az. USL di Firenze

Se fossi l'assessore Cioni vi porterei i miei saluti e vi direi state tranquilli, è tutto sotto controllo, ma, non essendolo, cercate di tollerare il mio imbarazzo, per cui cercherò in qualche modo di effettuare riflessioni a partire dalle considerazioni di un operatore dei servizi: noi veniamo da un Piano Integrato di Salute dei servizi fiorentini che ha visto un'accelerazione forte nell'area dell'handicap e degli anziani e che negli ultimi tempi ha posto l'attenzione anche nell'ambito della salute mentale e sulle dipendenze: servizi maturi rispetto a quel principio ispiratore di Società della Salute e di Piano Integrato di Salute. Credo che da tempo questi servizi hanno trovato all'interno di quello che sono i determinanti sociali, determinanti di salute, un motivo e un'attenzione di uno sfondo importante, forse non tanto per gli aspetti causali di malattia, ma sicuramente rispetto a quelli che sono i decorsi e gli esiti dell'intervento, che è un intervento clinico nel corso del tempo. Le attenzioni al vivere, all'abitare, al lavoro alla gestione del tempo libero, all'atteggiamento della cura del contesto familiare, oppure dei curanti come quella dettata dal decreto legislativo sono fattori essi stessi integranti di un percorso di cura. Ecco che allora parlare di un Piano Integrato di Salute non può non tener conto di questi elementi e degli strumenti di carattere normativo che questa Regione si è data nel corso di questi recentissimi mesi, credo siano coerenti con questo tipo di impostazione. Il secondo punto, mi sembra il vedere emergere progressivamente una serie di soggettività che vanno al di là della dimensione puramente di cura legate ai servizi sanitari pubblici, crediamo che stiamo sempre più parlando di un'attenzione a una dimensione formale-informale di quelle che sono delle risorse di un territorio e quindi di una

soggettività che si costruisce dentro una rete di servizi, in cui il servizio pubblico, in cui il privato sociale, in cui ...perché per noi il privato imprenditoriale e le realtà dell'associazionismo rappresentano un elemento forte di risposta di un percorso di guarigione, credo ci sia in questo un elemento di arricchimento proprio per il valore anche scarso in termini economici che è rappresentato da quella ambivalenza tra reciprocità e contratto che è tipico del volontariato e dell'associazionismo, che però può rappresentare un elemento significativo di crescita e delle competenze di una comunità sociale. Terzo punto su cui stiamo lavorando e che credo sarà il motivo su cui verremmo valutati nel corso degli anni, credo che sia il dover capire se la destinazione di quelle risorse fra la gestione della cronicità da cui spesso noi veniamo, avendo anche noi spesso una delega di interventi di un percorso basilare che aveva caratterizzato la psichiatria della riforma, potrà progressivamente spostarsi verso un intervento, verso le forme della prevenzione dell'intervento precoce. Fare questo significa avere la capacità di garantire un forte radicamento territoriale con un forte intento di carattere unitario. Il Piano Integrato della salute dovrà dare su questo la capacità di lettura di strumenti formali importanti.

C'è qui non soltanto per una salute, una figura molto importante all'università, credo che non sia possibile parlare nel tempo di percorsi di formazione, soprattutto perché si andranno a sfidare con questi momenti che si indomano nella realtà territoriale che l'università non si ponga in termini di carattere assistenziale di formazione culturale, un ruolo importante nel confronto e nella contaminazione con il servizio pubblico. Non parlo delle risorse e non mi lamento delle risorse, vengo da un paio di incontri più scientifici di realtà a noi vicine che non credo appartengano, come dire a fiscalità diverse dalle nostre, parlo della Liguria, in particolar modo Genova e dell'Emilia Romagna, in particolar modo Bologna. Bene anche su questo, forse, una riflessione pacata ma seria sul problema della certezza delle risorse, nel tempo, dovremmo farlo. Vi ringrazio

Giovanna Borri, Associazioni familiari di Firenze

Diamo la parola alla Dott.ssa Calvani, Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda USL di Prato e che partecipa alla Società della Salute.

Anna Calvani, Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda USL di Prato

Devo scusare il Direttore che avrebbe voluto essere presente, ma abbiamo in questi giorni degli impegni molto pressanti che riguardano la gara per i nuovi 4 ospedali in Regione Toscana, quindi ha dovuto partecipare a riunioni non preventivate; farò, quindi, l'intervento dal mio punto di vista, cioè da Direttore dei Servizi Sociali, tenendo presente chiaramente che l'Azienda USL è un tutt'uno, inoltre molte cose sono state dette sulla programmazione sia dal Dott. Lanzi che dallo stesso ora Dott. Rossi Prodi.

Noi stiamo lavorando ora sulla programmazione ovvero sulla costruzione del Piano Integrato di Salute (P.I.S.), anche perché stiamo sperimentando la Società della Salute, ma mi premetto di dire che non partiamo da zero! Nel senso di avere già strumenti come il PAL e il Piano di Zona che non si sono visti separati l'uno dall'altro, ma che nel territorio, nella situazione locale sono stati strumenti costruiti per comunicare e per muoversi verso obiettivi comuni per quanto riguarda in particolare l'integrazione socio-sanitaria.

Quello che è sicuramente un aspetto molto significativo e direi di grande rilevanza è la possibilità concreta, attraverso il P.I.S. di non fermarsi al socio-sanitario, ma di ampliare l'aspetto della programmazione con momenti molto forti nelle sinergie territoriali, che riguardano ambiente, la situazione urbanistica, il lavoro, il che vuol dire una possibilità precisa e definita, una possibilità concreta affinché intorno al tavolo della programmazione ci siano tutti i soggetti interessati.

Spiegherò anche quello che noi materialmente stiamo facendo ovvero ai tavoli di confronto non sono presenti solo l'Azienda e i Comuni, ma anche la Provincia e gli stessi Organi di partecipazione che sono previsti per la Società della Salute che sono il Comitato di partecipazione, la Consulta e il confronto diretto con i Sindacati.

Costruiamo, quindi, la programmazione attraverso tavoli di concertazione, il che vuol dire partire da un confronto sulla situazione di un dato territorio per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici, sociali, economici ed ambientali; successivamente, con il concorso di tutti, si tratta di individuare gli obiettivi e la loro fattibilità individuando le relative risorse che non sono solo le risorse dell'Azienda, ma sono anche le risorse dei Comuni, le possibili risorse della Provincia e sono sicuramente tutte quelle risorse del Terzo Settore che sono per noi di fondamentale importanza che nel nostro territorio non solo si riconoscono, ma si esplicano in attività comuni.

Il momento forte, che è stato detto da tutti, ma permettetemi di ribadirlo ancora, è sicuramente la centralità della persona in un sistema di rete; sembra uno slogan ormai acquisito da tutti e quindi pensiamo che sia una cosa fattibile in tempi brevi, ma sappiamo che invece è un processo lungo e complesso che coinvolge ed impegna più ambiti e non solo quello della Salute

Mentale. Lo stiamo costruendo in un concetto più alto di programmazione dove tutto, anche la Salute Mentale, dovrebbe muoversi in un'ottica che oltre alla dichiarazione di centralità della persona porti ad individuare, a livello di servizi, strumenti comuni, sia per l'osservazione che per la verifica.

Partendo da esperienze di professioni diverse è difficile poi mettere in campo una costruzione di integrazione socio sanitaria senza individuare strumenti comuni che aiuteranno il processo. Anche questo è un aspetto molto importante che deve essere messo al centro della nostra attenzione. La possibilità concreta che questo avvenga l'abbiamo già individuata, ma sicuramente l'ulteriore obiettivo è la possibilità di formazione comune.

Formazione e aggiornamento per più professioni insieme, individuando obiettivi multi-professionali che comportano un ragionamento comune, ci metterà in condizione di lavorare anche in una dimensione diversa non solo per quanto riguarda i momenti di valutazione e i momenti di costruzione del progetto individuale, ma anche per la capacità di leggere in un dato territorio tutte le possibilità reali e concrete che portano a far diventare questo progetto individuale un'azione concreta, di supporto per la persona e la famiglia che in quel momento si trova in difficoltà.

Stiamo affrontando, permettetemelo di dirlo, da un punto di vista proprio del sociale un impegno forte del servizio stesso anche su indirizzo degli Enti Locali.

Tale impegno è da considerarsi irrinunciabile, perché gli aspetti che sono stati tracciati anche dai rappresentanti delle famiglie, hanno messo in campo, non solo aspetti di cura e di riabilitazione, ma anche di inclusione sociale ovvero la possibilità che un soggetto debba essere considerato all'interno di un dato territorio come persona con le sue difficoltà ed i suoi disturbi.

Il ruolo degli Enti Locali è, non solo quello di individuare possibili risposte, ma anche quello di mettere in comunicazione, di far relazionare tutte quelle che sono le occasioni di socializzazione e solidarietà di un dato territorio.

Quindi uno dei punti di forza sta proprio nella possibilità non solo di dare risposte globali e personalizzate, ma anche di individuare in un dato contesto la possibilità di trovare all'interno di momenti forti di un dato territorio, possibilità concrete di risposta al bisogno. Un esempio del nostro impegno riguarda gli inserimenti lavorativi e il tempo libero; infatti una delle esperienze più interessanti, oltre all'auto-aiuto, sono i progetti PONTE che sono stati realizzati a Prato ovvero l'opportunità concreta di avere un progetto dove privato e pubblico hanno insieme costituito un'opportunità reale di inserimento.

Altro esempio è l'opportunità che mette in campo la Società della Salute e la sua sperimentazione in particolare, per rivedere gli assetti organizzativi che ci possono poi permettere di costruire e attuare la programmazione; assetti organizzativi che sì, vuol dire anche ulteriori risorse di personale per la Salute Mentale e per gli altri Servizi, ma vuol dire anche la volontà di vedere non solo Unità Funzionali staccate le une dalle altre, ma il "Lavorare insieme" U.F. Salute

Mentale, Servizio Sociale, Medici di Medicina Generale e anche, non meno, Pediatri per quanto mi riguarda tutto l'aspetto dell'infanzia.

E' sicuramente un punto forte da riaffrontare proprio alla luce di quella che è una situazione di lettura di bisogno dei vari territori che comporta il lavorare insieme, il capire insieme dove vogliamo andare, senza alcuna gerarchia degli uni nei confronti degli altri.

Infine, avendo parlato del ruolo degli Enti Locali, mi permetto di dire alle Rappresentanti delle Associazioni Familiari, di essere consapevoli della situazione di difficoltà relative alle risorse carenti sia nelle manifestazioni e nel rapporto con gli Amministratori.

Voi sapete quanto sono importanti, per poter realizzare determinati progetti, le risorse .

In questo momento è particolarmente evidente la carenza conseguente ad una situazione governativa, che ha tolto il 50% per quanto riguarda la spesa sociale; inoltre i Bilanci dei Comuni degli ultimi anni non ci permettono nemmeno di realizzare prestazioni degli anni precedenti ; infine, alcune Leggi Nazionali ed in particolare la Finanziaria mettono gli Enti Locali in condizioni di gravi difficoltà finanziarie

Vi ringrazio della vostra attenzione.

Giovanna Borri

Ascoltiamo ora il punto di vista del Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL Arezzo Paolo Martini.

Paolo Martini, Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL di Arezzo

Grazie, io ho preparato questo contributo come responsabile del servizio di Salute Mentale e alla luce della mia esperienza, sono esattamente 30 anni che dirigo un servizio di salute mentale di comunità e questo mi sembra essere importante non tanto per me, ma perché spesso si dice che siamo legati dalle leggi. Il servizio di salute mentale che io dirigo dal 1974 ha cominciato a operare quando ancora c'era la legge sui manicomi e questo per dire come gruppi di operatori, famiglie e rappresentanti di enti locali, se mossi da un progetto alto, e il nostro è un progetto alto, possono fare delle cose anche al di là, non contro, delle leggi. Un punto fondamentale della nostra esperienza è stata l'integrazione: da allora questa parola è stata molto inflazionata, da allora tutti parlano di integrazione. Le leggi vi sono, abbiamo tante indicazioni, ma mancano delle parole fattuali, cioè le parole hanno un valore fino a quando corrispondono alla realtà, quando le parole vengono usate, oggi siamo in una società virtuale, che utilizza moltissimo questi strumenti elettronici, ecco che allora a volte le parole, la politica e Berlusconi ce lo insegna, la parola, "tutti quanti avrete la casa" in virtù del Capo di governo, è un'affermazione che va dicendo, va benissimo, però poi non corrispondono a realtà. Dobbiamo vedere che cosa si intende quando parliamo di integrazione, perché integrazione ha un corrispettivo, perché integrazione può voler dire fusione, integrazione è come l'abbiamo utilizzato all'inizio, inserimento in una struttura, in una società dominante accettandone i caratteri. Questo pone dei problemi, che noi abbiamo affrontato sin dall'inizio, perché i servizi essendo pluri-disciplinari hanno posto il problema dell'integrazione, che allora si confronta con l'identità, l'autonomia delle varie figure professionali dei servizi con cui ci si integra, quindi va trovato un punto di equilibrio, un punto di equilibrio nell'ambito della salute mentale, secondo me, tra la funzione della cura, che è secondo me specifica del dipartimento del servizio sanitario specialistico che ha come oggetto la cura della persona sofferente e le sue relazioni, con una molteplicità di interventi di integrazione, perché il gruppo unitario pluri-professionale significa contemperare le identità, i punti di vista dell'infermiere, dell'assistente sociale, dello psicologo, del terapeuta della riabilitazione, del neuropsichiatra infantile. Non vuol dire un'assimilazione, una fusione, un azzeramento, vuol dire un arricchimento nel rispetto nelle singole professionalità. Ma c'è anche un'altra cosa che è l'integrazione fra i vari livelli assistenziali, cioè tra le varie strutture che noi abbiamo messo a punto, quando si dice che i vari servizi per la salute mentale non hanno una cultura, beh, insomma, noi abbiamo messo a punto in Europa fra i primi, ed io ne ho fatto parte, il Progetto Obiettivo Nazionale sulla Salute mentale in cui abbiamo individuato le 4 strutture ed abbiamo individuato anche nel centro di salute mentale il pivot, il

centro di salute mentale di riferimento, il punto di accoglienza, il punto in cui si connettono le varie strutture e da cui parte un'unica équipe. E' vero, come dicono i familiari, non da per tutto, anche in Toscana, c'è un'integrazione tra le strutture, oltre tra i reparti ospedalieri e i reparti territoriali, è per questo che noi dobbiamo muoverci e sottolineo il punto dei reparti ospedalieri: è stato detto dal Dott. Guidi, insieme a tante cose, chiaramente anche il fatto della problematicità che i reparti ospedalieri oggi rappresentano e allora questa è una questione che va affrontata, nel senso che il Piano, il Piano Integrato, come diceva stamani il Dott. Lanzi, riguarda i servizi territoriali, ma noi presentiamo un problema: i nostri servizi non sono soltanto territoriali, ma i nostri sono servizi di comunità, che riguardano l'intera comunità di un'area geografica ivi compreso l'ospedale, ivi compresa la continuità, e il momento ospedaliero è un momento importante da gestire insieme, così come avviene l'integrazione con gli altri servizi, ma l'integrazione tra le varie unità funzionali, perché abbiamo un problema che è stato sollevato dalle associazioni, che all'interno dello stesso Dipartimento unità funzionali si muovono in maniera incoerente le une con le altre, e quindi c'è un problema di questo tipo, così come vi è un problema a livello di Dipartimenti del fatto che la realtà fiorentina con un'area metropolitana, così grande così ricca di risorse, come ci ricordava il Dott. Lanzi, è inconcepibile che abbia un unico Dipartimento di salute mentale, non esiste un Dipartimento di salute mentale per 600.000 persone. Vi è un problema, che la pianificazione sanitaria che il Dott. Lanzi ancora ci ricordava la filosofia generale, in questa di cui poi ora ci concentreremo nella zona distretto, però contempla tre livelli per tutti i servizi: 1. La zona distretto, 2. l'Azienda 3. L'area vasta, perché il Piano Sanitario Regionale va verso l'area vasta, forse si andrà verso tre grandi USL alla fine del discorso, però questi poli sono fondamentali. E' fondamentale il rapporto con le aziende ospedaliere e quindi con l'università. Non a caso il Dott. Rossi Prodi che mi precedeva ne faceva riferimento, ho trovato semplicemente scandaloso a proposito dei problemi che si possono porre tra vari livelli, ad esempio a livello di Distretto, livello Aziendale e livello di Area Vasta, quello che è successo a Pisa, dove dopo tanti anni, che ci siamo battuti affinché l'università collaborasse ed entrasse dentro ai Piani assistenziali così come è stato fatto a Careggi e da altre parti, e quindi l'università di Pisa che è stata spesso criticata, osteggiata ingiustamente, una volta che l'università di Pisa intendeva la cattedra di psichiatria, ha dato la sua disponibilità a farsi carico di un settore del D.S.M., svolgendo tutte le funzioni previste e quindi garantendo la formazione di tutti i laureati, non soltanto i medici, perché oggi giorno gli infermieri, i terapisti della riabilitazione ecc, quando vi è stata la disponibilità dell'università, vi è stata la disponibilità del servizio del Dipartimento della salute mentale, ad un certo punto la Società della Salute o quello che è, perché c'è questa situazione che alcune Società della Salute pur non esistendo però agiscono, è stato bloccato questo provvedimento che io però spero che la Regione riprenda, perché noi toscani non possiamo rinunciare all'apporto dell'università di Pisa, o a Firenze dell'università di Firenze, che ha dato la stessa disponibilità. Detto questo, che è assolutamente complementare a questo specifico a cui teniamo che è lo specifico della cura, che è lo specifico

dell'identità della salute mentale, perché ricordatevi che siamo passati all'interno di una fase in cui territorializzando i servizi si pensava di dequalificare i servizi, io sono rimasto scioccato quando nel 1980 la Franca Ongaro Basaglia, ai vari telegiornali disse: " qui si corre il rischio di psichiatrizzare il territorio", negli anni '80 quando non c'avevamo niente, poi mi sono scontrato in varie occasioni e questa è l'ultima occasione pubblica in cui dirò ancora queste cose, per affermare la necessità delle strutture intermedie, per affermare la necessità di un centro di salute mentale che sia sempre presente ad Arezzo, l'abbiamo sette giorni su sette, per affermare il fatto che l'ospedale deve essere unito, su questo però c'è stato uno scontro politico, e attenzione che non si riproponga oggi, e questo è uno dei punti su cui riflettere, o sono favorevole al piano regionale, sono favorevole alla società della salute, non sono favorevole all'andare ognuno per conto suo alle lotte di potere che non tengono conto di quelle linee generali che diceva il Dott. Lanzi stamani mattina, cioè dentro quella programmazione, dentro quel posto che ciascuno deve avere ci deve essere una sua razionalità senza sopraffazione da nessuna parte, senza che vengano sopraffatti i soliti malati. In questo senso, non per la solita critica, però secondo me, beh, fra tanto che gli uffici regionali diano l'esempio a livello di integrazione, cioè il piano sanitario che sia integrato finalmente con il piano sociale, noi oggi c'abbiamo un piano sanitario vigente, un piano sociale che è ancora quello vecchio, gli uffici regionali non sono integrati, io il Dott. Lanzi non l'ho mai visto, spero di rivederlo prima di andare in pensione, perché noi non abbiamo mai avuto rapporti con l'ufficio che si occupa della disabilità, ma tenete presente e qui i familiari lo sanno, che i servizi sociali giocano un ruolo importante con noi, così come i servizi che si occupano della pediatria e dell'infanzia, beh, cominciamo a fare un'integrazione su questo e vediamo anche che nelle zone distretto si cominci a vedere da parte dei servizi come essi vi partecipano in termini di personale, di servizi, di risorse, perché questo è fondamentale, perché, non mi vergogno di riparlare di nuovo delle risorse, nella salute mentale, nel piano regionale tutt'ora vigente, per quanto riguarda i minimi obbligatori, c'è un minimo obbligatorio della spesa sociale per i minori per gli anziani per i disabili, per gli immigrati, per le dipendenze per gli interventi educativi. Non c'è nessun minimo per quanto riguarda la salute mentale, e quando ci si trova allora nelle assemblee, per poter discutere del piano integrato, si parte da una prospettiva dove quel poco di sociale che arriva ci è regalato. Detto questo quali sono gli aspetti più specifici su cui dobbiamo insistere? La tutela della salute fisica degli utenti, di qui lì l'integrazione con i pediatri e con i medici di medicina generale, sono un elemento fondamentale, allora, perché le parole siano fattuali con i medici di medicina generale c'è una convenzione da parte della regione con i medici della medicina generale e ogni volta il servizio dei medici di medicina generale è pagato, allora questo pagamento...sia fattuale la parola, l'integrazione vuol dire che ci siano allora le cure primarie, oppure che ci siano gli studi associati, ma non gli studi associati perché si possa usufruire degli incentivi regionali per avere la segreteria ecc, ma perché siano aperti dalle otto fino alle 20 della sera, perché ci possa essere un riferimento se no noi, quando si parla dell'integrazione, dico concretamente partiamo da questi punti perché noi come

medicina generale ci tocca correre dietro per trovarlo, questo sia chiaro per tutti, allora dobbiamo lavorare tutti per queste cose! In questo è ovvio deve esistere come in tutte le relazioni una reciprocità, vuol dire che da parte nostra dobbiamo dare di più ai medici di medicina generale, se ne parlerà dopo di come si può dare qualcosa ai medici di medicina generale. l'abitare: questo è un elemento fondamentale, appunto, abbiamo un problema per gli alloggi a cui possiamo far fronte attraverso una graduatoria che dia un punteggio preferenziale agli utenti psichiatrici. Mi ha fatto piacere che nel convegno di Arezzo il Dott. Biagi, per chi non lo conoscesse svolge una funzione di altissima responsabilità nell'ambito della Regione, ci diceva che gli uffici regionali stanno prendendo in considerazione la possibilità di modificare questi punteggi per venir incontro a questa esigenza. Questa sarebbe un qualche cosa di fattuale e di importante, per avere delle riserve di alloggi a livello di comuni, anche in forma di gruppi di convivenza, che potrebbero aiutarci a risolvere questo problema. Vi è un altro aspetto quale quello della formazione educativa e scolastica, che riguarda la protezione dell'infanzia, è vero che i dati sull'infanzia sono aumentati secondo me anche perché il sistema informativo che si sta mettendo appena adesso a regime, non dava dati reali per quanto riguarda il passato, e però è di tutti i giorni e l'U.N.A.S.A.M. ci ha dato delle indicazioni per quanto riguarda i drammi che avvengono con gli adolescenti, è chiaro che questo è un problema importante su cui molti locali sono invitati a partecipare, allora, quali saranno le indicative fattuali in modo tale che gli enti locali possano partecipare a questo? E non quando ci si trova intorno al tavolo del piano integrato di salute come hanno detto tanti operatori: "noi non abbiamo le risorse!". L'inserimento lavorativo, siamo più avanti, perché qui per fortuna, una legge nazionale favorisce l'inserimento lavorativo, però là dove le Province si sono organizzate come a Livorno, Grosseto ed Arezzo, che hanno messo in piedi dei servizi di mediazione al lavoro, per cui l'inserimento lavorativo viene esercitato con efficacia e ne siamo soddisfatti, là dove un aiuto ci potrebbe essere dato attraverso direttive fattuali, è quello da parte della Regione di dare indicazioni per cui gli enti locali non siano obbligati a fare delle... soprattutto alla collocazione socio ambientale degli utenti, alla loro condizione educativa, alla loro posizione della professione, noi abbiamo una grossa difficoltà a livello soprattutto informativo quindi a livello di mente per poter radunare i dati e poi fare delle proposte sulle condizioni di disabilità, handicap e invalidità rispetto ai nostri utenti, questi sono elementi così come l'abitazione, la presenza assenza di supporter che sarebbe utile integrare nel sistema informativo per poi poter fare i bisogni di cura, per poter parlare di obiettivi e con questo mi sto avviando alla conclusione, in cui alcuni obiettivi, lasciando perdere il fatto che sulla salute abbiamo opinioni diverse, noi condividiamo quanto diceva il Presidente Roggiolani stamani mattina, però è chiaro che anche questo amplifica molto il profilo dell'intervento, gli obiettivi possono essere quelli del miglioramento della salute, della riduzione degli episodi di malattia, la riduzione dei comportamenti devianti, come i suicidi, oppure le problematiche giudiziarie, soprattutto la migliore qualità della vita e la reintegrazione della vita sociale, e fondamentale è la soddisfazione che i pazienti e i familiari devono dare ai vari

progetti. Io accanto ho messo anche altri indicatori, ma per avviarmi alla conclusione, se no prendo troppo tempo, ho messo però due slide in cui al di là degli obiettivi di salute, che per i tecnici possono essere l'incidenza e la prevalenza, è chiaro che da un punto di vista di piano integrato della salute acquisteranno importanza, beh, i progetti di prevenzione su cui bisogna investire, però è chiaro anche che noi dei servizi sanitari, io non riesco a vedere dove tagliare la spesa per quanto riguarda questo, allora bisogna capire come, se no ogni volta si dice la stessa cosa e poi non la si fa mai, i progetti territoriali alternativi al ricovero dei minori: c'è una situazione che è quasi scandalosa qui in Toscana in cui i servizi territoriali per l'infanzia versano. Non abbiamo se non in modo eccezionale, i centri diurni, strutture residenziali, chiediamo struttura alternative al ricovero. Il supporto ad abitare ed il supporto sociale sono problematiche classiche degli enti locali, così come il supporto alle famiglie. I progetti di inserimento lavorativo sono un altro elemento fondamentale, così come la risposta agli alloggi. Ecco, per quanto riguarda l'S.P.D.C. io colgo l'occasione, e poi con questo ho finito, per poter rilanciare la proposta che fece l'Assessore Rossi un anno fa: secondo me va istituita una commissione, per l'attuazione del piano sanitario regionale, iniziando a vedere quello che succede negli ospedali. La ricerca "Ricerca Progress" ha messo in luce che in quasi il 50% degli S.P.D.C. vengono effettuati almeno in un anno una contenzione fisica, in alcuni reparti vi sono strutture per la contenzione fisica, beh questa è un'offesa alla nostra cultura al nostro amor proprio, all'affetto che abbiamo per tutti a partire dai malati di mente. Questo non è possibile, siccome là dove sono successe delle cose di questo tipo, non sono dovute a malvagità da parte di operatori o altri, ma all'accumulo delle problematiche quindi alla difficoltà a farvi fronte, allora offriamo la solidarietà, ma questa solidarietà va monitorizzata, va assistita, va seguita a livello regionale, perché non istituiamo una commissione che a partire da questo guarda la necessità che hanno i servizi di poter svolgere la loro miglioramento nel territorio per la comunità. Grazie.

Giovanna Borri

Ringraziamo il Dott. Martini, che ha posto in evidenza anche i punti di criticità che si prospettano con la realizzazione dei Piani Integrati di Salute, su questo spero che si potrà avere un dibattito. Adesso diamo la parola al Dott. Mengozzi, Presidente dell'ANCI Toscana.

Piernatale Mengozzi, Presidente ANCI Toscana

Buon giorno a tutti. Io credo che, come ha fatto il prof. Martini che è entrato così profondamente con il piede nel piatto, e dal suo punto di vista ci ha raccontato cose interessanti, altrettanto farò io. Purtroppo ad oggi non esiste una posizione predisposta e condivisa di ANCI Toscana. Il mio sarà quindi un intervento frutto di un po' di esperienza e un po' di storia su questi temi. A suo tempo ho partecipato alla prima conferenza sulla salute mentale, quella che concluse l'allora ministro Veronesi. Con molti di voi a suo tempo ho lavorato, anche con i rappresentanti delle famiglie, nella conferenza che facemmo ad Arezzo, all'interno di DIRE FARE. Oggi sono a seguire questo dibattito.

Io credo che noi tutti dobbiamo ragionare e partire da un presupposto: che negli ultimi anni qualcosa è cambiato e che ciò che ci viene a volte raccontato rispetto alle cose - sia su ciò che funziona che su ciò che non va - non è più commisurabile a ciò che c'era prima.

Dopo la Legge 328/2000, dopo una presa di atto diversa in ordine ai servizi da parte degli stessi enti locali, alcune cose sono cambiate.

Non si sono modificate solo alcune questioni riferite alle forme dell'innovazione istituzionale, ai modelli, ai piani sanitari, ma sono cambiate anche le forme riferite alla sostanza economica, alle potenzialità economiche degli enti locali, delle loro responsabilità e alla pressoché totale impossibilità da parte degli enti locali di decidere delle proprie spese all'interno dei propri enti. Negli ultimi tre anni noi siamo giunti a questo.

Allora sentirsi dire o raccontare la storia così come fatto da alcuni colleghi - non sta a me dire se è vero o meno - è insufficiente se non ci si mette accanto ciò che nel frattempo, sul piano della società civile e dei rapporti potenziali nelle istituzioni, sta accadendo: altrimenti raccontiamo una storia che non esiste, perché non c'è lo spazio oggettivo perché esista.

Parto da quanto veniva detto questa mattina, a cominciare dalla relazione di Galileo Guidi e da quella di Michele Lanzi, perché secondo me sono l'esatto paradigma della riflessione che dobbiamo fare. Da un lato lo strumento regionale dei Piani Integrati di Salute, come il modello di riferimento, ci sia o non ci sia la Società della Salute, che deve essere realizzato nel governo della programmazione, poi, dopo, nel governo della gestione dei servizi. Questo, che diceva Lanzi, tiene conto di quello che dicevo prima io, perché è stato fatto congiuntamente, con un lavoro continuo ed insieme agli enti locali. Dall'altro lato, la rappresentazione che ci offre Galileo Guidi, sulla ricognizione precisa, molto puntuale, della situazione regionale - che io ho guardato troppo

velocemente devo dire - ma a volte la velocità serve per capire se qualcosa emerge, di impatto, per capire se la situazione poi è davvero quella.

Quindi anch'io faccio le mie provocazioni: secondo me ci sono troppi punti di erogazione dei servizi in Toscana, e con troppi punti di erogazione, ognuno diverso dall'altro, di realtà in realtà, città per città, paese per paese, si governa peggio il processo di integrazione, si governa peggio il processo della collocazione giusta delle risorse, si utilizzano peggio le poche risorse, troppo poche, che ci sono.

Credo che saremo d'accordo sul fatto che un Ente Locale debba ragionare in termini generali, deve considerare i diritti dei cittadini, tutti, nella loro globalità, deve avere poi la capacità di capire quale siano le priorità, ma non può scegliere una priorità abbandonando il resto, perché un attimo dopo che ha fatto una scelta ciò che è stato abbandonato diventa anche quella una priorità. E allora noi o ci mettiamo intorno ad un tavolo davvero, per capire ciò che è possibile fare e come è possibile farlo, in che modo, insieme, decidiamo qual è il livello che possiamo raggiungere da qui a qualche tempo - e il piano sanitario lo dice quale è il percorso, le linee guida lo dicono e così il piano integrato di salute - dobbiamo credo, cominciare a discutere di questo, perché in riunioni come queste, che sono riunioni generali, questo obiettivo non si raggiunge.

Quando poi, ognuno di voi, per ciò che rappresentate, va ai tavoli della Società della Salute, ha la stessa capacità di mantenere la linea alta, il livello ed il valore alto delle cose o invece entra nel merito della specificità e cerca di raccogliere in quella realtà ciò che è possibile raccogliere?

Ci rendiamo conto che la sommatoria della specificità ci porta alla confusione generale al livello regionale, alla non potenzialità di un governo unitario dei processi?

Quali sono le fate che ci alluciano in certi momenti?

Quando siamo lì siamo a decidere se quel servizio, in quel comune, per i miei bisogni, lo realizzo o no, senza mettere in conto se quel servizio, in quel comune è funzionale a quella zona socio-sanitaria, nella sua unitarietà, se è funzionale all'azienda o se è funzionale al disegno complessivo della programmazione regionale: e questo non va bene!

Le cose che ci dicono, da un lato su un piano quasi pedagogico - Lanzi - dall'altro lato sul piano dei contenuti con la ricerca - Guidi - sono queste: ci chiamano tutti, per ciò che rappresentiamo, chi amministra come me e chi invece rappresenta situazioni di grande disagio, come i familiari, alla nostra stessa responsabilità, alla corresponsabilità. Questo è il punto. Perché in Toscana, "senza lillero non si lallera" e qui siamo a questo livello, e siccome noi dobbiamo spendere ciò che c'è per il vero bisogno, dobbiamo avere la capacità ed un'intelligenza tale da far in modo che le scelte che faremo insieme, siano quelle più giuste e non mortificanti per i bisogni veri, quelli reali.

Purtroppo, e lo dico con tranquillità - anche se nelle Società della Salute qualche cosa si sta modificando - noi siamo ancora a Piani di Zona che sono molto spesso la sommatoria dei

bisogni e non la risposta organizzata alla programmazione. E questo vuol dire perdere per la strada risorse.

Si è fatta sicuramente molta strada anche sul piano generale della salute, dei servizi, anche sul piano di ciò che possono fare o non fare le Cooperative Sociali - pur nella differenza tra quelle A e quelle B e tra i consorzi e altro.

Non è che siamo rimasti fermi, c'è stato un grande lavoro politico dei sindaci, delle giunte e dei consigli comunali per modificare le impostazioni che i segretari comunali avevano intorno alla gestione ed affidamento dei servizi. Abbiamo avuto per troppi anni un blocco legato alla responsabilità soggettiva della propria funzione da parte del segretario comunale che diceva: "o si fa l'appalto al massimo ribasso oppure non si fa nulla perché sono io il responsabile, io devo spendere, per etica e dovere professionale il meno possibile" non ponendosi il problema della relazione, del rapporto tra la qualità dei servizi che io voglio dare ai miei cittadini e il fatto che se anche costano in più a me può interessare poco, se sono validi e di qualità. Questo atteggiamento siamo riusciti in questi anni a modificarlo. Le leggi regionali ci hanno aiutato con i pesi bilanciati, con la valutazione di qualità e professionalità, cominciamo ad affidare servizi in modo diverso:

In Toscana noi stiamo offrendo servizi che costano non meno che da altre parti, non meno! Ma nel momento in cui siamo a discriminare ciò che diamo, se ci guardassimo intorno, in qualche regione fuori da qui, anche in regioni insospettabili, ci renderemmo conto che ciò che diamo noi, è stratosferico rispetto agli altri e di buona qualità. Allora io credo che si debba avere questa responsabilità.

Altra riflessione. Personalmente non sono mai stato molto disponibile alla percentualizzazione nell'assegnazione del budget: il 5% alla prevenzione, il 4,5% alla salute mentale, il 3,5% non so a chi o a cosa, non sono mai stato disponibile perché questo che può sembrare una garanzia, rispetto al come viene utilizzato, a volte combina dei disastri. In alcune realtà spendiamo tutta la cifra, dando più di ciò che serve, in altre realtà quella cifra è insufficiente per quello che servirebbe: anche qui serve un governo politico dei processi e delle responsabilità. Ma tant'è: questa cifra c'è, mediamente intesa, noi abbiamo il 4,5% del fondo assegnato a questo tipo di risposta, a questo tipo di funzione, allora usiamolo bene. Condividerete il fatto che non è poco. Io non so se questo usarlo bene, come si può dire, si trasforma nella sola necessità del come distribuirlo. Anch'io so "*sparare*", come ho sentito fare prima. Noi abbiamo la necessità di distribuire queste risorse importanti in maniera precisa, ponderata, non la caduta del fondo rispetto al dipartimento e poi a scendere su tutte le funzioni, tutte le unità operative, quello e quell'altro, tutto i responsabili, etc. etc. non lo so se tutto quello che si è messo insieme di organizzazione, di punti di riferimento, di obbligatorietà del piano in tutte le realtà è poi rispondente in tutto alle esigenze vere, verificate.

Diceva il Prof. Martini: "700.000 abitanti un dipartimento solo!" discutiamone, possono essere due? Forse in qualche piccola USL non ne serve nemmeno uno! Chiaro?

Perché bisogna ragionare, al contrario è troppo comodo, scatta l'autoreferenzialità delle professioni e il fondo lo prendono gli utenti.... solo in fondo. Questo è il punto sul quale da politico voglio ragionare. Sono disposto a misurarmi, ma non ci sto al fatto che prima ci sia l'autoreferenzialità e quindi ci siano tutte le cose a posto: delle responsabilità, dei primariati di quegli e di quegli altri ancora, e si garantisca tutto, e poi vediamo come rispondere ai bisogni e come rispondono gli enti locali.

Mi rendo conto delle proteste dei primari, ho forse toccato il nervo scoperto del loro potere ma dio devo ragionare in quest'ottica. Siccome il mio futuro come amministratore potrà essere probabilmente quello di componente di una giunta di governo di una Società della Salute e accanto a me siederà anche il Direttore dell'Azienda Sanitaria, che avrà il ruolo politico di rappresentanza della regione e quindi del fondo sanitario della regione, io pretenderò, come amministratore locale, di gestire i processi che garantiscono la salute ai miei cittadini, voglio scegliere anche sull'ottimizzazione delle risorse del fondo sanitario nazionale. Non lo lascio alla distribuzione automatica, rispetto alla copertura dell'ingegneria istituzionale e professionale esistente. Certamente sono aspetti da valutare, rispettare e migliorare, bisogna tirare in avanti le risorse personali, bisogna formare la gente, bisogna migliorare i servizi, tutto, bisogna rivedere tutto e che tutti si assumano le loro responsabilità, ma in un processo condiviso dove non c'è qualcuno che può decidere ed ha potere di veto e qualcuno che è il soggetto che ratifica le spese o che deve trovare le risorse: questo è il punto.

Poiché siamo uguali nelle responsabilità, quindi non è qualcosa contro qualcuno, quello che introduco è un ragionamento che sostiene l'esigenza di un cambiamento di paradigma, di una riflessione approfondita. Se su questa sfida ci stiamo tutti mettiamola in cantiere. I Comuni ci stanno.

I Comuni stanno assumendo una forte responsabilità nel settore sanitario come hanno totalmente quella sul socioassistenziale. Su molte questioni io vorrei che l'indagine che ha fatto Galileo Guidi, in maniera egregia, sul servizio sanitario regionale per lo specifico della salute mentale, insieme riuscissimo a farla anche su tutto quello che gli enti territoriali, in Toscana, stanno facendo a supporto di queste situazioni.

Vedremmo quante risorse ci mettono gli enti locali e quante volte quelle risorse non sono soltanto complementari, ma sono decisive per la risposta ai servizi. Sono decisive.

Gli enti locali della Toscana, ed è l'ultima riflessione, hanno deciso che al di là del taglio del 50% del fondo sociale nazionale per il 2005 - consideriamo che già siamo agli 11 dodicesimi già spesi a fronte di risorse per solo 6 dodicesimi - di fronte a questo taglio sicuro del 50%, probabilmente peggio per il 2006, con una regione toscana che si è caricata di un 25%, la metà di ciò che è tagliato, a carico del suo e arriviamo al 75%, nonostante questo come Comuni abbiamo detto che non taglieremo i servizi, che i servizi sociali saranno quelli che comunque andranno garantiti., prima di altri. Le risorse che mancano vanno trovate e questo vuol dire tagliare altro e

taglieremo altro. Ciò che sto dicendo sono le decisioni di tutta l'ANCI, a livello nazionale, quindi da questo punto di vista sono molto tranquillo sul piano politico. Per quest'anno chiudiamo così ma quando andremo a programmare per l'anno prossimo non possiamo farlo facendo finta che questa realtà non esista, perché saremmo stupidi e presuntuosi. Quindi dovremmo metterci insieme, nelle occasioni che vi siete conquistati in quanto famiglie e credo che gli enti locali debbano capire in che modo raccordare tutte le potenzialità e risorse economiche ed umane per il soddisfacimento delle esigenze, decidendo quali siano le vere priorità da garantire a tutti i cittadini toscani.

Giovanna Borri

Abbiamo ancora due interventi e poi mi auguro sia possibile fare un dibattito di almeno una mezz'ora. Diamo la parola all'Assessore alle Politiche Sociali Provincia di Pistoia Daniela Gai, che illustrerà il ruolo della Provincia in questo nuovo assetto della sanità.

Daniela Gai, Assessore alle Politiche Sociali Provincia di Pistoia

E' molto tardi e credo che siamo tutti un po' stanchi quindi sarò veramente breve, poi dopo di me ci sarà anche un altro intervento e credo che sia giusto lasciare spazio al dibattito che sento promette di essere vivace. Mi limiterò a fare poche considerazioni rispetto alla discussione di stamani mattina.

Gli ultimi anni hanno tracciato la strada di un profondo cambiamento, si sta passando – non senza difficoltà, contraddizioni e recenti battute di arresto del Governo nazionale – da una concezione di welfare meramente assistenziale, riparativo e residuale, ad una che vede le politiche sociali come fattore essenziale di sviluppo per l'intero sistema locale; si propone dunque un approccio che vede nella promozione del benessere collettivo il suo elemento fondante. *Benessere collettivo* come elemento fondante anche per la crescita economica e per lo sviluppo complessivo del territorio. Questa evoluzione c'è stata anche grazie all'impegno della Regione Toscana che con la LR 72/1997 ha precorso i tempi e ispirato la Legge Quadro 328/2000 sulle politiche sociali integrate. Una legge che ha disegnato un nuovo tipo di Welfare e che individua nel coinvolgimento attivo di tutti gli attori del territorio uno degli elementi strategici. Si pongono le basi, in questi anni con queste norme, di un welfare non più solo state ma mix, che valorizzi tutte le energie cercando di promuovere una sinergia che faccia crescere complessivamente il territorio, che promuova la partecipazione. Cambia dunque anche l'approccio al tema più specifico della salute mentale. Specifico però fino ad un certo punto, perché, come ci ricorda bene anche il titolo, "non c'è salute senza salute mentale". La salute mentale è uno degli aspetti decisivi che riguarda non tanto un particolare settore, o una specifica categoria di persone, ma riguarda tutti. Perché io credo che davvero viviamo in una società dove la salute mentale è un bene a rischio, quindi è opportuno porci il problema di inserire le politiche per favorire il benessere psichico dentro le politiche che promuovono il benessere complessivo dei cittadini. Il salto di qualità – a mio parere - va fatto in questo senso. Oggi noi abbiamo strumenti di programmazione che prevedono un approccio intersettoriale, una forte integrazione sia tra i soggetti istituzionali che con quelli sociali; le modalità operative non cambiano, però, semplicemente perché cambiano le leggi e cambiano gli strumenti di programmazione. I Piani Integrati di Salute non debbono rappresentare un mero adempimento. La definizione di politiche integrate per la salute presuppone un percorso che va costruito con pazienza e avendo presente che l'integrazione – come veniva ricordato stamani mattina da Kira Pellegrini - è soprattutto costruzione di relazioni; che significa costruzione di fiducia tra i vari

soggetti e uscire dall'ambito ristretto del proprio orticello. Il problema è che non siamo abituati a lavorare - come diceva Galileo Guidi questa mattina – in termini di *pensieri lunghi*, di prospettive strategiche, ma lavoriamo in maniera settoriale, spesso guardando allo specifico più che al generale. Occorre mettere insieme le risorse che un territorio può esprimere, da quelle istituzionali a quelle sociali, quindi spogliarsi ognuno del proprio “io” e cominciare a costruire un “noi”, perché di questo si tratta. Il problema è presente in tutti gli ambiti, sia politici che tecnici; occorre perciò riuscire davvero a mettere in gioco un pochino di noi stessi, del nostro ambito di lavoro, delle nostre competenze e metterle in gioco su un piano più complessivo di sviluppo locale, di promozione umana e sociale.

C'è un aspetto serio, che è stato ricordato anche nell'intervento che mi ha preceduto, che riguarda il problema delle risorse economiche. E' un problema che sicuramente non è secondario. Gli Enti Locali, stanno vivendo, lo ha ricordato anche la Corte Costituzionale ieri, in una situazione di sovranità limitata; questo sicuramente incide rispetto alla capacità di autonomia, di programmazione e di progettazione di politiche che possano effettivamente avere una visione di lungo periodo e di ampio respiro. E c'è anche una forte contrazione di risorse con la quale necessariamente dobbiamo fare i conti. Credo però che bisogna sempre più coniugare il problema della spesa alla capacità, come dicevo prima, di costruire relazioni e quindi di superare la logica dell'autoreferenzialità e costruire politiche davvero integrate. E' importante che le recenti normative affermino con forza il concetto dell'integrazione, della sinergia istituzionale e con i soggetti sociali, ma occorre anche che la costruzione di questi percorsi di nuovo governo del territorio avvenga concretamente nel quotidiano del nostro lavoro. Ciò significa pensare a queste politiche, alle politiche della salute mentale, alle politiche sociali in genere non più come politiche riparative ma come politiche essenziali per lo sviluppo complessivo del territorio. Anche i piani integrati di salute non possono limitarsi ad integrare il sociale e il sanitario – come del resto si è cercato di fare fino ad ora e neanche tanto bene – ma devono essere intesi come un'occasione per fare un salto di qualità in termini di costruzione di politiche integrate che guardino a tutto tondo alla qualità della vita e dello sviluppo. Devo dire che gli strumenti che abbiamo, sia legislativi che di pianificazione, stanno andando tutti in questa direzione; bisogna fare uno sforzo anche da un punto di vista culturale per riuscire a dare le gambe alle affermazioni di principio che abbiamo tutti condiviso.

Un'altra cosa che volevo dire riguarda la questione dello stigma e dell'approccio culturale al disagio psichico. C'è sicuramente la necessità di intervenire sugli aspetti legati a come viene vissuto e rappresentato il problema del disagio mentale all'interno di una società locale, di come viene vissuto dalla persona e di come viene vissuto all'interno della famiglia. Credo che su questo ci sia ancora tanta strada da fare, ma noi stiamo cominciando a lavorarci seriamente. Infatti, l'Osservatorio sociale della Provincia di Pistoia, in collaborazione con la AUSL 3 e le associazioni locali, porterà avanti una ricerca indirizzata a conoscere le rappresentazioni sociali del disagio

psichico e la costruzione del processo di stigmatizzazione nei giovani, nel lavoro sociale degli operatori della salute mentale e nelle persone con sofferenza psichica.

La sofferenza psichica pone di fronte una realtà complessa: un problema di tipo sanitario – si tratta di un disturbo che necessita di assistenza psicologica e farmacologia – ma anche un problema di natura sociale, che rimanda ai bisogni di “cure” relative alla sfera del quotidiano e alla condizione frequente di isolamento e di discriminazione che le persone con problemi psichiatrici incontrano.

Un tema su cui è importante stimolare un rinnovato interesse delle istituzioni e della società civile, in continuità con una tradizione forte di impegno e mobilitazione sulla salute mentale in Toscana.

Lavoreremo coinvolgendo le scuole per cercare di capire qual è la percezione che hanno i giovani del disagio psichico; ma cercheremo anche di capire se effettivamente i servizi possono essere stigmatizzanti, perché anche questo è un altro aspetto su cui dobbiamo riflettere e approfondire.

Infine, vorrei accennare alle competenze della Provincia, alle quali si è fatto riferimento, nell'ambito delle politiche del lavoro e della formazione: è evidente che in un piano integrato di salute e nella definizione di politiche che riguardano la salute mentale sono tutti aspetti dai quali non si può prescindere. Questa mattina c'è chi ha criticato la scelta della Regione di fare due leggi distinte, una sul piano sociale e una sul piano sanitario, come un'occasione di mancata integrazione anche dal punto di vista normativo. Sì, però c'è anche un problema di integrazione con tutta un'altra parte che è appunto quella della formazione e del lavoro, che è essenziale nella costruzione di percorsi di autonomia. Credo che anche su questo bisogna davvero lavorare perché, al di là di alcune esperienze di buone pratiche, c'è ancora molta strada da fare.

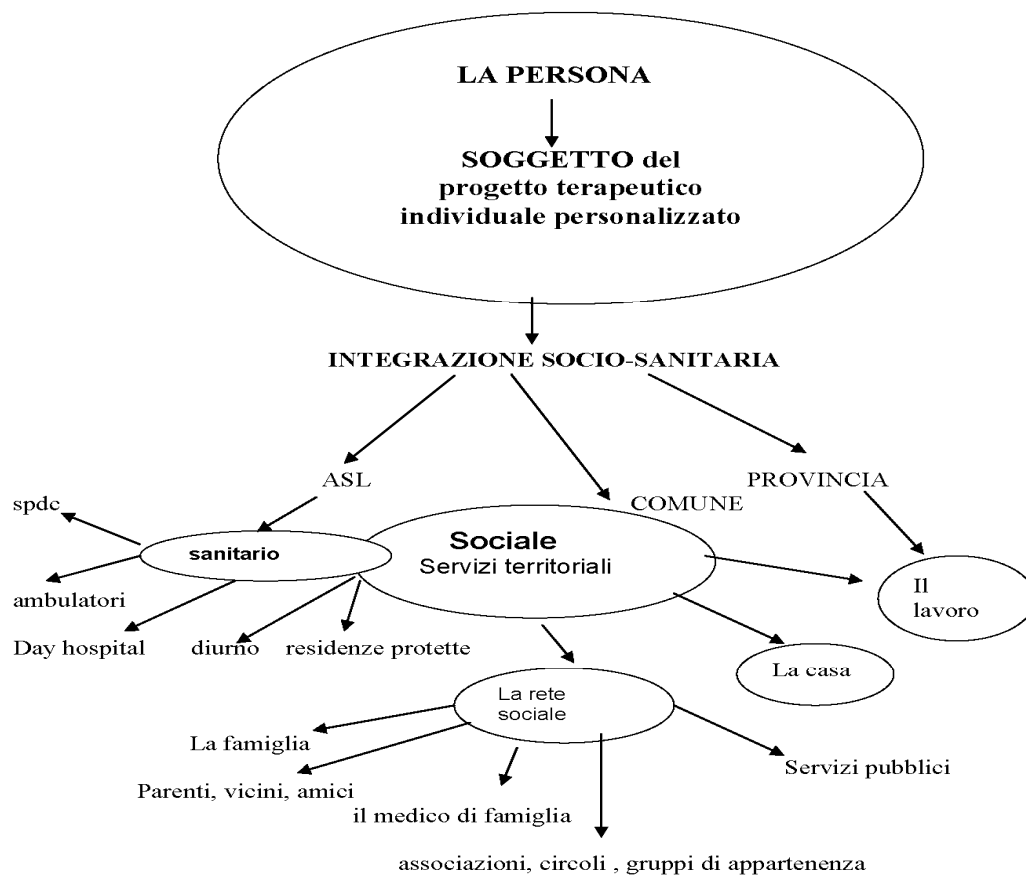
Vorrei concludere ringraziandovi per avermi invitato a questo importante convegno e soprattutto vorrei raccogliere l'appello che è stato lanciato di fare anche a livello locale un momento di approfondimento sul tema della salute mentale. L'idea è quella di fare una sorta di forum annuale in cui ci si possa confrontare sui problemi aperti e sulle possibili soluzioni con un ampio coinvolgimento delle istituzioni locali e dei cittadini.

Giovanna Borri

L'ultimo interevento programmato della tavola rotonda, è quello della Sig.ra Kira Pellegrini, Presidente dell'Associazione Oltre L'Orizzonte di Pistoia.

Kira Pellegrini, Presidente Associazione Oltre l'Orizzonte, Pistoia

Grazie per essere ancora qui, sarò velocissima, ma intanto di punti di forza non ne vedo ancora molti. Comunque, ho cercato di trovarne e secondo noi sono le potenzialità che sono ancora sommerse, quelle che posseggono tutti gli esseri umani e quindi anche i malati psichici. So che la parola "malati" non piace molto, ma accettiamola, purché si investa sulla parte sana e la si sostenga. Altro punto di forza sono le leggi, i regolamenti, la carta dei servizi delle Aziende: tutti sono a favore dell'integrazione e a favore di un servizio che sia coordinato e continuativo. Però poi manca l'applicazione a livello locale. Ci sono anche le buone pratiche, perché noi andiamo a tutti i convegni, a tutti gli incontri, ci colleghiamo con internet, abbiamo iniziato ad aggregare con queste diavolerie, pur di venir a sapere che ci sono delle buone pratiche, alcune delle quali vedremo anche oggi pomeriggio. I punti di debolezza: ce ne sono alcuni più generali e altri più specifici. Siamo convinti che il pregiudizio, lo stigma sia un punto di debolezza. E' presente ad ogni livello, a livello politico, a livello di chi gestisce e quindi è facile fare il discorso: cronicità = inguaribilità = impossibilità a migliorare la Qualità della Vita. Questo noi lo contestiamo a tutti i livelli. Poi, ovviamente, la complessità degli aspetti su cui agire, sono tanti e a tanti livelli e quindi è difficile. Altro problema, la poca considerazione che la Salute Mentale ha nella gestione della salute: pochi investimenti ma non solo in termini di soldi, anche in termini di progettualità e questa è la cosa che ci preoccupa di più. Ci sono, inoltre, punti di debolezza più specifici: la non attivazione capillare e continuativa dei progetti individualizzati e personalizzati, la mancanza di sinergia all'interno dell'Azienda USL, la mancanza di integrazione con le istituzioni locali e la rete territoriale, la debolezza degli utenti e dei familiari stessi. C'è in questo senso l'ignoranza dei propri diritti, la tendenza alla sfiducia e all'isolamento, la poca forza contrattuale. Ovviamente non quelli che sono qui, perché quelli che sono qui hanno già fatto un salto di qualità: bisogna lavorare affinché si capisca che si può essere una grande forza, ma solo unendoci e solo sapendo quali sono i diritti e imparando a pretendere che siano attuati. Per i nostri familiari e per i nostri figli bisogna fare questo, piuttosto che fare come tanti fanno tante ore di straordinario per lasciare un gruzzolino in più, ecco pensiamo al fatto che dobbiamo lavorare ora per essere anche una forza politica noi...e...



- **Quali operatori?**
- **Quando si integrano?**
- **Come si COORDINANO?**
- **Con quale CONTINUITA'?**
- **Quale ruolo ha la famiglia?**
- **Chi tira le fila?**
- **Chi verifica?**

Qui, nella slide, ho messo al centro l'integrazione socio-sanitaria con le frecce che vanno in su verso il progetto terapeutico personalizzato. L'idea è quella di partire dal progetto e poi fare tutto il discorso dell'integrazione con tutti i soggetti che sono coinvolti: voi vedete che il sanitario l'ho messo piccolino, non perché non sia importante, ma perché volevo dare risalto all'aspetto sociale e a questa integrazione, tutta la rete dei servizi che sono necessari a tutti. Quello che credo sia importante da tutto questo schema è la risposta a queste domande e quindi voi potete fare tutta la pianificazione che volete, e parlo ai politici e anche al Consiglio Regionale, ma poi dovete fornire

degli strumenti affinché si possa verificare, bisogna pretendere che questo venga fatto per cui quando si dice, come qualcuno ha detto, “sono contrario al fondo specifico” io credo che invece bisognerà partire da un fondo specifico affinché si possa vedere, e quindi anche il sociale dovrà avere una voce “salute mentale”; bisogna che ci sia perché altrimenti ci sentiamo sempre rispondere: “avete ragione, però noi dobbiamo pensare ai servizi che siamo obbligati a erogare” e la salute mentale non è una voce specifica. Quindi noi chiediamo a tutti: quali operatori?, quando si integrano?, come si coordinano?, con quale continuità?, quali ruoli?, chi tira le fila?, chi verifica?

Chiediamo che le associazioni siano ascoltate in fase di programmazione dei servizi, che possano dare il loro contributo in fase di risposta ai bisogni e che siano rese partecipi della fase di valutazione dei servizi erogati.

Auspichiamo che, nel nuovo strumento dei Piani Integrati di Salute, la salute mentale entri a pieno titolo e dalla porta principale, perché “non c’è salute senza salute mentale”.

DIBATTITO

Gemma Del Carlo

Adesso veniamo al dibattito, chiamo la Sig.ra Graziana Angeleri, che ci porterà il suo contributo

Graziana Angeleri, familiare Associazioni di Firenze

Voglio portarvi brevemente a conoscenza di una “comunità” dove da poco è approdato mio figlio. Prima, di luoghi, ne aveva visti e provati soggiornandovi per periodi più o meno lunghi.

“ Qui –dice mio figlio – non sono più una spesa per il Servizio, non vengo definito un cronico, non sono solamente un quadro negativo, e non vengo “catalogato”. Qui c’è speranza, pace e se sono in crisi non esistono farmaci ma... rapporto... accoglienza...! Non esiste T.S.O. e non si parla più di legge 180.... Qui la legge dell’Amore non è stata infranta.

La mia sofferenza psichica, viva tanto da dolorare molto più del corpo, è stata pazientemente capita. Non devo abituarmi a considerarmi un “diverso” perché, oltre alle difficoltà ho capito anche le mie possibilità e opportunità, dunque non ho più atteggiamenti di rabbia, di sconfitta... di rinuncia. Sento nei miei confronti stima e considerazione e ho motivo per andare avanti.

Ho dimenticato la paura, la confusione, l’aggressività perché non ho più disagio, né pensieri negativi. Come dicono le Scritture “ Poiché quel che un uomo pensa nel suo cuore egli è”.

Non sono più stanco e distratto e anche il mio sfortunato cuore, qui funziona bene: i vari esperti che mi hanno in carico, fra loro relazionano e si confrontano!

Le situazioni non sono rigidamente strutturate, i percorsi sono differenziati ma, contemporaneamente, paralleli. Le risposte sono di disponibilità e di capacità a modificarsi. Non chiedo il “perfetto”, - continua mio figlio- e mi viene offerto ciò di cui ho bisogno: non si tratta di comunità ideale, ma semplicemente di “Comunità”.

Non ci sono arrivismi, ambizioni, gelosie, burocrazia, “tagliatori” di spesa; prevale solo l’attenzione al “prendersi cura”.

Qui, tutto, è meravigliosamente diverso.

Peccato, - ha concluso alla fine mio figlio- che per “respirare” diversamente, espandermi elevarmi, ho dovuto lasciarti mamma... la terra ha reclamato il mio corpo perché il mio spirito potesse raggiungere la Casa del Padre!

Il tempo felice è arrivato finalmente anche per me.”

Marcello e la mamma

Giugno 2005

Giovanna Borri

Diamo la parola ora per un intervento breve al Prof. Giovanni B. Cassano

Prof. Giovanni B. Cassano

Un saluto a tutti voi ed agli organizzatori di questo meeting. Noto, con grande rammarico, che l'Università non è oggi molto rappresentata. Spero che in futuro questo non accada e che l'integrazione possa migliorare. Questi incontri rappresentano una testimonianza dell'avanzato processo di integrazione fra rappresentanti, pazienti e operatori. Nel tempo a mia disposizione, desidero richiamare la vostra attenzione su due punti: in primo luogo, ringrazio Paolo Martini per il suo intervento in difesa della situazione psichiatrica pisana. Ricordo tuttavia a Paolo Martini che la trattativa per l'attuazione della Convenzione a Pisa con Corrado Rossi, responsabile del Dipartimento Salute Mentale di Pisa, è tuttora in corso. Le difficoltà sono state in parte dovute all'avvicendamento nel ruolo di Direttore Generale dell'Azienda USL 5 di Pisa, ed in parte all'antico timore di creare un antagonismo fra strutture analoghe. Siamo inoltre consapevoli di non poter procedere verso la costituzione di un dipartimento inter-aziendale senza una valida integrazione con il territorio.

Con Martini, Corlito ed altri abbiamo da tempo costituito un primo modello toscano di coordinamento e collaborazione fra la Psichiatria Universitaria e responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale della Toscana. Ritengo che, nel corso di questi anni, si siano fatti notevoli progressi di integrazione. Un tempo non riuscivamo ad avere un linguaggio comune; oggi ci intendiamo e collaboriamo.

Vorrei, inoltre, aggiungere alcune considerazioni generali, con uno sguardo rivolto al presente ed al futuro della psichiatria, che possono interessare anche il nostro futuro. Questa disciplina medica si sta suddividendo in quattro aree principali:

- l'area neuroscientifica che avvicina la Psichiatria alla Neurologia ed alla Neuropsicologia. I progressi in questo settore sono continui, per l'adozione di metodologie e tecniche che, seppur estremamente costose, saranno essenziali anche per la Psichiatria: esse consentiranno di integrare, almeno in parte, la nostra professionalità e le nostre conoscenze con quelle dei colleghi neurologi;
- la Psichiatria medica o psico-somatica, orientata verso la medicina, che avrà un enorme sviluppo. La mortalità dei pazienti psichiatrici è elevata non solo a causa del suicidio, ma anche per il concomitare di un elevato numero di patologie internistiche e chirurgiche, come l'obesità o il diabete. In futuro, avremo bisogno di una maggiore integrazione tra Psichiatria e Discipline Internistiche e chirurgiche;
- la Psichiatria Psicoterapeutica, che include la psico-educazione e la riabilitazione. Assistiamo a uno sviluppo continuo di tecniche psicoterapeutiche nuove, pragmatiche, fondate su più solide basi scientifiche e di provata efficacia, in definite popolazioni di

pazienti. Non potremo più trattare un malato con il solo farmaco, senza adottare anche un supporto psico-educazionale, o una psicoterapia che consideri accuratamente il ruolo dell'ambiente e delle interazioni familiari. Questo approccio richiede una specifica formazione e competenza. Le psicoterapie, perché siano rimborsabili, dovranno essere fondate sull'evidenza clinica e dovranno essere rispettose delle caratteristiche temperamentali del soggetto, risultato dall'interazione tra aspetti genetici e aspetti ambientali;

- la Psichiatria Sociale, che rivolge la sua attenzione alle condizioni di emarginazione, all'abuso di sostanze, alla psichiatria penitenziaria. Questi settori vengono già sviluppati all'interno delle nostre Università, con linee di ricerca e progetti di studio.

Rimane aperto il problema del momento di estrema difficoltà economica che stiamo vivendo, con i suoi riflessi sulle assunzioni, anche in ambito universitario. E' un dato di fatto che, anche quando abbiamo fondi per la ricerca, risulti difficile impiegarli in progetti che consentano delle assunzioni o delle collaborazioni prolungate, indispensabili per assicurare la necessaria continuità di lavoro. Manca, così, la possibilità di pianificare e di realizzare, secondo modelli flessibili, progetti integrati di assistenza e di ricerca. Speriamo che, in un futuro prossimo, le cose cambino e che emergano novità positive ed incoraggianti in questo settore.

Al nostro prossimo incontro, conto di potervi dare informazioni definitive sulla Convenzione che intendiamo stipulare a Pisa. Richiamo infine la vostra attenzione sul fatto che a Pisa è stata realizzata una Convenzione fra il Dipartimento delle Dipendenze e la Clinica Psichiatrica della AOUP (Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana) .

Vi ringrazio per l'attenzione.

Giovanna Borri

Diamo ora la parola per tre brevissimi interventi di tre minuti al Dott. Giuseppe Corlito, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Grosseto, al Dott. Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Az. USL di Livorno e al Dott. Caneschi, Coordinatore Dipartimento di Salute Mentale Az. USL di Firenze e poi concluderà i lavori il Dott. Filippo Fossati, Consigliere Regionale in rappresentanza dell'Assessore al Diritto alla salute Regione Toscana, Enrico Rossi. Gli altri interventi verranno rimandati a dopo il pranzo.

Giuseppe Corlito, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Grosseto

Grazie. Il mio intervento è nel pomeriggio, ma intervengo adesso perché credo che sia possibile fare discorsi ragionevoli ed è possibile capirsi tra di noi. Per le scadenze che abbiamo davanti è utile evitare discorsi demagogici, come secondo me sono quelli che ha fatto qui il Sig. Mengozzi. Vengo a spiegarmi. Vi è stato detto che se mancano soldi per i servizi, è perché questi se li mangiano i Primari. Io sono un primario, faccio questo lavoro, poi dirò in un minuto come penso debba essere fatto questo lavoro. Allora, io quindi, quando dico che sono stati tagliati quaranta primariati in questa Regione, non parlo per me, perché io dico ai miei collaboratori che sono un brontosauro io ormai sono diventato primario, andrò in pensione da primario, quindi non difendo la ciotola, difendo un'altra cosa, difendo la possibilità che i sindaci con cui parlo, che evidentemente non sono iscritti all'ANCI, e il Sig. Mengozzi rappresenta l'ANCI, chiedo di avere interlocutori che siano in grado di esprimere capacità di programmazione, di governo clinico della realtà. Allora, queste persone sono chiunque o devono avere una qualche formazione professionale, devono essere esperti della gestione? Questi io li chiamo primari. Allora se qualcuno doveva fare i sacrifici, perché si è detto che i soldi mancano, e quindi qualcuno doveva essere tagliato, noi i sacrifici, noi come categoria di primari, perché qui è stato messo il bollo come la stella di Davide sulla giubba di quelli che fanno i primari, io mi onoro di esserlo, non mi vergogno, i primari i sacrifici li hanno fatti. Quando io sono diventato primario, eravamo 60 in Toscana, siamo diventati meno di 20. Non esiste, vi invito a guardare gli annuari della Regione, nessuna altra categoria che ha avuto un taglio così netto di primariati. Allora, non deve essere fatta a noi questa cosa. Ultimo minuto sul dire come secondo me si fa il primario. Allora, io aspiro ad avere una direzione aziendale che venga a verificare quello che faccio, cioè che mi dica: "guardi Dott. Corlito, lei quest'anno ha queste risorse a disposizione umane economiche, ecc. Questi sono gli obiettivi che lei deve raggiungere". Poi alla fine dell'anno si fa la contabilità analitica e si vede se gli obiettivi sono stati raggiunti e con quali spese. Io aspiro a questo, e se qualcuno riesce a dimostrare che non ho fatto come si deve questo mestiere, mi mandi a casa. Viceversa, noi abbiamo un sistema consociativo in cui nessuno verifica nessuno. Allora io spero che dando più potere alle amministrazioni locali, ai sindaci che hanno un problema, non sono tecnici, sono politici,

cioè sono i decisori che rispondono al proprio elettorato, cambi un po' la situazione, cioè che qualcuno alla fine possa essere verificato. L'attuale organizzazione delle Aziende USL non è fatta per essere verificata. Poichè io faccio parte come primario della direzione di un'Azienda precisa, che è la 9 di Grosseto, aspetto che qualcuno venga a farmi la verifica, non ogni 7 anni, come io sono stato confermato per un settennato, quindi io a 57 anni, se Berlusconi non ci mette lo zampino, posso uscire, ho la mia finestra. Quindi io non devo essere obbligato da nessuno. A 57 anni scade il mio settennato, nel 2007 posso salutare. No, voglio essere verificato tutti gli anni, voglio che qualcuno mi dica all'inizio dell'anno cosa devo fare e venga a verificarlo alla fine dell'anno. Vorrei che soprattutto questo lo facessero le organizzazioni dei familiari e quelle degli utenti, quelli organizzati, che venissero tenuti di conto. Grazie

Mario Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Livorno

Mi scuso innanzitutto, ma quando ho interrotto dal posto il rappresentante dell'ANCI SANITA' avevo veramente perso la pazienza. Il fatto è che credo che sia un problema molto serio quello di non capire con chi si vuole parlare perchè ciò fa fallire il dialogo. Se io non capisco con chi sto parlando è facile che non riesca a trovare le parole giuste. Per questo prima sono saltato sulla sedia quando ho sentito che il rappresentante dell'ANCI ci ricordava che si potevano anche abolire i Dipartimenti di Salute Mentale: se si tiene conto che tutto questo è stato detto in una Regione dove ancora adesso non tutte le Aziende USL li hanno attivati, dove cioè non si ottempera né alla legge n. 180, né al Progetto obiettivo nazionale, beh! vorrete convenire con me che tutto ciò ha una certa gravità. Credo che Mengozzi dimostri di non aver capito con chi vuole (spero) dialogare. Io non so se questa è la posizione personale di Mengozzi o quella di chi rappresenta, ma sicuramente è un problema molto serio se questa fosse una delle posizioni in campo. Non sto a ripetere il perché, perché l'ha detto molto bene Paolo Martini nella relazione ricordando quali sono i punti per cui è fondamentale la dipartimentizzazione di tutti i servizi di salute mentale.

Ci sono due questioni che non mi sono piaciute nelle relazioni: la prima perché nelle relazioni che ha portato Galileo Guidi ci sono stati dati dei dati che onestamente hanno bisogno di essere corretti. Per esempio per quel che riguarda la percentuale del bilancio che la mia USL destinerebbe alla salute mentale posso con certezza che è totalmente falsa perché mentre la spesa in termini assoluti è corretta, il totale di riferimento diviene misteriosamente quanto la regione aveva previsto e non quello che la USL ha effettivamente speso (cifra ben conosciuta dalla Regione Toscana). Una scelta assolutamente priva di senso a meno che si voglia affermare che si può sfondare il bilancio aziendale per tutto ma non per la salute mentale! Può darsi anche che le intestazioni delle slides fossero corrette rispetto alle cifre portate, però in una situazione come questa, se si fa un ragionamento sulle percentuali, a noi interessano quelle a consuntivo, perché quelle di previsione, al fine del ragionamento attuale non servono a niente: tanto è vero che Guidi volendo sommare la spesa farmaceutica non ha usato le cifre di previsione ma quelle reali ricavate dai bilanci: insomma la spesa realmente effettuate per la salute mentale sono un tabù? Tuttalpiù potrebbero servire a vedere quante promesse vengono solamente dette e quante cose poi vengono effettivamente realizzate. I conti hanno un senso solo se sono precisi e i consuntivi sono totalmente differenti: un 3,47 non può divenire impunemente un 4,9 perché altrimenti serve solo ad assolvere. Questo è molto importante per me, perché non ho sempre lavorato in Toscana: per 15 anni ho lavorato in Puglia dove vi assicuro avevamo ed hanno ancora problemi enormemente superiori a quelli della Toscana, e quindi sono una persona abituata a fare i conti ed a sapermi arrangiare con risorse limitate. Quindi il problema che pongo non è il problema di volere un euro in più: il problema è di fare chiarezza su quali sono gli strumenti e gli obiettivi su cui dobbiamo lavorare.

Per fare un esempio di quello che intendo dire quando parlo di chiarezza mi riferirò all'altra cosa che mi ha fatto spazientire: perché la Regione non ha contrastato (non ha contrastato o ha voluto?) una convenzione con le case di cura private Ville di Nozzano? una convenzione sottoscritta dalla USL di Lucca, la USL che paradossalmente ha l'indice di utilizzazione degli S.P.D.C. più basso della Toscana (fino a poco tempo fa non superava il 70%) pur tuttavia ha attivato una convenzione per posti letto in case di cura private e poi ha addirittura ridotto i propri posti letto in S.P.D.C. (ma insomma ne aveva o no bisogno?). Mentre ci viene detto che non si possono scrivere criteri certi per l'accreditamento dei Dipartimenti, per le U.F. dell'Infanzia e l'Adolescenza, per le strutture residenziali, magicamente una casa di cura privata, una struttura isolata, non integrata, non prevista né dalle normative nazionali né da quelle regionali (nessun P.S.R. ha mai fatto riferimento al rapporto D.S.M. – Case di Cura) riceve un riconoscimento istituzionale ed un finanziamento pubblico attraverso lo strumento della convenzione. Si attiva così un meccanismo con il quale tutti i dipartimenti possono venire letteralmente saltati e tagliati fuori e si trovano a consuntivo caricati i costi delle persone inviate tramite i medici di medicina generale dagli studi privati (ma mi risulta che anche i Pronto Soccorsi delle Aziende Ospedaliere del sistema regionale stiano dando questa indicazione). Ci vorrebbe un minimo di coerenza: chiedo coerenza e chiarezza, non solo un euro in più.

Andrea Caneschi, Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL di Firenze

Buongiorno, non vi trattengo molto. Forse avrei potuto evitare anche a questo punto di intervenire perché i due colleghi che mi hanno preceduto hanno detto buona parte di quello che avevo bisogno di dire. Mi ero distratto un attimo, quando parlava il Sig. Mengozzi e mi sono trovato tirato dentro una lettura del funzionamento e della disorganizzazione dei servizi per la salute mentale tutta a carico dei primari della salute mentale stessa, che mi ha lasciato un pochino a bocca aperta. L'hanno già detto i colleghi, io stesso sono una specie in via di estinzione, sono uno dei due o tre primari che sono rimasti a Firenze, 15 anni fa ce ne erano ancora una ventina, e quindi divido questa enorme responsabilità con poche persone. Ne sono letteralmente sconvolto e profondamente dispiaciuto. Metterò qualcosa da parte per poter rimediare.

Volevo ringraziare il Dott. Martini, perché mi è sembrato che in un panorama in cui si ragionasse in un livello spesso un po' troppo alto, forse un po' troppo vago, aveva trovato il modo con quella chiarezza che io gli riconosco da sempre di mettere sul piatto degli aspetti sostanziali che hanno a che vedere con il fatto che noi siamo tecnici, che noi dobbiamo dare e dobbiamo operare una lettura e una programmazione che parte dalla nostra strumentazione tecnica. Mi pareva che le cose che il Dott. Paolo Martini diceva fossero esattamente dentro questa prospettiva e ci ricordassero un elemento, dopo lo dirò meglio, che noi dobbiamo tenere molto fermo, molto presente, perché in un momento come questo in cui i temi importanti della Società della Salute, dei Piani Integrati si allargano a orizzonti così ampi, bisogna anche fare attenzione a non perdere dei riferimenti di chiarezza, per noi professionisti così deve essere, che ci permettono poi di portare più avanti questa programmazione, altrimenti rischiamo di perderci in mezzo a una vastità che non controlliamo più. Due parole sul Dipartimento di Firenze. Firenze è una società estremamente complessa, l'Azienda sanitaria di Firenze è estremamente complessa, la stessa Società della Salute, che si è costituita, mantiene caratteri di complessità enormi per la numerosità della popolazione, per la complessità, per la numerosità dei servizi. Non so se è sufficiente un Dipartimento. Io credo che sia importante rivedere quali siano le relazioni, quali debbano essere le relazioni tra Dipartimento e Unità funzionale, tra Unità Funzionali e moduli nel territorio, perché quello che sta accadendo, ed è specifico per la situazione dell'Azienda sanitaria di Firenze, è che ognuno va per la sua strada, per conto suo. Vi posso dare un esempio concreto, a oggi non ho ancora ricevuto il P.I.S. per la Salute Mentale, non sono stato ancora stato nemmeno consultato sul P.I.S. della Salute Mentale per la Società della Salute Mentale di Firenze. Vorrà dire qualcosa, dipenderà da me? Può darsi. Ma credo che dipenda per lo meno anche da altri fattori. Come li vogliamo giocare quando poi andiamo a leggere che il Dipartimento governa la Salute Mentale del territorio, con quali strumenti con quali modalità, con quali relazioni. Grazie

Gemma Del Carlo

Voglio dire una cosa: i responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale fino al 1999 hanno diretto i Dipartimenti. Se la situazione attuale della Salute Mentale è così carente, ciò è dovuto in parte all'eredità che ci hanno lasciato.

Giovanna Borri

Diamo la parola al Consigliere Regionale Filippo Fossati, in rappresentanza dell'Assessore Rossi.

Filippo Fossati, Consigliere regionale

Servizi sanitari e comunità

Non è facile sostituire l'Assessore in questo dibattito, tuttavia l'Assessore Rossi è a Roma, alla Toscana è affidato questo compito di coordinare gli Assessori Regionali alla Sanità d'Italia, ed è un fatto importante, perché io ci vedo dentro un riconoscimento delle innovazioni e della tenuta del sistema toscano, che noi abbiamo garantito e abbiamo sviluppato con le innovazioni nell'ultima legislatura, con la nostra storia. Ci viene riconosciuta anche una funzione di guida e di indirizzo per la dimensione nazionale e penso che questo sia anche di buon auspicio per quando si parlerà di modelli, quando e se, ma io preferisco dire quando, ritorneremo in questo Paese a una fase riformista, dopo il blocco e l'involuzione di questi 5 anni. In quel momento noi vedremo che l'esperienza toscana sarà considerata una delle esperienze su cui ricostruire un forte sistema sanitario pubblico in Italia. Quindi mi scuserete se io non potrò rappresentare il governo toscano fino in fondo, perché una discussione come si è sviluppata, molto bella, molto approfondita e anche polemica su qualche punto, avrà bisogno che l'Assessore e la Giunta Regionale la considerino con attenzione. D'altra parte, apro subito una parentesi, ci sarà subito un'occasione nel pomeriggio; è vero che noi come il 99% delle Regioni non abbiamo una programmazione socio- sanitaria integrata e fino a poco tempo fa c'era anche, un certo orgoglio di struttura per cui l'integrazione fra i servizi, tra il Dipartimento della sanità e il Dipartimento del sociale non era un'integrazione ottimale, ma è anche vero che rapidamente negli ultimi anni, passo dopo passo, siamo arrivati a mettere in parallelo, e a integrare, soprattutto per i servizi di alta integrazione, il Piano Sanitario e il Piano Sociale. Abbiamo un unico Dipartimento Regionale e abbiamo visto già da oggi con la relazione del Dott. Lanzi, quanto si comincia a parlare lo stesso linguaggio e quanto ci sia in corso d'opera un'integrazione positiva. Dicevo stasera, perché stasera conclude i lavori l'Assessore alle politiche sociali delle Regione Salvadori, e mi sembra sia un inedito nel dibattito, nelle discussioni, nei convegni che riguardano la salute mentale in Toscana. Questo a dimostrare che i passi che si stanno facendo in questa direzione sono molto rapidi e abbastanza sostanziali. Chiudo la parentesi e dico che gli Assessori, la Giunta Regionale, dovranno tornare su molti aspetti di oggi. Io riprendo per concludere solo alcuni punti che ho

capito e che mi sento di sottolineare: primo punto la chiarezza sulla spesa. Mi sembra che la relazione di Galileo Guidi abbia consentito alle opinioni di misurarsi con alcuni dati che spesso non sono chiari. Il dato è che nell'assegnazione delle risorse di bilancio in Toscana si rispetta una percentuale. Dice Serrano che al consuntivo succedono poi cose diverse. Bene, preoccupiamoci di capire cosa succede quando si passa da un'assegnazione di risorse che sicuramente vengono tutte spese, (non credo che un Dipartimento poi non spenda quello che viene assegnato). Durante l'anno il bilancio delle ASL ha degli spostamenti, perché ci sono Az. USL che vanno in deficit, ci sono però anche Az. USL che vanno in pareggio e lì allora il problema non c'è, la percentuale rimane la stessa. Ecco vediamo le risorse aggiuntive, gli spostamenti da capitolo a capitolo, le risorse aggiuntive che mette spesso la Giunta Regionale, come vengono distribuite. Qui ho presente quello che dice l'Assessore e quindi parlo per voce di Assessore: su tutta la partita che riguarda le risorse aggiuntive dopo le assegnazioni di bilancio c'è non solo la disponibilità ma anche la volontà di premiare le progettualità, ma anche gli interventi sulla salute mentale che hanno una rilevanza nel territorio nelle Aziende a livello regionale. Quindi su questo punto che passa dalle assegnazioni ai conti finali c'è una disponibilità di intervento da parte della Giunta su tutte le risorse aggiuntive. Prendetelo come un impegno, ma qui si misura anche chiaramente la capacità che c'è in Toscana dei servizi dei Dipartimenti di intervenire sollecitando gli interventi aggiuntivi su progettualità ben precise. Seconda questione, più complicata, perché entra nel merito di un modello della gestione dei servizi. Questo punto, il grandissimo numero di punti erogazione nel territorio, che mi sembra comunque una cosa su cui naturalmente dobbiamo riflettere sapendo che qui non si tratta del punto di vista della salute mentale. Osservo come consigliere regionale che ha lavorato in modo convintissimo ed entusiasta a pensare a un sistema sanitario toscano che facesse dell'integrazione socio-sanitaria e della priorità del governo dell'integrazione sul territorio il punto forte della sua iniziativa. Guardando da questo punto di vista, io non punterò mai a dire che bisogna avere meno punti di erogazione dei servizi, complessivamente intesi, nel territorio. Io sono perché nel territorio, sulla base di prestazioni appropriate, adeguate, abbiamo molti punti di erogazione, molte presenze del servizio sociale e sanitario a contatto diretto con i cittadini, in prossimità ai cittadini. Naturalmente però prossimità ai cittadini vuol dire anche programmazione, qualità. E' inutile tenere aperto un ambulatorio, se funziona poco e male. Il primo pensiero tuttavia deve essere quello non di toglierlo, ma di come farlo funzionare meglio e bene, intrecciando servizi di diversa natura, aprendo anche al sociale meno sanitario e più culturale. Mi sono sempre chiesto come mai non ragionassimo insieme, e la Società della Salute lo farà sicuramente, su tutta la dimensione adolescenziale - giovanile. Siamo proprio sicuri che l'offerta dei servizi che riguarda il versante dell'orientamento alla scuola, al lavoro, il consultorio giovani non possa avere punti di contatto ancora più stretti anche fisicamente con la parte che riguarda il disagio

psichico. Probabilmente noi lì dovremmo lavorare e sarebbe anche un modo per mettere in circolazione risorse le più diverse che afferiscono anche da altri capitoli. Ora dico che è uno dei punti più complicati, perché si scontra immediatamente con il tema che tutti gli amministratori oggi hanno posto, quelli che sono avanti nella costruzione del modello della Società della Salute e quelli che comunque si pongono il tema dell'integrazione dei servizi anche senza avere questo strumento, e cioè il tema delle risorse per farlo. Ormai mi sembra abbastanza chiaro e mi sembra che ci sia una grande condivisione, che io non vedevo nelle nostre discussioni anche solo di 7-8- mesi fa, intorno a un modello che è quello dell'organizzazione del territorio nella dimensione delle zone- distretto, nella funzione di governo e di indirizzo sempre più da affidare all'area vasta e quindi l'emergere di questi due punti dell'organizzazione come punti molto forti. Io ho visto che su questo c'era un po' di titubanza, vedo che oggi invece si ragiona dentro questo schema dicendo vediamo quale è la funzione propria di ogni livello. Naturalmente nel livello della zona distretto e del territorio per sviluppare tutte le potenzialità, ho bisogno di risorse. Dove le prendiamo? Dato che negli anni prossimi il finanziamento delle politiche sociali e del Fondo sanitario sarà al massimo costante. Mi vengono in mente sempre i soliti capitoli: uno è questo della dimensione e dell'adeguatezza dei presidi; è un punto vero e Galileo lo pone con grande forza, un altro è lavorare sull'inappropriatezza dei ricoveri. Su questo punto in altre specialità negli anni abbiamo fatto grazie ai Dipartimenti di area vasta all'introduzione di linee guida, abbiamo risolto qualche problema perché come immagino, la spesa per una giornata di ricovero in un reparto ospedaliero sia comunque in psichiatria altissima e forse anche un po' più cara di un giorno di ricovero in altri reparti del presidio. Secondo punto è la ricerca di una maggiore appropriatezza rispetto alla permanenza nelle strutture residenziali intermedie. Qui ho sentito degli interventi molto belli, soprattutto da parte delle associazioni dei familiari. Probabilmente noi abbiamo bisogno di rivedere le modalità, l'elasticità, le esperienze che si fanno nei centri diurni e nei centri residenziali per capire quanto sia possibile avere in questi centri, in queste esperienze, la cura di una parte della vita dei soggetti con disagio, quanto si possa pensare all'arrivo in un centro come un pezzo della propria esperienza che poi è finalizzato all'uscita, al ritorno in una maggiore normalità sociale. Io credo che se noi ragionassimo intorno a queste esperienze, troveremmo probabilmente dei margini di risparmio e potremmo però aprire una stagione di investimento, perché su strutture così differenziate, non sulle strutture sulle 24 ore, ma sui progetti anche sfruttando la creatività che spesso abbiamo a partire dalle esperienze dei familiari. Anche su questo faccio una bella figura, perché è una delle cose che mi ha autorizzato a dire l'Assessore. Su questo c'è una volontà. Gli investimenti sulle strutture, sulla base di questa rivisitazione, sono un punto dell'impegno concreto che in questa legislatura avremo da parte della Giunta regionale. Un punto che so che si tratterà e che è stato trattato solo in parte stamani è quello del lavoro sull'appropriatezza della prescrizione

dei farmaci. Anche questo vale per tutto il resto degli ambiti sanitari nostri; noi abbiamo recuperato risorse al sistema perché l'andamento della spesa dei farmaci nella nostra Regione è stata una curva bassissima, spesso ha avuto un differenziale rispetto alla spesa nazionale enorme, a prezzo di durissime battaglie che voi avete seguito con le industrie farmaceutiche. Anche qui bisogna quindi lavorare. Io credo che un margine di inappropriatezza nella spesa per farmaci, psicofarmaci o a farmaci che intervengono nella cura delle patologie psichiche, noi lo avremo. Anche qui è un lavoro difficile, c'è da mettere intorno al tavolo soggetti diversi, però come il dibattito tra specialismo e medicina generale ha portato alla costruzione di intese, protocolli che hanno consentito di risparmiare molto, io credo che questo si possa fare anche nel campo della salute mentale. Io arrivo alla conclusione che noi dobbiamo tenere conto dei punti che ci uniscono tutti, non per risolvere il problema, ma per affrontarlo in modo corretto: e il problema è il cambiamento nelle modalità di approccio ai fenomeni di disagio psichico nel paese e anche nella nostra Regione. Credo che siamo tutti d'accordo, che se ne esce davvero con il lavoro di integrazione di soggetti diversi. Qualcuno diceva che è bene che siano entrati in campo i sindaci; io sottolineo questo punto, perché noi potevamo parlare di integrazione tra attori diversi ma non avremmo parlato di integrazione vera e di politiche vere sul territorio finché non ci fosse stata e finché non ci sarà dove ancora non c'è, un'assunzione diretta e forte della responsabilità dell'amministrazione pubblica, dei decisori, cioè dei sindaci. Perché lì intorno io mobilito anche delle risorse aggiuntive. Perché ho bisogno che della salute mentale si occupi per quanto di competenza l'Assessore alla casa, l'Assessore all'ambiente, allo sviluppo economico quando parla con le imprese dei piani occupazionali di settore, ho bisogno che questo intreccio scatti, non soltanto per un'acquisizione culturale dei sindaci, ma scatti perché il Piano Integrato di salute, le disposizioni che noi diamo, li costringano a entrare in questa dimensione per cui un pezzo dell'attività amministrativa va misurato nel suo impatto con le condizioni di vita di tutti i cittadini, e quindi anche di quelli perché in una fase della loro vita incontrano il disturbo, il disagio della malattia mentale e hanno bisogno di un impianto di assistenza personalizzata e individuale. Quindi noi dobbiamo spingere sull'acceleratore dell'intervento della Società della Salute per via dei suoi rappresentanti politici e per via della sua auto-organizzazione e cioè quello che diceva la relatrice all'inizio: la necessità che noi abbiamo di far partecipare le associazioni degli utenti, dei familiari alla programmazione fin dalla fase della individuazione dei criteri e delle priorità. Io credo che se noi concentriamo su questi punti di lavoro e di contenuto molto concreti la nostra discussione troviamo un terreno utile e troviamo anche molte consonanze, anche perché noi siamo qui a parlare di queste cose in un mondo che va in una direzione opposta: quando qualcuno presenta una proposta di legge in Parlamento, la presenta per tornare prima della legge 180, non certo per superarla nel senso della la diffusione nel territorio dei servizi. Se tutti noi lo facciamo con la testa al

passato immagino che ci fosse (se c'è mai stata) una dimensione mitica che individuava in un punto: il Dipartimento con la D maiuscola, il luogo dove tutte le cose che io ho detto si concentravano magicamente, noi non ne usciamo, mentre invece noi dobbiamo ragionare sulle funzioni da assegnare ad ogni livello organizzativo e sul ruolo di ognuno di noi per raggiungere gli obiettivi che ci diamo. Qui c'è strada per tutti.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Consigliere regionale Filippo Fossati per quanto ci ha riferito.

Roberto Pardini, Associazione L'ALBA, Pisa

Relazione introduttiva

Sono contento della sempre maggiore presenza partecipativa di utenti, familiari, cittadini, questo dimostra che la strada della informazione e della conoscenza della salute mentale della cultura dell'auto-aiuto, della partecipazione attiva è quella giusta. Abbiamo bisogno di una società che accoglie per vincere lo stigma e quindi la solitudine e l'esclusione sociale che sono tra i nostri più pericolosi nemici. Vedo con piacere che qualcosa sta cambiando, Regione, Enti Locali, SdS, Aziende USL e Servizi Territoriali più presenti, cioè più attenzione più responsabilità e più consapevolezza e ormai tutti sono convinti che i farmaci da soli non risolvono, si parla di progetti individuali personalizzati, di adeguate risorse personali e strutturali, di inclusione territoriale etc.. "C'è tanto da fare, e speriamo che ci sia la volontà di farlo".

Voglio dire che molte, forse troppe, persone, si nascondono, si auto-escludono, vivono un ritiro sociale negli angoli più bui e nascosti: soli. Perché lo stigma e l'autostigma sono sempre molto forti, Non si sentono accorti, non si sentono adeguati? Noi abbiamo capito per chi vuole tentare di riappropriarsi della propria autonomia, essere protagonista, contrastare il destino – delega e vivere con dignità la malattia, sono necessarie: - relazioni significative – reddito – lavoro – impegno – soluzioni abitative – credibilità – investimenti ed è possibile arrivare a grandi risultati di inclusione sociale. Alcuni percorsi e progetti lo dimostrano. Il progetto "Mare - Costa", Il "Facilitatore Sociale", "La Rete Regionale degli Utenti della Salute Mentale", centri di Socializzazione come il "Circolino" che tra poco sarà una realtà a Pisa... e ne ho sentiti dire molti altri, tutte iniziative che devono essere sostenute e incoraggiate per essere con gli altri tra gli altri. Noi dobbiamo essere presenti, come oggi, dobbiamo farci sentire, con forza, senza timore e con coraggio denunciare le nostre problematiche e i nostri bisogni, suggerire iniziative, percorsi, progetti. E' importante che la Società Scientifica, Istituzioni, Servizi, Associazioni di Utenti, Familiari, si parlino affinché il processo Medico Scientifico, Nuove tecniche di sostegno, di riabilitazione, nuove figure professionali, risorse e bisogni si possano conoscere bene per interagire perchè la Salute Mentale sia curata e protetta in modo appropriato e le risorse siano adeguatamente e completamente utilizzate, magari raggiungendo la massima integrazione Socio – Sanitaria. Le risorse non sono finite. E' vero, però, se per garantire la salute mentale fosse necessario ripensarle, dobbiamo avere il coraggio di ripensarle.

Per concludere, sento di dire che molto si lavora, si studia, si investe, per realizzare nuovi farmaci e noi siamo grati e ci auguriamo che siano sempre più utili e meno dannosi, ma ci auguriamo anche che si parli sempre di più di sociale per fare e per proteggere la Salute Mentale è necessario raggiungere la massima integrazione Socio-Sanitaria.

Grazie per l'attenzione.

Gemma Del Carlo

Grazie veramente a Roberto Pardini che ci fa capire quanto è importante per noi che abbiamo questi problemi vincere il pregiudizio. Adesso passiamo la parola alle Associazioni del Coordinamento Toscano che stamani non hanno potuto fare il loro intervento, l'Associazione L'ALBA di Pisa, e l'Associazione Auto-Aiuto Psichiatrico Massa Carrara e l'Associazione DI.A.PSI.GRA. Delegazione regionale Toscana di Prato.

I servizi di Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria: il punto di vista dei familiari

Rappresentanti Associazioni aderenti al Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Associazione L'Alba, Pisa

L'Associazione "L'Alba" esiste dal 2000. Nasce dallo sviluppo di un gruppo di auto-aiuto esistente dal 1993 nei locali della Clinica Psichiatrica. L'uscita del gruppo in locali esterni non ospedalieri, in luoghi "normali" frequentati da tutti e non stigmatizzanti, luoghi di vita e non di "cura" è stata una scelta che ha dato all'Associazione quel particolare stile riabilitativo che la contraddistingue. Tutte le attività si svolgono nei locali della rete primaria cittadina, Circoli Arci, Circoscrizioni, Aule per convegni delle istituzioni, per garantire lo svincolo e l'uscita dai locali ospedalieri o dai servizi dei pazienti.

L'Associazione "L'Alba" ha assunto il lavoro di rete e di integrazione con i servizi come stile operativo.

L'auto-aiuto come modello che permea le relazioni e le attività. Le relazioni sono basate su rapporti di fiducia e crescita reciproca individuale e collettiva sia di chi ha una problematica psichiatrica che di colui che si avvicina all'Associazione per prevenzione, formazione o per curiosità all'Associazione. "L'Alba" è un'associazione di utenti, ex-utenti, operatori, familiari, cittadini sensibili alle tematiche della salute mentale; Si occupa di:- Diffondere la cultura dell'auto-aiuto;

- Utilizzare l'arte-terapia come metodica riabilitativa;
- Reinserire e integrare la persona affetta da disagi mentali nel mondo;
- Promuovere il diritto di cittadinanza (diritto ad esserci nel mondo anche con i propri disagi) ;
- Fare cultura e informazione sulla salute mentale;
- Lotta allo stigma e al pregiudizio;
- Fare formazione per volontari e facilitatori sociali, progetti di riabilitazione individuali e collettivi integrati con i servizi e con le altre associazioni locali, regionali, nazionali ed estere. Come dare cittadinanza agli utenti della salute mentale? In primis facendo partecipare le persone in maniera

diretta al proprio percorso di cura e al conseguente personale progetto di vita. Condividere con il diretto interessato la stesura del PIR (Progetto Individuale Riabilitativo) e lavorare alla costruzione di un buon lavoro di rete dove tutti gli attori svolgono la loro funzione in maniera integrata. Alla centralità dell'utenza corrisponde la centralità del Progetto Riabilitativo Individuale.

Il PIR stilato dall'equipe sul caso con la persona sofferente che partecipa attivamente alla propria cura, necessita di un lavoro di connessione e sinergie tra diversi servizi e agenzie e diversi saperi che si compenetrano in un percorso integrato per rendere nel tempo la persona autonoma e svincolata dai circuiti psichiatrici. Rete nelle equipe sui casi, formate da psichiatra, assistente sociale, infermiere, educatore, riabilitatore, facilitatore sociale, psicologo ecc...(micro); Rete nelle organizzazioni e nei rapporti tra agenzie e agenzie e tra servizi e servizi e tra agenzie, servizi e associazioni che si occupano di salute mentale (macro).

Il micro e il macro si coordinano insieme in maniera integrata per raggiungere l'obiettivo della salute dei cittadini. Il percorso di cura e riabilitazione si colloca nello spazio e nel tempo.

- 1) Tempo e spazio ospedaliero: cure cliniche, fase del ricovero (fase clinica e di acuzie);
- 2) Tempi legati alla cura ed alla riabilitazione: centri diurni e comunità terapeutiche, riabilitative e associazioni di utenti e familiari;
- 3) Tempi legati allo svincolo dalle strutture e al reinserimento nella società; percorsi delle Associazioni di utenti e familiari. che si occupano di salute mentale Le fasi di riabilitazione non sono lineari. E' necessario chiarire obiettivi e metodi , con accordi e protocolli tra agenzie, istituzioni e associazioni. I vari attori interverranno a seconda della fase di cura in cui si trova il pz, all'interno degli obiettivi chiariti nei PIR, svolgendo la funzione cui sono stati chiamati in soluzione di continuità senza confusioni. Per questo occorrono verifiche in itinere al lavoro integrato.

Si ha la necessità di scientificizzare cioè di costruire un metodo alla riabilitazione e per questo al lavoro di rete. Rete come modello evolutivo e relazionale. La capacità di fare Rete è quella di far evolvere la propria struttura organizzativa interna in collaborazione con altri gruppi con precisi accordi di programma che rispettino chi fa cosa e come dal micro (individuo, relazione diadica, equipe) al macro (servizio, organizzazione, istituzione). Operare insieme serve per raggiungere un fine più alto che è la salute di tutti i cittadini. Per cui precisare gli accordi tra le parti è necessario per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'Associazione " L'Alba" sul territorio ha lavorato alla costruzione della rete fin dal suo nascere partendo dall'analisi dei bisogni dei propri soci. Era necessario fare rete con i servizi, con l'ospedale, pronti a chiedere aiuto nel momento del bisogno, ma era necessario connettersi con il territorio, con i luoghi di vita di tutti, con i pub, con i circoli Arci, con i Cinema della nostra città, con le Associazioni che si occupavano delle stesse tematiche e non.

L'Associazione si è posta in rete con tutte le realtà che in qualche modo potevano avere un ruolo per il raggiungimento dell'autonomia dell'utente. Così nel tempo abbiamo sviluppato un grosso lavoro integrato che ha portato la nostra Associazione ad esprimersi in differenti contesti e

campi di azione così da permettere di seguire singoli individui in percorsi di autonomia nelle varie fasi del percorso, offrendo la specificità delle nostre competenze:

- il lavoro di reinserimento, inclusione sociale e integrazione sul territorio. L'Alba ha fatto rete con il Cesvot, con l'Arci Nuova Associazione di cui condivide le finalità statutarie ed a cui è affiliata, con agenzie formative locali come la Performat con cui è stato possibile progettare il corso " Facilitatori Sociali " sui Bandi del fondo Sociale europeo, con molte associazioni e cooperative sociali della zona pisana, con molte associazioni di utenti e familiari a livello regionale, con il coordinamento Toscano a cui aderisce, con molti Dipartimenti della Toscana che hanno sempre appoggiato le iniziative di cui si richiedeva il sostegno come il Corso dei Facilitatori Sociali, con la Provincia di Pisa, la Regione Toscana, la Società della Salute della zona di Pisa.etc...L'Alba ha fatto rete con l'Azienda USL 5 e i suoi servizi e con la Clinica Psichiatrica, trovando alle volte difficoltà per la mancanza di precisi accordi tra le due agenzie, che si occupano l'una dell'aspetto clinico e l'altra di quello riabilitativo in maniera molto separata e con formazioni molto diverse. Questo è stato alle volte motivo di confusione per alcuni percorsi, ma anche qui qualcosa sta cambiando e i saperi si stanno contaminando.

Per togliere ogni confusione sarebbe opportuno separare equamente gli ambiti di azione e dare ad entrambe le agenzie compiti sia di clinici che di riabilitazione così da non creare saperi troppo iperspecialistici da un lato, e troppo deficitari da un altro e confusione di interventi.

L'approccio e la presa in carico devono essere alla persona, non alla patologia. La rete con la Clinica Psichiatrica è tuttora attiva, c'è un rapporto di collaborazione che è andato crescendo, ma che potrebbe ancora svilupparsi L'esperienza del gruppo di auto-aiuto in Clinica si è rivelato una ottima esperienza di rete. Molti pazienti che adesso sono nell' associazione e che stanno facendo un percorso riabilitativo, li abbiamo incontrati in Clinica, alcuni ci hanno cercato dopo mesi o anni, per molti l'approdo all'associazione è stato la fine della spirale dei ricoveri. Il Ponte che si crea tra la Clinica e il "fuori" è molto importante per offrire punti di riferimento e potrebbe essere preso a modello anche per altre realtà ospedaliere psichiatriche. Il GAA in Clinica, l'unico che abbiamo per ricoverati, condotto dai nostri facilitatori svolge la funzione di:

- Ascolto empatico e rielaborazione dei vissuti del ricovero;
- Contenimento dell'ansia, prima delle dimissioni;
- Invio e raccordo a servizi ed associazioni locali nel territorio locale e nazionale;ponte sul territorio;
- Consulenza telefonica nel tempo, (i nostri facilitatori ricevono almeno 10 telefonate settimanali dai pazienti dimessi in tutta Italia conosciuti al gruppo). Grazie al lavoro ed alla passione di chi ha collaborato con noi in questi anni L'Alba ad oggi conta oltre 85 soci, è passata da un gruppo di auto-aiuto ad:
 - 8 gruppi settimanali con una frequenza media di 8 - 10 persone, due gruppi in territori limitrofi Vecchiano e Pontedera. I gruppi eccetto quello in Clinica si svolgono nei circoli ARCI.

Sono condotti da ex-utenti , conduttori di gruppi o facilitatori sociali appositamente formati e supervisionati in maniera continuativa; gratuiti.

- 11 laboratori di arte- terapia condotti da arte-terapeuti:

- musicoterapia, danzaterapia, esprimersi con la scrittura, giornalino, decoupage, creta, pittura, ascolto musicale, teatro, metodofeldenkrais, laboratorio onirico. Lavoro integrato come metodo. Dalla nascita ad oggi sono stati attivati molti progetti e molti corsi di formazione cercando ogni volta di costruire una maggior collaborazione con il territorio circostante, con le agenzie del settore, con tutte le realtà cittadine che costituiscono la rete primaria dei servizi ed il cui utilizzo è necessario riapprendere per reinserirsi nella società. Per cui spesso l'associazione organizza feste, dibattiti e convegni coinvolgendo tutta la cittadinanza.

A titolo di esempio elenco alcuni progetti significativi:

- Gruppi di auto-aiuto e laboratori di arte-terapia;
- Coltivazione di piante officinali e ornamentali al disagio psichico;
- Telefono full-time per la salute mentale;
- Costruzione di piccoli oggetti e organizzazione feste ed attività per il tempo libero;
- Gruppi di auto-aiuto per familiari;
- Laboratorio di cucito per la salute mentale;
- Performance e attività teatrali per la lotta allo stigma (teatro);
- L'altro da me uno speciale giorno qualunque (Video);
- Pulmino per il disagio psichico;
- Videocomunicazione disagio (Video) ;
- "Sperimentazione del ruolo attivo dei facilitatori sociali come da PISR 2002-2004" al terzo anno di sperimentazione, tuttora attivo.
- Progetto Circolo Socio Ricreativo (in via di realizzazione) grazie al sostegno delle istituzioni locali, Provincia di Pisa, Conferenza dei Sindaci ad oggi Società della Salute di Pisa, Fondazione Cari Pisa, Azienda USL 5, Regione Toscana. I percorsi di Formazione sono volti alla consapevolezza, alla cura e alla crescita personale e professionale, per la lotta allo stigma e al pregiudizio, formazione anche come prevenzione e formazione permanente. Esempio: 2000 Corso Cesvot Conduttori di gruppi di auto – aiuto; 2001, Corso Cerfe, "Telefono full-time per la salute mentale", 2005 – 2006, " Corso di Formazione Professionale per Facilitatori Sociali per il disagio Psicico, Formazione Professionale della Provincia di Pisa, Bandi FSE (Fondo Sociale Europeo) Misura B1, per soggetti svantaggiati 2004 - 2005 Corso Cesvot "Volontariato per una psichiatria di rete" rivolto ad ex-utenti, operatori, volontari, familiari e chiunque sensibile alle problematiche della salute mentale; Obiettivi Specifici: Formare volontari che possano lavorare nei servizi di Salute Mentale in maniera trasversale e creare percorsi rete; 96 ore d'aula 56 di stage in collaborazione con i centri territoriali psichiatrici dell'Azienda USL 5 (Centro Diurno di Via Romiti, la Casa Famiglia di via Flamini, Centro Diurno di S. Frediano) e la Clinica Psichiatrica ;

Il corso prevedeva un massimo di 30 iscritti e ne ha visto allargare l'ingresso per il grande interesse. Si sono iscritte 83 persone.

Questo corso ha visto l'organizzazione di un convegno il 26 Febbraio 2005 con la partecipazione di Associazioni e Dipartimenti Regionali, e si è concluso in una festa finale a Coltano il 30 Giugno 2005 in occasione del Progetto Mare Costa e Dintorni promosso dalla Regione Toscana, campeggio autogestito dagli utenti entrambi con una partecipazione di oltre 150 persone ad incontro.

Quando l'utente si professionalizza ecco il Facilitatore Sociale: Ex-utente in fase di compenso con pregressa esperienza di cure che diventa un operatore della salute mentale, trasforma così l'esperienza vissuta da disagio in plusvalore, terminando dove possibile il percorso di riabilitazione con il completo reinserimento dell'individuo nella società. Facilitatore e facilitato fanno un percorso di emancipazione e di liberazione dalla patologia.

Il progetto "Sperimentazione del ruolo attivo dei facilitatori sociali come da Pirs 2002 - 2004" Ormai al terzo anno di sperimentazione, sostenuto dall' Azienda USL 5 e dalla Regione Toscana propone un lavoro integrato con i servizi, i Facilitatori seguono altre persone in collaborazione con i centri locali in progetti individuali e collettivi volti all'autonomia. Il tirocinio del Corso dei Facilitatori Sociali ad oggi attivo in Pisa si è svolto e tuttora è in corso dentro le strutture del territorio, Centro Diurno via Romiti, casa Famiglia di via Flamini e nell'Associazione.

Nel tempo la sperimentazione ha dato modo di vedere che l'uso integrato di questa nuova figura è una ricchezza per tutti. Ovviamente quanto descritto non è successo in un giorno, è stato un percorso:

Quando l'Associazione L'Alba iniziò il suo lavoro sul territorio trovò le risposte più variegata dalle più sostenitrici alle più dubbiose. La costruzione di percorsi integrati è un processo che richiede tempo.

Inizialmente le stesse istituzioni e i servizi locali manifestavano indifferenza, curiosità, diffidenza, incredulità, sentimento di svalutazione o sopravvalutazione talvolta paura, sentimenti di intrusività e invasione, della serie: "Chi sono questi e cosa vogliono".

Le resistenze si insinuano ogni volta che si prospetta un cambiamento. Ogni sistema ha una propria organizzazione e nel tempo le organizzazioni tendono all'omeostasi anche se patologica ed alla configurazione di un copione aziendale alla cui trasformazione bisogna lavorare per relazionarsi con l'esterno.

Fare rete ha un costo, significa mettersi in discussione, significa aprirsi ad altri modelli di riferimento che non sono i nostri, significa diffidare, mettere alla prova per credere e tutto questo è un processo che richiede tempo. Ci sono modelli teorici di riferimento e di approccio alla cura e alla riabilitazione molto diversi, si ha la necessità di aderire ad una propria teoria di riferimento, fedeli e attaccati alla propria formazione, ma anche la necessità di tradire, nel senso carotenutiano di "tradere" andare oltre, le nostre radici per integrare ed approdare ad altre, nuove e più evolute

conoscenze che vengono dal contributo e dalle conoscenze di tutti, anche di chi è passato direttamente dalla patologia.

Tutti esperiamo dentro di noi la malattia e siamo in contatto con parti sane e parti patologiche del nostro essere

Poiché come dice l'O.M.S. la salute è un processo dinamico, non statico, i sani per rimanere sani devono continuamente curarsi. Si hanno però dei modelli disfunzionali :

“Vi è una mano invisibile all’opera anche nelle organizzazioni, queste forze nascoste spesso producono disfunzioni organizzative che appaiono estremamente irrazionali”.(1984 Manfred Kets de Vries)

Le organizzazioni hanno un modello culturale; secondo Kets de Vries la personalità di un individuo corrisponde a ciò che nell’organizzazione chiamiamo cultura. Molte organizzazioni sono attaccate alle proprie scuole di riferimento ritenendo il proprio l’ unico modello possibile di descrizione della verità. Il modello di funzionamento non è integrato spesso si hanno atteggiamenti stigmatizzanti e pregiudiziali che portano a chiusura, paura e difesa verso l’esterno. Si può parlare di patologie organizzative secondo gli stili :
paranoide, ossessivo, isterico, depressivo, schizoide.

Se solo ci mettiamo ad analizzare la trama di relazioni esistente tra leadership e follower. Per fare rete è necessario riuscire a trasformare la cultura e il “copione aziendale” (per usare una terminologia di analisi transazionale) e proporre modelli meno rigidi e spaventati, ma più sicuri di sé e per questo disposti a scambiarsi con l’esterno. Come gli individui, e i gruppi, anche le organizzazioni si possono curare.

Si possono analizzare i modelli disfunzionali attraverso un lavoro di consulenza e supervisione e attraverso la formazione trasformarli, riabilitarli e fare operazioni di riparazione, autenticità e cura.

Così l’organizzazione può diventare un contenitore “sufficientemente buono” (Winnicott) capace di collaborare e integrarsi con gli altri servizi poiché capace di non perdere la propria identità, ma di crescere e trasformarsi nel tempo riadattando il mandato e gli obiettivi al cambiamento dei bisogni espressi dalle nuove circostanze e dai nuovi tempi. Una organizzazione funziona quando si presenta orientata al compito e alle persone;

Quando i bisogni di IDENTITA’ e CONDIVISIONE (di essere se stessi e di essere parte di un gruppo per raggiungere insieme degli obiettivi) sono in equilibrio. Così se l’individuo può esprimersi l’organizzazione cresce.

Questo è un fondamento dell’auto-aiuto far esprimere gli individui per far crescere se stessi e gli altri e riapprendere a stare nel mondo. White in “l’uomo dell’organizzazione” sostiene che il difetto non è nell’organizzazione, ma nell’adorazione della medesima da parte nostra.

La sfida è emanciparsi dalle zone d’ombra consentendo una piena soggettività degli individui e vincendo le inerzie delle resistenze e delle ambivalenze (Quaglino).

Fare rete ci costringe ad andare oltre noi stessi, oltre la nostra organizzazione di appartenenza, sia essa una piccola Associazione locale, o una grande organizzazione come l' Azienda USL 5 , la Clinica Psichiatrica, la Regione Toscana o altre come il Coordinamento Regionale delle Associazioni di Salute Mentale degli Utenti , la Rete Regionale degli Utenti ecc.

Esistono fantasie condivise a livello sociale che costituiscono la natura dell'organizzazione vissuta e percepita e che condizionano i comportamenti collettivi. (Kaes e Anzieu, scuola francese) (L'Imago dell'organizzazione).

C'è una doppia presenza tra i fini organizzativi per il compito dichiarato e quelli individuali che oscillano tra consapevolezza e inconsapevolezza. La vita degli individui è segnata dalla sofferenza della relazione con l'organizzazione stessa. Come avviene nei singoli gruppi e nelle relazioni diadiche si hanno fenomeni di comunicazione tra il conscio e l'inconscio individuale e collettivo.

Si pone il concetto dell' imago dell'organizzazione che è un concetto che può far entrare nel regno del pregiudizio.

Se l'immagine dell'organizzazione con cui si dovrebbe fare rete è negativa a livello di percezione conscia o inconscia degli individui di un'altra organizzazione essa si chiude, non permettendo una buona collaborazione e un buon lavoro di rete tra le parti. E fortunatamente sull'immagine è possibile lavorare, è possibile trasformarla così come succede per l'immagine individuale

Occorre studiare le fonti di energia e le forze motivazionali presenti negli individui, nei piccoli gruppi, nei loro leader e nei reciproci legami tra queste dimensioni (Hirschhorn).

Occorre congiungere i vari approcci, occorre fare ricerca. Per quanto riguarda la nostra realtà possiamo dire che molto si è fatto, ma molto dobbiamo ancora fare, proprio perché se ci fermassimo smetteremmo di produrre salute. L'atteggiamento dei servizi è piuttosto cooperativo, ormai siamo una realtà con cui confrontarsi e con cui operare, accettati e utilizzati, nella rete dei percorsi, ma non ancora come si dovrebbe e come vorremmo. I Corsi Cesvot, il corso e il progetto dei facilitatori sociali e tutto il lavoro negli anni hanno stimolato e permesso la costruzione di un rapporto molto buono con il Dipartimento di Salute Mentale e con i servizi dell'Azienda USL 5 con cui collaboriamo, anche se alcuni servizi e alcuni psichiatri hanno ancora molte resistenze e perplessità. Si parla di PIR, ma ancora mancano PIR scritti , si lavora molto sull'oralità: occorre maggior metodo per scientificizzare i percorsi e lavorare a sistemi di verifica.

Le Associazioni presenti sul territorio sono uno strumento da utilizzare come ponte per le dimissioni dalle strutture e dalla Clinica e l'integrazione sociale degli utenti, non cogliere questa occasione per pregiudizi o paure sarebbe veramente un grande limite per i servizi.

La Regione Toscana ci ha sostenuto come l'Azienda USL5, ma molti risultati si sono ottenuti grazie al lavoro volontario dei soci. La crescita dell' Associazione ha posto nuove domande e nuovi bisogni, i facilitatori sociali in formazione chiedono di lavorare e di essere retribuiti quelli che già lavorano di avere garanzie contrattuali. Solo così saranno di nuovo cittadini

come gli altri. Gli investimenti fatti ad oggi non sono sufficienti a garantire il livello di qualità per cui lottiamo ed il proseguimento corretto dei progetti che abbiamo e che dobbiamo ancora realizzare.

Occorre investire le risorse necessarie a far sì che una modalità di lavoro sperimentale diventi un sistema di lavoro, che produce salute e diritti e tuteli le associazioni senza affossarle di carichi e responsabilità né tanto meno lasciarle isolate e ai margini. La scommessa del nuovo anno come Associazione per Pisa è il progetto CIRCOLO SOCIO RICREATIVO che stiamo realizzando per continuare il lavoro iniziato voluto fortemente dagli utenti e anche dai Servizi, per questo occorre una presa di responsabilità da parte delle istituzioni che sia solida e pertinente in termini di investimenti di fondi e risorse necessarie.

Per cui:

- costruire modelli di servizi e saperi integrati.
- mettere l'Associazionismo a sistema nella rete dei servizi della Salute Mentale.
- investire sulla figura del facilitatore Sociale, creare nuovi posti di lavoro
- Istituzionalizzare il cambiamento.
- investire al consolidamento degli obiettivi raggiunti e conquistarne di nuovi per dare risposte sempre più efficaci e pertinenti ai cittadini e prevenire l'esordio di nuove forme di disagio mentale.

Associazione Di.A.Psi.Gra. Delegazione regionale Toscana, Prato

Oltre che essere il Presidente di un'Associazione di Prato, sono anche un attivo animatore della polisportiva Aurora di Prato che è una cosa molto interessante e credo che sarebbe stato molto bello se avessi portato qualche nostro ragazzo della polisportiva per parlare. Dal momento che il tempo è ristretto, farò un discorso più in generale. Martin Luther King e Nelson Mandela avevano un sogno e fondarono un movimento che poi è riuscito a cambiare la società di questi Paesi. Anche noi abbiamo un sogno: i familiari hanno il sogno di avere all'interno della loro famiglia il proprio congiunto guarito, i malati hanno il sogno di ritornare a vivere una vita normale e di riappropriarsi della propria vita e gli operatori hanno il sogno di aver guarito un malato. Penso che è per questo sogno che noi siamo qui a discutere e a confrontarci fra pari, operatori, istituzioni, utenti, familiari, Associazioni per trovare nodi e sistemi affinché la guarigione non sia più un sogno ma sia una realtà. Io non voglio generalizzare, però troppo spesso, ascoltando familiari e utenti, emerge da parte degli operatori il pensiero che se una persona si ammala resterà ammalata per tutta la vita...e così il sogno svanisce. I dati che ci fornisce l'O.M.S. sulle guarigioni nel mondo occidentale non sono per niente confortanti: nonostante i nuovi farmaci, la percentuale di guarigione oggi è del 33%, come era nel 1938, nel '58, nel '78, nel '98; in Nigeria e in India la percentuale di guarigione si aggira intorno all'86, 87%. Comunque in tanti Stati che ho avuto la fortuna di girare, come in Costa d'Avorio e altri posti dell'Africa, come così in Albania queste persone sono incatenate addirittura. Allora alla luce di questi dati emerge chiara una cosa: se dal 1938 ad oggi, nonostante i nuovi farmaci, la chiusura dei manicomi ritenuti giustamente luoghi di

non cura e di solitudine per chi era costretto a viverci, la percentuale di guarigione è ferma al 33%, forse c'è qualcosa da ripensare nei sistemi di cura di queste persone. Io ritengo che tutti dobbiamo fare una riflessione su questa situazione e credo che ci sia veramente bisogno di rifondare la cultura e le pratiche della psichiatria di comunità, dato che emerge con chiarezza la mancanza di risultati accettabili e una scarsa soddisfazione dei percorsi di cura da parte degli utenti e dei loro familiari. La domanda che pongo, e che può essere considerata provocatoria, è questa: sapendo che i soli farmaci non sono sufficienti alla cura e al recupero, i DSM, nella loro attuale organizzazione e funzione, con il suo centralismo tecnico, sono davvero servizi di psichiatria e di comunità all'altezza di curare? E' un modello coerente sotto il profilo scientifico? Mettono veramente al centro la persona che soffre partendo dal rapporto di condivisione dei loro problemi? Sono veramente un luogo dove si incontra l'uomo e la sua sofferenza? Poi, considerare a priori da parte della maggioranza degli operatori che questa è una malattia cronica e la scarsa visibilità sul territorio della psichiatria di comunità, è evidente che non facilita né il superamento dello stigma né il pregiudizio, poi sotto il profilo della cultura diffusa con i fenomeni sociali legati a questo tipo di malattia che spesso sono di alto impatto emotivo, spesso fa nascere la voglia di riaprire le strutture manicomiali, in quanto sono considerate dall'immaginario collettivo, molto più rassicuranti. Io non metto in discussione il D.S.M., ma metto in discussione l'attuazione del loro modo di organizzare percorsi di cura. I dati di guarigione della Nigeria e dell'India mi hanno incuriosito e mi sono informato dagli amici nigeriani su questa storia, e cosa ho scoperto? Non sono i santoni che curano queste persone, infatti anche loro usano farmaci, però è tutta la comunità che si prende carico di questi malati, che non vengono emarginati, non vengono abbandonati e non vengono considerati diversi, ma sono stimolati all'inserimento sociale, facendo parte della vita di comunità e lavorando come persone normali. Tutto questo modo di lavorare, presumo, concorre ad avere i risultati di guarigione. La carta di Promozione della Salute dice: "tutto quanto mette in grado di esercitare un maggior controllo sulle determinanti della salute, sui propri comportamenti, sulla qualità delle proprie relazioni, la capacità di controllo aumenta se avviene contestualmente un processo di acquisizione delle conoscenze. Leggo questa breve enunciazione in questo modo: mettere in grado, responsabilizzazione, dare il permesso, empowerment. Quindi non fare le cose per gli altri ma fare le cose con gli altri. Inoltre, la sanità non deve essere considerata come un mercato e l'utente non deve essere relegato al semplice stato di consumatore. Voi sapete che esiste oggi una letteratura ritenuta da tutti valida, in psichiatria come del resto in tutta la medicina generale, che indica il luogo della cura e il coinvolgimento della famiglia nei percorsi di cura con il beneficio, e se si vogliono ottenere buoni risultati si devono mettere insieme progetti condivisi dal coinvolgimento della famiglia, inserimenti lavorativi, gruppi di auto-mutuo-aiuto, insomma adoperare tutte quelle buone pratiche che vengono spesso annunciate ma non applicate. Rimane di importanza primaria informare l'utente e la sua famiglia sugli effetti collaterali dei farmaci. Molto spesso le persone che si avvicinano e si rivolgono al D.S.M. sono arrabbiate per lo stigma e il

pregiudizio che li circonda. Io ritengo che per prima cosa un operatore dovrebbe far capire a coloro che si presentano che di fronte a loro c'è una persona che li sta ascoltando con umiltà e interesse, e se possibile anche con un sorriso. Capisco che gli operatori si trovino ad avere rapporti con gli stessi Carla, Carlo, Francesca ecc...e non è facile rapportarsi con loro ed i loro familiari, ma ritengo che l'essere disponibili e accoglienti fa parte della professionalità, ma ancor prima è richiesto dal senso civile umano. Vi ringrazio per avermi ascoltato e sono convinto che l'essere qui a discutere queste problematiche e a capire per poi migliorare, sia un sintomo di cambiamento, e il cambiamento può avvenire solo ascoltando quello che hanno da dire gli utenti, i familiari e i cittadini di tutte quelle associazioni che ruotano intorno alla problematica della salute mentale. Sono certo che tutti questi soggetti abbiano un sapere, in particolare i familiari, in quanto vivono in maniera diretta la situazione del disturbo mentale. Riconoscere il sapere di un'altra persona non fa parte del nostro sapere, anzi lo accresce e costituisce un fattore importante per poter migliorare i servizi, ma anche per non far perdere il sogno della guarigione. Grazie.

Associazione Auto-Aiuto Psichiatrico Familiari, Massa Carrara

Buona sera a tutti, io mi chiamo Giulio Barattini e sono il Presidente dell'Associazione Familiare di Massa e Carrara. Ho qualcosa da dire, così come tutti i familiari, per un problema da noi molto sentito e che ci crea molta sofferenza, più di quella che attualmente oggi abbiamo, assistendo i nostri cari nei loro percorsi di vita. Il problema che ci poniamo è cosa accadrà ai nostri figli quando noi non saremo più in grado di sostenerli, perché ormai vecchi o ancor più quando noi chiuderemo gli occhi? Come e dove vivranno? Chi si prenderà cura di loro? E quelli che lo faranno saranno in grado di seguirli, assisterli e aiutarli? Questo convegno ci dà l'opportunità di potervi coinvolgere ufficialmente e moralmente a lavorare insieme a noi per un programma e un progetto che garantisca i nostri cari nel Dopo di Noi. E' importante per prima cosa dichiarare che noi crediamo al servizio sociale sanitario pubblico e in primis a quello Toscano, in quanto attualmente le leggi in materia della salute mentale sono le più evolute e garanti dalla tutela del cittadino utente. Crediamo che solo il sistema pubblico sia in grado di garantire la maturità della protezione socio-sanitaria in una logica di solidarietà e che sia in grado di tutelare con efficienza le prestazioni socio-sanitarie. Come seconda cosa, che è anche l'oggetto di questo convegno, è importante che il modello di intervento integrato socio-sanitario per la tutela della salute mentale raggiunto nella Provincia di Massa e Carrara sia codificato con dei protocolli e linee guida ben precise tra tutte le Istituzioni pubbliche e il terzo settore no-profit, in modo tale che il cittadino - utente abbia delle risposte unitarie e condivise da tutti. Premesso questo, propongo al Presidente della Provincia che si faccia carico, unitamente al Presidente della Conferenza dei Sindaci Provinciale e alla Direzione Generale della Azienda USL di Massa e Carrara, al nostro Coordinamento Toscano, e all'Associazione di mutuo-aiuto psichiatrico, di costituire un nucleo tecnico di lavoro, affinché si

realizzi una società di mutua-solidarietà che gestisca il Dopo Di Noi in Salute Mentale. Gli obiettivi di questo gruppo di lavoro devono essere:

- la centralità della vita del cittadino utente;
- il mantenimento della garanzia e della presa in carico nei suoi contesti di vita socio-ambientale;
- i percorsi riabilitativi ed emancipativi protetti nei contesti di vita.

Ci auguriamo che da questo convegno venga una risposta precisa. Grazie a tutti.

Associazione Auto-Aiuto Psichiatrico Utenti, Massa Carrara

Mi scuso che non ci siamo potuti preparare in modo adeguato, ma abbiamo avuto pochissimo tempo e tanto lavoro per i nostri ragazzi. Cosa importante è che come tutte le Associazioni ci siamo anche noi e questo ci tengo a rimarcarlo, perché noi come Associazione di Auto-Aiuto siamo tra i promotori di molte iniziative a favore degli utenti psichiatrici, con tanti progetti per valorizzarli al meglio e per mettere in evidenza la loro dignità di persone, come risorse del nostro territorio e non come malati, ma come persone al 100%. Vorrei descrivervi il nostro gruppo di Auto-Aiuto di Massa Carrara. La nostra Associazione promuove attività socio-culturali, mirate all'inserimento e reinserimento degli utenti psichiatrici attraverso iniziative di rete ad alta integrazione, cioè in condivisione con programmi e progetti con la Regione Toscana, con la Provincia di Massa Carrara, l'Az. USL n. 1 e con tutte le amministrazioni comunali della Provincia. Scopo principale è tutelare i diritti delle persone affette da disturbi mentali, in quanto negli anni trascorsi, la pressione politica e culturale delle istituzioni sociali, sanitarie e delle forze politiche locali sulle problematiche della salute mentale è stata sempre caratterizzata da un atteggiamento di tipo assistenzialistico, che ha dato origine alla cronicità dell'utenza e al depotenziamento sia della risorsa diversità e sia della professionalità impegnata in questo settore. Ancora quindi una cultura piena di pregiudizi. Con l'auto-aiuto siamo riusciti con i servizi ad avere una rete efficiente di collaborazione, in cui è importante la centralità del cittadino utente, delle sue caratteristiche psico-fisiche.

Gemma Del Carlo

Grazie. Adesso diamo la parola a Ugo Corrieri Psichiatra Azienda USL 9 di Grosseto, prego.

Ugo Corrieri, Psichiatra Azienda USL di Grosseto

Presentazione del Coordinamento Psichiatri Toscani

Buon pomeriggio a tutti. Ringrazio gli organizzatori di questo incontro, anche a nome di tutti i colleghi del Dipartimento. Vorrei dire che quello che stiamo facendo oggi mi sembra un incontro di voci differenti che si confrontano in maniera sia pacata sia anche alzando in modo umano la voce, mi sembra che sia un elemento molto importante che contribuisce in maniera essenziale per costruire insieme quella realtà complessa che ci porta a creare un percorso, molti percorsi per lavorare insieme all'obiettivo di implementare i percorsi di salute mentale. Questa situazione di polifonicità delle voci, per usare un termine di Annibale Fanali, che ci ha dato questo contributo e che ringrazio, credo che sia un elemento fondamentale del modello toscano di salute mentale che noi come Coordinamento degli psichiatri toscani sosteniamo. Il Coordinamento degli psichiatri toscani CPT per usare un acronimo afferma appunto questo modello toscano della salute mentale come modello originale. Si è costituito formalmente a Monteriggioni a Siena nell'incontro del 3 maggio di quest'anno ed esprime la partecipazione su una base paritaria a prescindere dai rispettivi ruoli degli psichiatri che operano nei servizi di salute mentale della Toscana. A questo scopo ha prodotto un documento unitario al quale hanno già aderito oltre 120 colleghi. I motivi della costituzione del coordinamento sono vari: innanzitutto brevemente segnalo sia da realtà sia nostre regionali che nazionali tendenze verso una regressione dei servizi di salute mentale per la comunità con rischi di una neoistituzionalizzazione, di una neo-manicomizzazione se vogliamo dire e di custodialismo sul territorio. Inoltre, che poi è l'altra faccia di questa medaglia, maggiori richieste ai servizi di salute mentale e di controllo sociale della devianza, di un ottica di psichiatrizzazione dei comportamenti sociali devianti e tentativi di delegare ai nostri servizi, a noi, compiti di pulizia psichiatrica. Inoltre un'ipotesi di percorsi separati di cura, annullando in questo modo l'unicità dell'equipe multidisciplinare, l'integrazione e la continuità dei percorsi di salute. Questo porterebbe a inaridire, a un'impotenza delle capacità terapeutiche dei servizi e a potenziare uno status di paziente rispetto a uno status di cittadino con una inevitabile induzione nei pazienti di situazioni di dipendenza, di vantaggi secondari, di tutta una serie di protezioni che conferma la loro situazione di diversi e fa perdere le capacità evolutive alle persone. I nostri scopi sono, di fronte a un'oggettiva diminuzione di risorse, sappiamo tutti che i soldi sono sempre di meno, e ai conseguenti tentativi di semplificazione che spesso si fanno di buona fede, ma spesso di buona intenzione è lastricata la strada dell'infermo, come tutti sappiamo, noi vogliamo fornire una risposta di qualità che è basata su ciò che di meglio abbiamo fatto in questi 27 anni dalla legge 180 ad oggi nei servizi toscani. Volgiamo anche replicare le accuse di frammentazione o addirittura di inefficacia, giuste forse, che ci sono state talora rivolteci, senza neanche il forse, giuste diciamo,

dimostrando che realmente esiste un pensiero e una prassi di grande valore e che siano capaci di coagulare varie realtà, varie tecniche, varie tendenze differenti tra loro. Siamo consapevoli che il nostro modello, il modello toscano di Salute Mentale, non è pienamente applicato in tutte le realtà della Regione Toscana, in tutti i servizi. Vogliamo dimostrare che l'applicazione piena concreta di questo modello è concretamente possibile. Si tratta di un modello originale, moderno e ricco di capacità formative e terapeutiche. A questo scopo siamo disposti e stiamo iniziando un lavoro di autocritica e di autoverifica, abbiamo in progetto concretamente questo lavoro, mettendo in discussione ciò che esiste, come siamo adesso e i suoi numerosissimi punti critici. Vogliamo inoltre interloquire con i vari soggetti politici, della realtà sociale, specialmente adesso con le Società della salute. E vogliamo promuovere un Servizio Sanitario regionale e nazionale, sperando che non venga smembrato, lavorando e lottando per questo, che accorpi e integri i percorsi di salute delle cittadinanze. E vediamo gli elementi essenziali del modello toscano di Salute Mentale a nostro giudizio e che proponiamo a tutti:

- La dimensione comunitaria dei servizi che sono rivolti a ogni patologia e ogni fascia di età, con lo scopo di promuovere la salute in tutta il territorio, in tutta la cittadina di riferimento
- La centralità della prevenzione con un modello di riferimento complesso, bio-psico-sociale che permette un intervento integrato e appunto complesso quindi con capacità reale di promuovere il cambiamento
- Una centralità di una relazione terapeutica, sia mentendone la continuità, sia centrando sulla relazione terapeutica il nostro intervento, centrandolo sull'interfaccia. E' lì la nostra competenza e la nostra responsabilità, evitando da una parte di essere sostituivi nei confronti dei pazienti, di decidere al loro posto, in questa maniera se giochiamo la partita al posto dei pazienti, loro dicono, prego, si accomodi dottore, infermieri, mi faccio da parte, e allora loro diventano degli inetti e noi degli impotenti e non possiamo più far nulla. Dall'altra dobbiamo evitare di essere autoreferenziali, di autocostruirci quanto vogliamo, perdendo le fondamentali retroazioni che ci vengono dai pazienti. Siamo una fase di parità, come hanno detto poco fa.
- Una continuità antropologico-culturale. Io chiedo scusa se uso paroloni, volevo usare parole più semplici, però abbiamo fatto di fretta. Significa un'unica equipe multiprofessionale, con vari livelli di assistenza, il centro di salute mentale, gli S.P.D.C., le strutture residenziali e semi-residenziali, i luoghi formali e informali della comunità, radicati nella specificità di ogni territorio, di ogni comunità di riferimento e non a percorsi frammentati.
- La flessibilità conoscitiva, il modello della complessità che come sapete ha teorizzato Edgar Morin da più di 10 anni e che nel contatto concreto, operativo con la realtà permette di comprendere assieme teorie, modelli, visioni che solo apparentemente possono sembrare, se non ci spostiamo di livello, inconciliabili tra loro realizzando in questo modo sintesi che

necessariamente sono sempre incomplete, e continuante in sviluppo; prima sentivo di istituzionalizzare il cambiamento, in tal modo rendendo possibile un approccio reale, molto più realistico ed efficace delle modalità semplificanti di conoscenza che mutilano le realtà e i fenomeni di cui rendono conto.

- Da qui ne consegue la necessità di una formazione sì continua, ma polifonica degli operatori. basata sulla multidisciplinarietà, sulla ricchezza, sulla multidimensionalità delle conoscenze e delle tecniche ma che sia adatta da aggiornare ogni volta in ciò che accade, nella specificità del contesto e delle specifiche relazioni.
- Quindi, promuovere l'autonomia delle persone, l'empowerment, come va di moda dire, ma è una cosa molto concreta, promuovere il ritorno del paziente alla comunità alla fine del tunnel, come dicevano prima in quel Convegno di Lucca del 2003, presentando quella slide, evitando cioè di accettare di accettare la delega, evitando di accettare pratiche custodialistiche, in un lavoro sempre integrato con le varie istanze sociali, evitando pratiche di custodialismo e di accadimento cronico spesso mascherate da slogan ideologici che altro non possono sottendere se non l'incapacità a promuovere il cambiamento, il miglioramento, lo sviluppo di autonomie, le abilità nelle persone e nelle famiglie. Questo attraverso un lavoro su di sé che è fondamentale, c'è un motivo per cui noi ci occupiamo di salute mentale, ognuno ha la sua risposta, e dobbiamo lavorarci, ognuno con sé, e anche in gruppo, a vari livelli. Promuovere la formazione multidisciplinare e il benessere degli operatori nei servizi, se in un servizio si sta male, non si può curare nessuno, permettere quindi agli operatori di sviluppare capacità terapeutiche, cioè capacità di agire per sviluppare negli altri capacità di prevenire il disagio e superarlo, di promuovere il recupero del benessere nei pazienti, nelle famiglie, nei gruppi sociali e il loro ripartire da situazioni che si sono bloccate. Quindi provocare il miglioramento e perché no, anche guarigione.
- La dimensione temporale del percorso è fondamentale cioè la concezione dei progetti, dal Piano terapeutico individuale fino al Piano integrato di salute come processi che vanno incontro a progressive verifiche e ridefinizioni.
- Tutto questo in base a una concezione evolutiva del disturbo mentale e quindi occorre che la formazione e le caratteristiche personali degli operatori in salute mentale rendano possibile questa concezione evolutiva, al di fuori della quale si condanna alla cronicizzazione e al custodialismo, con danni irreparabili per persone e collettività.

Concludendo, il modello toscano della salute mentale rende possibile proprio questi fondamentali processi evolutivi, grazie alla garanzia della continuità terapeutica già nella dimensione organizzativa. Gli indicatori di buona qualità, basso indice di T.S.O., di revolving doors, si entra e si esce dall'ospedale, di ricoveri, di eventi sentinella, atti violenti e quant'altro, alti indici di rotazione nei centri residenziali, di reinserimento lavorativo e sociale, di qualità percepita dai vari attori, spostamento delle risorse dalla gestione della cronicità e della acuzie,

alla gestione della prevenzione e alla promozione della salute. Tutti questi indicatori si riscontrano puntualmente quando il modello toscano viene puntualmente applicato. Quindi riteniamo indispensabile diffondere questa consapevolezza, e la sua discussione tra tutti, allo scopo di tutelarla, migliorarla, e garantire la sua applicazione piena nella Toscana, per la promozione della salute del cittadino e della comunità.

Grazie per l'attenzione.

Gemma Del Carlo

Diamo la parola al Dott. Vito D'Anza, Presidente della Consulta Regionale Salute Mentale.

Vito D'Anza, Presidente Consulta Regionale Salute Mentale

Il Progetto Individuale in Salute Mentale e il Piano Integrato di Salute

Io dovrei svolgere in un quarto d'ora questo tema che mi è stato assegnato, quindi non l'ho scelto. Cercherò diligentemente di svolgerlo nel modo migliore possibile. Il titolo dell'intervento è Progetto terapeutico e Piani Integrati di Salute. Strutturerò l'intervento su alcuni passaggi: progetto terapeutico individuale e strategie del servizio o di servizio; pratiche del diritto di cittadinanza e dei diritti in generale; un passaggio da un sistema di rette a un sistema di budget di cura individuale, toccando un altro aspetto che è quello della formazione degli operatori. Ogni volta che ho sentito la Sig.ra Gemma Del Carlo negli ultimi tempi, ma credo tutte le Associazioni dei familiari, battono sempre su questo tema del progetto terapeutico individuale. Il Piano Sanitario parla di Progetto regionale, di Progetto Sanitario individuale, è una parola che è diffusissima e come tutte le parole quando diventano troppo diffuse, troppo citate, poi alla fine si svuotano, non sono poi alla fine fattuali. Con questo intendo che dal mio punto di vista il progetto terapeutico individualizzato è il progetto di Salute Mentale del servizio; è il progetto di Salute Mentale di una Società della Salute, di una comunità locale. In assenza di tutto questo, cioè di progetti, di servizi della comunità locale, della Società della Salute laddove esiste, diventa un puro esercizio terapeutico e dire progetto terapeutico significa dire niente. Lo stesso termine progetto è un termine che ci rinvia una sorta di pre-vedere, il termine stesso pro-gettare, gettare in avanti, significa che è un termine che è nato con la tecnica, a partire dalla modernità. In realtà, nel nostro lavoro, dire progetto significa mettere in subordine tutto quello che invece riguarda il contesto, le basi, i fondamenti su cui questo progetto deve svilupparsi. Allora, mi spiego meglio. Che cosa significa dire costruzione di un progetto terapeutico individuale in un servizio che ha delle scelte, che cosa significa creare e sviluppare un progetto terapeutico in un servizio dove si legano i pazienti. Ad Arezzo ho sentito due e tre giorni fa lo stesso Dott. Paolo Martini citava questa cosa come una delle questioni madri, che non si può sorvolare, è una questione rispetto a cui non si può far finta di niente e da cui bisognerebbe sempre partire, perché questo tema della contenzione è una questione irrisolta e non può essere sospesa, non può essere messa tra parentesi. Laddove si legano i pazienti non si può pensare che si costruiscano buoni progetti terapeutici. Questo è un discorso che credo sia abbastanza fuori discussione; del resto sono qua a rappresentare la consulta. Quando i dati progrest non erano ancora all'orizzonte e parlo del 2003 la consulta su questo tema ha fatto e ha sviluppato una discussione a livello regionale che credo molti dei presenti ricorderanno. Quindi che cosa significa contenere, legare un paziente su un letto durante una crisi o non legarlo. Non legare significa cambiare radicalmente i rapporti degli operatori con le persone, il rapporto tra gli operatori basti pensare ai medici agli infermieri all'interno di diagnosi e cura. La non contenzione costringe

inesorabilmente a riflettere e ad agire e strutturare i rapporti in una maniera completamente diversa. Non è il problema soltanto di ordine etico e dell'antiterapeuticità, ma va a modificare l'assetto stesso di un equipe, di un gruppo di lavoro, di un'unità funzionale. Che cosa significa costruire un progetto terapeutico se l'idea chiave ad esempio della residenzialità va in una certa direzione, cioè della direzione di costruire una serie di strutture comunitarie, a diversi titoli di gradazione. E non si pensa invece a costruire soluzioni più piccole, e ovviamente questo è diversificato in Toscana, esistono entrambe, che significa case con due persone, che vengono inseriti al lavoro con un altro progetto e con tutta una serie di questioni intorno che sono le pratiche, il paradigma di un servizio, il modo di lavorare, lo stile di un servizio. Il progetto terapeutico non è una cosa a sé stante, non è una tecnica costruire un progetto terapeutico. Ma scaturisce da quelle che sono le scelte e le volontà del servizio innanzitutto, ma di quelle che sono le scelte di volontà, i rapporti all'interno di una comunità locale. Cito solo che in Val di Nievole noi abbiamo come servizio, quindi questo è una cosa che cita come esempio, abbiamo un diagnosi e cura aperto 24 ore su 24, si sono legati in questo anno 0 pazienti, abbiamo ridotto il numero dei posti letti di 2 unità, abbiamo mandato pazienti della Val di Nievole fuori per ricoveri per SPDC 0, abbiamo ospitato a fronte 27 o 30 pazienti da altre Az. USL. Questa è una cosa che fra 10 giorni discuteremo insieme alla Conferenza dei Sindaci. Aprire alle porte di diagnosi e cura ha comportato con i sindacati una serie di problemi che sono stati affrontati e discussi. Quando poi parliamo di una comunità locale, e parliamo di quello che c'è sul territorio, parliamo di tutta una serie di pezzetti che vanno messi insieme su cui ci si confronta e si elaborano le cose. Questo rimando è ai Piani integrati di salute, comunità locale, Piani integrati di salute, pratiche integrate di salute, perché il punto resta sempre quello delle pratiche. I progetti terapeutici si costruiscono con le pratiche e lo fanno i servizi con i pazienti, ma se non c'è progettazione in termini organizzativi e finanziamento all'interno di un Programma integrato di salute dove non si prevedono percorsi assistenziali dove non si prevedono risorse e quello che serve per la realizzazione di questi percorsi. Piani Integrati di Salute, Società della Salute laddove esistono significano proprio questo. Noi come consulta sulla Società della Salute abbiamo detto che è un'opportunità, non siamo certi, come d'altra parte credo che non sia certa neanche la Regione, perché è in fase sperimentale, a fase sperimentale conclusa tireremo le somme e vedremo, però riteniamo che sia un'opportunità, perché pensiamo semplicemente ad esempio al discorso della cooperazione di tipo B rispetto al lavoro, se non c'è la comunità locale con i Comuni e con gli enti locali in prima linea, con l'amministrazione provinciale, con le associazioni in genere, non c'è possibilità di sviluppo, di crescita, di un discorso cooperativo di tipo B, che dal nostro punto di vista resta un punto centrale, uno dei due elementi centrali per un progetto che significa percorsi assistenziali di tipo riabilitativo sull'asse lavoro, per dirla in termini di progetto terapeutico. Quindi, quando noi diciamo progetto terapeutico credo che dovremmo riferirci soprattutto alle pratiche, al progetto terapeutico a Siena, a Livorno, a Lucca, in Val di Nievole, molto di questa costruzione dipenderà da come i servizi

hanno impostato le loro pratiche, perché il discorso ritorna sempre ed esclusivamente sulle pratiche. Non ci sono costrutti o ingegnerie architettoniche istituzionali che ci diranno come costruire un progetto in termini tecnici; significa andare a valutare tutto il discorso su un piano di buone pratiche. Stamattina, ho sentito due interventi, uno inerente alla formazione. Voi pensate che un discorso di pratiche, di articolazione di un servizio, di presupposti, perché ecco il progetto mette l'accento sul prevedere ma il presupposto, quello che è necessario per la realizzazione del progetto, lo mette in ombra. Uno dei presupposti per esempio è la formazione, come un servizio fa formazione, ma in questo caso come anche in Regione Toscana fa formazione. Stamattina ho sentito anche l'intervento del Professor Cassano, non ho condiviso, il Dottor Cassano ha fatto il suo pezzo ovviamente, non è che poteva fare un'altra cosa, sono le sue condizioni, io non so come andrà questo protocollo da firmare ancora con Pisa, con il territorio, con la Società della Salute di Pisa, però se noi stiamo a oggi, alla fotografia dell'esistente, pensate è arrivato al servizio un corso master per infermieri psichiatrici fatto dall'Università di Pisa. Ma noi ci rendiamo conto che per anni abbiamo appaltato in Italia ma anche in Toscana, a parte la parentesi di Firenze che è un discorso un po' a parte, la formazione degli operatori alla clinica universitaria, dove a distanza di 10 anni, con il tramonto delle neuroscienze, assistiamo a promesse non mantenute, promesse facili fatte dai neuroscienziati che non sono state mantenute, per cui oggi, a cominciare dagli psichiatri, a finire a tutti gli altri operatori, perché la formazione universitaria ormai coinvolge tutte le figure, assistenti sociali, infermieri, educatori, si ritrovano oggi stringendo il pugno con della sabbia in mano con questa illusione neuroscinetifica, pensando che potesse risolvere tutti i problemi. Sono operatori che quando vengono a lavorare nei servizi sono disorientati, perché nell'università, e questo è un problema italiano, però diceva stamani il Dott. Martini una frase che mi ha colpito e che mi sono appuntato, si possono fare delle cose oltre le leggi, non contro le leggi. Significa che l'elettroshock è una legge, la contenzione non è vietata dalla legge, si possono fare delle cose per fini di leggi, e quindi non fare l'elettroshock e non legare le persone, ma all'università non si fa. Quando una persona esce dall'università, ha studiato là e ha visto e ha fatto la sua pratica per 4 anni vedendo legare i pazienti, qualcuno mi spiega perché andando a lavorare in un servizio non dovrebbe farlo, se questa è la formazione? Quindi concludo, parliamo di progetto terapeutico individuale, ma badiamo a che cosa succede nei servizi, quali sono le pratiche dei servizi e quali sono gli strumenti che quel servizio si è dato, perché le risorse sono quelle che sono, se investiamo un servizio, su un progetto lavoro, su sviluppo cooperativo oppure sul progetto casa in alternativa alla residenza, sono risorse che vanno in una certa direzione, quindi uscirà un progetto di un certo tipo. E' strettamente connaturato e legato a quelle che sono pratiche di servizi, stili di lavoro dei servizi. Un'ultima cosa, c'è una vicenda su cui credo che vada fatta chiarezza. E' la vicenda di Siena, dove c'è una situazione molto traballante, difficile. Credo che le notizie che abbiamo è che fu fatto un progetto due anni fa da noi come consulta di 20 cartelle, me lo ricordo ancora, condivisibile, ora a Siena pare che ci sia un grosso cambiamento, o ci potrebbe essere, o

ci dovrebbe essere. Io credo che su Siena si dovrebbe fare semplicemente chiarezza; non è che vogliamo dire niente di più, perché quel progetto non è andato avanti, ci sono responsabilità, ostacoli, impedimenti da parte di chi, però crediamo che Siena sia una cosa emblematica in questa Regione, però credo che la chiarezza sulla vicenda sia d'obbligo. Vi ringrazio.

Gemma Del Carlo

Io ringrazio per le cose che hai detto, però non condivido il discorso sul progetto, perché il progetto permette di attivare poi le potenziali risorse, e il progetto non c'è e quindi gli interventi vengono realizzati con le risorse già a disposizione. Quindi è un progetto che non riabilita, o almeno riabilita solo in parte.

Vito D'Anza

Se ci sono le condizioni si costruisce un progetto..

Gemma Del Carlo

Le condizioni le costruiamo se progettiamo, se proponiamo, perché se ci si adatta con quello che abbiamo siamo allo stesso punto di partenza. Io su questo non transigo.

Vito D'Anza

Se mi concedi dieci secondi rispondo a te e a Sig. Tommaso Mazzei, che prima mi ha sollecitato. Le indicazioni circa la priorità della Salute Mentale in tutto il mondo, vendo date dall'O.M.S., ma se noi guardiamo a Firenze vediamo come il problema della Salute Mentale non è prioritario per il Comune, in quanto ha fatto l'elenco degli anziani, dei tossicodipendenti ma non c'è la salute mentale tra le priorità della Società della Salute di Firenze. Se noi non ragioniamo di questo, mi dici il progetto terapeutico che senso ha e come si costruisce e con quali strumenti?

Gemma Del Carlo

Questo punto va chiarito bene, perché altrimenti ci adattiamo con quello che abbiamo, e non è quello che vogliamo.

Giuseppe Corlito, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Grosseto

Sperimentazione di un servizio di collaborazione stabile tra i medici di medicina generale e il Dipartimento di Salute Mentale

Quello che io dirò cercando di stare in termini rapidi è una applicazione che il Dott. Ugo Corrieri ha chiamato il modello toscano. Penso che esista un modello toscano per la Salute Mentale che faccia riferimento a quanto delineato stamattina dal Dott. Paolo Martini e che faccia riferimento a un modello a rete dei servizi, che poi sta in linea con quanto dice l'O.M.S. Questo che illustrerò, che è un'esperienza modesta di psichiatria di legame, tra medicina di medicina generale e Dipartimenti di Salute mentale, è un sviluppo del modello toscano che tende ad andare a servire una parte della popolazione che storicamente non è servita. Perché è necessario questo? Partiamo da un dato fondamentale e dai Piani Integrati di Salute, cioè l'ascolto epidemiologico dei bisogni. Per fare un piano bisogna tracciare, come dicono giustamente le linee guida per l'attivazione dei Piani integrati di salute, il profilo di salute della comunità, quindi i bisogni. Allora, guardiamo dal punto di vista epidemiologico come stanno le cose. Se questa è la comunità sociale in cui andiamo ad agire, noi abbiamo indagini di popolazione che ci dicono che abbiamo dal 20 al 30% di bisogni di salute mentale, circa $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$ della popolazione soffre di un qualche problema emotivo, dall'insonnia fino alla schizofrenia. Almeno il 22% sta in carico alla medicina generale. Storicamente i Dipartimenti di salute mentale ne seguono l'1,5%, questi sono i dati della letteratura internazionale e dei registri italiani dei casi degni anni '80. Esiste un'altra quota parte che abbiamo servito negli ultimi 7-8 anni che rappresenta 1,5% della popolazione. Complessivamente attualmente i Dipartimenti di questa Regione servono una popolazione che sta intorno al 3% complessivamente. Quindi questo 1,5% che si aggiunge ora è una zona intermedia tra la medicina generale e noi. Noi credo che possiamo sviluppare servizi di salute mentale che sono in grado di coprire tutto il 22% che seguono i medici di medicina generale, non ci sarà mai nessuna società così opulenta da permettersi servizi psichiatrici, psicologi in grado di coprire il 30% della popolazione. Io dico questo, non perché sono aziendalista, anzi tutt'altro. Se su 1000 persone, 300 persone hanno un problema di salute mentale, altri 300 sono gli operatori che devono seguirli, secondo il sistema duale medico - tradizionale, gli altri 400 che rimangono tocca sgobbare per mantenere gli altri 600. nessuna società può permettersi economicamente questo. E' un dato che ci dice quanti pazienti vengono seguiti in alcuni Dipartimenti, quelli che riescono a produrre i dati raggruppati per diagnosi, in Toscana, l'USL di Livorno, di Arezzo, di Grosseto, di Firenze. La colonnina arancione sono i cosiddetti disturbi emotivi comuni, cioè i disturbi d'ansia e disturbi depressivo-non psicotici. A differenza di quello che succedeva negli anni '80-'90, attualmente la prevalenza trattata dei disturbi emotivi comuni è in aumento, è la colonnina arancione. Credo che

più di questo con le risorse a disposizione i Dipartimenti non possono fare, cioè noi con le risorse del personale, che sono ridotte rispetto al '79, soprattutto per quanto riguarda psicologi e infermieri, seguiamo il doppio della popolazione che seguiva all'inizio della applicazione della Legge 180. Questi sono i dati del Dipartimento che io mi trovo a dirigere da quasi 10 anni. Vedete che nella zona centrale le colonnine più lunghe, è un dato a 3 anni, sono rappresentati da disturbi d'ansia e da disturbi depressivi- non psicotici. Vuol dire che su 5500 utenti che erano seguiti in una popolazione adulta di quasi 200.000 persone in un anno, la metà sono rappresentati da questo tipo di persone, che storicamente non avevano risposta nel servizio pubblico. Credo che nella mia esperienza più in là di questo non si può andare. Questo si collega a un altro dato, questa è una diapositiva prodotta dall'Agenzia Sanitaria regionale, che ha fatto il giro della Toscana e dell'Italia, su cui anche l'Assessore Rossi ha detto alcune cose, la metà del numero di pezzi di farmaci prescritti è al 49% rappresentato da antidepressivi, e la spesa che si eroga per questo tipo di presidio è in costante aumento. Questo non vuol dire però che le cose vanno bene, oggi avete sentito anche il Prof. Cassano che passa per essere uno che è per la psichiatria biologica a differenza di me che penso che l'unica psichiatria sia quella sociale, però si dialoga anche con il Prof. Cassano, dice che l'intervento farmacologico non è sufficiente. Se voi andate a vedere non è detto nemmeno che questa enorme prescrizione di depressivi sia ben fatta., ad esempio, qui ho evidenziato in rosso quello che cade a Grosseto, negli anni 2002-2203, 24.000 quasi 25.000 persone hanno avuto una prescrizione prevalentemente dai medicina di medicina generale di un antidepressivo. Ne sono stati prescritti cinque pezzi pro-capite. Questa non è una prescrizione appropriata, perché con cinque pezzi di antidepressivo non fa una cura per la depressione. Allora si consumano delle risorse ingenti che non raggiungono l'obiettivo. Alla Conferenza dei servizi di Grosseto del 26 giugno 2004 dicevo che bisognava ripensare l'intervento sui disturbi emotivi comuni. Avevo storicamente pensato a centri super specializzati per la depressione, per l'ansia, per i DCA. Questi centri hanno drenato utenti alla medicina generale, cioè hanno gonfiato l'utenza del Dipartimento fino al 3% ma non hanno ottimizzato le prescrizioni e la spesa farmaceutica, quindi non hanno raggiunto il loro obiettivo. In questo senso ho pensato alla necessità di istituire un servizio di consulenza rapido del Dipartimento di Salute Mentale, per i medici di medicina generale, di primo livello, cioè sette giorni di lista d'attesa, rapida risposta, presa in carico solo quando necessario, ottimizzazione della prescrizione, trattamento non solo farmacologico. Mi illudevo perché mi dicevo si parte a settembre, in realtà la cosa ve la farò vedere è molto più lunga. Qual è la storia. Nel dicembre 2003 si tiene a Grosseto un seminario fatto dal Professor Fabrizio Ascoli, che era professore al D.S.M. di Bologna e che ha avviato in Italia questa idea della psichiatria di legame a favore dei medici di medicina generale. Nel gennaio 2004 fino ad aprile 2004, la direzione aziendale autorizzò un gruppo di lavoro misto tra Dipartimento di Salute Mentale, i vari responsabili di zona, i medici di medicina generale delle sigle sindacali più rappresentative di lavorare a un documento che fu varato con l'idea di costituire questo servizio di

consulenza rapida. La Regione Toscana colse questa occasione, presentò il progetto al Ministero della Salute e ottenne un finanziamento, in sinergia con un altro progetto di natura preventiva, che era un intervento per la prevenzione del disagio nelle scuole che si chiamava Progetto Aziendale Adolescenza. La sinergia purtroppo è finita, perché la stessa Direzione Aziendale che ha autorizzato il progetto, nel giugno dello stesso anno, chiuse il progetto aziendale. Dopo lunga e faticosa malattia, il Direttore Generale deliberò l'istituzione del servizio di cui parlo stasera nell'ottobre 2005. Vengono tenuti sulla base di quella delibera incontri di formazione con tutti i medici di medicina generale della Provincia di Grosseto. Vengono concordate linee guida sul trattamento della depressione nella medicina generale, di cui sono debitore a Mario Serrano ce è quello che ci ha lavorato di più su questa cosa, io l'ho solo riadattate alla realtà locale, e finalmente il distretto della zona 4, in cui sono direttamente responsabile, che è quella di Grosseto e dei Comuni dell'interland, 100.000 abitanti, trovo i locali per questa attività nel giugno 2005. Il direttore del Distretto disse "certo otto mesi per trovare una stanza è davvero un grosso periodo". Noi avevamo fatto una scelta di fare questo servizio fuori dai canali abituali della salute mentale, cioè un servizio collegato alla salute mentale, ma in un ambiente che non fosse di un distretto, che non fosse direttamente psichiatrizzato. Il servizio della zona 4 apre i battenti il 28 giugno 2005. E' discussione attualmente se si apriranno gli altri tre servizi previsti nelle zone periferiche, Amiata, Orbetello e colline dell'Albegna e colline metallifere, Massa Marittima e Follonica. Ritengo che questo progetto e l'istituzione di questo servizi sia la risposta a una domanda che occorre porsi che è strettamente connessa ai Piani integrati di salute, all'istituire delle Società della Salute, e quello che secondo noi dovrebbe essere il cuore della Società della Salute che è l'unità delle cure primarie, cioè a livello dell'impatto uno, alla prima richiesta, come dice l'OMS, ci dovrebbe essere un servizio che prende in carico le persone 24 ore su 24, sette giorni su sette. Quando si dice questo, l'abbiamo inventato alla salute mentale 24 ore su 24, sette giorni su sette. Cosa può fare il Dipartimento con tutte e tre le lettere maiuscole, perché ci vuole un Dipartimento per far questo. Può istituire questo servizio, di consulenza, a ognuno dei medici di medicina generale, con una linea particolarmente forte, con una rotellina interna che vuol dire i medici organizzati come gruppo, perché non si fanno unità delle cure primarie, se i medici di medicina generale non sono coinvolti in quanto gruppo perché nessun medico può garantire una copertura 24 ore su 24, sette giorni su sette da solo, a meno che non abbia il pronto soccorso da ospedale.

Ma a questo punto messo in mezzo l'ospedale non c'è il primo impatto, siamo già a un livello specialistico. Il servizio di consulenza ha alcune possibilità: fare la consulenza e restituire il paziente con la consulenza in tempo reale al medico che lo ha mandato, oppure attivare la consulenza psicologica, quindi aprire un canale diretto, medici medicina generale e psicologici, oppure l'altra cosa, che è il terzo livello del servizio attivare una formazione a cascata per i medici di medicina generale, cioè migliorare la capacità di ascolto dei medici di medicina generale, con una tecnica che si chiama gruppo alabanint, su cui non mi posso diffondere, che permette la

capacità di ascolto, la capacità di presa in carico, la capacità diagnostica e la capacità prescrittiva, cioè insegnando quello che diceva Balint, i medici prescrivono i farmaci, ma l'unico farmaco di cui manca la farmacopea è il medico, che invece ormai è il farmaco che funziona meglio di tutti, altrimenti il famoso effetto placebo non esisterebbe. Quali sono i primi dati, è una cosa modesta, ma può essere interessante. Noi ci aspettavamo di avere un impatto grosso, perché i medici ce lo chiedevano, secondo i dati di Asioli aspettavamo 40 persone al mese ogni 100.000 abitanti, ne abbiamo viste solo venti. E' vero che è nato durante l'estate, 40% uomini, 60% donne, perché le donne sono quelle che hanno più problemi di salute mentale, evidentemente in relazione alla loro collocazione nella società. La diagnosi per raggruppamenti diagnostici utilizzando per questo il sistema diagnostico il sistema che l'O.M.S. ha predisposto per la medicina generale, il 33% ha confermato l'antica diagnosi della medicina generale, cioè sindrome ansioso-depressiva, il 33% sono disturbi d'ansia, di cui c'era su 20, parlo del mese di ottobre, un disturbo ossessivo-compulsivo che è stato preso in carico, di questi 20 casi è l'unico che è passato al Dipartimento, gli altri sono stati tutti restituiti ai medici di medicina generale, il 16% rappresentava disturbi che nei Dipartimenti vediamo poco, cioè il disturbo di adattamento e del lutto complicato, 13% erano disturbi involutivi, di competenza neurologica, 5%, cioè un caso solo sui venti, aveva un problema con l'alcool. Quali sono le indicazioni terapeutiche date? Qui c'è un elemento interessante, anche se si tratta ovviamente di un campione molto modesto. A solo il 45% è stata prescritta o confermata una terapia farmacologica, il 13% delle sindromi involutive è stata inviata alla competenza della neurologia, il 42% ha avuto un counseling psicologico. Se questo dato fosse confermato in futuro, noi avremo una riduzione della prescrizione di farmaci almeno del 40% se andasse bene. Speriamo che sia questo. Quali sono le attuali criticità? Una è la mancata generalizzazione dell'esperienza delle zone periferiche della Az. USL 9, dovuto alla ridotta capacità dei D.S.M. di indirizzare i processi nei servizi periferici che attualmente vivono asfittici, lo dico malvolentieri perché in questo la mia attività come responsabile di Dipartimento è stata limitata, cioè mi è stato impedito di fare la programmazione periferica. C'è stato un ridotto afflusso dell'utenza rispetto al previsto, venti casi al mese contro i quaranta previsti, io ho messo qui con cinque punti interrogativi che forse abbiamo un problema per cui i medici di famiglia che non collaborano con questo servizio forse mandano a un canale privato, perché noi ci aspettavamo di essere invasi. Io avevo predisposto un medico che una volta alla settimana vedesse 10 casi in un pomeriggio, in una sessione ambulatoriale, facendo un protocollo di intesa in cui i medici mandavano un'anamnesi già dettagliata e dei quesiti precisi. In realtà, poi si è visto che ne sono arrivati solo la metà. Avevo anche predisposto anche un medico in panchina, così mi aveva suggerito il Dottor Asioli, non abbiamo mai dovuto utilizzarlo. Quali sono le possibili indicazioni per il futuro. Contattare individualmente i medici di medicina generale coinvolti, li abbiamo adesso contattati telefonicamente uno per uno, rivisitare le linee guida insieme ai medici di medicina generale, quelle che avevamo distribuito l'anno scorso, verificare l'appropriatezza nella

prescrizione degli antidepressivi, che era una delle cose che ci chiedeva di fare Fossati e che come si vede lo stiamo facendo, mettere in condizione il Dipartimento di salute mentale di esercitare una leadership vera in tutte le zone della ASL, anche in periferia, cioè di essere garante del Piano aziendale per la salute mentale, come indicato all'Atto di indirizzo della Giunta Regionale n. 596 del 16/06/2003 che ho avuto il piacere di vedere nella cartellina, perché io e alcuni altri benintenzionati ci abbiamo lavorato per circa 24 mesi per farlo approvare e quello è l'ultimo baluardo per la salute mentale, che poi è passato anche nel Piano, il Dott. Guidi lo cita sempre, è diventato un sostenitore di questo. Siccome nessuno la riconosce la paternità di questo atto di indirizzo, io mi onoro di essere uno dei padri, lo dico pubblicamente. Poi contribuire a tracciare il profilo di salute sulla base della rilevazione epidemiologica dei bisogni come primo passo per formulare i Piani Integrati di Salute, altrimenti diventano una sorta di assemblaggio di cose già fatte, se non si sa quali sono i bisogni a cui rispondere, non si fanno i Piani Integrati di Salute. Quindi prima il profilo e poi i Piani Integrati di Salute. Grazie

Gemma Del Carlo

Grazie davvero al Dott. Corlito. Ora passiamo a un'altra esperienza concreta, il counseling familiare, che è un progetto chiesto anche da noi familiari alla Regione Toscana, insieme all'Azienda USL di Lucca e che va incontro a quei pazienti che non collaborano. Il rischio è che le risorse siano limitate, e che un progetto previsto per dieci persone, venga poi istituito per quaranta persone. Noi familiari chiediamo che tale servizio venga potenziato maggiormente, perché produce risultati importanti. Diamo la parola al Dott. Marchi, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Azienda USL di Lucca.

Enrico Marchi, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Azienda USL di Lucca

Counseling domiciliare integrato

Buonasera a tutti, volevo ringraziare per questo invito la Sig.ra Gemma Del Carlo e tutte le associazioni, che ci hanno permesso di portare qui un'esperienza piccola ma piuttosto concreta che riguarda la nostra realtà locale; sebbene tale esperienza coinvolga una piccola porzione di utenza ci ha comunque portato a fare delle considerazioni significative sul tipo di intervento.

E' un lavoro di gruppo, non l'ho fatto io da solo, ma lo abbiamo svolto in più operatori; come aveva avvertito la Sig.ra Del Carlo, il progetto è nato da un'esigenza specifica che ci era stata segnalata dalle associazioni dei familiari che da diversi anni ci convocava e ci segnalava dei nominativi di familiari che stavano vivendo una situazione di estrema difficoltà.

Counseling domiciliare integrato, niente di eccezionale, può essere anche per qualcuno la scoperta dell'acqua calda, ma l'acqua calda se non è bollente fa molto bene, ironizzo un po' su questo, perché non abbiamo trovato una formula straordinaria, abbiamo soltanto messo insieme alcune risorse grazie anche a un aiuto della regione Toscana.

Il gruppo di lavoro viene costituito nel novembre 2003, su uno specifico finanziamento della Regione Toscana, con l'incarico di operare nella delicata realtà dell'assistenza a domicilio di pazienti con disturbi psichiatrici particolarmente gravi. Quindi orientata su un livello di attenzione a una patologia particolarmente impegnativa.

I motivi: alleggerire e sostenere il carico delle famiglie, supportare e integrare il lavoro delle équipes distrettuali., quindi fornire un valore aggiunto, per usare le parole della Sig.ra Gemma Del Carlo, che stamani definiva l'Associazione come un valore aggiunto, anche noi abbiamo cercato di trovare un valore aggiunto in questo gruppo di lavoro, proponendo una modalità di intervento che è innovativa nella misura in cui abbiamo preso alcune specificità del lavoro territoriale e le abbiamo amplificate, attivando nuovi interventi in situazioni di disagio dove sono risultati difficoltosi i tradizionali interventi domiciliari, per questo parlo in generale di intervento domiciliare, prevalentemente anche infermieristico.

Gli obiettivi erano quelli di agire sulle capacità residue dei pazienti, che sono stati definiti prima non collaboranti, per migliorare l'autonomia personale, agevolare le dinamiche relazionali del contesto familiare, riqualificare, cioè dare qualifica alla rete sociale che vive intorno a questo paziente, riattivare le capacità di relazionarsi con il contesto sociale d'appartenenza. Erano persone che da anni non uscivano di casa, o uscivano con difficoltà, addirittura spesso relegati in un'unica stanza, la loro camera.

Le modalità: l'approccio, il counseling, è di tipo educativo, non propriamente assistenziale, un approccio ad alta valenza emotiva, affettiva, direi quasi espressiva, un supporto psicologico, dato anche alle famiglie, in collaborazione con il servizio sociale della Az. USL e della rete dei servizi di salute mentale del territorio. Cosa non semplice all'inizio, perché questa piccola task force veniva vista quasi come un corpo estraneo da parte di alcuni operatori, ma con il tempo siamo riusciti ad integrarla. Il gruppo di lavoro è costituito da 5 operatori, di cui una Ilaria Massagli, educatrice professionale era direttamente della Az. USL, non era inserita nella Cooperativa SOECO che ringrazio per la collaborazione.

Il gruppo di lavoro prevede diverse qualifiche: tre educatori professionali due della Cooperativa, C. Pandolfi, R. Panigada, uno, I. Massagli della Az. USL, hanno il ruolo di riqualificare e facilitare le relazioni familiari e sociali dei pazienti ai quali è rivolto il progetto che presentano elementi di difficoltà di integrazione sociale e significativi comportamenti di isolamento. Il lavoro degli educatori si caratterizza attraverso la relazione empatica, quindi particolarmente intensa, che si instaura con il paziente e si muove nella direzione di favorire e stabilizzare processi di autonomia anche con il potenziamento della capacità residue al fine di mantenere nel tempo i risultati ottenuti. In sostanza, con molta calma, questi operatori spendevano del tempo andando a domicilio anche prolungando l'intervento per delle ore. Poi abbiamo un'assistente sociale S. Tarantino, impegnata nella ricostruzione della rete sociale dei pazienti, mediante inserimenti sociali e lavorativi volti sempre al miglioramento della persona. Offre altresì un supporto logistico negli adempimenti burocratici, sia in relazione alle esigenze del gruppo di lavoro, quindi le équipes territoriali, sia in risposta alle esigenze che emergono dai familiari degli utenti seguiti, rilevati anche a domicilio. Praticamente tutto avviene a domicilio, la stessa psicologa, A. Pisani, ha contribuito alla iniziale formazione del gruppo, circa queste tecniche di counseling e svolge un compito di coordinamento e sostegno metodologico, tanto è che ha contribuito molto al lavoro per questa presentazione. Essa stessa tiene colloqui di sostegno con i familiari, anche a domicilio, al fine di alleggerire il carico emotivo. Questo è l'intervento della psicologa nelle visite domiciliari, che è non dico una novità, ma è abbastanza nuovo come metodo.

Io come psichiatra, ideatore del progetto, ho accompagnato il gruppo in una costante formazione e supervisione. Il gruppo non è psichiatrizzato, soltanto ogni tanto ci riunivamo per fare la supervisione dei casi, cosa che avveniva secondo i circuiti di formazione di tutto il gruppo di lavoro dell'équipe sul territorio, cercando di riflettere sul miglioramento del lavoro.

I casi che abbiamo trattato sono nei casi delle gravi patologie psichiche, l'età è fra 25 e 45 anni, non c'era una connotazione forte di interventi sanitari prolungati e contenutivi, i comportamenti erano significativamente di isolamento socio-relazionale, e bassi livelli di autonomia personale. Dall'inizio del progetto a ora c'è stata un'evoluzione e un miglioramento delle relazioni con i familiari, dell'autonomia dei soggetti e tutti questi interventi hanno tenuto conto molto del contesto familiare e sociale, cioè la presa in carico è stata globale. Ha cercato di cogliere i bisogni delle persone e i segnali di difficoltà del disagio prevenendo ed evitando ricoveri o massicci interventi farmacologici. Questa linea di condotta che è stata legata al tanto nominato progetto individualizzato, che ovviamente prevedeva caso per caso nelle équipes territoriali dei percorsi e delle strategie, quindi un intervento mirato. Importante è ricordare la collaborazione con i distretti, per una concordanza operativa volta anche allo snellimento e alla fluidità degli interventi, a volte gli ingranaggi andavano oliati.

Quantitativamente abbiamo avuto 22 soggetti presi in carico, la percentuale maschile prevale, i territori sono stati questi, per quanto riguarda altri dati il monte ore settimanali educatore cooperativa, psichiatra, psicologa, assistente sociale, educatore USL, come vedete la torta è suddivisa e gran parte le hanno gli educatori della cooperativa che insieme all'educatore della Az. USL fornisce una grande fetta.

Abbiamo valutato la sintomatologia clinica attraverso il BPRS in una delle ultime versioni e vediamo cosa si rileva: una scala di valutazione abbastanza semplice che dà un punteggio, in cui 7 sta per gravità presente in maniera forte e assente a 1. Quindi maggiore è il punteggio, maggiore è la sintomatologia presentata. Abbiamo provato a valutare gli items e abbiamo visto globalmente una caduta dei punteggi rilevati durante l'inizio, metà del percorso fino ad oggi, quindi in questi mesi di valutazione. Nello specifico, abbiamo preso in particolare alcuni items, alcune sezioni che sono state significative: abbiamo avuto un calo notevole in tempi più brevi dell'ansia, un calo abbastanza consistente ma più lento della depressione, il rischio del suicidio si è abbassato come la trascuratezza di sé, l'appiattimento affettivo, l'isolamento emotivo e la mancanza di cooperazione. I dati presentati in questo grafico sono abbastanza oggettivi, la corte dei pazienti è piccola quindi è di facile utilizzo questa metodica. Il riferimento psico-sociale, la percentuale dei soggetti che sono riusciti a entrare in un range di autonomia maggiore e superare l'isolamento è l'86%, il gruppo b, una parte non ce l'ha fatta è rimasta un po' bloccata. Le attività intraprese sono state molteplici: il 23% dei pazienti ha frequentato i centri diurni territoriali, il 18% ha partecipato a laboratori all'interno dei centri diurni, il 18% ha partecipato ad attività terapeutiche, quali ad esempio l'ippoterapia oppure ad attività di arte terapia quali il teatro, il 18% ha intrapreso il percorso della borsa lavoro e una piccola parte, minore, perché è più difficile, ha intrapreso il percorso degli inserimenti lavorativi.

Criticità: ci sono state delle difficoltà, all'inizio l'integrazione con i servizi del centro di salute mentale, forse pensavamo che fosse più facile, ma poi è bastato moltiplicare un po' gli incontri,

perché gli operatori dicevano: “ma come questi da dove arrivano? in quattro e quattrotto fanno quello che noi non siamo riusciti a fare in tanti anni!”. Ma il rinnovare, il dare questo metodo che era legato anche a tempi di lavoro piuttosto amplificati ha significato molto, perché queste persone non erano messe in una condizione talmente frettolosa, come succede a volte, alcuni infermieri ci hanno confessato di passare con il rosso per arrivare prima a fare la visita, anche se non è urgente, ma per farne di più e riuscire ad arrivare a tutti.

Altra problematica è stato il turn over di alcuni operatori, ci sono state delle successioni, soprattutto nelle cooperative, l'interinalità, sono lavori che potrebbero essere a termine, quindi il gruppo nonostante abbia cercato di mantenere un buon assetto emotivo, e affettivo, ha avuto un po' di sbilanciamento. Parlando di sbilanciamento, il problema è includere nel bilancio storico aziendale questa spesa che ci dà un po' di difficoltà, però ci sono stati anche dei punti di forza: abbiamo incrementato l'offerta di intervento del servizio, abbiamo arricchito la rete di inclusione sociale, perché tutti questi operatori sono entrati nel circuito della rete formale e informale e quindi si sono adoperati per implementarla, la soddisfazione percepita è aumentata, sia negli operatori, ma più che altro nelle famiglie e negli utenti. Qui non abbiamo un dato di rilevazione però vi abbiamo portato i miglioramenti sul quadro clinico e si sono attivati i percorsi di ricerca sugli esiti e avete visto i risultati. Ci piace concludere con una riflessione che è quella legata al fatto che bisogna andare avanti, studiare le cose, pensarci sopra. Vi saluto e vi ringrazio.

Gemma Del Carlo

Un ringraziamento al Dott. Marchi. Adesso passiamo agli interventi dei facilitatori Angelo Russo e Luigi Marotta, rappresentanti Associazioni Aiuto-aiuto utenti Salute Mentale e poi verrà trasmesso un breve spot che presenterà la figura del facilitatore sociale.

Il facilitatore sociale e la rete regionale degli utenti

Angelo Russo, rappresentante Associazioni aiuto-aiuto utenti salute mentale

Essere Facilitatore Sociale

Cosa c'è di strano nell'avere una malattia di cui probabilmente non si scopriranno le cause prima di qualche secolo? Fondamentalmente è possibile. E' la condizione di malato mentale. Sembra che sia già accertato quello che hai, che sia sicuro quello che devi prendere, e soprattutto che si sappia quando starai definitivamente bene. Parlando di benessere l' O.M.S. organizzazione mondiale della sanità, dice che si è in salute quando coincidono tre aspetti principali, e cioè il benessere fisico, psichico e sociale. Sebbene appaiano così semplicemente menzionati, questi tre aspetti non sono così facilmente definibili. Vorrei dire solamente che c'è un'enorme difficoltà a trovare chiaramente un completo benessere in uno di questi tre aspetti, figuriamoci in tutti e tre. Mi presento sono Angelo Russo e sono in corso per diventare Facilitatore sociale. Devo ringraziare le Istituzioni che hanno finanziato il corso e l'associazione L'Alba di Pisa che lo ha fortemente voluto e supportato dall'inizio. Il corso è interessante e ho arricchito le mie conoscenze, dalla consapevolezza di non esser stati danneggiati organicamente alla convinzione di avere un valore aggiunto che è dato dalla nostra esperienza. Valore che potrò mettere a disposizione di altre persone, che saranno partecipi di una realtà che dovrebbe sempre permettere un reinserimento di minoranze come la nostra. E questo corso è stata una buona occasione per un reinserimento lavorativo di chi vi ha partecipato. Il mestiere del Facilitatore si riassume in poche pratiche ma di grande importanza. Ciò che ho imparato è il rispetto per il malato, l'attenzione verso i suoi bisogni e la prospettiva di una guarigione, rappresentata da noi stessi, ex-pazienti. Oggi sono molto contento del mio percorso perché con questo attestato potrò aiutare altre persone e sentirmi socialmente utile. Un'altra motivazione che mi spinge a concludere il corso è che saggiamente si dice che solo insegnando agli altri si impara veramente. Io non dovrò insegnare se non piccole cose, ma questo mi potrà aiutare ad appropriarmi definitivamente di principi importanti, quali l'autonomia, l'indipendenza e la civiltà. Perché è questo che rappresenta il raggiungimento di un obiettivo, la dedizione per il sociale che ci sta a cuore, il lavoro importante da compiere. I facilitatori stanno crescendo come realtà, e ciò vuol dire molto, per me, per i miei colleghi e penso per tutta la Regione Toscana.

Luigi Marotta, rappresentante Associazioni aiuto-aiuto utenti salute mentale

Facilitatore sociale – Parere personale

Nell'ambito sociale della salute mentale è cambiato qualcosa. Dopo la nascita di varie associazioni, del Coordinamento Toscano e della Rete Regionale, gli utenti e le famiglie stesse hanno incominciato a sentire il bisogno di una figura che completasse l'equipe di tutte le figure professionali presenti nell'ambito della salute mentale. Gli utenti ed i familiari stessi avevano bisogno di qualcuno che aiutasse a livello umano e sociale la persona con disagio psichico durante la loro "vita quotidiana".

Proprio così, durante la loro vita quotidiana, perché no? In fondo uno dei problemi che le persone utenti hanno è quello di svolgere da soli le cose di tutti i giorni ed anche le piccole passioni o hobby semplici da praticare. Ad esempio una delle difficoltà di queste persone è quella di uscire per andare a fare la spesa perché hanno paura di incombere in attacchi di panico, oppure non riescono ad andare a vedere una partita di calcio o a prendere un caffè al bar perché hanno paura di essere presi in giro, o addirittura non escono di casa perché tanto fuori non hanno nessuno con cui parlare fino a sentirsi escluse.

Nasce appunto, da questo bisogno, la figura del Facilitatore Sociale che in "punta di piedi" si avvicina al disagio psichico, fa conoscenza con lui, cerca di instaurarci un rapporto amicale per poi dopo preoccuparsi "di accompagnarlo per mano" dentro la società (spesso e volentieri molto ostica). Instaura in sostanza quel rapporto amicale di livello paritario che gli permette davvero a livello sociale, dove è possibile, di facilitare il disagio nelle cose di tutti i giorni.

Tutto questo è possibile perché il facilitatore è un utente riabilitato e può capire meglio sotto un altro punto di vista i problemi della persona che sta male.

Quest'anno a Pisa sta terminando il terzo corso di "Facilitatore Sociale per il disagio psichico", ed io sono uno dei 16 corsisti. Durante alcune lezioni teoriche in questo corso e ascoltando l'esperienza di due facilitatori sociali ho capito una cosa molto importante: la bellezza di questa professione è il ritorno del valore umano. Infatti il facilitatore riesce a far emergere quei valori della persona molto nascosti che un tempo venivano sottovalutati. Ho capito quindi che facilitare vuol dire valorizzare le risorse umane positive dell'utente. La caratteristica fondamentale che un facilitatore sociale deve avere è proprio questa.

Spero in un futuro che questa figura diventi professionale perché ce n'è davvero molto bisogno.

Gemma Del Carlo

Verrà proiettato uno spot che presenterà la figura del facilitatore sociale.

Gemma Del Carlo

Grazie per l'attenzione. Adesso c'è una variazione del programma, stamani abbiamo parlato tanto del sociale, ed è qui presente Gianni Salvadori, Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana e poiché ha un problema grave, il suo intervento verrà anticipato. Prego.

Gianni Salvadori, Assessore alle Politiche Sociali Regione Toscana

La Salute Mentale all'interno del modello di welfare toscano

Vorrei scusarmi, ma stasera mi è capitato un inconveniente, deve esser in tutti i modi a Figline Val D'Arno alle 18:15. La prima considerazione rispetto all'iniziativa: credo che questa iniziativa sia importante perché credo per la prima volta. Così mi è stato detto e non ho motivo di dubitarne, mette insieme associazioni, famiglie, servizi, Regione i due Assessorati che più direttamente sono coinvolti nell'affrontare questo problema in una azione sinergica tra di loro che spero non finisca qui. Io mia auguro questo come prima premessa, cioè che un'iniziativa come quella di oggi abbia un futuro operativo, cioè che con determinazione si decida di stare insieme per affrontare un problema così difficile e delicato per la sua dimensione. Io non sono un esperto di salute mentale. Qui ci sono tutte persone esperte di Salute Mentale, chi per un motivo drammatico perché lo vive direttamente, chi per un motivo diverso perché è chiamato a dare un contributo per risolvere il problema. Apro una parentesi, mi ha fatto estremamente piacere sentire i due ragazzi che sono intervenuti e vedere il video perché dà un segnale di speranza vera, cioè si può vincere la malattia e questo credo debba essere il segnale che va dato a tutti coloro che sono coinvolti da questo problema. E mi fa piacere che sia anche l'ultima frase, uscire si può, ma non da soli, ma non perché lo interpreto come il vaso pieno, perché in questo modo si riesce a costruire un sistema che permetta di non far sentire abbandonato chi ha un problema di questa gravità. Non essendo un esperto quindi, nell'approcciarmi, con il Dott. Galileo Guidi ci siamo sentiti, ho incontrato la Presidente dell'Associazione per un paio volte, e mi sono fatto un'idea nel mio approccio e cioè che questo tema che è delicatissimo, ho visto i dati e dal 1999 al 2003 per gli adulti è aumentato del 10%, per i giovani, e la cosa mi fa ancor più preoccupare, c'è un aumento superiore al 20% di coloro che hanno avuto almeno un contatto. Mi sembra che in questi dati non si vada ad affrontare quello che è nascosto del problema e che credo sia una delle dimensioni ancor più enormi. Quindi se numeri sono tali, ci portano a dire che affrontiamo un problema per più di 100.000 persone in Toscana. Un'idea me la sono fatta di questo problema, che è questa: sicuramente i farmaci aiutano ma non solo la soluzione della questione, quindi se c'è una cosa sulla quale come Regione Toscana dobbiamo impegnarci e far sì che in questo percorso di uscita e riduzione dei farmaci sia un percorso vero, praticato da tutti in Toscana. In questo senso, credo che sia utile la presenza del sociale, il nostro ruolo.

La prima riflessione che voglio fare su questo ruolo è legata a un aspetto: io non credo che il sociale si possa fare da solo, tanto meno affrontare il tema della salute mentale, per le cose che abbiamo detto un minuto fa, e cioè che non si affronta il problema con i farmaci, ma con l'integrazione, con il lavoro, con l'abitare, con tutte queste condizioni che sono necessarie per affrontare il problema. Quindi fondamentalmente credo che la scelta sia quella di costruire integrazione di politiche, non soltanto con la sanità, che credo sia un percorso ineliminabile, ma con tutti gli altri settori che riguardano la vita di una persona, perché di questo si tratta, della vita di una persona, e quindi noi dobbiamo in questo senso avere la forza di convincere tutti che il problema non è un problema sanitario, ma è un problema che ha rilevanza per tutta una serie di aspetti, su tre dei quali tenterò di soffermarmi. Avete fatto bene a intitolare questa giornata di oggi Piani Integrati di Salute, perché questo è lo strumento che come Regione Toscana ci siamo dati per realizzare la programmazione del territorio, perché voi fate bene a stare nella programmazione territoriale perché altrimenti noi veniamo meno, diventate qualcosa sé stante, come una bolla, che non ottiene risposte sufficientemente integrate.

Su questo aggiungo che stiamo valutando con l'Assessorato alla Sanità di costruire un percorso ulteriore. Voi sapete che abbiamo due Piani, quello Sanitario e quello Sociale. Almeno su tre grandi questioni: anziani, dipendenze e Salute Mentale vorremmo costruire un Piano che coniuga i due Piani, il Sociale e il Sanitario perché dare proprio questa condizione di integrazione vera proprio almeno fra queste due entità che sono le più vicine per affrontare questi problemi. Sul merito, voglio dirvi questo: uno dei problemi che ho teso ad affrontare da subito una volta che sono stato nominato in questa Giunta e con questo incarico, è stato quello della disabilità, perché la reputo uno dei problemi su cui occorre mettere mano con una certa organicità, sto vedendo che ci sono tante iniziative, importanti, tutte positive ma che rischiano di non dare quella dimensione di concerto che invece è utile che questa abbia. E nell'affrontare il tema disabilità, e all'interno di questo io vorrei anche inserire il tema del disagio mentale, almeno individuando percorsi sui cui la Regione Toscana dia capacità di indirizzo e anche di impegno concreto, poi tenterò di dirlo, che vanno sotto vari aspetti, dall'abitare, particolarmente legato al lavoro, al turismo. Siamo di fronte a una persona e una persona ha una molteplicità di sfaccettature e noi dobbiamo avere la capacità di tentare di rispondere alla dimensione piena, complessa della persona, e non solo soltanto a ritenere che sia un "malato". Allora, sul lavoro, credo che questo sia un passaggio determinante, perché permette di dare dignità a queste persone sul lavoro abbiamo teso a costruire due cose: una, un intervento coordinato con l'Assessorato al Lavoro, ci siamo già incontrati una volta, abbiamo deciso di far incontrare i rispettivi tecnici che affrontino il problema, perché loro hanno un fatto un Piano, noi ne facciamo un altro, insomma poi alla fine tentiamo di coordinare insieme le misure di intervento.

Come seconda cosa, ho scelto di fare una cosa operativa: noi abbiamo promosso un protocollo con otto esperienze che diano lavoro a Cooperative sociali di tipo B in Toscana, quindi

non una novità, perché Cooperative sociali di tipo B ce ne sono tante, ma noi abbiamo teso a promuovere questo rapporto in una pluralità di settori che vadano dal settore del turismo, al settore della produzione, al settore del rapporto con i beni culturali, che siano esperienze ripetibili, e sulle quali ci sia una caratteristica di fondo, che non siano assistite, cioè che rispetto a un primo periodo iniziale sul quale noi in un qualche modo contribuiamo a farla sviluppare questa esperienza, poi dopo riescano a trovare un equilibrio costi- ricavi, difficilissimo, perché noi parliamo su situazioni difficili, lo sappiamo, per cui non pensiamo di dare un contributo che di per sé risolve il problema, ma pensiamo che questa sia la strada, perché costruire condizioni nelle quali queste forme di impresa siano continuamente assistite, il sistema pubblico non ce la fa, quindi è inutile per sé un problema di assessori presenti, Guidi, Livorno, Lucca, se noi partiamo da questo presupposto, siamo su una strada sbagliata perché non arriveremo in fondo, vi prenderemo in giro e io non ho intenzione di prendere in giro nessuno, tanto meno chi è in uno stato di bisogno come questo. Con le esperienze che permettano l'inserimento soprattutto di chi ha disagio mentale, perché sono quelli che con più difficoltà trovano lavoro e quindi in questo senso ci siamo indirizzati. In Toscana con il P.I.R. del 2005 ne finanziamo otto, abbiamo messo 160.000 € complessivi, quindi non abbiamo fatto grandi cose. Io sono veramente convinto che questo possa rappresentare un motore per continuare su questa esperienza. L'altra cosa che stiamo concludendo, è un rapporto con fidi Toscana, per permettere ai soggetti svantaggiati di entrare nel capitale sociale delle Cooperative sociali di tipo B, finanziando il loro ingresso nel capitale sociale, perché riteniamo questo sia un contributo concreto su un problema che non è solitamente enorme, ma che può riguardare famiglie e soggetti in stato di difficoltà, e quindi di andare a finanziare questo tipo di intervento, oltre alla nascita di consorzi di cooperative sociali di tipo B che permettano di rafforzare questa importante esperienza.

Secondo argomento è quello dell'abitare, su questo non voglio far spendere molto tempo. Io vorrei prendermi un impegno con voi stasera su questo aspetto: un impegno di disponibilità a concordare tramite il Dott. Guidi; noi abbiamo un Piano di Investimento che durerà per il 2006 e anche nel 2007, io sono pronto ad individuare il problema dell'abitare nella salute mentale, poi sentiremo l'esperienza di Livorno e me la farò raccontare da Baldi in separate sede, individuando degli aspetti particolari, cioè un progetto pilota, cioè non si possono fare investimenti giganteschi, però fare un progetto pilota su cui noi possiamo lavorare investendo soldi che in questo momento la Regione Toscana ha a disposizione per gli investimenti, con tutte le caratteristiche che questo può avere: devono essere strutture pubbliche, perché non possiamo intervenire su strutture private, possiamo intervenire massimo con il 50%. Poi ho visto scorrendo il materiale che è stato fornito per l'iniziativa di oggi, che ci sono relazioni in cui ci sono esperienze su settore, ci sono altre in cui si denuncia uno stato di degrado delle case dedicate a psichiatri, può essere questo un intervento da costruire rapidamente per tentare di indirizzare una parte degli investimenti su questo argomento.

L'ultima riflessione, è su un tema delicatissimo, ma credo fondamentale per dare qualità al nostro intervento, che è il tema del dopo di noi, noi non possiamo pensare più di non affrontarlo. Allora io vedo due questioni fundamentalmente: una questione che è quella di costruire un rapporto solidaristico; io ho un grande timore che partano due tipi di esperienze, da un lato quella che si chiama *trust* che è l'esperienza più generalizzata nel resto del mondo e che chiaramente ha una caratteristica che privilegia chi ha rispetto a chi non ha e dall'altro che si parla e dall'esperienza di associazioni, di fondazioni che abbiano il limite del governo delle proprie sostanze. Allora, mi piacerebbe trovare la sinergia tra queste due condizioni, cioè far diventare una sorta di *trust* solidaristico. Ho posto questo problema a banche rilevanti in Toscana, perché ci permetta di garantire non tanto la costruzione, la realizzazione di una struttura sul dopo di noi, perché ormai in Toscana ce ne sono diverse, non sufficienti, ma ce ne sono diverse, ma il problema vero è la gestione, sono i servizi successivi che noi non possiamo permetterci di garantire per un anno, noi dobbiamo avere la certezza di un intervento per *n* anni. Per cui dobbiamo avere una sorta di garanzia che su questo problema c'è una risposta; la potrà dare il servizio pubblico questa risposta nel futuro? Se noi guardiamo le risorse che attualmente ci sono e guardiamo in prospettiva, dobbiamo avere una logica che ci porti a trovare risorse aggiuntive, altrimenti rischiamo parecchio, rischiamo di costruire strutture, ma di non avere servizi. Mi piacerebbe costruire un mix fra l'esperienza di un *trust* che garantisce all'infinito il servizio, ma che ha caratteristiche solidaristiche, come può avere l'esperienza di una fondazione. In questo senso, noi abbiamo costruito, con l'Università Sant'Anna di Pisa, una convenzione, la dobbiamo scrivere, ma ormai i contenuti sono fatti, per garantire due cose: la prima che ci sia un servizio di consulenza giuridica per coloro che vogliono intraprendere questa strada, cioè che ci sia un servizio di qualità alta che permetta di non cadere nelle mani di avventurieri, perché su questi terreni c'è il rischio anche di cadere nelle mani di avventurieri. Il secondo è questo: non possiamo costruire una fondazione regionale, perché non abbiamo le caratteristiche, le condizioni, tra l'altro ritengo che ci sia e ci debbano essere esperienze che nascono, che tengano conto delle varie famiglie e così via, è difficile quindi costruire un involucro unico, però possiamo avere dei riferimenti unici, una sorta di albo, per essere inserito nel quale, come fondazione o associazione, uno debba avere una serie di requisiti legati alla trasparenza, alla certezza, a tutta una serie di condizioni che ci permettono di dire: tu fondazione, associazione, puoi stare in un circuito regionale. Quindi di fatto, non ti dò la condizione di un'unica esperienza regionale, ma costruiamo un circuito a dimensione regionale, che dia quelle caratteristiche di trasparenza e di certezza che credo per una famiglia siano fondamentali nel momento in cui mette mano a un problema di questa natura. Sono pronto e disponibile ad affrontare altre questioni, ad oggi abbiamo affrontato queste cose in maniera mirata, più quell'impianto che vi dicevo. So quanto la Sig.ra Gemma è caparbia nell'affrontare questo problema, fa bene, io mi rendo disponibile ad affrontare con voi le problematiche che emergeranno nella condizione nella quale ci troviamo, che dal punto di vista

finanziario è di grave disagio perché voi pensate, quest'anno 2005, il taglio del 50% del Fondo Sociale, arrivato come è arrivato, a ottobre, alla fine dell'anno quando tutto era programmato, è stato un taglio di più di 31 milioni di euro per la Toscana, una mannaia sui Servizi Sociali che è spaventosa e che ci impedisce anche di svolgere concretamente e correttamente il nostro mestiere. Comunque, io volgo ringraziarvi, e di nuovo aprire questo rapporto e questo canale ulteriore. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie veramente all'Assessore alle Politiche Sociali Gianni Salvadori. Crediamo che si sia aperta una porta nuova, un percorso nuovo di coinvolgimento dei due Assessorati. Riteniamo che questo sia un successo e quindi dobbiamo continuare su questa strada. Ora continuiamo con gli interventi. Diamo la parola a Don Gaetano, Parroco di S. Vincenzo a Torri, Firenze.

Don Gaetano, Parroco di S. Vincenzo a Torri, Firenze

Testimonianza

Mi presento, mi chiamo Risicato Don Gaetano e sono parroco di S. Vincenzo a Torri, zona Scandicci – Firenze, che comprende tre piccoli paesi.

Circa un anno e mezzo fa, il Cardinale di Firenze mi chiese di interessarmi su questo settore, quindi colgo l'occasione per esprimere tutta la vicinanza della Chiesa.

Il mio intervento si potrebbe intitolare così: le parole volano... i fatti contano.

Proprio per non essere ipocrita io posso parlare? Se parlare scaturisce dai fatti, credo proprio di sì. Parlerò più come familiare che come delegato del Cardinale. Ho 49 anni e da circa 40 anni mio fratello soffre di un disturbo psicotico, ultimamente si è aggravato, quindi quasi tutta la mia vita coinvolta in questa triste realtà. Sei anni fa ho preso a carico anche una mia bis-cugina, anch'essa con dei problemi, perlomeno ora non fa più ricoveri ed è un po' migliorata. Quindi ho due malati psichici in casa, ho tre piccole parrocchie da seguire e sono solo.

Per esperienza so cosa vuol dire essere accanto a una persona psicotica, tormentata dai deliri e crisi varie, senza un minimo di aiuto da parte del servizio, medicine a parte.

Ora se faccio qualche flash sulla mia storia, lo faccio unicamente per dire che ci sono tanti altri casi come il mio e anche peggio. Nel 1995 mi sentii male e fu ricoverato all'ospedale per 22 giorni, chiamai il servizio psichiatrico di Scandicci informando che lasciavo un malato in casa solo, mi fu risposto che se avesse chiesto aiuto avrebbero fatto qualcosa... mi chiedo, come fa uno psicotico ad essere sempre consapevole di aver bisogno di aiuto?!

Ovviamente in quei 22 giorni non si vide nessuno. Nei 16 anni che sono stato nella zona di Scandicci avrò chiesto aiuto quattro o cinque volte... non è mai venuto nessuno! Quando mio fratello era in una delle sue crisi aggressive, in fondo mi è andata bene, perché da giovane ho imparato qualche tecnica di difesa personale... ma quei genitori, a volte anziani, come fanno a gestire una crisi da soli?! Come evitare i tentati suicidi?! Cosa fa il servizio psichiatrico sul territorio?! Cosa si fa per i non-collaboranti e non solo per quelli che accettano di essere aiutati? Spesso sono abbandonati alla famiglia o peggio abbandonati a se stessi!

Lo sapete che le Ronde della Carità, che vanno alla stazione a dare mangiare ai barboni, trovano anche questi malati? Tra le tante persone che chiedono l'elemosina di chiesa in chiesa, ci sono anche questi malati. Potrei continuare ancora se volessi.

Non è vero che la situazione generalmente rosea... a me, ma non solo a me, risulta molto carente!!

Allora si dice che mancano le risorse, i finanziamenti per attuare le leggi, perché le leggi coi sono. Non si riesce mai a capire di chi è la responsabilità, è tutto un ping pong per scaricare responsabilità ad altri. Ora si dice che c'è la recessione economica, forse è vero, il governo taglia le spese per la sanità, il ministro della Sanità Storace ha detto il contrario, chi ha ragione? Non lo so, qualcuno dice le bugie. Non lo voglio buttare sul politico, a me interessano i fatti. Prima non

c'era la recessione, c'era il governo di centro-sinistra, avete visto miracoli? No, mi dispiace non lo posso dire. Sinceramente il fatto che mancano risorse non me la bevo più. Un esempio, e qui faccio un nome, quando mio fratello era seguito a Pontassieve dal Dott. Zeloni, le cose funzionavano discretamente, andato via il Dott. Zeloni, stesse risorse, stessi operatori, le cose peggiorarono subito...quindi dipende anche dalle persone: dirigenti e politici. Bisogna promuovere persone fortemente motivate e competenti e non solo chi è abile a far risparmiare l'A.S.L., o in base a varie appartenenze. Se una persona lavora bene in quel settore rimanga, altrimenti faccia un'altra cosa.

Allora, non solo parole, non solo belle leggi scritte (Piani Regionali bisogna passare ai fatti! 1978-2005, sono 27 anni che si soffre! Non ci potete dire, chicchessia, coraggio che fra altri 25 anni faremo qualche cm in più. I malati soffrono e le famiglie scoppiano!! Grazie.

Gemma Del Carlo

Per chi vive queste situazioni è difficile, però abbiamo fatto dei passi in avanti, bisogna essere anche un po' positivi. L'intervento dei facilitatori di Pisa ci ha fatto vedere che si può migliorare e che si può guarire. Don Gaetano, siamo qui per questo, per migliorare i servizi. Comunque grazie del suo contributo, tutti noi ci uniamo alla sua sofferenza. Andiamo avanti con gli interventi. Diamo la parola al Dott. Alfio Baldi, Assessore alle Politiche Sociali e Giovani del Comune di Livorno.

L'autonomia abitativa nel processo di integrazione sociale

Alfio Baldi, Assessore alle Politiche Sociali e Giovani del Comune di Livorno

Io per essere sinceri sono qui da stamani mattina, con grande pazienza, ho ascoltato tanti interventi interessanti, ma chi parla e se ne va a me non piace. Devo dire che non mi è piaciuto il sacerdote che mi ha preceduto con il suo intervento. Prima di fare l'Assessore ho fatto il volontario, e si potrebbe aprire una discussione su le responsabilità di certe situazioni.

Farò prestissimo, sono un ascoltatore, mi piace ascoltare e quindi mi serve anche ascoltare le cose che ha detto il sacerdote anche se non mi trova d'accordo. Tra l'altro noi a Livorno abbiamo fatto una convenzione con la CARITAS per la gestione di una mensa, perché siamo profondamente contrari alle ronde della carità. A Livorno una iniziativa analoga ha avuto un'epilogo tragico: un accoltellamento.

Avete visto il film Cuore sacro? Se qualcuno l'ha visto, sa quanto critichi il vecchio sistema di assistenza. Si deve intervenire in modo mirato e personalizzato. Arrivare sotto stazione con un furgone, è chiaro che in quell'ambiente, l'ultimo che arriva e non trova il panino, dato che molti hanno problemi di salute mentale, non v'è molto per le spicce. Perciò tre ragazzi che portano i panini, a mio avviso non usa più. A Livorno lo fanno e io sono andato a finire sui muri perché l'ho criticato. Chiudo la parentesi. Volevo continuare un pochino sulle cose più serie a mio avviso di cui abbiamo parlato da stamani mattina. Io mi occupo di politiche sociali e di casa. Ci sono alcune frasi che nella vita ci accompagnano, sono quelle cose che ci colpiscono e servono. Un amico nel 1999 quando fui nominato assessore, mi regalò un libro e scrisse una frase, che poi stranamente ho ritrovato simile in un convegno a Perugia recentemente sulla esclusione e diceva così: se i tre tempi della vita, la residenzialità, quindi dove si abita, lo studio, la scuola, il lavoro, quindi dove si opera, e il tempo libero, si svolgono tutti i tre nello stesso posto, quel posto o è un carcere, o è un manicomio. A me ha fatto riflettere, perché, al di là del carcere e del manicomio, quanti carceri e manicomi nelle nostre azioni di Assessori abbiamo incontrato? Ci sono i carceri, i manicomi e questo è l'esempio. Ma quante case famiglie per disabili, dove lì dentro ci si vive, si mangia, si gioca, si fa le figurine, si produce, si fa qualche cosa? Quante R.S.A. per anziani? Quante comunità per tossicodipendenti? Pensate a Muccioli, quella grande comunità dove vivono 3000 persone. E' un carcere anche quello, è un manicomio, perché lì dentro in quella comunità si svolge

tutto. Questa frase mi ha colpito e ho pensato di voler cercare nella mia azione di fare qualcosa per superare questo empasse, perché sono convinto questa frase sia veramente molto saggia. E con questo pazzo amico, che è il responsabile della psichiatria di Livorno, ci siamo incamminati in questa avventura della emergenza abitativa a Livorno, che ci ha creato anche un sacco di grandi grattacapi, ma anche tante belle soddisfazioni. Ci siamo messi in testa di fare qualcosa di diverso, e ci siamo inventati questa emergenza abitativa: cioè il bisogno di una sistemazione alloggiativa al di fuori delle graduatorie. Quindi, sull'emergenza abitativa, abbiamo attuato nuove forme di governance e ci siamo anche posti il problema di nuove strutturazioni organizzative, nuovi servizi e nuove professionalità.

Noi abbiamo fatto una cosa, per avere tutte le garanzie, abbiamo fatto un patto per il sociale, nel quale abbiamo coinvolto in una firma sindacati, associazioni, più cooperative, insomma si è lavorato a un luogo di cittadinanza, fatto di regole, preferibilmente concertate e condivise, e quindi siamo arrivati, utilizzando la vecchia normativa della legge n. 72, a dare un'interpretazione avanzata e ci siamo detti che le persone senza appartenenza, che hanno vissuto la strada, i casi cosiddetti socialmente rilevanti, per queste persone la casa non è soltanto una cosa, un riparo puro e semplice, ma è un bene complesso, un insieme di beni, tra i quali fanno parte l'ascolto, l'accompagnamento, l'inclusione, la partecipazione. E quindi abbiamo avuto anche il coraggio di dire che le domande per le emergenze abitative si esternalizzano, abbiamo dato la gestione delle domande per le emergenze abitative a un'associazione di volontariato che riceve le domande, ascolta, accompagna, le istruisce, quindi lo sportello delle emergenze abitative. E' evidente che per fare queste cose è necessaria una grande solidarietà anche politica. Abbiamo costituito una Commissione per l'emergenza abitativa, che aveva il compito di individuare e assegnare un percorso abitativo, non subito un appartamento, diciamo un percorso abitativo e si sono individuati per la commissione alcuni componenti: funzionari dell'ufficio casa, l'assistente sociale del Comune, il responsabile della psichiatria e del SERT e naturalmente, di questa commissione non fa parte e non ne poteva far parte, l'Assessore, perché non essendo un operatore, è inevitabilmente discrezionale. Quindi l'Assessore, che è una figura politica, esce, lo decide il dottore a chi assegnare l'intervento di emergenza, motivandolo. Quindi ci siamo incamminati in questo percorso e insieme al patrimonio abitativo, abbiamo aperto un centro Homeless, una casa per le donne senza fissa dimora, un pronto intervento sociale di emergenza sociale SEFA, in collaborazione con il 118, la polizia, le assistenti sociali, oppure anche dietro segnalazione di un cittadino per offrire un luogo riparato a persone che si trovano in immediato stato di grave necessità. Se si dice di intraprendere un percorso, o si intraprendere fino in fondo in modo serio, poi non si risolvono tutti i problemi, ma per lo meno proviamoci, ecco io dico che ci abbiamo provato. Abbiamo provato al punto tale che oggi scontenti abbiamo fatto una Conferenza dei servizi e abbiamo sciolto la Commissione emergenza abitativa. L'abbiamo sciolta, ma non abbiamo buttato via l'esperienza.

L'abbiamo adeguata ad una società che anche nel bisogno e nelle necessità evolve e cambia e quindi anche i servizi si devono adeguare a questi cambiamenti.

La proposta per l'emergenza abitativa continuano a farla i servizi che citavo prima, che facevano parte della commissione, però noi dobbiamo prenderci alcune garanzie, cioè accanto alla proposta, ci vuole anche il percorso di accompagnamento.

Il Dott. Serrano entrerà meglio nel particolare. Ci sono alcuni servizi destinati proprio alla psichiatria.

Però non tutto ha funzionato come dovrebbe, allora abbiamo ricalibrato, abbiamo fatto una conferenza dei servizi. Io mi sono posto due obiettivi che ho chiesto agli operatori: uno è una verifica almeno biennale, un monitoraggio. La verifica per quanto mi riguarda è questo: io voglio sapere se l'intervento fatto ha cambiato o no la vita del cittadino o di quella persona, questo è quello che voglio sapere. Noi abbiamo dei bravissimi operatori, dal punto vista professionale, però il mondo cambia, cambiano le tipologie delle droghe, cambiamo le droghe, cambia tutto e bisogna cambiare anche il nostro modo di operare. Quindi se il nostro modo di operare fino a oggi ha prodotto alcune disfunzioni, bisogna che il nostro modo da domani non le produca più. In conclusione, chiedere soltanto la garanzia che a questi cittadini cambi davvero la vita, io credo che sia davvero quello che da stamani mattina tentiamo di dirci e credo che qualche volta ci si riesce anche.

Gemma Del Carlo

Grazie all'Assessore Alfio Baldi, che ci conferma quanto gli Assessori alle Politiche Sociali abbiano bisogno dei progetti individualizzati, perché in base al progetto personalizzato in cui viene definito di cosa ha bisogno il paziente, si attivano gli interventi. Adesso diamo la parola al Dott. Mario Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Livorno.

Mario Serrano, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Livorno

Abitare e risiedere: percorsi di Salute Mentale per la cittadinanza

Negli ultimi anni in Toscana c'è un gran parlare di sociale, di alta integrazione, di politiche dell'ente locale e di ripresa del discorso della Legge 833 interrotto con la 502. Molti ne stanno parlando come se si trattasse solo di "passare a riscuotere", di guadagnarci; io credo al contrario che impegnarsi veramente nel campo sociale allargato, senza perdere il proprio specifico di politiche di salute mentale, sia un impegno molto elevato anche se assolutamente necessario. Vorrei partire dalla contraddizione che dobbiamo quotidianamente registrare tra l'intenzione ambiziosissima, che ci viene proposta nei momenti istituzionali "alti", di voler occupare addirittura dei "determinanti della salute" e la necessità di gestione minimalista, che ci viene invece imposta quotidianamente, di doverci limitare alla semplice razionalizzazione delle risorse pubbliche sempre più limitate. La verità è che se vogliamo veramente occuparci dei determinanti sociali della

salute la questione centrale diventa allora il mettere in discussione quello che oggi si intende per “sociale”. Mettersi in questa ottica significa affrontare le contraddizioni sociali al di là della partizione tipica delle organizzazioni burocratiche dello stato sociale professionalizzato: non accettare per date le definizioni in uso comunemente sul “di chi, per cosa, per chi”. Questo perché il sociale è oggi un terreno contraddittorio, un terreno che dobbiamo attraversare come attori e non come spettatori, una situazione in cui occorre sempre più essere armati di ipotesi di lavoro. Il sociale cioè appare sempre più come una costruzione che non è “data”, non è un “luogo intrinsecamente buono”, la “naturale casa” in cui ricomporre le questioni che la psichiatria avrebbe “snaturato facendole proprie”. In sostanza quello che chiamiamo sociale è esso stesso una costruzione istituzionale da smontare e rimontare: se si vuole affermare un approccio universalistico che non comporti la spersonalizzazione di una risposta uguale per tutti, se si lavora per riqualificare i beni comuni senza ingiustificati nuovi steccati privati (magari di un privato ribattezzato come “sociale” sulla sola base di una presunta non volontà di profit), se si vuole superare le genericità ed l’assistenzialismo, per una attivazione dei poteri dei soggetti che non si esaurisca solo nella costituzione di nuove lobby.

Da questo punto di vista la questione dell’abitare è assolutamente emblematica perché situa lo specifico della psichiatria (la questione centrale della qualità dei “luoghi” della vita e di quelli della psichiatria) nel cuore della questione più generale delle nuove povertà; perché costringe a confrontarsi con i rischi di guerre tra poveri quando si mettono in moto percorsi speciali che possono far entrare in competizione le tradizionali aree del disagio sociale con quelle nuove aree grigie, quelle fasce di popolazione occupata che fino a poco tempo fa si considerava ben tutelata e al riparo dai rischi di degrado e che ora non si considera più così sicura. Occorre qui ricordare alcune cose: la prima è che in Toscana avevamo, fino a poco tempo fa, due leggi regionali che si occupavano di questo problema dell’abitare e adesso ce ne abbiamo una e mezzo, perché la legge 72/97, che diceva cose precise, è stata “superata” dalla 41/05 in cui ci sono cose un po’ più generiche, un po’ più allusive, meno cogente. L’art 29 della L.R. 72/97 recitava al comma 1 a proposito delle “politiche per la casa ed il territorio”: “...In aggiunta alle provvidenze disposte ai sensi...., i comuni possono riservare...una quota non superiore al 30% del proprio patrimonio abitativo a categorie a rischio ed a particolari soggetti svantaggiati...finalizzando l’intervento al recupero e al raggiungimento di una condizione di benessere psico-fisico della persona...”. La legge 41 ha soppresso ogni riferimento esplicito. Rimane perciò solo la legge n. 96/96 .

La seconda cosa che vorrei segnalare a proposito di tutto questo gran parlare di sociale e di nuovi impegni degli enti locali rischia di risultare alquanto deprimente se ci fermiamo a valutare solo le cifre. Tuttavia se inquadrriamo la questione anche nei suoi aspetti qualitativi ci appare evidente lo stimolo alla riflessione ed all’azione politico-culturale che occorre sviluppare. Nella relazione di Guidi è segnalato che sulle 34 zone della Toscana, se si esclude la nostra esperienza

di Livorno, sono state finora solo due le zone che hanno fatto dei protocolli sulla emergenza abitativa tra Comune ed USL. Le due zone in questione sono: la Bassa Val di Cecina (della USL6 di Livorno) e la zona della Lunigiana nella provincia di Massa Carrara. I due protocolli non prevedono commissioni specifiche né tanto meno l'individuazione di risorse assegnate per i percorsi (come invece abbiamo realizzato a Livorno): lo spirito è, trattandosi di zone con comuni piccoli, quello per cui si ritiene che non esista "una questione senza-dimora" ma che i problemi vengono affrontati a partire dalle situazioni via via emergenti. In tutte le altre zone non ci sono né protocolli né risorse individuate (anche se in alcune realtà come Grosseto ci sono rapporti di collaborazione e avvengono assegnazioni negoziate con i servizi dipartimentali). Questa situazione di inerzia generalizzata si è ripercossa anche sulla nostra esperienza che è rimasta troppo isolata nel panorama regionale e oggi rischia di evolvere in direzione di politiche di senso differente. L'assenza di una politica regionale induce nell'opinione pubblica l'idea pericolosa che gli interventi di emergenza abitativa non devono garantire il diritto dei soggetti svantaggiati ad un percorso di autonomia e quanto invece privilegiare "le risposte sociali dovute ai normali sfrattati": il pericolo cioè sta proprio nel definire nuovamente un diritto astrattamente uguale, in realtà "tarato" sui processi "normali e dei normali" contrapposto a quello dei "diversi" a cui di fatto questi ultimi di fatto non possono mai accedere. In ballo cioè è proprio il tipo di idea di eguaglianza: l'idea (che viene direttamente da quella pericolosa dichiarazione sovversiva che rimane la nostra "Costituzione") che le istituzioni pubbliche devono non tanto garantire risposte uguali per tutti i cittadini, quanto invece svolgere una azione di promozione dell'uguaglianza, attraverso azioni appropriate rivolte allo scopo ultimo di poter godere dei diritti, azioni efficaci "nel rimuovere gli ostacoli all'esercizio dei diritti". Certamente si può discutere delle compatibilità tattiche e del realismo necessario a governare i conflitti sociali, tuttavia occorre molta chiarezza: per la questione dell'abitare occorrono specifiche politiche che mirino a realizzare l'obiettivo ultimo che è e rimane quello del diritto a vivere nella situazione di massima autonomia possibile. Abitare è un diritto sociale complesso e come tale per essere garantito non è sufficiente né la declamazione legislativa né la sola decisione politica. Occorre che le azioni politicamente orientate siano anche tematizzate ed articolate pragmaticamente in politiche specifiche e generali: occorre per esempio coniugare le risorse sociali, messe a disposizione dalla comunità località, con le abilità d'uso (*capabilities*) dei singoli soggetti. Queste abilità non possono essere date per scontate (anzi la malattia mentale è proprio una delle possibili condizioni che portano ad una riduzione di fatto di queste abilità) per cui i servizi devono preoccuparsi che siano realizzati percorsi di reale autonomia e non solo di "messa a disposizione" delle opportunità. E' per garantire al meglio questa acquisizione che occorre strutturare percorsi personalizzati e flessibile, usando progetti differenti per gradiente di supporto/protezione, e per strutturazione dell'ambiente e sue modalità di uso: per questo più che di strutture residenziali a Livorno usiamo il termine "residenzialità" per far riferimento ad una situazione specifica in cui articolare il progetto terapeutica. Naturalmente si può sempre scegliere

di non fare niente (questa purtroppo è del resto la situazione più diffusa ancora oggi nel mondo): si assisterà allora allo scenario, ormai tristemente tipico di molte metropoli occidentali, in cui le due situazioni estreme, quella delle istituzioni chiuse e quella della vita di strada, convivono assurdamente. Il massimo del controllo ed il massimo dell'abbandono: esisti non in base al tuo bisogno ma solo in base al fastidio che procuri. Non sei un problema fino a quando non diventi un problema "per noi". Per farsi carico della questione complessiva dell'abitare in un Paese che ha deciso di non usare più istituzioni totali occorre perciò porsi il problema degli homeless, il problema cioè di attuare una strategia di prevenzione dei casi a rischio di finire nelle zone buie dell'abbandono e della dis-appartenenza. Occorre una diagnosi complessa dei fattori in gioco, nonché di appropriate strategie integrate. Anche le USL, non solo i Comuni, devono essere impegnate:

1. In prima persona attraverso dei Protocolli con il Comune (o con il solo assessorato alla casa) per la gestione di quanto previsto dalla legge 96/96 (l'articolo 17: comma 8: quota non superiore al 5% di alloggi di edilizia popolare per soggetti bisognosi di interventi socio-terapeutico o assistenziale; comma 11: categorie a rischio e soggetti svantaggiati).
2. Tramite i tradizionali programmi di assistenza domiciliare (il supporto domestico) che spesso tendono a saturare il target di popolazione bisognosa di intervento e perciò non sempre mantengono nel tempo la capacità di dare risposte che siano in grado di assicurare una quantità di ore settimanali di assistenza sufficiente a garantire una qualità accettabile di vita.
3. Attivando gli inserimenti eterofamiliari assistiti dalle Unità Funzionali di Salute Mentale Adulti
4. Sperimentando e valorizzando l'utilizzo della figura del Badante in tutte quelle situazioni in cui sia possibile attuare co-abitazioni che mettano in comune risorse ed opportunità in una logica di scambio tra più soggetti utenti del servizio
5. Utilizzando le Associazioni non profit di Mediazione Alloggiativi (spesso già attive per i migranti) o della rete di Associazioni dell'Albo Provinciale del Volontariato che aiutino a fornire le opportune garanzie per il reperimento di alloggi sul mercato
6. Garantendo un sussidio economico terapeutico in casi selezionati per poter utilizzare le offerte del mercato della casa¹.

La questione fondamentale da cui partire è quindi il diritto a poter vivere in una condizione di soggettiva disposizione degli spazi vitali in cui si declina il quotidiano, dimensione in cui si costruisce il senso della propria azione. E' infatti la strutturazione del quotidiano che determina le modalità e la qualità anche della strutturazione del sé, è nel quotidiano che la strutturazione di

¹ Un altro strumento finalizzato al diritto all'abitare che abbiamo usato a Livorno (ma poco utilizzato nel resto della Toscana per una questione che definirei di "cultura del servizio") è stato in questi anni il cosiddetto "Conto affitti" previsto dalla legge 431 del 9 dicembre 1998. Questa legge (il cui rifinanziamento è oggi in forse con la prossima finanziaria) ha finora garantito il contributo economico a quei cittadini che stipulavano contratti di affitto regolarmente registrati. I contributi sono stati concessi ai cittadini suddividendoli in due fasce: quella "A" con reddito annuo inferiore ai 18 milioni lire, quella "B" con reddito annuo compreso tra 18 e 25 milioni. Negli anni passati i comuni sono riusciti a "coprire" totalmente i cittadini di fascia "A", quella a cui appartengono la maggioranza dei nostri utenti. Il contributo, calcolato secondo un rapporto reddito/canone di affitto, poteva aggirarsi in media sui 3.000€ garantendo un rientro parziale delle spese di locazione che poteva diventare interessante soprattutto nei casi di appartamenti in coabitazione.

routine sempre uguali, sempre diverse, produce quello sfondo immutato, quella specie di senso “zero”, in grado di far emergere le “differenze” che costruiscono il senso emergente della situazione nuova e degli eventi; una dimensione che struttura anche il grado di disordine tollerabile senza dover verificare una perdita del proprio controllo sul mondo e della capacità di autodeterminazione (questo in fondo significa prevenire il rischio stressante delle sovrastimolazioni: aumentare la capacità di integrare gradualmente le novità nella struttura del senso esistenziale resa stabile dall’esistenza di una base sicura, di uno sfondo che assicuri “il senso complessivo dell’essere nel mondo”. Non bisogna perciò confondere la residenzialità con il diritto all’abitare. La residenzialità è una funzione terapeutico-riabilitativa dei DSM (prevista dal PSR nei Livelli Essenziali di Assistenza) e non deve essere confusa con l’abitare che deve rimanere un diritto di cittadinanza garantito da specifiche politiche dei Comuni. Per questo qualsiasi spazio gestito dal Sistema Sanitario (direttamente dalla USL o indirettamente da questa tramite qualche tipo di convenzione col terzo settore) e non a disposizione del cittadino utente deve essere considerato come struttura residenziale. Le residenze sono strutture dei DSM e, benché debbano per legge essere strutturate “come civili abitazioni”, non devono essere scambiate con la casa vera e propria perché non possono essere mai veramente delle case, non possono mai essere completamente “a disposizione” pena il perdere le proprie finalità di trattamento. Il loro scopo è invece quello di supportare e potenziare le abilità abitative degli utenti (sapendo che nessuna residenza potrà mai essere una palestra “completa”).

Strutture residenziali, appartamenti supportati e diritto ad abitare STRUTTURE

Stare, vivere in, risiedere, abitare, co-abitare: sono modi di essere completamente diversi tra loro e non possono essere confusi. Per questo le residenze hanno il compito di garantire non l’abitare ma un particolare percorso di trattamento psicosociale in un ambiente appropriato agli scopi: per questo vanno pensate come transitorie come lo sono tutti i programmi di trattamento. Ci sono utenti che forse non riusciranno ad attraversarle completamente ma le residenze non devono attivare una organizzazione chiusa, non devono essere pensate come l’ultima spiaggia o la “soluzione finale”, perché la loro finalità è la realizzazione di una transizione verso la implementazione di un reale diritto di cittadinanza.

Tab.1 APPARTAMENTI SUPPORTATI DI UTENTI DIMESSI DALLE RESIDENZE A LIVORNO			
	CONTRATTO	UTENTI	UBICAZIONE
CASA 1	CASA ASSEGNATA DALL'ATER	3	CENTRO
CASA 2	LOCAZIONE PRIVATA	2	CENTRO
CASA 3	IN PROPRIETA'	1	CENTRO
CASA 4	CASA ASSEGNATA DALL'ATER	1	CENTRO
CASA 5	LOCAZIONE PRIVATA	3	CENTRO
CASA 6	LOCAZIONE PRIVATA	3	CENTRO
CASA 7	TRAMITE MEDIAZIONE ABITATIVA	2	NORD

E' per questo che non è condivisibile la posizione di quelli che in Toscana stanno dicendo che abbiamo un numero troppo alto di posti in residenzialità: questa posizione, anche con le più nobili intenzioni, rischia di far confusione tra la casa e le residenze. In realtà in Toscana abbiamo un tasso di posti in residenzialità tra i più bassi di Italia: il punto che si è rivelato critico non è rappresentato tanto dal numero dei posti attivati quanto dalla loro staticità. Come nelle altre parti d'Italia si registrano poche dimissioni. Il problema quindi non è il numero ma la riqualificazione dei percorsi di abilitazione che le residenze dovrebbero garantire in tempi anche medio-lunghi ma non eterni. Questo comporta che si definiscano tipologie di strutture con mission differenti in modo da rispondere ad obiettivi differenziati e verificabili. Purtroppo dobbiamo invece prendere atto che l'ultimo Piano Sanitario Regionale ha riproposto la questione anche per questo triennio in quanto la soluzione proposta dal comitato tecnico era stata bloccata da alcune critiche (o forse erano state utilizzate quelle critiche per non assumersi la responsabilità che la definizione di standard precisi avrebbe comportato). Bisogna allora essere più chiari, perché non ha senso proporre le abitazioni supportate e scambiarle con le residenze: sono due situazioni assolutamente differenti che rispondono a bisogni e funzioni totalmente differenti. A Livorno per esempio (Tab 1) abbiamo finora attivato 7 appartamenti con utenti dimessi dai percorsi residenziali². Nel nostro lavoro abbiamo prestato molta cura a garantire dei percorsi di fuoriuscita dalle residenze: qualcuno è tornato in famiglia, qualcuno ha continuato il percorso in strutture meno intensive, altri ancora hanno attivato abitazioni private utilizzando risorse della persona e della famiglia, con a volte anche l'intervento pubblico. Sono quella parte dell'abitare che viene dopo la residenzialità. Queste case non sono comprese nel conteggio dei posti letto delle strutture residenziali, sono abitazioni civili a tutti gli effetti, non sono né sanitarie né sociali (né tanto meno socio-sanitarie). Sono solamente case dove abitano, in senso pieno, cittadini che sono anche utenti. Le case non possono essere confuse con le istituzioni a meno che non si continui a pensare che ogni spazio per le persone con problemi

² Non si tratta delle case del patrimonio ATER di cui si dirà oltre nel testo.

psichiatrici debba essere uno spazio istituzionale, spazio totalizzante disposto per l'intera durata della vita: questo ovviamente equivarrebbe a riproporre soluzioni, che al di là delle parole, assomiglierebbero a cose già scartate trenta anni fa. Il punto perciò non è il supporto: il punto è se lo spazio abitativo è una casa o un luogo di cura; se è una forma di supporto alla vita o una forma di istituzione. Non è differenza da poco e non si possono fare confusioni che rischiano solo di togliere responsabilità alle istituzioni (che visto i tempi forse non aspettano altro).

La residenzialità è diritto a cure efficaci ed appropriate perchè è un percorso terapeutico previsto dalle leggi sanitarie come livello essenziale di assistenza: altro invece sono gli appartamenti supportati³ che sono un dei modi in cui è possibile garantire un diritto costituzionalmente riconosciuto dalla Carta costituzionale italiana che dovrebbe essere di competenza dei Comuni (in modo particolare in Toscana da quando il patrimonio dell'ex *ATER* è passato ai Comuni, non solo come patrimonio ma anche come insieme di problemi da gestire). I sindaci a questo punto sono perciò veramente i titolari di questi beni e quindi devono adoperarsi per farne un uso coerente con le priorità degli obiettivi sociali. Perché si sono finora attivate solo 3 zone su 35? Questa è una domanda da porsi in ogni zona al momento della scrittura del Piano Integrato di Salute. Perché allora non si fa? Io temo perché ancora oggi viene ritenuto molto rischioso per una Giunta, per un Sindaco, per un Assessore impegnarsi su questi terreni. Perché si può avere paura di una certa opinione contraria o anche soltanto il timore di una lotta tra poveri. Per questo occorre fare subito chiarezza: la democrazia locale è una premessa necessaria ma a volte proprio il carattere troppo ristretto delle comunità, proprio la forte vicinanza del decisore con i propri cittadini, può rendere difficile ed impopolare qualche decisione di allocazione: l'esperienza ci conferma che lo spirito comunitario non appare una garanzia sufficiente perché siano garantiti i diritti dei più deboli. Spero di essere contraddetto dai fatti: tuttavia la prova del nove saranno i Piani Integrati di Salute, in modo particolare quelli delle Società della Salute. Potremo allora contare quanti saranno i PIS che avranno effettivamente assunto come priorità i percorsi del diritto all'abitare per gli utenti dei DSM come capacità di coniugare voglia di comunità e senso societario, appartenenza e diritto.

La Salute Mentale nelle realtà urbane: percorsi di emergenza abitativa

Occuparsi di salute mentale, in psichiatria, in una grande città non è la stessa cosa che lavorare in una zona rurale o in piccoli paesi. Livorno è una città che pone immediatamente la questione dei quartieri popolari; i muri, a cui faceva riferimento l'Assessore Baldi, sono i muri di quartieri che si chiamano Sciangai e Corea (non Shanghai e Korea perché a Livorno

³ A meno che si stia confondendo l'Appartamento Supportato (che è una abitazione civile di cui è titolare il cittadino e che ovviamente non è "contato" come posto residenziale della USL) e il Gruppo Appartamento (forma di residenzialità leggera in cui la coabitazione è limitata a 2-3 utenti e la presenza del personale è limitata a poche ore e organizzata in modo assai flessibile: i posti in G.A. sono conteggiati come posti della USL). Se così fosse non bisognerebbe comunque fissare uno standard generale: basso o alto che fosse non costringerebbe nessuno a cambiare la tipologia delle strutture attivate. Quel che occorre è una nuova classificazione regionale delle strutture residenziali con standard specifico. Se si vuole che ci siano piccoli gruppi appartamento (della USL per capirci) occorre che siano conteggiati come pl del residenziale (altrimenti si parla di buona volontà, di intenzioni, di "si dovrebbe"...).

livornesizziamo tutto). Sono quartieri popolari con nomi che esprimono appieno cosa vuol dire vivere la città, sono quartieri che sono nella coscienza della città i prototipi di una certa difficoltà di vita e di certe forme di degrado. Tutta la letteratura conferma che la psichiatria acquista una dimensione assai più problematica nelle realtà urbane: la stratificazione sociale porta alla nascita di quartieri ghetto a forte connotazione ed emarginazione; c'è un aumento dei rischi di devianza (sostanze, bande, violenza ...) che comportano concomitanti fenomeni di multi-problematicità familiare più diffusa e ritardo nella diagnosi psichiatrica; l'aumento della mobilità comporta una diminuzione del senso di appartenenza comunitaria (usa, emigrazione, deriva sociale). La riduzione della forza delle reti informali (familiari e di vicinato) fa aumentare l'anomia; la ridotta tolleranza comporta una maggior richiesta di intervento delle forze dell'ordine (minor uso dell'intervento preventivo e di mediazione rispetto ai centri più piccoli); la vicinanza con le sedi universitarie determina l'esistenza di un circuito sanitario privato che è organizzato per dare risposte solo ambulatoriali e farmacologiche e che pertanto spesso finisce per determinare un consistente ritardo nell'attivazione di appropriati programmi di intervento complesso per le patologie più impegnative. Renato Piccione ha calcolato per la realtà di Roma che questo ritardo si aggira sui 3 anni. La letteratura specializzata conferma perciò che il sociale con cui si deve confrontare la psichiatria delle realtà urbane, soprattutto di quelle che sommano più processi sociali di indebolimento, è cosa ben diversa dal sociale dei comuni rurali di 20.000 abitanti (con magari una tradizione di 700 anni di autogoverno comunale). Sono cose veramente molto diverse.

Per contrastare in molti casi la deriva sociale e l'uso di abitazioni sempre più improprie, in altri per affrontare il rischio di una vita di strada, in altri ancora per accompagnare il progetto di autonomia abbiamo costruito un percorso all'abitare per utenti dei CSM che non provenivano da una esperienza residenziale. Per questi obiettivi abbiamo lavorato con l'amministrazione comunale a partire dalla legge 96, art. 17 che prevede la possibilità di riservare una quota di alloggi per emergenza abitativa, una quota del 5% degli alloggi *ERP*. Mentre il comma 8 di questo articolo prevede un percorso per i soggetti bisognosi di interventi socio-terapeutici, il comma 11 lo individua per le categorie a rischio ed i soggetti svantaggiati. Fino al 2005 abbiamo anche utilizzato anche l'art. 29 della legge 72 del '97 che riservava "...una quota non superiore al 30% del proprio patrimonio abitativo a categorie a rischio ed a particolari soggetti svantaggiati...finalizzando l'intervento al recupero e al raggiungimento di una condizione di benessere psico-fisico della persona...". Questo quadro normativo regionale legittimava un approccio preventivo alle politiche per i senza dimora ed individuava precisamente le risorse per il raggiungimento di questi scopi. E' qui evidente il recepimento di una visione complessa della figura del senza dimora come soggetto costretto alla propria condizione non da scelte esistenziali ma da potenti e molteplici spinte di deriva ed esclusione sociale. Il Comune di Livorno ha dato un'interpretazione avanzata di questo quadro normativo promuovendo un'integrazione tra gli interventi dell'assessorato alla casa e quello al patto sociale in modo tale che ci fosse un approccio a tutto campo e una messa in sinergia delle

risorse utilizzabili. A questo fine ha attivato una commissione emergenza abitativa in cui sono stati individuati come componenti sia i funzionari dell'Assessorato Casa che i responsabili dell'Istituzione per i Servizi alla Persona, della Psichiatria e del SERT con compiti di valutazione in entrata e in uscita e soprattutto di assegnare le risorse per il progetto personalizzato. Le risorse umane utilizzate sono state: gli operatori dei servizi (sociali e sanitari) già responsabili dei casi, ora impegnati come tutor del percorso di fuoriuscita dal bisogno; uno sportello gestito dall'ARCI che permetteva una lettura e un primo orientamento dei cittadini che si rivolgevano direttamente alla commissione senza passare per i servizi socio-sanitari decentrati. L'amministrazione ha attivato una serie di risorse che rendessero fruibili i percorsi assistenziale e ne salvaguardassero la loro natura di interventi aventi come scopo la fuoriuscita dal bisogno. Le risorse abitative messe a disposizione della Commissione sono state via via costruite e ricostruite riducendo gradualmente l'utilizzo delle albergozioni nelle pensioni e negli alberghi cittadini: i 43 posti letto inizialmente in convenzione con 3 alberghi cittadini che sono stati poi ridotti a 20. Dal 2000 non sono stati più utilizzati per le famiglie poiché il regolamento alberghiero contrastava con una normale vita familiare soprattutto nel caso dei nuclei composti da minori (impossibilità a preparare il vitto, limitazioni per l'uso lavanderia, necessità di allontanamento nelle ore diurne). L'utilizzo di questa risorsa è stata quindi principalmente orientata verso situazioni di single/coppie giovani, tendenzialmente per periodi limitati. Le altre risorse dei percorsi sono state rappresentate da:

1. Un Centro Homeless gestito dall'ARCI con presenza di un operatore con funzioni di mediatore: accoglie 12 utenti maschi spesso con esperienze di strada e abuso di sostanze.
2. 4 Centri plurifamiliari collocati in un ex scuola e in condomini: hanno ospitato più di un nucleo familiare contemporaneamente essendo composte di più stanze sufficientemente grandi. L'utilizzo di questi centri è cambiata col tempo poiché da situazioni di medio-lungo periodo si è cercato di farle diventare risorse di passaggio sul percorso dell'autonomia abitativa. L'abitare nei centri per almeno 12 mesi comporta la possibilità, al momento della domanda per la graduatoria delle case popolari, di poter usufruire 5 punti. Dal 2004, con l'attivazione della convenzione con la Caritas (vedi oltre), si è cercato di limitare la presenza di nuclei familiari nei centri.
3. Le case del patrimonio ATER in base alla legge regionali ed alla delibera comunale che ne regola l'utilizzo attraverso il criterio delle abitazioni di risulta (3 mesi di non accettazione) e delle abitazioni con metri quadri sotto soglia. Si è trattato di un patrimonio di non alta qualità, quasi sempre collocato in quartieri ad alta intensità di problemi sociali, che tuttavia l'ATER ha consegnato solo dopo previa piccola ristrutturazione.
4. Dal 2001 è stato attivato un servizio di primo intervento per gli homeless (S.E.F.A.), che prevede l'accoglimento in due piccoli appartamenti di tutti quei cittadini "incontrati dalle forze dell'ordine" e dagli operatori sociali in stato di evidente bisogno abitativo urgente. Il periodo di accoglienza è fortemente limitato a 10 giorni estensibili a un massimo di 20 e vuole dare

risposta prevalentemente a quelle tipologie di senza dimora che utilizzano la città di Livorno come momento di passaggio dei propri itinerari;

5. Dal 2002 è stato creato un Centro Donna rivolto alla popolazione femminile che rischia una deriva sociale, abuso o prostituzione. Una specifica strategia per intervenire su soggetti che vivono o rischiano di vivere il lato più violento della vita di strada.
6. Dal 2003 un Centro per donne sole con figlio/i che non trovavano una risposta idonea né nelle albergozioni né nei centri plurifamiliari.
7. Dal 2004 è stata attivata una convenzione con la Caritas per gestire un centro per i nuclei familiari in difficoltà spesso in situazione di sfratto per morosità o per divisione della coppia genitoriale.

In questo quadro complessivo gli utenti dei servizi di salute mentale hanno potuto accedere a vario titolo ai percorsi di cittadinanza abitativa e rendere quindi concreto il raggiungimento di un buon livello autonomia e appartenenza comunitaria. Alcuni risultati:

- a) sono state date risposte attive a 48 utenti (tab 2 per le caratteristiche anagrafiche) utilizzando le risorse del “sistema socio-sanitario”. Le stratificazioni per genere e stato civile confermano i dati che provengono dalla letteratura sulle popolazioni psichiatriche con profilo severo: un numero più ampio di uomini (le donne sono generalmente più integrate nelle reti familiari); i single rappresentano il 44% dei casi per le donne e il 63% per gli uomini.

Tab 2 PAZIENTI DEI PERCORSI DI EMERGENZA ABITATIVA			
	Maschi	Donne	totali
Single	19	8	27
Separati/divorziati	10	9	19
Vedovi	1	1	2
Coniugati	0	0	0
Totali	30	18	48

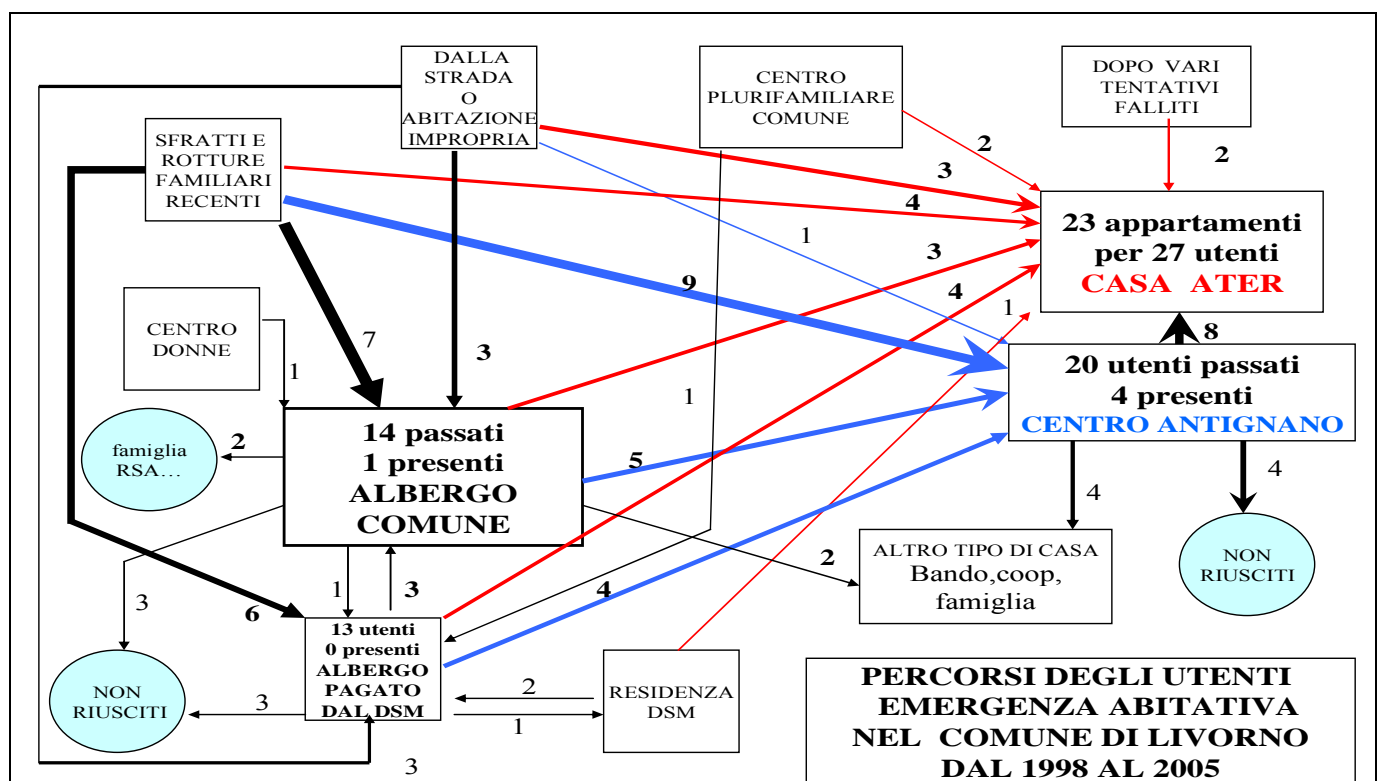
Una metà degli utenti era già in carico al servizio prima del 1994. I casi sono abbastanza concentrati (60%) nella classe di età tra i 30 e i 60 anni; poco rappresentate le classi giovani e le classi anziane (Tab 3).

Tab 3 PAZIENTI COINVOLTI NEI PERCORSI DI EMERGENZA ABITATIVA			
ETA'	MASCHI	DONNE	TOTALI
20-29	2	2	4
30-39	10	3	13
40-49	8	8	16
50-59	5	2	7
60-69	4	2	6
>69	1	1	2
TOTALE	30	18	48

Per quel che riguarda le diagnosi (Tab 4): sono rappresentati un po' tutti i disturbi ma prevalgono i disturbi più gravi, le psicosi ed i disturbi di personalità. I percorsi di emergenza abitativa appaiono utilizzati soprattutto nei casi complessi: l'inserimento in un condominio di alcune persone con un disturbo di personalità si è rivelato molto più problematico di utenti anche gravemente disturbati da tematiche deliranti.

Tab 4 UTENTI COINVOLTI NEI PERCORSI ABITATIVI					
	N°PERCORSI ATTIVATI	SOLUZIONI TRANSITORIE			CASA ATER
		ALBERGO COMUNE	ALBERGO DSM	CENTRO ANTIGNANO	
PSICOSI SCHIZOFRENICA	17	4	8	8	12
DISTURBO DELL'UMORE	13	5	3	3	5
DISTURBO DI ANSIA	2	1	0	2	1
DISTURBO DI PERSONALITA'	10	4	1	4	8
RITARDO MENTALE	3	0	1	2	1
TOTALE	45	14	13	19	27

Ognuno dei 48 utenti ha fatto un percorso proprio: alcuni provando più esperienze prima di trovare una soluzione soddisfacente, altri effettuando un percorso per gradi di progressiva crescita di autonomia. Altri ancora trovando subito una situazione di soddisfazione: la autonomia abitativa quindi alla fine non è stata realizzata attraverso “la casa pubblica per tutti”. Vista la complessità e la differenziazione delle risposte il tentativo di rendere visivamente i percorsi appare alquanto insoddisfacente tuttavia abbiamo cercato di riassumerlo nel grafico conclusivo. Si può vedere che per molti utenti (27) si è sperimentata la possibilità di un periodo di accoglienza (sia con spesa a carico dell’USL che utilizzando i posti in convenzione col Comune): tuttavia attualmente 26 sono stabilmente in altre collocazioni più idonee.



dell'art 17 della legge 96/96. I CSM, oltre a rispondere come per tutti gli altri utenti a qualsiasi bisogno di intervento domiciliare, garantiscono un supporto organizzando una riunione settimanale di discussione sui problemi emersi. La casa di Antignano non è una residenza, è un'abitazione in co-abitazione: 14 persone hanno finora utilizzato questa esperienza per sviluppare le competenze abitative e hanno ricevuto in assegnazione degli appartamenti *ATER*. Altri 4 stanno attualmente coabitando.

- c) Sono stati assegnati 23 appartamenti a 27 utenti psichiatrici (tab 4 per le diagnosi) che vivevano in condizioni di disagio (coabitazioni altamente conflittuali con i nuclei familiari, o utilizzo improprio e prolungato delle pensioni). Di questi 5 erano cittadini che da anni vivevano per strada e non erano seguiti dai servizi di salute mentale in quanto nessuno aveva mai pensato di poter contattare per loro i centri, attualmente vivono autonomamente e sono a carico dei servizi e godono di un intervento integrato;

Una considerazione finale: a Livorno solo fino a pochi anni fa c'era ogni mese qualcuno che saliva su un traliccio e minacciava di buttarsi giù, c'erano tende in piazza e cortei per le strade, c'era molta conflittualità sulle questione della casa. A settembre un movimento equivoco e demagogico ha raccolto delle firme contro gli spacciatori e contro i camper delle associazioni di intervento per la limitazioni del danno che distribuivano le siringhe attirando nei quartieri popolari "i tossici" di tutta Livorno. All'interno di questo qualcuno ha calato anche la carta dell'attacco demagogico ai matti ed ai drogati che avevano con troppa facilità la casa dal Comune mentre la brava gente aspettava le graduatorie delle normali assegnazioni. La Giunta ha decretato la fine dell'esperienza della commissione di emergenza abitativa ed ha deciso di continuare con altri regolamenti e mezzi. In questi anni di contraddizioni e di lavoro duro le garanzie sulla direzione da mantenere sono venute soprattutto nella capacità del livello politico amministrativo di assumersi le responsabilità che derivano dalle scelte di difesa dei valori di solidarietà e dagli impegni concreti: occorre che queste esperienze non siano più così isolate da dover richiedere una così grossa quantità di coraggio politico. Per questo non posso essere d'accordo con quelli che oggi hanno detto che una cosa scritta non ha valore: secondo me in una democrazia una cosa scritta in una legge, in un atto ufficiale, non può non avere un grande valore. Non sto dicendo che questo basti, anzi sto sostenendo qualcosa di più radicale: che le conseguenze vanno molto oltre l'oggetto delle promesse. Voglio cioè affermare che in una democrazia la legge non può non avere delle conseguenze: non fosse altro che quella di spingere i cittadini a non credere più alle leggi. E' qui la grande responsabilità che in una democrazia comporta per le istituzioni il parlare, il dire, il promettere. Per questo oggi sono stato così polemico, nel mio primo intervento, sulla questione dell'obiettivo del PSR del 4,5% da dedicare alla salute mentale: quando si scrivono questi impegni non si può non rispettarli e sperare che nessuno se ne accorga, perché la democrazia è trasparenza e controllo, non solo un voto ogni tot mesi-anni. La differenza è molto importante per

tutti, perché è la fiducia nelle istituzioni il grande capitale sociale che questa regione ha accumulato in tanti anni e sarebbe una rovina per tutti se dovessimo verificare tra qualche tempo che è stato così stupidamente e volgarmente dilapidato. La fiducia è un capitale sociale perché poter credere senza dover essere derisi dai soliti cinici della politica è stato per tanto tempo anche la garanzia per noi tecnici della salute mentale di poter moltiplicare le forze della solidarietà nella catena della reciprocità: poter assumere degli impegni nella certezza di poter esigere poi, in alleanza coi soggetti portatori dei bisogni, che le istituzioni li rispettino.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Serrano. Adesso diamo la parola a Sandra Breschi, Dirigente Direzione Politiche del Lavoro della Provincia di Firenze.

Il lavoro nel processo di integrazione sociale

L'esperienza di Firenze

Sandra Breschi, Dirigente Direzione Politiche del Lavoro della Provincia di Firenze

Non sarò ripetitiva ma sintetizzerò in tre battute quello che era l'intenzione del mio intervento, perché credo veramente che la tematica dell'inserimento lavorativo per i disabili sia una tematica che non può essere stretta in un quarto d'ora a fine di un convegno che è stato tra l'altro per me che non sono del settore interessantissimo. Mi riproponevo anzi di suggerire, e questa era già la volontà della Provincia di Firenze, io sono dirigente della direzione lavoro della provincia di Firenze, di suggerire che nella prima primavera del 2006, quindi verso febbraio – marzo, anche in base a quello che diceva l'Assessore Salvadori, di rifare un incontro a livello regionale sulle politiche dell'inserimento lavorativo dei disabili politiche che sono integrate per quanto riguarda il settore del lavoro, perché anche le leggi regionali che riguardano il settore lavoro sono leggi integrate, di politiche attive tra la formazione, l'orientamento e l'accompagnamento al lavoro e il nuovo Piano Integrato Sanitario che apre per noi che ci occupiamo di collocamento mirato dei disabili delle interessanti prospettive. Io dicevo appunto che sono la dirigente della direzione lavoro, cioè fanno capo alla mia direzione i 18 centri per l'impiego del collocamento ordinario e dal giugno 2005 mi è stata affidata anche la competenza in materia di collocamento mirato dei disabili, questo per valorizzare, nell'intenzione della Provincia di Firenze, certe esperienze che abbiamo mutuato dal collocamento ordinario di attivazione di politiche attive per il lavoro, di servizi di formazione e di orientamento per i cittadini iscritti al collocamento ordinario, che erano assolutamente necessarie anche per gli iscritti al collocamento mirato. Le tre osservazioni, i tre flash, i tre concetti che volevo soltanto rimarcare per introdurre le innovazioni che abbiamo fatto in provincia di Firenze e di cui il progetto del gruppo 68-99 che sarà illustrato dal Dott. Piccini è una delle sperimentazioni più interessanti: l'innovazione che io ho portato è stata da una lato portare a trasparenza tutto il settore dell'avviamento al lavoro per i cittadini disabili della provincia di Firenze, che vuol dire monitoraggio costante dell'archivio dei lavoratori e monitoraggio costante dell'archivio delle aziende. A Firenze ci sono circa 7.000 iscritti al collocamento mirato, di questi 7.000 i realmente disponibili al lavoro sono meno di 4.000. Le aziende che hanno mandato il prospetto informativo sono 2.400, di queste 1.280. sono in obbligo però hanno un potenziale di assorbimento di cittadini disabili di oltre 3.400 unità. Quindi una panoramica che offre degli spunti di grande entusiasmo almeno da parte mia perché sembrerebbe che si possa con politiche accorte trovare un lavoro per tutti i cittadini disabili a parte tenere sotto controllo e monitorare costantemente e

portare a trasparenza queste banche dati, l'altro punto di innovazione che mi sono impegnata subito a introdurre è stato quello di avere per ogni iscritto al collocamento mirato una scheda professionale basata sul concetto di competenza. Il concetto di competenza è ormai di livello internazionale e presente in tutte le politiche di competenza professionale e di tutte le politiche di competenza delle Regione Toscana. Gli strumenti professionali che abbiamo introdotto sono appunto la scheda professionale che è basata su un colloquio di orientamento che cerca di centrare le competenze, come chiave di lettura e di incontro tra azienda e persona. Nella scheda professionale quindi si è cercato di individuare in tutti i colloqui che facciamo ormai per tutti i nuovi iscritti al collocamento mirato, e andando a ritroso per arrivare alla pulizia della scheda su tutti gli iscritti andando a ritroso di 6 mesi in 6 mesi in modo che si dovrà arrivare in tempi brevi ad avere una banca dati degli iscritti al collocamento mirato della Provincia di Firenze in cui ogni cittadino disabile è descritto con la sua scheda professionali in termini di competenze. La parte più interessante di questa analisi delle competenze parte dalla definizione classica elaborata da *Leboter* che è quella delle competenze come una conoscenza, sapere, saper fare e saper essere, cioè comportamenti che la persona nel contesto operativo mette in essere. Ovviamente le competenze che vengono descritte siamo andati a organizzarle secondo le aree professionali e i gruppi di capacità, perché rilevare le competenze di una persona significa spere all'interno di un determinato gruppo di attività, tipo i servizi contabile amministrativi, di segreteria, quali sono le varie singole minuziose competenze che la persona deve mettere in atto. Si scopre che queste competenze sono non soltanto basate sulle conoscenze, ma basate anche su esperienze nate in contesti completamente diversi. Quindi LEP vuol dire esperienze lavorative, extralavorative o propensioni. Quindi per ogni persona all'interno di un ambito professionale che viene individuato dal colloquiatore, dall'orientatore, si vanno poi ad analizzare le capacità che questa persona può per quel gruppo di attività essere in grado di mettere in atto. Ci sono poi delle schede che analizzano i vincoli sulle funzioni fisiche che le persone hanno, una parte della scheda riguarda invece l'osservazione che l'orientatore fa, ma la cosa più interessante è che questa scheda, che poi accompagnerà ogni iscritto nel suo avvicinamento al modo del lavoro, potrà poi essere ricercata a seconda delle offerte delle aziende che riusciamo a captare dall'azienda. Qui di un incontro domanda offerta di lavoro che basa sul concetto di competenza, concetto di competenza che nasce da studi fatti presso il sistema delle imprese, quindi le definizioni di competenze dei soggetti sono speculari alle descrizioni delle competenze che con il sistema delle imprese siamo andati a costruire. E' un quadro molto veloce che forse non rende abbastanza chiaro lo sforzo che stiamo facendo, ma io credo che si stia percorrendo il percorso giusto. Il gruppo 68-99 è un gruppo sperimentale, che ho trovato già presente nel collocamento mirato della Provincia di Firenze, ha svolto quell'attività ancora più importante che per non solo la conoscenza dell'individuo, ma l'accompagnamento presso il sistema dell'impresa attraverso tutti gli strumenti che la legge 68 prevede, dal tirocinio della 68, al tirocinio della 142, cioè tutti gli strumenti che ci permettono di

trovare il posto adatto al soggetto. Questo non può essere fatto da solo, la Provincia di Firenze non può svolgere questa attività al suo interno ma come dicevo all'inizio e questo è il terzo concetto di questa riorganizzazione, cioè la volontà di collegarsi con tutte le strutture che sul territorio svolgono servizi integrati sia sanitari che socio-assistenziali. Quindi un centralismo decentrato che vede nel nucleo fiorentino centrale l'organizzazione del collocamento così come frettolosissimamente vi ho descritto, però che va poi a creare gruppi territoriali di zona, con le Società delle Salute e con le Az. USL, che raggruppano tutti i soggetti che hanno nel corso della vita preso in carico il soggetto disabile e che quindi possono, facendo perno sul centro per l'impiego, collaborare per un inserimento lavorativo.

Gemma Del Carlo

Quanti ne sono stati inseriti?

Sandra Breschi

Per ora ne sono stati visti circa 1000 con al scheda personale, inserito il collocamento mirato di Firenze ha un'attività di inserimento lavorativo di circa 300 persone annue, almeno quello che ho visto io, ma credo che veramente si riuscirà se le cose le organizziamo con la collaborazione di tutti i soggetti presenti sul territorio .

Gemma Del Carlo

Ringraziamo la Dott.ssa Sandra Breschi e passiamo all'intervento dello Psichiatra del Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Firenze Andrea Piccini.

Andrea Piccini, Psichiatra del Dipartimento Salute Mentale Azienda USL di Firenze

Si può stringere e per tanto vi farò vedere solo i risultati. Questo è il nome del nostro progetto, che è iniziato nell'ottobre del 2002 e che è ancora in corso, poi vedremo quali saranno gli sviluppi nel prossimo periodo. E' stato portato avanti in collaborazione tra l'Azienda sanitaria Firenze, la Provincia di Firenze, la Regione Toscana, utilizzando i fondi per il Fondo per il lavoro della Regione. L'obiettivo era quello di affrontare le problematiche legate al collocamento con la legge n. 68 per il disagio psichico intellettivo. Salto le modalità operative perché il tempo è veramente scarsissimo, diciamo la sintesi del tipo di lavoro che facciamo è quello di fare un progetto di integrazione lavorativa che vede un lavoro preparatorio con l'azienda o con l'ente pubblico, l'attivazione di strumenti di mediazione che sono i vari tirocini e il tutoraggio, oppure il collocamento diretto al lavoro quando è la persona è in grado di essere inserita direttamente. Successivamente c'è il monitoraggio e le verifiche periodiche dell'inserimento dei tirocini e dei tutoraggi. Le persone che sono state prese in carico dal nostro progetto sono circa 500 ad oggi, dopo due anni e mezzo di lavoro, i collocati al lavoro sono 76 in aziende private, di cui 16 con

tirocinio formativo e 22 attraverso selezione in enti pubblici, quindi siamo intorno al 98 persone, delle quali il 75% sono persone con disagio psichico puro, l'altro 25% proviene dall'handicap. I problemi rilevati sono moltissimi come potete capire ne cito alcuni: sul versante dei servizi socio-sanitari è molto diverso l'impegno, l'attenzione dei diversi MOM della salute mentale adulti al problema ed è stato necessario promuovere una crescita complessiva fornendo informazioni e risorse in maniera uniforme e paritetica.

Sul versante dell'integrazione tra i servizi era molto insufficiente il dialogo tra i servizi socio-sanitari e gli uffici della Provincia per il collocamento mirato, ovviamente le aziende avevano una forte prevenzione nei confronti della problematica psichiatrica e avevamo difficoltà ad attuare i tirocini della legge 68 perché in qualche modo li vincolano poi all'assunzione, c'era necessità, questo è un punto fondamentale, di attivare realmente i tutoraggi e di formare i tutor per il sostegno sul posto di lavoro.

Sul versante dei lavoratori utenti, anche questo vi chiedo un attimo di attenzione ancora, le conseguenze che l'inserimento al lavoro comporta, difficoltà a integrarsi sul luogo di lavoro, badate bene questi sono i problemi che i nostri inserimenti di disabili hanno evidenziato ma che riguardano la totalità dei lavoratori. Vorrei fare una premessa che per noi è indispensabile nello stile in cui si è lavorato come psichiatra io e come gruppo nostro, il nostro compito non era di surrogare il collocamento, ma il nostro compito era quello di fare una politica culturale sul mondo del lavoro, che avvicinasse il mondo del lavoro al problema della salute mentale, con un'utopia di tipo preventivo che era quella che nel posto di lavoro i colleghi "sani" si avvicinassero davvero al problema della salute mentale e diventassero capaci non solo di accoglierla nel disabile inserito, ma anche di percepirla in loro stessi, perché no, nei loro figli, nelle persone che avevano intorno, e quindi nella disponibilità poi a usufruire dei servizi specifici per la salute mentale, quindi il senso è questo, non è di nascondere il disagio mentale al datore di lavoro, ma è quello di far sì che nonostante il disagio mentale si possa lavorare, si possa essere inseriti nel posto del lavoro. Sono inserimenti veri, assunzioni a tempo indeterminato. Non c'entra niente il socio-terapeutico, questo sono inserimenti al lavoro, busta paga, lavoro vero, con tutto il massimo rispetto per il socio-terapeutico che è uno strumento fondamentale, però questa è un'altra cosa. Volevo dire per gli utenti lavoratori un problema fondamentale è che poi di fronte al lavoro ci siano delle sollecitazioni molto forti, ci sia il rischio dell'abbandono del lavoro, e questo non deve spaventarci perché spesso il collocamento al lavoro vero passa per avere esperienze e non per una sola. Io scrivo ricadute con il punto interrogativo, perché nella nostra esperienza di circa 100 ormai, noi abbiamo avuto circa una quindicina di persone che a distanza generalmente abbastanza tipica, dopo circa cinque sei mesi dal collocamento al lavoro, hanno dei momenti difficili. Chiamarli ricadute mi sembra un po' riduttivo, perché spesso non c'è stato bisogno di ricovero, nemmeno di un aggiustamento della terapia, ma di comprendere che cosa stava succedendo, per esempio, stavano nascendo delle esigenze extralavorative nuove, persone che non avevano soldi avevano un po' soldi, persone che

non avevano più visto da tempo persone “normali” si mettevano in contatto con loro, venivano invitati a mangiare la pizza insieme, a prendere il caffè, nascevano esigenze di relazioni sentimentali, sessuali, e quindi tutto questo provocava dei profondi mutamenti che magari si realizzavano inizialmente sotto forma di momenti di ansia, potenziali scompensi, ma non necessariamente in ricadute, chiaramente chi si occupa di queste cose non deve avere assolutamente paura di questo, ma anzi deve in qualche modo aspettarsi questi momenti. Io ora scorro veramente perché posso dire che ci siamo mossi in vari modi per cercare di ovviare a queste difficoltà: una strada che abbiamo percorso è stata quella di organizzare dei tirocini di avviamento al lavoro, come già in altre zone come a Genova, a Perugia, ad Arezzo, esistono ma direi ormai dappertutto delle esperienze che non sono più dei socio-terapeutici ma che non sono ancora degli inserimenti con la legge 68 e che servono per saggiare le potenzialità della persona e avvicinare l'azienda al problema, scegliendo aziende con un forte obbligo di assunzione e quindi motivate poi a finalizzare l'assunzione i tirocini sono stati 34, che vanno ad aggiungersi ai collocamenti al lavoro di prima; di questi 18 li abbiamo fatti nell'Azienda sanitaria di Firenze, 4 nell'Università degli Studi, in altre aziende pubbliche. Vogliamo far notare che sono solo nove in aziende private, però tutti e nove sono andati poi a collocamento, perché le aziende una volta conosciuta la persona, l'hanno molto apprezzata. I tutoraggi sono stati il punto forte; una cooperativa è stata segnalata attraverso un bando dei Fondi sociali europei dalla Provincia, faceva parte del Consorzio coeso, questi sono i tutor con cui lavoriamo che hanno fatto circa 800 ore nel 2005 di tutoraggio per 47 lavoratori seguiti. Facciamo una formazione che prevede due ore di supervisione ai tutor ogni 15 giorni, e poi una mia pronta disponibilità a parlare con i tutor in ogni situazione di urgenza. I nostri lavoratori che mi hanno dato il permesso di presentare le loro immagini qui in queste slides, fanno attività informali, bar, pranzo, etc, ma abbiamo organizzato anche un momento settimanale di discussione per i tirocinanti dell'Az. USL e un momento bisettimanale di discussione di gruppo sulle tematiche del lavoro per lavoratori già inseriti, piccoli gruppi, gruppo omogenei, non tutti insieme ovviamente. Le aziende contattate sono state circa 100, gli enti pubblici sei, però avevano degli obblighi mastodontici, cioè 200 persone da inserire, gli interventi per utenti già collocati sono stati circa settanta.

Salto tutto perché ora è troppo tardi, quando volete se ne riparlerà, vi faccio vedere alcuni immagini abbastanza divertenti dei lavori dei tirocinanti alle Az. USL, tra l'altro abbiamo proprio le fotografie prima la cura dopo a cura non degli utenti ma dei locali ristrutturati dagli utenti.

Vorrei solo dirvi le criticità: la lunghezza delle procedure per l'espletamento delle selezioni negli enti pubblici, cioè spesso dal momento del bando della selezione pubblica alla selezione passa un anno e questo rende le persone isteriche, le butta di fuori, questo più del lavoro, le attese, non il lavoro. Tempo lungo di attesa per la risposta dopo la visita per la permanenza dello stato invalidante, chi di voi vedo qualcuno che ha il figlio inserito, sa che c'è voluto tre quattro mesi per avere la risposta, una volta assunto la risposta della commissione non per colpa della medicina

legale ma per colpa delle procedure che la legge prevede. Mi sembra che la Regione abbia anche agito per agevolare e facilitare questi tempi però bisogna ancora lavorarci. Altro problema critico sono le insufficienti comunicazioni e collaborazioni con l'agenzia datoriali; è fondamentale che si arrivi a coinvolgerle in questo processo. Le agenzie datoriali hanno dimostrato disponibilità, ma spesso poi si sono attrezzate per conto loro, secondo noi bisogna portarle dentro a questa azione chiaramente il terzo settore nel suo complesso. Qui sottolineo lo scarso utilizzo che in Toscana si è fatto, sono aspetti molto tecnici ma chi è un po' dentro lo sa, cioè nella legge 68 e poi nel decreto Biagi ci sono degli articoli che prevedono un particolare utilizzo della cooperazione sociale per avviare al lavoro i lavoratori utenti, il problema è che spesso questo utilizzo può essere strumentale e molto temporaneo e altamente insoddisfacente. Si può invece lavorare se si acquista anche un po' di elasticità mentale e culturale per renderli degli strumenti molto fertili venendo in contro alle esigenze delle aziende ma anche permettendo grossa scommessa delle potenzialità di collocamento per utenti molto gravi che non arriverebbero al collocamento per le vie normali. Poi l'altra criticità è il grande problema dell'handicap noi siamo partiti come salute mentale cioè come ci siamo rivolti al disagio psichico ma abbiamo incontrato per strada continuamente, lo scoglio, il grosso problema dell'handicap e non si può eludere, non si può eludere secondo me nemmeno la collaborazione stretta fra psichiatria e handicap, ma bisogna che la psichiatria non chiuda gli occhi di fronte a questo problema. Le prospettive sono che si arrivi ad un protocollo, a un accordo di programma si dovrà vedere, la Dott. Breschi ha molte idee in questo senso, tra l'Az. USL, Provincia, Comuni, Società Della Salute, per arrivare ad una organizzazione strutturale di questa risorsa per farne quindi una risorsa strutturale del collocamento per allargare l'intervento ad altri tipi problematici di disabilità, fermo restando che il disabile forte quello cioè che non ha problemi particolari di collocamento, penso al paraplegico che può tranquillamente essere inserito in un'azienda di computer perché è bravissimo al computer, penso al non vedente che ha delle professionalità specifiche molto sviluppate. Per i disabili con una disabilità, con una idoneità complicata al lavoro, bisogna allargare l'intervento, favorire l'integrazione tra le diverse istituzioni, coordinare le iniziative in materia di tutti i servizi territoriali e presentare un 'interfaccia omogenea verso il mondo del lavoro, non ci si può presentare in dieci, i benedetti Conad, Coop si vedono arrivare dieci operatori diversi di dieci servizi a proporli degli inserimenti. Bisogna coordinare tutto questo e coordinare anche gli stessi inserimenti socio-terapeutici per farli dove poi ci sono delle prospettive. Ho finito grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie. Ora passiamo all'esperienza di Lucca e diamo la parola a Mirella Cavani, Responsabile Unità Operativa Assistenza Sociale Azienda USL Lucca.

L'esperienza di Lucca

Mirella Cavani, Responsabile Unità Operativa Assistenza Sociale Azienda USL di Lucca

La giornata del Convegno è stata molto densa sia sul piano quantitativo che qualitativo per cui cercherò di essere sintetica avvalendomi di slides che mirano a rappresentare l'esperienza del "Progetto - lavoro" nella Salute Mentale dell'Az. USL 2 di Lucca, come è stato affrontato il lavoro quale strumento di integrazione sociale e come nel tempo si sia sviluppata ed evoluta l'idea-guida iniziale.

Gli organizzatori del Convegno mi hanno affidato questo compito ma credo sia doveroso precisare che questa presentazione è il risultato di un lavoro integrato "a più mani", con la partecipazione diretta di tutti i Soggetti che contribuiscono a dare quotidianamente significato e senso al "Progetto - lavoro". Mi riferisco alla Cooperativa Icaro, che gestisce il Progetto per conto dell'Azienda ed agli operatori delle strutture organizzative aziendali che per le rispettive competenze e specificità di compiti sono impegnati nel settore della Salute mentale.

Mi auguro che la sintesi non vada a discapito della chiarezza espositiva proprio per una possibile trasferibilità dell'esperienza progettuale di Lucca anche in altri contesti. A tale scopo è opportuno evidenziare le fasi salienti della storia e del processo che ha caratterizzato la nascita e l'implementazione del Progetto - lavoro. Il percorso svolto ha permesso di consolidare una concreta esperienza di promozione del "lavoro" come significativo strumento terapeutico - riabilitativo nel processo d'integrazione/inclusione sociale delle persone affette da disturbo mentale.

Il principio ed il valore dell'integrazione è l'idea-guida e la metodica che possiamo dire ha ispirato il progetto, sia per il significato sociale che riveste, (dal punto di vista della persona che lo frequenta) sia per l'apporto sinergico delle diverse professionalità di cui si compongono le Unità Funzionali aziendali che operano nell'ambito della Salute Mentale (appartenenti in alcuni casi anche ad enti istituzionali diversi) sia per il contributo concreto di risorse del terzo settore che in questo caso è rappresentato dalla Cooperativa Icaro con cui l'Az. USL2 di Lucca ha un rapporto convenzionale per la gestione del Progetto lavoro. Tuttavia come vedremo ai soggetti istituzionali /operativi va sicuramente collocato il ruolo della **F.A.S.M.** che ha dato una spinta propulsiva alla valorizzazione dell'efficacia dell'esperienza rendendo più visibile e misurabile anche il processo avviato.

Questa precisazione introduce quella che è stata la storia e il processo che è avvenuto nel tempo, che ha costruito la sinergia dei rapporti fra i servizi, l'ENAIIP e la Cooperativa Sociale ICARO (come propria emanazione), la Provincia e la **F.A.S.M.**

La storia...il processo (I° SLIDE)

I soggetti protagonisti del Progetto-lavoro: U.S.L./En.AIP – Cooperativa ICARO (atto convenzionale) a cui si sono aggiunti nell'evoluzione progettuale **/F.A.S.M./** Provincia- Centro per l'impiego.

- Il Progetto-lavoro nasce nel 1991 dopo un corso di formazione professionale di 3 anni rivolto a disabili psichici, finanziato dalla U. E. con l'obiettivo di dare risposte concrete ai pazienti inseriti nel progetto ed ai loro familiari.

(La prima sede dei laboratori era in locali dell' ex O.P.P. di Maggiano ed in zone limitrofe Arliano Ceis).

- Inizialmente la Cooperativa ICARO ha un'impronta artigianale. Sulla base della suddivisione del corso di formazione, erano presenti 4 settori: falegnameria, tessitura, muratura, agricoltura.

- Il Progetto ha vissuto successive trasformazioni, in relazione all'utenza inserita ed alla evoluzione del bisogno legata a nuovi inserimenti, privilegiando comunque e sempre attività di tipo lavorativo (come assemblaggi vari).

- Nel 1999 la **F.A.S.M.** ottiene dal Comune di Lucca una sede(sia per i laboratori che per l'Associazione) in un quartiere periferico ma inserito in un contesto urbano più facilitante per lo sviluppo di una rete sociale più funzionale al progetto.

Si era valutato infatti che con la definitiva chiusura dell'Ospedale psichiatrico era giunto il momento di compiere una ulteriore "deistituzionalizzazione" delle diverse attività riabilitative che ancora soggiornavano nella sede ormai troppo connotata sullo stigma manicomiale.

Era l'occasione concreta per compiere un salto di qualità, perseguire la concreta opportunità di integrazione sociale dando una maggiore visibilità dell'esperienza che si stava sperimentando.

Il trasferimento ed anche questa vicinanza fra l'Associazione **F.A.S.M.** e Laboratori del Progetto hanno dato una spinta significativa in tal senso e tutt'oggi mantiene vivo l'interesse per questa attività.

Vediamo quali sono le idee-guida che sostengono il Progetto-lavoro: (II° slide)

- □ **Il "percorso lavorativo" come uno strumento di riabilitazione**
 - □ per acquisire e/o ri-acquisire competenze e abilità.....
 - □ per inserirsi in un contesto sociale.....
 - **per recuperare uno spazio di relazioni significative nel rispetto delle individualità.....**
- **Attenzione alla persona**
 - **Le tipologie di attività lavorativa sono diversificate e graduate su livelli di "difficoltà" e la persona viene inserita in base alle abilità possedute e/o da potenziare**

per consentire un percorso riabilitativo teso al raggiungimento della massima autonomia possibile.

Sono concetti che oggi sono stati ampiamente condivisi, dibattuti ed evidenziati ed anche l'esperienza di Firenze precedentemente illustrata è una testimonianza in tal senso. L'attività lavorativa è uno strumento di riabilitazione perché non racchiude solo il momento esecutivo, valutabile in termini di produttività; non è solo "andare a lavorare", ma si è visto che acquisisce significatività anche "imparare a sostenere un clima ambientale di tipo lavorativo". E' qui che si inserisce il progetto individuale costruito in base ai "punti di forza e punti di debolezza" che differenziano e connotano le storie delle persone e dei loro contesti di vita.

In questo ambito si recuperano anche gli spazi delle relazioni significative che costituiscono un tramite importante per l'inserimento nel contesto sociale. Attenzione alla persona significa appunto privilegiare una progettazione individualizzata che valuti il percorso terapeutico-riabilitativo più appropriato rispetto ai bisogni ed alle risorse e opportunità di crescita.

La struttura organizzativa del Progetto-lavoro (III° slide)

Esiste un atto convenzionale tra Az. USL 2 ed ENAIP che attraverso la Coop. ICARO gestisce l'operatività del Progetto.

L'organismo supervisore e sede dell'integrazione progettuale tecnica ed operativa è il Comitato Tecnico che ha come compiti e funzioni quella di

- stabilire le procedure per l'inserimento dei pazienti programmare azioni per integrare e favorire le connessioni possibili tra progetto-lavoro ed altre agenzie sociosanitarie presenti nel territorio monitoraggio e verifica delle attività svolte nell'ambito del progetto lavoro e l'andamento dei progetti terapeutico-riabilitativo individuali
- ☐ regolamentazione ammissioni/dimissioni dei pazienti in/dal progetto, lavoro in linea con le procedure definite
- ☐ verifica formazione e qualifica del personale

La scelta è stata proprio quella di mantenere questa integrazione e questo sviluppo (come dicevo all'inizio) in una logica di rafforzamento e consolidamento del processo evolutivo di crescita del progetto. Non è stata quindi una modalità di esternalizzazione in senso tradizionale, ma abbiamo voluto mantenere un legame stretto e condiviso fra momento della valutazione della progettualità e della verifica, (anche qualitativa, e di rapporto efficacia/efficienza) integrata con la Cooperativa che mantiene il compito della gestione.

La struttura operativa del progetto-lavoro (IV° slide)

Come si evince dallo schema abbiamo suddiviso il progetto lavoro in due moduli.

Il primo modulo è programmato per perseguire principalmente due obiettivi:

A. Unità lavorativa:

- ☐ autonomia lavorativa
- ☐ abilità di base
- ☐ autonomia
- ☐ avvicinamento al mondo del lavoro
- ☐ assunzione di ruoli

La stessa attività lavorativa è lo strumento per la verifica che avviene giornalmente e /o settimanalmente

B. Relativi alla relazione interpersonale

- ☐ Rapporto con gli altri
- ☐ Consapevolezza del sé
- ☐ Gestione delle emozioni ed affettività

L'ascolto con momenti di gruppo e colloqui individuali è lo strumento per la verifica.

La stessa persona compie così un percorso che è unitario, su entrambi i versanti. Sono visualizzati separatamente per focalizzare meglio il percorso parallelo da compiere in cui il lavoro è anche un'occasione di crescita del rapporto di interscambio con l'altro. I due aspetti vanno di pari passo, cioè il lavoro e le verifiche giornalieri relative alle relazioni interpersonali, l'ascolto come momento di gruppo che come colloqui individuali.

Attualmente le persone accolte variano da 38 a 40 e la fasce di età dai 20 anni ai 55 anni.

Entriamo ora più nel dettaglio delle modalità operative ed esecutive del modello strutturale del Progetto proponendovi questo quadro sintetico (V° slide):

I° modulo: è suddiviso in due aree graduate scalarmente con differenti livelli di impegno terapeutico legati al grado autonomia degli utenti

1. Area accoglienza/orientamento: Osservazione sistematica su abilità e capacità per formulazione progetto individuale d'inserimento

Gli ambiti di osservazione riguardano:

- autonomia rispetto a semplici attività
- relazioni sociali
- rapporto con il proprio corpo
- gestione del denaro
- autonomia negli spostamenti
- rispetto dei tempi
- frequenza

2. Area educativa-lavorativa: **L'aspetto educativo è mediato dal lavoro quale strumento di relazione operatore/disabile.** Gli ambiti di osservazione riguardano:

Acquisizione abilità di tipo prof.le/relazionale per inserimento adeguato in:

- laboratorio protetto (lavoro autonomo di “basso” profilo professionale)

-livello di produzione (lavoro più complesso e partecipazione a tutte le fasi di realizzazione quale ambiente assimilabile alla realtà produttiva)

Abbiamo la prima area che è quella dell'accoglienza e dell'orientamento, che costituisce il momento dell'osservazione sulle abilità, sulle capacità, oltre a formulare quel progetto individualizzato di inserimento che deve caratterizzare questa prima fase di accoglienza e di inserimento. Abbiamo elencato quali sono gli ambiti di osservazione, non starò ad elencarli tutti perché sono ben chiari e condivisi ormai da tutti come ambiti di base da osservare ed indagare.

La seconda area, successiva alla prima dell'accoglienza, è calibrata più sugli aspetti educativi legati al percorso lavorativo. L'aspetto educativo dell'intervento è mediato dal lavoro, e si concretizza come strumento nella qualità della relazione fra l'operatore e il disabile. Come si vede gli ambiti da promuovere nell'intervento sono rivolti sia all'acquisizione di abilità di tipo professionale che relazionale.

Per fare ciò si agisce attraverso due contesti di tipo lavorativo:

a) il laboratorio protetto, in cui comunque, al di là del termine utilizzato, viene mantenuto un legame con il mondo produttivo, perché vengono fatti assemblaggi vari su commesse.

b) il livello di produzione che presenta aspetti di maggior complessità perché è connotato per la richiesta alla persona di presenza partecipata più ampia ed a tutte le fasi di realizzazione del manufatto ed è assimilabile ad una realtà produttiva vera e propria.

Con il passare del tempo, abbiamo visto che il Progetto - lavoro aveva bisogno di ulteriori sbocchi, di crescere e svilupparsi nei rapporti con l'esterno, doveva andare “oltre” i confini dei laboratori. Si è avviato pertanto una presa di contatto con altri Soggetti esterni che hanno significato anche una fase di studio circa le modalità della messa in rete ricercando ulteriori sinergie, anche di tipo istituzionale che avrebbero prodotto ricadute positive sullo sviluppo del progetto.

Si è così progettato, (U.F. Salute Mentale Adulti/U.F. Assistenza Sociale) con la Cooperativa ICARO, di coinvolgere l'Assessorato al Lavoro della Provincia di Lucca, in particolare il Centro per l'Impiego, che attraverso il SAL (servizio di accompagnamento al lavoro) ha fornito per circa un anno un educatore per poter sviluppare Progetto verso un più concreto avvicinamento alla realtà produttiva. (VI° slide).

Le sinergie miravano quindi a creare un sistema integrato che comprendesse le diverse dimensioni che compongono le problematiche dell'accompagnamento al lavoro del disabile in cui l'outcome era misurabile dagli inserimenti lavorativi di persone che avevano raggiunto le abilità necessarie per sostenere questo ulteriore salto qualitativo

Queste ci sono sembrate le condizioni di base per poter “costruire” un secondo modulo del Progetto-lavoro:

“Diversamente abili attraverso l’inserimento lavorativo (Sportello di orientamento e inserimento lavorativo per disabili) (VII° slide)

Suddiviso in quattro fasi e destinato a persone che hanno raggiunto il livello di idoneità al lavoro attraverso la seconda area del I° modulo del progetto e/o persone segnalate dai distretti socio-sanitari, dai centri per l'impiego e da altre agenzie territoriali.

(rif. Normativo L. n°68 del 12 Marzo 1999 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili ”)

Le finalità del II° modulo sono rivolte, in particolare, a consentire la crescita globale della persona e la progressiva acquisizione di capacità e competenze spendibili nel mercato del lavoro ed acquisire un ruolo attivo in termini di produttività sociale. La persona si cimenterà gradualmente con:

- ☐ Le regole aziendali
- ☐ I contenuti delle attività lavorative
- ☐ Le relazioni sociali in azienda
- ☐ Il “concreto” della produzione e dei servizi
- ☐ I vissuti emotivi ed effettivi

Gli obiettivi specifici tendono attraverso azioni mirate e personalizzate a perseguire:

- ☐ La professionalizzazione
- ☐ La socializzazione
- ☐ La maturità professionale e personale

Le persone non necessariamente devono aver percorso tutto il primo modulo, ma possono essere segnalate dalle equipe territoriali, dai centri per l'impiego dal settore delle borse-lavoro ecc. Questa è la sinergia di cui parlavo prima che è stata veramente quella che, non dico che ha creato l'eccellenza perché mi sembrerebbe eccessivo, ma che ha dato un valore aggiunto al modello progettuale. L'avvio e l'implementazione ha richiesto impegno e spesso anche tempi lunghi perché venisse applicata la metodologia individuata con le concrete applicazioni operative.

E' stato infatti necessario sperimentare varie forme d'intervento per delineare un modello che congiungesse il percorso teorico elaborato con un percorso operativo appropriato ed efficace.

Le fasi previste nel secondo modulo:

1. Informazione : consulenza informativa attraverso riunioni, incontri ecc. con utenti ed operatori
2. Valutazione d'ingresso e percorso di orientamento: inserimento nel laboratorio protetto (area 2 del I° modulo) per osservazione abilità cognitive e formative, capacità attitudinali e potenzialità delle persone
3. Tirocini formativi: decentramento delle attività formative in azienda con tutoraggio con funzioni di monitoraggio e verifica

4. Tirocini finalizzati all'inserimento lavorativo: stages individuale in azienda con appoggio iniziale del tutor per persone ritenute idonee (valutazione multidimensionale integrata)

Tutto questo con la massima integrazione (per quanto possibile con le risorse che abbiamo a disposizione), fra Cooperativa, il settore delle borse lavoro dell'U.F.assistenza sociale dell'azienda con la quale si stanno evidenziando sempre più momenti di integrazione a livello sia operativo che organizzativo. Esistono tuttavia delle criticità e mi sembra che già sono state evidenziate in altri interventi perché comuni alle problematicità del rapporto fra lavoro e disabilità.(X° slide)

Ritengo utile sottolinearle perché sono anche fattori per la riflessione su quello che è stato fatto ma anche su ciò che si dovrà fare e come si dovrà procedere.

Abbiamo visto che sarà importante ad esempio rafforzare e sviluppare una appropriata metodologia della mediazione perché

- □ il mondo dei disabili é costituito da persone differenti ciascuna con la propria distanza da percorrere per raggiungere capacità lavorative;
- □ questa distanza non é da tutti percorribile con gli stessi tempi e stesse modalità anzi é necessario inquadrare l'attività lavorativa in un progetto di vita globale;
- □ l'inserimento al lavoro é possibile solo predisponendo un percorso individualizzato che contenga le compatibilità necessarie; (l'ansia, la paura il vissuti di inadeguatezza spesso condizionano l'esito dell'inserimento per cui la presa in carico dei servizi in questi momenti deve essere maggiormente capace di svolgere la determinante funzione di supporto per un passaggio graduale all'autonomia).
- □ la complessità da affrontare é che il sistema produttivo percepisca il disabile come una minaccia al proprio equilibrio ed alla propria logica;
- □ l'ipoteca invalidante delle categorie ed il basso valore aggiunto del disabile sul mercato del lavoro;
- □ privilegiare maggiormente la fase dell'accompagnamento/abbinamento

(Quest'ultimo punto implica il necessario rafforzamento dell'integrazione con la Provincia)

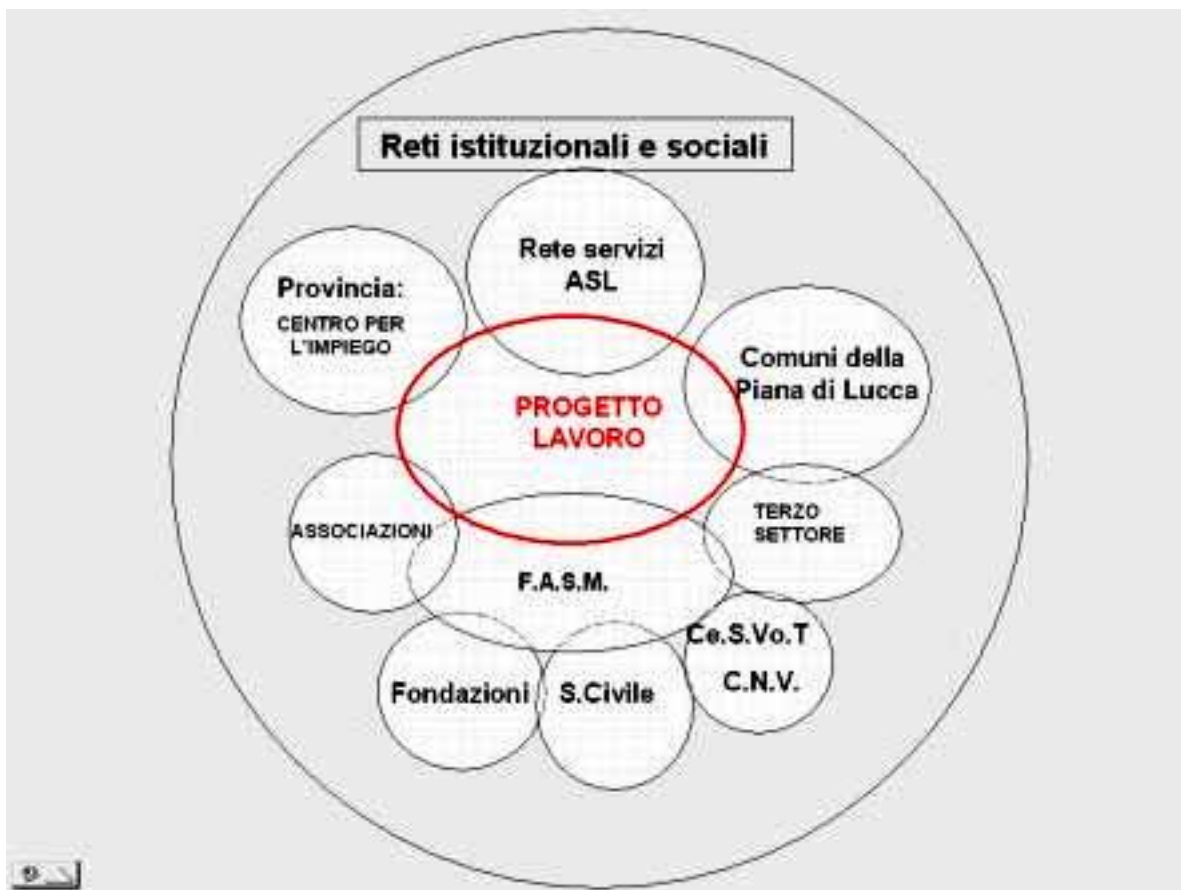
Presenterò ora alcuni dati legati all'attività del II° Modulo nel corso di questi tre anni (XI° slide)

Colloqui Di Orientamento Con Le Persone	N° 40
Periodo Di Osservazione Per Il Progetto Lavoro	N° 15
Accompagnamento Al Centro Per L'impiego	N° 17
Passaggi Dal Progetto Lavoro Alla Borsa-Lavoro	N° 14
Stages Formativi	N° 16
Inserimenti Lavorativi A Tempo Indeterminato	N° 10
Inserimenti Lavorativi A Tempo Determinato	N° 1

Un indicatore significativo è il numero degli interventi che riguardano l'accompagnamento al Centro per l'impiego, con il quale si stanno consolidando i momenti integrati di valutazione sulla appropriatezza degli abbinamenti che implica anche un momento valutativo congiunto per la scelta dell'azienda.

C'è una tendenza positiva di passaggi dal progetto lavoro alla borsa lavoro; questo è un dato significativo, perché nel nostro progetto abbiamo previsto proprio il momento della borsa lavoro, come fase propedeutica all'inserimento vero e proprio, gli stages formativi sono sedici, gli inserimenti lavorativi è un dato non eclatante, ma abbastanza buono, sono undici, di cui uno a tempo determinato e dieci a tempo indeterminato.

Oltre il lavoro Il progetto riabilitativo prende in considerazione la globalità dei bisogni della persona articolando un percorso che oltre l'aspetto lavorativo tenga presente anche il tempo libero.



Con l'ultima slide si sottolinea che l'integrazione è un processo che chiaramente supera i confini del lavoro. Vengono progettate in rete attività che si connotano sul piano riabilitativo/educativo.

Non entro nel dettaglio perché l'ora è tarda, ma i soggetti inseriti nel progetto lavoro usufruiscono di tutte le opportunità date dalla rete dei servizi dell'azienda.

Credo sia importante sottolineare che c'è un cofinanziamento dei Comuni della Piana di Lucca per l'attuazione delle attività di arte terapia, delle borse-lavoro.

La **F.A.S.M.** per questo progetto l'ho citata per il ruolo che svolge e che lega un po' tutte queste agenzie, perché tiene vivo l'interesse anche da parte dell'Az.USL per queste forme di intervento che vedono al centro il malato mentale e la sua famiglia. In questo modo si contribuisce a rendere visibile quello che gli operatori fanno quotidianamente per garantire migliori condizioni di vita al paziente ed alla sua famiglia.

Gemma Del Carlo

Grazie alla Dott.ssa Mirella Cavani, e grazie all'Azienda perché possiamo riscontrare che i nostri figli sono migliorati, ma siamo migliorati anche noi genitori che vediamo i nostri figli inseriti. Ora diamo la parola all'Assessore al Lavoro della Provincia di Lucca, Antonio Torre.

Antonio Torre, Assessore al Lavoro Provincia di Lucca

Solo cinque minuti, perché credo che il significato della collaborazione con l'Azienda sanitaria sia stato ben evidenziato dall'intervento che mi ha preceduto; poi c'è stata la Provincia di Firenze che ha parlato del percorso che viene fatto sul collocamento obbligatorio, quindi alcune cose sono già state evidenziate. Io mi permetto di sottolineare che la scelta che abbiamo fatto noi è stata quella di fare un servizio che si chiama S.A.L. Servizio accompagnamento al lavoro, che è un servizio di accompagnamento personalizzato che riguarda le categorie della disabilità e anche un servizio che promuove soprattutto le aziende, stimola le aziende a usufruire in senso positivo di ciò che la legge n. 68 prevede, cioè l'inserimento delle categorie dello svantaggio, far capire alle Aziende e agli enti pubblici che l'inserimento al lavoro di una persona che ha dei "problemi" comunque può essere un vantaggio per chi fa lavorare questa persona.

Mi permetto di fare soltanto alcune sottolineature: questo rapporto con il progetto lavoro da parte dell'Azienda sanitaria, in accordo con la **F.A.S.M.**, ha un dato molto positivo, che è questo: nel rapporto anche con il nostro Centro per l'impiego c'è una comunicazione molto precisa, e fatta in quel percorso anche abbastanza lungo e molto complesso che è stato evidenziato, e poi c'è una valutazione molto precisa delle competenze, dei livelli di conoscenza, delle capacità attitudinali che le persone coinvolte in questo processo hanno avuto. La criticità più grossa che ho visto nell'inserimento lavorativo, particolarmente nella salute mentale, è quella del rischio della non continuità. Quindi il mirare all'inserimento lavorativo è la risposta principale; al di là dei numeri di inserimenti lavorativi che possono essere più o meno alti, bisognerebbe poi capire con il tempo quanti di questi hanno avuto la continuità che dà un contributo maggiore al problema dell'inserimento complessivo della persona. Credo che questo percorso abbia dato garanzia che gli inserimenti lavorativi fatti, sono fatti nel senso di una probabile continuità, che poi va valutata con un percorso di tutoraggio, di presenza continua, perché ogni caso non è mai uguale all'altro.

La seconda questione, questo è un tema che butto così a fine serata, e su cui ognuno deve riflettere, riguarda particolarmente le aziende, è che, come voi tutti sapete, ci sono delle Commissioni che giudicano le capacità lavorative dei soggetti nello svantaggio; bisognerebbe che queste commissioni lavorassero in stretto rapporto con gli operatori, in questo caso della salute mentale. Alcune volte ai Centri per l'impiego, ai nostri comitati tecnici, arrivano delle relazioni delle Commissioni molto superficiali, in cui non si capisce quali capacità lavorative ci siano, quale tipo di percorso debba essere fatto. Questo invece è un meccanismo che deve essere migliorato in maniera molto evidente, perché, se è vero che il lavoro rappresenta una delle vie più importanti per l'inserimento, per un discorso di riduzione di terapia, per la vita vissuta in maniera qualitativamente positiva, è anche vero che alcune volte mi sono trovato anche a casi di questo genere, probabilmente anche qualcuno di voi ci si è trovato, in cui abbiamo illuso alcune persone che presentano situazioni di difficoltà estrema, che non sono in grado di poter avere un inserimento lavorativo; con certi risultati anche delle commissioni, abbiamo illuso familiari e persone che questo è possibile, quando invece in realtà probabilmente o non è possibile, o è possibile dopo un percorso molto prolungato.

L'ultima questione riguarda l'utilizzo delle borse lavoro. Ecco, spesso qualcuno le ha definite degli strumenti parcheggio, oppure risoluzioni, oppure strumenti per cui un problema non si risolve mai. Io credo, invece, che si siano dimostrate, almeno nel nostro territorio, uno strumento importante. E lo dico anche per gli enti pubblici; noi abbiamo fatto un'esperienza in Provincia, ma anche con altri enti pubblici, di avere avuto borse lavoro anche di soggetti che presentavano problematiche legate alla Salute Mentale, che sono terminate con un inserimento pieno nel mondo del lavoro. Lo abbiamo fatto invitando anche gli enti pubblici, la stessa Azienda sanitaria che aveva da riempire un certo numero di assunzioni per legge 68, attraverso uno strumento legato a una possibilità di una chiamata diretta della persona, supportato da una relazione fatta dagli operatori dell'azienda, che ci faceva capire che questa persona aveva compiuto un percorso e positivamente poteva esser inserita. Lo dico perché attraverso questo strumento sono stati inseriti un certo numero di persone che hanno problemi che riguardano la Salute Mentale, quindi credo che se ben utilizzato, soprattutto con il lavoro di rete, il Dott. Galileo Guidi diceva con i Piani Integrati di Salute, bisogna starci tutti dentro. Dico anche, dal momento che noi nel nostro territorio non abbiamo ancora la Società della Salute, forse si farà, però è chiaro che in queste strutture ci devono stare i Comuni, le Province, perché su queste politiche integrate ci sono delle competenze forti e dobbiamo cercare di lavorare a rete, perché altrimenti i risultati non si ottengono.

L'ultima questione è quella delle risorse e non è banale, perché avremo un taglio, come diceva l'Assessore, del Fondo Sociale, se si va su questa linea nazionale. Allo stesso modo, io ricordo che molti di questi percorsi che abbiamo visto sono stati finanziati con il Fondo Sociale Europeo, con un asse B che fra le altre cose è anche quello più povero, quindi dal 2007 in poi avremo una riduzione anche di questo Fondo per il nuovo ingresso di nuovi partner europei.

Quindi è chiaro che dovremo fare una riflessione politica, ma aiutata da tutti coloro che operano nel settore, per dire le risorse sono queste, facciamo delle scelte, diamo delle priorità. A mio parere, questa è una delle priorità.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Torre per il suo intervento.

SALUTI

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana

Io in chiusura di questa serata chiedo scusa a coloro che avevano chiesto di potere intervenire, ma credo che la fatica accumulata in questa piacevolissima giornata non ci permetta di dare spazio al dibattito in questo momento. Ci assumiamo un impegno, che le realtà territoriali si attivino, perché i dati che oggi abbiamo iniziato a discutere siano oggetto sui territori di discussioni, di approfondimenti, in modo tale che la programmazione territoriale si possa svolgere con strumenti concreti di riferimento. La giornata di oggi è stata molto interessante, e dobbiamo considerarla un inizio di lavoro; secondo me sono stati individuati alcuni temi che devono essere ulteriormente approfonditi a livello regionale, per far tesoro delle bellissime esperienze che sul territorio vengono svolte, perché queste bellissime esperienze possano essere travasate anche nel rimanente del territorio.

Sono stanco, perché la giornata è stata molto faticosa anche per me, ma vi ringrazio, ringrazio la Sig.ra Del Carlo, e un ringraziamento particolare a tutti i familiari, perché, in questa fatica di riattivare un circuito di dibattito sulla Salute Mentale, ho avuto un fortissimo sostegno dai familiari e perciò li ringrazio perché penso che, come dicevo nella mia nota introduttiva, dobbiamo costruire piattaforme unitarie, dove tutti coloro che sono interessati al risolvere il problema lavorino insieme. Permettetemi un ringraziamento alla Dott.ssa Marzia Fratti, alla Dott.ssa Mirta Gonnelli, alle nostre altre collaboratrici che hanno lavorato con noi.

Grazie a tutti e spero che ci potremo vedere quanto prima.

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

Grazie e buon lavoro a tutti quanti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Non possiamo che testimoniare la nostra infinita soddisfazione per la grande partecipazione e per l'ampio consenso che questo evento ha suscitato, non solo da parte del numeroso personale medico o che già opera nell'ambito del settore sociale, ma anche per la grande aderenza di partecipazione da parte di familiari e degli utenti stessi, denunciando con la loro presenza, molto importante per noi, una profonda consapevolezza per il loro incerto futuro, denunciando anche l'insoddisfazione circa le risposte attualmente offerte dai vari servizi socio-sanitari. Lo scopo della giornata e l'intento da parte di tutti i relatori presenti, era proprio quello di integrare il proprio operato e le proprie scelte, anche politico-organizzative previste dal piano sanitario, al fine di promuovere **progetti di intervento individuali e personalizzati**, definendo questi come **interventi mirati alla cura e all'integrazione sociale e riabilitativa**, tesi per tanto alla rilevazione dei bisogni individuali e alla loro potenziale risoluzione e, come tali, prevedono l'inserimento lavorativo e l'assegnazione di domicili appropriati. Perché ciò si realizzi, è fondamentale una coordinazione e un aggiornamento continuo, in relazione all'evolversi della situazione fra utente, famiglia, medico di base, psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale ed educatore.

A seguito del progetto individuale personalizzato è possibile attivare i Piani Integrati di Salute, quali strumenti di programmazione territoriale che la Regione Toscana indica come strumento per risolvere le problematiche della Salute Mentale, che altro non sono che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda e gli enti locali e le associazioni. Ci auspichiamo che questo diventi un concreto metodo operativo dei servizi territoriali.

La nostra soddisfazione verte, non solo sulla presa di consapevolezza di questo da parte degli intervenuti, ma soprattutto nell'aver constatato **una nuova e significativa collaborazione tra l'Assessorato Regionale al Diritto alla Salute e l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali**.

Consapevoli di aver compiuto solo il primo passo di un lungo cammino, che deve radicarsi in questa fondamentale integrazione e collaborazione tra i vari servizi, auspichiamo vivamente nella realizzazione di altri eventi simili a livello locale, dove poter discutere e applicare quanto previsto dalle normative circa queste tematiche, visto che gli innumerevoli interventi della giornata, hanno spostato il focus della discussione anche su altre tematiche che meritano approfondimenti.

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

Si ringrazia

Regione Toscana

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

Tutti i relatori

Familiari e utenti

Tutti i volontari

Banca Toscana

**Azienda USL 2 Lucca per
la stampa di questa pubblicazione**



**COORDINAMENTO TOSCANO DELLE ASSOCIAZIONI
PER LA SALUTE MENTALE**

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

Sito: www.coordinamentotoscanosalutementale.it

e-mail: info@coordinamentotoscanosalutementale.it

Regione Toscana

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

www.regione.toscana.it

Dr.ssa Mirta Gonnelli

Regione Toscana

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

Via di Novoli, 26 - 50127 Firenze

Tel.+39-55-4383577 Fax +39-55-4383120