

Atti del convegno

**Progetto Individuale Personalizzato
e Piani di Salute Integrati
quali Servizi per la Salute Mentale**

10 febbraio 2006

Palazzo Ducale

Lucca

A cura di

Chiara Napoli

In copertina: René Magritte, *L'art de vivre*

Cura grafica di Elisa Tambellini

Indice

Presentazione	6
Saluti delle autorità	
Gemma Del Carlo	10
Assessore David Pellegrini	11
Dott. Michele Lanzi	12
Mons. Italo Castellani	13
Dott. Oreste Tavanti	15
Apertura dei lavori	
Gemma Del Carlo	19
<i>Dati della Salute Mentale nella Regione Toscana e integrazione socio sanitaria</i>	
Dott. Galileo Guidi	21
<i>Il punto di vista della Associazioni del Coordinamento Toscano</i>	
Gemma Del Carlo	28
<i>Progetto individuale personalizzato</i>	
Dott.ssa M. Incoronata Favatà	42
Dott. Enrico Marchi	46
Dott. Mario Betti	49
Dott.ssa Patrizia Scarsini	59
Dott.ssa Manuela Migli	62
Dibattito	
Conduce Gemma Del Carlo	
Dott.ssa M. Incoronata Favatà	66
Dott.ssa Manuela Migli	67
Dott. Enrico Marchi	67
Ass. Luca Menesini	68
Dott. Enrico Marchi	70
Sindaco Porcari Luigi Rovai	71
Dott.ssa Rosanna Parenti	72
Dott. Mario Betti	73
Dott.ssa Patrizia Scarsini	74
Dott. Galileo Guidi	74
Francesco Lezzi	75

Diana Gallo	76
Dott.ssa M. Incoronata Favatà	77
Dott. Oreste Tavanti	77

Tavola Rotonda

PROGETTO INDIVIDUALE PERSONALIZZATO ALLA LUCE DEI PIANI DI SALUTE INTEGRATI PER LA SALUTE MENTALE

Conduce Gemma Del Carlo	
Pres. Provincia Lucca Andrea Tagliasacchi	80
Dott. Michele Lanzi	82
Dott. Roberto Biagini	84
Dott. Regina Ferdinando	86
Dott. Roberto Sarlo	89
Dott. Antonio Elmi	91
Dott. Daniele Ranieri	93
Dott.ssa Sonia Pescatore	96
Romana Lencioni	99
Antonella Bartolomei	100
Dott.ssa Elisabetta Gonnella	101
Dott.ssa Stefania Tocchini	103
Diacono Fausto Simonetti	106
Gemma Del Carlo	109

Dibattito

Donatella Lazzarini	111
Dott.ssa Nadia Buonamici	111
Dott.ssa Siham Bovanani	112

Conclusioni

Dott. Roberto Biagini	113
Dott. Galileo Guidi	118
Ass. David Pellegrini	119
Gemma Del Carlo	120

Considerazioni conclusive	121
----------------------------------	-----

PRESENTAZIONE

La **F.A.S.M.** promuove questo convegno per continuare a livello locale le riflessioni a cui si è pervenuti dopo il Convegno Regionale svoltosi a Firenze il 15 novembre 2005.

Il convegno è stato organizzato dal Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale, a cui la **F.A.S.M.** aderisce, in collaborazione con la Regione Toscana. Il convegno è un'occasione per riflettere insieme su quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007: il progetto individuale personalizzato e i Piani di Salute Integrati, quali strumenti di programmazione territoriale.

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Azienda USL 2 di Lucca e 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 un aumento di persone con disturbi mentali, con una percentuale più alta nell'età evolutiva, mentre le risorse rimangono le stesse. Dai disturbi mentali è possibile guarire o comunque migliorare, ma affinché ciò avvenga sono necessari molteplici interventi personalizzati, realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo.

Lo scopo del convegno è dunque quello di favorire i servizi per la Salute Mentale con l'impiego di più sinergie, in modo da sfruttare al meglio le risorse rimaste a disposizione, evitando gli sprechi e richiamando tutti, istituzioni e cittadini, a riappropriarsi del proprio ruolo.

Progetto Individuale Personalizzato e Piani di Salute Integrati quali Servizi per la Salute Mentale



10 febbraio 2006

Palazzo Ducale

Lucca

SALUTI DELLE AUTORITA'

Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale e dell'Associazione F.A.S.M. di Lucca

Benvenuti a tutti e grazie per aver accolto il nostro invito.

Il Convegno che ha un titolo significativo "Progetto Individuale Personalizzato e Piani di Salute Integrati: quali servizi per la Salute Mentale" rappresenta per la vita della **F.A.S.M.** un momento molto importante.

L'evento è stato organizzato in collaborazione con la Regione Toscana, l'Azienda USL 2 di Lucca, la Provincia di Lucca, il Comune di Lucca, il Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale, il Comune di Capannori, l'Arcidiocesi di Lucca, la Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca, la Fondazione Banca del Monte di Lucca e la ditta Delca.

Ringraziamo l'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana Enrico Rossi e l'Assessore alle Politiche Sociali della Regione Toscana Gianni Salvadori.

Un ringraziamento particolare va anche al Dott. Galileo Guidi, Responsabile della Salute Mentale per la Regione Toscana, che starà con noi tutto il giorno e rappresenta i due assessorati della Regione, e un grazie anche alle Dott.sse Marzia Fratti e Mirta Gonnelli della Regione Toscana.

Un sentito ringraziamento va inoltre anche all'Amministrazione Provinciale di Lucca, che anche in questa occasione ci ospita, e ci ha offerto la collaborazione per preparare il convegno, e a tutto lo staff del settore delle Politiche Sociali della Provincia di Lucca: in particolare alla Dott.ssa Rossana Sebastiani, alla Dott.ssa Linda Simonetti, e alla Dott.ssa Daniela Fontana, per la disponibilità da loro sempre dimostrata, pubblicizzando le nostre iniziative e inoltre tenendoci sempre informati sulle nuove leggi.

Un grazie sincero va anche all'Azienda USL 2 per la collaborazione accordataci per preparare questa giornata: in particolare ringraziamo la Dott.ssa Fernanda Monti e la gentile e paziente Dott.ssa Licia Matteucci

Adesso passiamo ai saluti di benvenuto. Passo la parola all'Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca David Pellegrini.

David Pellegrini, Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca

Grazie Gemma. Buongiorno a tutti. A me il compito di aprire questa giornata come padrone di casa. Ben volentieri porto questo saluto non solo per l'amicizia e la collaborazione che ci vede più volte coinvolti insieme in iniziative per la salute mentale, ma anche perché credo che i Piani Integrati di Salute chiedano anche alla Provincia un atteggiamento, non dico diverso da quello fino ad oggi mostrato, ma che comunque si vada a integrare con iniziative ancora più mirate con gli altri settori in questo ambito. Per cui il mio saluto è sia per accogliere questo convegno, ma anche per individuare insieme iniziative concrete e specifiche che possano vedere la Provincia giocare un ruolo importante. Credo che, anche se sembrerà un po' una contraddizione di termini, la salute mentale sia un ambito privilegiato per integrare le politiche, perché gli aspetti del lavoro, della formazione culturale siano azioni che vadano davvero ad accompagnare l'aspetto sanitario e a volte anche a risolvere e alleviare tante situazioni di sofferenza delle famiglie. Per cui ovviamente è importante anche la disponibilità ad ascoltare.

Divido il mio assessorato anche con il lavoro e con la professione e purtroppo oggi mi dovrò assentare, però la mia dirigente è qui presente, per cui l'ufficio seguirà i lavori della giornata, proprio per cogliere degli spunti che siano più cogenti su quello che come amministrazione possiamo fare, oltre a quello che abbiamo cercato di fare fino ad oggi in modo molto sincero e costruttivo.

Grazie.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo l'Assessore Pellegrini.

Diamo ora la parola al Dott. Michele Lanzi, Responsabile Settore Integrazione Socio Sanitaria e Progetti Obiettivo Regione Toscana.

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

Buongiorno a tutti. Sono qui per portare i saluti degli Assessori Rossi e Salvadori, i quali, come è noto a Gemma, stanno seguendo con particolare interesse la evoluzione delle problematiche della salute mentale. La nostra presenza è anche un segno della grande attenzione con cui seguiamo quanto avviene a Lucca nell'ambito della salute mentale. Questo seminario si colloca in continuità logica e temporale con quello di novembre che ci ha visto tutti insieme a Firenze, per gli approfondimenti sui nuovi strumenti della programmazione. Se posso permettermi, trovo molto bello il titolo, perché rispetto ai processi di programmazione in atto nella nostra Regione, sono le due traversine di un unico binario. Da una parte, la necessità di un approfondimento sul piano individualizzato e quindi questo bisogno di essere sempre più aderenti alle necessità che la popolazione con disagio esprime, dall'altro un contesto più ampio, i piani integrati di salute. Questi sono i due termini entro i quali la salute emanale, come molte delle nostre attività soprattutto quelle di integrazione e quelle territoriali devono trovare una loro collocazione. Quindi l'attenzione al lavoro di oggi è determinata anche da questo. I piani individualizzati ormai non possono prescindere da un contesto più ampio di programmazione generale. Per molti anni abbiamo inseguito l'integrazione solo nelle componenti socio-assistenziali con quelle sanitarie, spesso siamo rimasti chiusi in un ambito ristretto che sembrava che ci desse grandi risultati, ma in effetti ci è mancato il contesto circostante. Basti pensare alle sollecitazioni che spesso ci sono venute dall'associazione in passato e che ancora oggi riguardano i processi di inserimento lavorativo, le case, gli spazi sociali, la cultura sociale, la cultura dell'inclusione, tutti elementi che prescindono dallo specifico socio-sanitario. Questa dinamica trova la sua celebrazione più ampia, almeno come tentativo culturale di sperimentazione in Regione Toscana, nelle Società della salute. Ma se anche l'intera Provincia di Lucca non ha aderito in questa fase alla sperimentazione, non vuol dire che non ci siano significative esperienze in atto. E' evidente che laddove le amministrazioni hanno aderito al processo della Società della salute si cominciano a vedere i risultati della semplificazione amministrativa, cioè della possibilità di abbreviare alcuni tempi di programmazione., di trovare più rapidamente delle intese. Ma Lucca, anche se non ha aderito, ha una tradizione per esempio di Piani di zona integrati che l'ha già collocata verso questo processo. Certo, il passo successivo, non appena le condizioni lo permetteranno o non appena la sperimentazione diventerà più ampia e quindi diventerà il nuovo modello

toscano, Lucca non farà alcuna fatica, dal mio punto di vista, a inserirsi pienamente all'interno delle nuove dinamiche. Il mio invito è a considerare però questo come il quadro di riferimento nuovo e certo entro cui tutta la problematica della salute mentale deve collocarsi. Oggi non è più possibile continuare a ragionare solo in termini di specificità, se questa non viene contestualizzata nell'ambito di processi più ampi. Sono le politiche sociali che devono concorrere a creare le precondizioni perchè il Piano individualizzato trovi le risposte veramente coerenti con i bisogni. Noi con questa attenzione e con questo auspicio vi facciamo i migliori auguri di buon lavoro.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Lanzi.

Diamo ora la parola a Mons. Italo Castellani, Arcivescovo di Lucca, che ringraziamo per la sua presenza oggi. In cartellina troverete il messaggio del Santo Padre in occasione della Giornata Mondiale del Malato dedicata quest'anno alla salute mentale.

Mons. Italo Castellani, Arcivescovo di Lucca

Buona giornata e buon lavoro a tutti voi. Un saluto particolare alle autorità qui presenti e un grazie alla presidente della **F.A.S.M.** che mi ha invitato a questo incontro. Il mio contributo è molto semplice e parte proprio dal messaggio del Santo Padre per la Giornata di domani, XIV Giornata Mondiale del Malato. E' significativo quindi che il Santo Padre abbia scelto quest'anno nel messaggio, che non è mai generico, ma è molto puntuale, se guardiamo la storia dei messaggi per queste giornate, un indirizzo preciso per chi vive il disagio mentale e che diventa un impegno. I messaggi hanno delle finalità molto precise, non sono messaggi formali. Io credo che niente nella Chiesa e nella società debba essere formale, perché si tocca sempre la vita dell'uomo. E allora, questo messaggio così puntuale ci richiama a un impegno: per i Cristiani significa, in una giornata come quella di domani, innanzitutto la presa di coscienza di saper risalire sempre al Creatore della vita e dire grazie, qualsiasi sia l'espressione o la situazione della vita, dal concepimento in avanti. Nello stesso tempo il messaggio diventa un impegno per i credenti, per tutti. In questo caso, partendo dal fatto che io non sapevo che un quinto dell'umanità soffre di disagio mentale, solo questo dato ci responsabilizza, e partendo da questo dato diventa davvero significativa la vicinanza, la gratitudine alle famiglie e nello stesso tempo a coloro che operano in questo specifico settore. Nello stesso tempo, il Papa fa una sottolineatura tra le altre, che mi ha colpito, che è quella di un binomio da integrare,

tra la terapia appropriata e le nuove sensibilità. Mi sembra che sia qui lo snodo e la prospettiva sulla quale da tempo cammina la società civile e quindi la comunità cristiana e tutti voi che siete specificatamente impegnati in questo campo; io credo che questo binomio è vincente: terapia appropriata e nuove sensibilità. Mi fa piacere aver visto in concreto anche qui a Lucca queste nuove sensibilità. Ho partecipato a quella giornata vicino a Natale con il Dott. Marchi e mi sembra significativo che Lucca nel suo cammino, nel suo servizio che l'Azienda USL, la comunità civile, la comunità cristiana offrono, difatti possa, ed è quasi un piccolo fiore all'occhiello, aver inventato queste adozioni etero-familiari cioè famiglie che adottano alcune persone con disagio mentale. Mi sembra proprio una scelta significativa per rispondere a un bisogno, ma anche un'indicazione di relazioni nuove e di sensibilità nuove da istaurare. Nello stesso tempo sta venendo fuori, qui siamo agli inizi, l'indicazione, e anche a me come Vescovo fa piacere che vengano date queste indicazioni, riferita soprattutto alla comunità cristiana, di una nuova Evangelizzazione, intesa nel senso di chi vive un disagio mentale; la comunità cristiana nel suo piccolo però si fa carico di piccoli gesti, ma motivati. Il Papa, nella sua prima lettera di cui avete recepito i contenuti, dice che Dio è Amore, e questo diventa per i Cristiani una motivazione che ha delle espressioni a tutti i livelli, perché se non c'è questa motivazione profonda, la stanchezza assale tutti. Io dico i Cristiani, ma mi riferisco a tutti; non possiamo essere mai stanchi di amare, perché è la sorgente inesauribile dell'Amore. E' qui la motivazione profonda, perché star vicino a questo tipo di malati, uso questo termine con molta delicatezza, è davvero faticoso.

Ho sentito l'ultimo fatto di cronaca stamani alla radio, a Pistoia un quindicenne che ha queste sofferenze, e noi sappiamo soprattutto quanto proprio l'età adolescenziale giovanile rischia da questo punto di vista per tanti motivi, passava molto tempo con il nonno e quindi i litigi erano facili e in questi giorni il nonno ha perso un po' la forza, lo ha accoltellato, ma non è morto. Però non ha resistito agli arresti domiciliari ed è andato a schiantarsi contro un albero. Chiudo questo piccolo fatto di cronaca che ho colto stamani, però mi sembra significativo di quanto impegno da parte della società civile, e io come Cristiano dico da parte della comunità cristiana, è richiesto perché queste persone non vivano le sofferenze in una famiglia fragile, in una società altrettanto fragile, ma è importante che queste relazioni nuove siano il sostegno, la rete che davvero sostiene chi vive questo particolare disagio. E' un augurio che faccio a voi per il vostro lavoro, a ogni uomo di buona volontà, ma per me diventa una responsabilità tra le altre, con lo stesso

spirito che ho detto prima, di amore per tutta la comunità cristiana. Grazie e buona giornata.

Gemma Del Carlo

Grazie a Mons. Italo Castellani.

Passiamo ora la parola al Direttore Generale dell'Azienda USL 2 di Lucca, Oreste Tavanti.

Oreste Tavanti, Direttore Generale Azienda USL 2 di Lucca

Anch'io vorrei ringraziare la **F.A.S.M.** per l'organizzazione del Convegno, le tematiche della salute mentale sono complesse e non riguardano solo chi come noi è alle prese tutti i giorni con queste problematiche per dovere istituzionale, ma tutta la comunità nel suo complesso.

Siamo ad un punto molto importante del nostro percorso di miglioramento, non solo come aziende ma anche come comunità. Il tema di oggi, un tema oramai affrontato da tempo da parte della Regione Toscana e da tutti coloro che si interessano di sanità, è anche quello di affrontare le tematiche sanitarie e quelle sociali con un'unica ottica, non restando legati ai singoli aspetti specifici, ma vedendo come questi si correlano con tutte le attività che i cittadini affrontano quotidianamente nella loro vita, nel territorio, nell'ambiente in cui vivono.

E allora, più che parlare del riappropriarsi da parte della comunità di queste funzioni, direi che è fondamentale far capire ai cittadini che non dobbiamo chiuderci nel nostro piccolo mondo, forse volutamente definito e circoscritto, anche per l'influenza dei mass media, ma confrontarci con temi che riguardano tutti.

Queste tematiche necessitano di una riflessione più generale. Ognuno di noi, pur svolgendo un ruolo diverso, credo che non abbia difficoltà a riflettere, a guardarsi intorno, a capire che i problemi della salute sono importanti, ma anche che non si risolvono solo chiedendo prestazioni, ma affrontando il difficile percorso del confronto.

In questi percorsi di ricerca di risoluzione di tematiche sanitarie sono coinvolte risorse economiche sociali rilevanti, che - se non prendiamo, più in generale, dei provvedimenti - non riusciremo più a governare.

Questo è, pertanto, il tema principale che nei programmi la sanità e i servizi sociali devono affrontare: il sistema ormai è in difficoltà a dare tutte le risposte. Le risorse a disposizione hanno avuto un'implementazione rilevante, ma che non sembra sufficiente a quanto viene giornalmente richiesto.

Un esempio: ieri in un articolo pubblicato da un quotidiano locale si evidenziava che per fare una risonanza magnetica ci vogliono due mesi d'attesa. Noi abbiamo acquistato recentemente una macchina nuova, rapidissima, di ultima generazione. Il nostro obiettivo era quello di accelerare questi esami e di far diminuire i tempi d'attesa, anche grazie ad un accordo che abbiamo stilato con una casa di cura privata. Nel primo semestre dello scorso anno abbiamo però effettuato tante risonanze quanto quelle che abbiamo fatto in tutto il 2004. Abbiamo quindi raddoppiato l'offerta. Non entro nel merito della richiesta ma dobbiamo fare una riflessione sull'appropriatezza dei medesimi.

Per affrontare un tema delicato come quello della salute mentale in primo luogo c'è da riflettere quindi su un aspetto culturale: il bene sanitario è troppo importante per abusarne.

Per questo dobbiamo cominciare a parlare nelle nostre famiglie, nella comunità nel suo complesso.

Il Piano Sanitario Regionale evidenzia che i primi attori per i problemi di salute siamo noi cittadini, quindi è fondamentale come ci approcciamo e il modo in cui ci approcciamo al bene sanitario.

Certamente è un elemento di riferimento la programmazione sanitaria: i Piani Integrati di salute, i Piani di zona, il Piano Aziendale.

Finalmente abbiamo cominciato a confrontarci e a definire programmi secondo un percorso corretto.

Definita la programmazione dobbiamo poi attivare le risposte sanitarie più appropriate, e per questo avere anche un confronto diretto con la comunità, partendo anche dai dati relativi alle risposte ai bisogni di salute oggi presenti ed ai problemi normalmente presenti da risolvere.

Due anni fa abbiamo elaborato, in collaborazione con il Comune di Lucca, una pubblicazione, che è disponibile presso l'Azienda, dal titolo "Un piano per la salute". In questa ricerca, che abbiamo già presentato alla stampa, si cominciano ad esaminare i problemi della nostra comunità in termini di salute.

Il primo Piano integrato di salute è fondamentale perché ci permette di valutare alcuni indicatori, per capire quello che sono le risposte sanitarie da dare ed i percorsi di miglioramento da seguire.

Elaborare un Piano integrato di salute significa leggere attentamente i bisogni della comunità. La situazione deve essere monitorata ed è necessaria una costante integrazione con tutti gli aspetti della vita sociale. Per fare questo sono chiamati in causa

tutti coloro che sono coinvolti, a cominciare dai Comuni, che governano il territorio e, insieme alle Province, compiono delle scelte che poi determinano altre importanti ricadute sui problemi di salute.

Questo percorso è iniziato: sono state istituite due Commissioni, una per la Valle e una per la Piana, e contiamo entro la fine dell'anno di definire questi due importanti documenti di programmazione sanitaria.

Dal momento che oggi parliamo di salute mentale, vorrei aggiungere che proprio in questo ambito possiamo trarre dei modelli significativi.

Il percorso di definizione di un "progetto individuale personalizzato" è ad esempio un metodo utile e un modello significativo, e questa esperienza maturata sul campo può dare significative indicazioni.

Il percorso fatto in salute mentale parte dalla considerazione che prima di tutto c'è il cittadino, con i suoi bisogni, poi ci sono i professionisti, le strutture, e gli operatori.

In questi anni, forse, abbiamo troppo privilegiato le specializzazioni, abbiamo creato dei piccoli gruppi, che a volte hanno poco comunicato tra loro. È indispensabile superare questo e, appunto, soffermare l'attenzione sui cittadini e sui loro bisogni.

Tutti i nostri dirigenti, tutte le professionalità devono sapere che questo è un riferimento dal quale non possiamo prescindere.

In questa giornata molto piena e ricca di interventi interessanti, l'impegno che ci prendiamo è questo: che per la salute mentale l'Azienda si sta impegnando molto, anche al di là delle risorse che mettiamo in campo. Abbiamo iniziato un percorso di riorganizzazione, focalizzando molti aspetti rilevanti: abbiamo definito nel territorio dei punti di riferimento molto forti. Abbiamo definito nella Valle del Serchio e nella Piana di Lucca alcuni punti territoriali ben organizzati, che sono stati ristrutturati e che oggi sono all'altezza dei compiti loro assegnati. Poi abbiamo ridefinito lo schema di vertice, perché tutta l'organizzazione ha bisogno di una guida. Io credo che quello che abbiamo costruito sia una squadra composita, con individualità forti, professionalmente capaci che se riescono a giocare bene come squadra conseguirà degli importanti risultati.

I temi di confronto di oggi sono molteplici: i centri di salute mentale, il ruolo degli SPDC, le residenzialità e tutto quello che può essere in qualche maniera legato alle tematiche della salute mentale. Le condizioni per poter lavorare meglio ci sono.

La **F.A.S.M.**, con la sua Presidente Gemma Del Carlo, è molto presente nei nostri percorsi e rappresenta un gruppo, quello dei familiari dei pazienti, che deve essere

ringraziato anche per la difficoltà e responsabilità nei casi che si assumono nei casi nei momenti in cui non riusciamo ad operare

Vi ringrazio quindi per l'organizzazione della giornata, intesa come luogo di confronto. Alla fine tireremo le conclusioni, e queste serviranno all'Azienda e anche alla Conferenza dei Sindaci per impostare quei programmi tesi al miglioramento delle risposte di cui vi ho parlato prima e che sono indispensabili per dare maggiori efficacia ai nostri servizi.

Grazie.

APERTURA DEI LAVORI

Gemma Del Carlo, Presidente Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale e dell'Associazione F.A.S.M. Lucca

L'attenzione alle problematiche della Salute Mentale da parte della Azienda USL 2 di Lucca e 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 rimangono le stesse. Conforta sapere che dai disturbi mentali oggi è possibile guarire o comunque migliorare, ma affinché ciò 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 e 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.

L'obiettivo è dunque quello di erogare i servizi di salute mentale, con l'impiego di più sinergie, e di sfruttare al meglio le risorse rimaste a disposizione, evitando gli sprechi.

Diamo così inizio alle riflessioni di oggi, e invitiamo i relatori a rispettare i tempi in quanto il programma è ricco di interventi e vorremmo lasciare lo spazio per il dibattito. Grazie.

Diamo la parola al Dott. Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana. Grazie.

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana
Dati della Salute Mentale nella Regione Toscana e integrazione socio sanitaria.

Avevo preparato un intervento per stamani, ero incerto se le cose che avevo preparato sarebbero state utili o meno, ma da quello che è stato detto mi sembra che siamo sulla stessa lunghezza d'onda. Anche perché in Toscana stiamo sperimentando un modello di organizzazione della salute originale. Il sistema sanitario toscano, ma direi la comunità toscana è interamente impegnata su questo disegno e gli operatori del sistema sanitario, ma anche degli altri sistemi, devono fare strada perché questo modello di salute avrà successo se tutti quanti riusciremo a introdurre gli indispensabili elementi di novità. L'intervento si articolerà in questo modo: farò una brevissima premessa, poi descriverò sommariamente le leggi regionali, quindi l'organizzazione del sistema sanitario regionale, entrerà più nello specifico della salute mentale e commenteremo alcuni dati di attività. Il sistema sanitario regionale prevede un comportamento di questo genere: le scelte di politica sanitaria sono frutto di un circuito: formazione, valutazione, programmazione, informazione. Un circuito continuo, dove se salta uno di questi passaggi, il modello complessivamente non funziona. Quindi, dal dato che rappresenta la realtà alla decisione. I dati devono trovare un'elaborazione, conoscenze, valori, politica, etica, fino alla decisione: cioè in una società della conoscenza, come oggi ci troviamo, il dato è strumento di partecipazione e di informazione. Il processo che dal dato porta alla decisione deve essere elaborato attraverso i valori che ognuno si porta dentro: politica, l'etica che ognuno ha, per arrivare alla decisione. Per far questo è indispensabile avere degli indicatori che forniscano una rappresentazione sintetica dei fenomeni nella loro globalità, per permettere una vera partecipazione dei diversi protagonisti. La partecipazione è l'elemento fondamentale, insieme alle prestazioni noi dobbiamo fornire conoscenze. Il sistema sanitario deve impegnarsi a fornire conoscenze, non tanto per sé, ma per permettere un patto virtuoso con gli utenti, che non si fa né con la clientela, né con altri strumenti, ma attraverso un meccanismo corretto di conoscenza. Il sistema sanitario toscano, se vuole favorire questo processo di un modello nuovo e diverso di salute, deve impegnarsi sulla conoscenza che ci permette di usare in modo appropriato le analisi che noi possiamo fare; infatti se queste analisi non sono ben valutate possono giocare un ruolo distorgente e confondere nelle scelte. Cioè bisogna evitare che le scelte siano fatte soltanto perché c'è qualcuno che urla più di un altro. Noi ci rivolgiamo alla salute mentale, che fino ad oggi è stato considerato il segmento più debole, perché c'è stata una rimozione del problema

invece che affrontarlo, ed ecco che allora per chi si occupa della salute mentale è fondamentale lavorare per la diffusione della conoscenza. L'impegno che come dipartimento della Regione Toscana abbiamo cercato di avere in questi tempi è quello di tirare fuori dei dati su cui discutere, e non soltanto impressioni, opinioni, perché queste ultime non sono dei dati. Questo ci conforta: nel 15 ottobre 2005 è uscito un documento della Commissione Europea sui problemi della salute mentale; è molto importante perché disegna un quadro dell'Europa su questo argomento, proprio perché è un fenomeno che sta aumentando in maniera esponenziale. Nel resto dell'Europa c'è il problema grandissimo dei suicidi: in Europa si muore più di suicidio che di incidenti stradali. Questi sono dati europei, fortunatamente questo non è un problema nostro, ma accade nel Nord Europa, e l'Europa complessivamente presenta questo dato e le organizzazioni dei servizi per la salute mentale hanno il compito di armonizzare gli attuali indicatori nazionali e internazionali, cioè occorrono dati misurabili e confrontabili. E per la salute mentale questa è una novità perché anche nel forum di Milano, svoltosi recentemente, si è discusso prevalentemente di modelli e di organizzazione. Ma vogliamo discutere di dati? Scegliamo quali dati, gli indicatori che pensiamo siano utili per misurare un fenomeno e andiamo a vedere se un modello funziona di più o meno. E' questo che stiamo cercando di portare avanti. Si entra nello specifico organizzativo: in questa fase del mio intervento vi dico come la Regione Toscana si è organizzata. Intanto le fonti legislative. I principi della legge 180 noi li consideriamo fondamentali principi di civiltà. La legge 180 descrive un percorso all'interno del quale si sono organizzati i servizi di salute mentale, ma successivamente nel 2001 c'è stata la riforma della Costituzione che affida il ruolo esclusivo alle Regioni su questa materia. La Costituzione lascia al Governo centrale la definizione dei livelli essenziali di assistenza, esso deve definire i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Su queste fonti la Regione Toscana ha costruito i suoi strumenti legislativi sulla salute mentale. Partendo dalla riforma della Costituzione del 2001 che assegna allo Stato in modo esclusivo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. E' chiaro il disegno che nasce da questa riforma costituzionale: lo Stato descrive il livello essenziale che deve garantito a tutto il resto del Paese; alle Regioni spetta la potestà legislativa di organizzare le modalità con cui questi diritti devono essere garantiti. Alla Commissione Sanità del Senato sono andati a verificare quanto è stato realizzato del Progetto Obiettivo 1998 per la salute mentale. Mi domando, ma oggi quel piano obbiettivo che senso ha con questa costruzione legislativa?

Oggi non dobbiamo realizzare il progetto obiettivo, ma dobbiamo realizzare e garantire i livelli essenziali di assistenza. Quali novità sono state introdotte? Il Piano Sanitario Regionale, la legge 40 e la legge 41. La legge 40 è la legge di riorganizzazione sanitaria, la legge 41 è la legge di organizzazione dei servizi sociali. Prima di tutto, nascita di vari soggetti: consorzi di area vasta, società della salute, le aziende ospedaliere universitarie; nuove relazioni tra i soggetti; unificazione zona distretto, il Piano Integrato di Salute strumento per tutte le zone distretto. Questo è l'altro passaggio, come ha detto prima il Dott. Lanzi. Il Piano Integrato di Salute non è uno strumento che si adotta soltanto laddove si sperimenta la Società della Salute, ma in base alla legge 40 è uno strumento che deve essere adottato in tutte le aziende sanitarie, sia che si faccia la società della Salute, sia che non si faccia. Coordinamento di area vasta; ruolo delle conferenze dei sindaci in area vasta, questo è un altro passaggio di cui si parla poco. Si sono costituiti i comitati di area vasta formati dai direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere, ancora non è stato insediato il riferimento amministrativo dei sindaci e questa è una debolezza del sistema e bisogna che gli enti locali su questo acquisiscano il ruolo che a loro compete. Altro argomento importante è la sperimentazione delle unità delle cure primarie, è un punto che è rimasto un po' in sordina e che magari stamani non ce la faremo a trattare, ma è un argomento su cui il sistema della salute mentale dovrà cimentarsi con un po' più di intensità. Riguardo le aree vaste, sono intese come soggetto di programmazione, come integrazione istituzionale, come ambito ottimale per le funzioni tecnico amministrative. Vuol dire che per le aree vaste, là si costituisce un comitato costruito dai direttori delle aziende, con la direzione del dipartimento regionale, e là si fa programmazione dei servizi, delle strutture, ad esempio se a Lucca si vuol fare un'unità operativa nuova, questa decisione dovrà esser discussa in ambito di area vasta, perché non è più una decisione autonoma che si assume il Direttore Generale Tavanti. L'area vasta come integrazione istituzionale è prevista a livello della articolazione della Conferenza di programmazione socio-sanitaria formata dagli enti locali, su questo si marca un po' di ritardo. Ultima osservazione a livello di area vasta: sono stati costituiti degli enti che cercando di raggiungere massa critica più ampia, gestiscono in maniera economica molte funzioni. Le funzioni affidate all'area vasta sono: consolidamento dei bilanci aziendali, integrazione tra piano aziendale e PAO il Piano delle Aziende ospedaliere. Questo vuol dire che quando a Pisa l'azienda ospedaliera universitaria programma le proprie attività, questi programmi devono essere verificati anche dal Comitato di area vasta. Quante polemiche vengono fuori su questo a Lucca, ma ci si rende conto come la costruzione dell'albero della

programmazione preveda la possibilità della periferia, delle aziende territoriali che dialogano con le aziende ospedaliere universitarie; la definizione delle strutture organizzative; i programmi di innovazione; l'integrazione di percorsi assistenziali; proposte e contestualizzazione delle linee guida, cioè il lavoro dell'elaborazione delle linee guida si fa in area vasta. L'altro elemento che il Piano prevede è il governo clinico, cioè i clinici entrano nel governo delle risorse. A livello regionale; sulla salute mentale è stata costituita una commissione di governo clinico specifica di salute mentale da pochi giorni, che dovrà entrare in funzione. Mi soffermo brevemente sul dipartimento interaziendale di area asta, perché può darsi che anche sulla salute mentale possa essere opportuno prevedere strutture organizzative anche a livello di area vasta, perché si possono ipotizzare funzioni a comune con le università anche sulla salute mentale, per quanto riguarda in particolare la formazione e la ricerca. La Regione è stata divisa in: area vasta centro: Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; area vasta nord ovest: Massa, Lucca, Viareggio, Pisa, Livorno; area vasta sud est: Arezzo, Siena, Grosseto. Queste sono le grandi aggregazioni. I compiti dei consorzi di area vasta sono: acquisti, magazzini, sistemi informativi, gestione patrimonio, organizzazione attività di formazione, reclutamento del personale, pagamento. Il dato delle esprese in soldi che sono stati effettuati nel 2004 secondo la relazione della Corte dei Conti: 1 miliardo e 356 milioni di €, circa il 25% delle risorse del sistema sanitario toscano passano attraverso questi enti di area vasta. Il processo sta andando avanti con rapidità. Si arriva al territorio. Vi ho mostrato la legge 41, in particolare l'articolo 29, dove si parla di piano integrato di salute, che ritroviamo nella legge 40. Il piano integrato è lo strumento partecipativo di programmazione integrata delle politiche socio-sanitarie a livello di zona distretto, che si coordina con gli strumenti dei comuni. L'esperienza dell'integrazione socio- sanitaria in molte realtà territoriali fu tentata con i consorzi socio sanitari qualche anno fa. L'obiettivo che si pone con i piani integrati di salute è più ambizioso: è quello di passare dall'integrazione socio-sanitaria a incidere sui determinanti di salute, come affermava prima il direttore generale. Se una strada crea incidenti, è inutile aumentare un posto di medico al pronto soccorso, molto probabilmente è più importante modificare costruendo una rotonda ed agire per ridurre questi incidenti. Cosa devono fare i PIS? Definire gli obiettivi, individuare le azioni da attuare, individuare le risorse messe a disposizione dai diversi soggetti e poi fissare strumenti di verifica. Dopo vi proietterò in anteprima, perché questo lavoro verrà presentato il 7 marzo, una ricerca su quello che si spende nel sistema sanitario, ma anche quello che spendono i Comuni. Bisogna discutere dei problemi dei servizi, ma anche degli obiettivi e delle risorse che ognuno mette a

disposizione e poi andare a controllare cosa si fa. Su questo ci sono dei dati molto interessanti. La Giunta regionale ha fatto questa delibera per dire come si fanno i piani integrati di salute. Si ritorna allo schema circolare con cui ho esordito: è lo schema circolare della programmazione: vediamo come il Piano integrato di zona che viene approvato dai Sindaci è uno strumento che si deve inserire con il PAO e a sua volta con il PAL e con la concertazione di area vasta. Se non si mettono insieme queste cose, si rischia di non usare al meglio le risorse che abbiamo a disposizione. Per quanto riguarda la salute mentale, le tre delibere, la delibera del 596 del 2003 che organizza i servizi di salute mentale in Toscana dice che in ogni azienda USL è obbligatorio il dipartimento di salute mentale; noi diversamente da altre Regioni non prevediamo il dipartimento di salute mentale con budget autonome, ma le nostre disposizioni dicono che il dipartimento di salute mentale è il garante all'interno del servizio sanitario della risorsa globale dei bisogni di salute mentale della comunità, cioè è lo strumento di governo che supporta il direttore generale da una parte e la conferenza dei sindaci dall'altra per l'elaborazione delle politiche relative alla salute mentale. Quindi assicura l'unitarietà dei percorsi assistenziali, e interventi di prevenzione. Il dipartimento di salute mentale ha compiti di integrazione interistituzionale, interaziendale e intraaziendale in funzione della costruzione del PIS; dobbiamo cercare il collegamento con le strutture amministrative vicine, come Comuni e Province, senza trascurare gli indispensabili collegamenti con gli altri professionisti dell'azienda e i medici di medicina generale. Ma il dipartimento di salute mentale è garante della partecipazione e del protagonismo degli operatori professionali dei servizi e questo è il punto centrale: qualsiasi azione di miglioramento di questa attività deve passare attraverso la partecipazione e il protagonismo entusiasta di coloro che lavorano dentro i servizi, perché se ci sono operatori non soddisfatti, non convinti di quello che fanno, è impensabile che si ottengano poi risultati brillanti. Quindi il punto centrale è di fare squadra, non solo tra i dirigenti, ma all'interno di tutti gli operatori di un settore. E' la parte più difficile, ma anche quella determinante. Questo compete al Dipartimento. L'altro ruolo fondamentale del Dipartimento è essere autore e garante del patto con gli utenti, i familiari, il volontariato, per il miglioramento continuo dei servizi. Perché questa integrazione si realizza sì nei momenti della programmazione, ma anche nei momenti operativi. Stiamo predisponendo un regolamento a livello regionale, con i responsabili dei dipartimenti con la Dott.ssa Favatà che ci sta portando un contributo determinante. Il regolamento del dipartimento deve diventare uno strumento per realizzare queste cose. In Toscana abbiamo fatto una scelta di servizi a forte integrazione con la comunità, intesi come servizi

comprensivi e unitari in tutte le fasce di età. L'altra caratteristica è l'organizzazione dei servizi di salute mentale della Toscana nei confronti del resto di Italia. Mi rivolgo in modo particolare al modello triestino che viene portato a esempio. Noi siamo diversi: dentro il DSM abbiamo l'infanzia e l'adolescenza e la salute mentale adulti, mentre nel resto del Paese quando si parla di salute mentale si parla di salute mentale adulti. Questa decisione è stata presa nel 1999 e questa è un'indicazione di piano ma ancora deve scendere nella realtà delle singole aziende. E' una scelta importante, perché se vogliamo lottare contro le nuove marginalità, contro le nuove emergenze, evitare che i malati che cadono in questi guai si cronicizzino e quindi diventino nuovi cronici, bisogna intervenire precocemente. La scelta fatta dal legislatore toscano è una scelta sicuramente da condividere e da lì dobbiamo scendere nella realtà di tutti i giorni. E' nelle unità funzionali che abbiamo il budget. Vi ho voluto ricordare questo, perché nel nostro piano è un obiettivo che abbiamo, che io condivido molto, un obiettivo che qualcuno definisce ideologico, ma non sono d'accordo nel definirlo ideologico. Questo è un obiettivo metodologico, perché approcciarsi ai pazienti con la volontà di non contenere, vuol dire approcciarsi ai pazienti in maniera diversa. E' un obiettivo tecnico professionale. Questi i dati che abbiamo: vediamo come gli utenti stanno crescendo in maniera molto consistente. Questi sono i dati su Lucca: negli adulti 1999 3872 casi, nel 2003 4206 casi, infanzia adolescenza 1180, 1660. Vediamo come questi dati sono rilevanti. I dati sulla residenzialità, l'obiettivo era un posto letto ogni 10000 abitanti, in Toscana siamo invece a 2,44 e a Lucca 2,45 quindi siete sulla media Toscana. Ho verificato, visitando le strutture, come queste strutture vengono utilizzate; sono andata a vedere nel Casentino. In quella zona socio/sanitaria è presente una struttura residenziale e dei locali di appoggio nel reparto di medicina che funziona da SPDC, quindi il paziente che ha problemi acuti viene ricoverato nel reparto ospedaliero gestito dagli operatori sanitari territoriali, sta sette - otto giorni e poi subito dopo viene inserito nella residenza. Quindi la residenza come una struttura dinamica perfettamente inserita nella rete assistenziale territoriale.

La ricerca Progress dimostra che in Toscana abbiamo l'indice di ospedalizzazione e la frequenza dell'uso del TSO più basso a livello nazionale.

A Lucca avete due dati: uno positivo: siete l'azienda con la percentuale tra le più basse di ricoveri, e questo vuol dire che i pazienti vengono seguiti e non entrano e escono in continuazione dagli SPDC. Mentre per quanto riguarda i TSO dovete ancora lavorare, perché la media regionale è 8,33 e la media della vostra azienda è 9,10.

Relativamente al personale dipendente nella diapositiva vengono illustrati i dati delle diverse aziende. L'obiettivo di piano era di un dipendente ogni 1500, però è chiaro che l'obiettivo dei livelli essenziali di assistenza si rivolgeva agli adulti. Il dato che vi mostro è comprensivo del personale assegnato all'unità funzionale salute mentale infanzia adolescenza ed alla unità funzionale adulti. E' opportuno ricordare che i numeri riportati si riferiscono al personale di ruolo ed incaricato in quanto non siamo in grado di misurare i servizi esternalizzati. Molte aziende gestiscono le strutture direttamente, altre aziende hanno esternalizzato, per cui il numero del personale è un indicatore da prendere con le molle.

Anche sulla spesa i dati sono del 2004, l'obiettivo era 4,5% ma solo per gli adulti, ma noi abbiamo anche la spesa dell'infanzia/adolescenza. Questa è la spesa per i farmaci, che è molto alta.

Il 7 marzo verrà presentato lo studio di cui io vi anticipo alcuni dati.

Fino ad ora nel mio intervento abbiamo discusso del sistema sanitario, di ciò che il sistema sanitario fa, è chiaro che il Piano Integrato di Salute per definizione mette in comune quello che fa il servizio sanitario e quello che devono fare gli altri. Quindi questo è un nuovo fronte. Il primo dato che viene fuori dalla fonte ISTAT. La media pro-capite nazionale è di 91 €, mentre i Comuni toscani dedicano ai servizi sociali 117 €, quindi un impegno sicuramente superiore alla media. Però ci sono variazioni notevolissime, anche nella stessa provincia di Lucca, e questo è un problema che il territorio dovrà affrontare. Oggi ci sarà la tavola rotonda e ci sarà motivo di discussione. Questo è l'altro punto: cosa sta succedendo, la Regione da alcuni anni ha deliberato un programma per un sistema informativo dedicato alla salute mentale. Il problema è che il questo sistema langue, perciò dico che dobbiamo impegnare le nostre strutture dirigenziali a produrre conoscenza: perché c'è una difficoltà estrema.

Il problema è che se non si forniscono conoscenze, dopo discutiamo di opinioni. Qui siamo andati a vedere una delle caratteristiche della modalità organizzata dei servizi di salute mentale in Toscana che è quella della presenza capillare sul territorio. La sto presentando in diverse occasioni, perché la Regione invita, nell'ambito del PIS a discutere quanto questo modello non debba avere alcune azioni correttive. A Firenze siamo a 118 punti di erogazione, e può darsi che siano troppi, ma anche a Lucca siamo a 29. E' questo il modo migliore per usare le poche risorse disponibili o si può fare qualcosa di diverso? Da parte del dipartimento non vogliamo dare direttive precise, ma vorremmo che a livello

locale su questo si discutesse. Sono stato un po' lungo, ma spero di aver dato un contributo al dibattito di questa giornata. Grazie

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Guidi.

Gemma Del Carlo, Presidente dell'Associazione F.A.S.M e del Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale

Il punto di vista delle Associazioni del Coordinamento Toscano.

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale si è costituito il 29-04-1993 e attualmente ha l'adesione di 18 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.

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.
- 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.

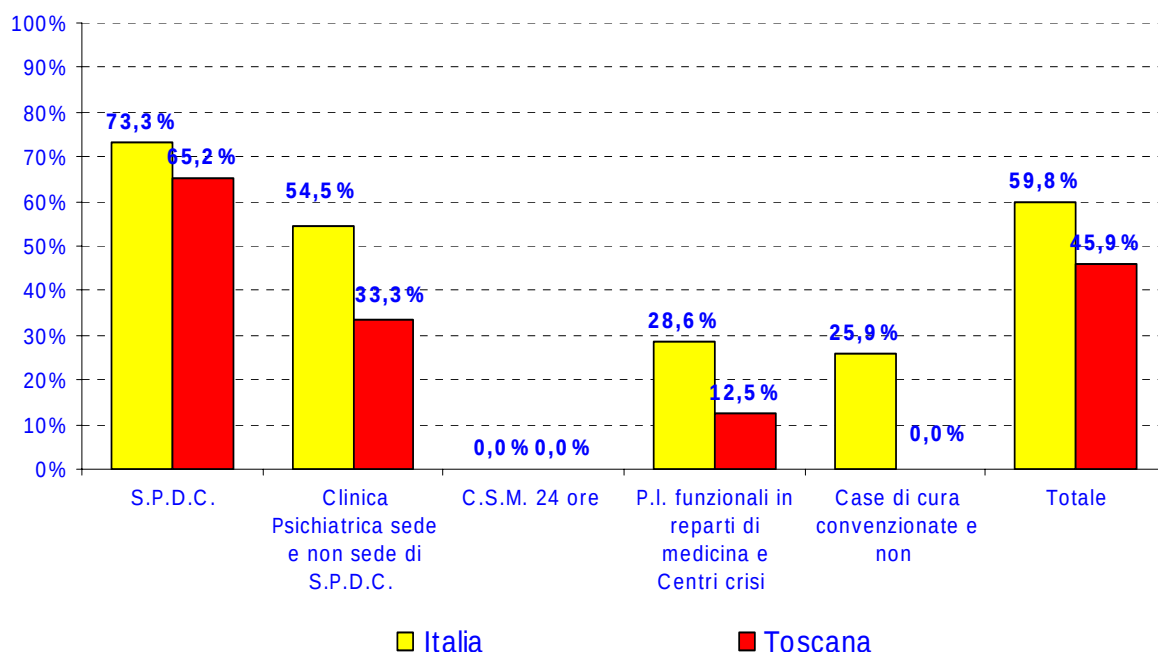
Noi familiari vorremmo:

- 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.
- 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.

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. I pazienti in grado di riconoscere il loro disturbo e protagonisti della loro cura sono i pazienti che hanno organizzato delle conferenze. 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.
- 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. Inoltre, 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.

Regione Toscana: Contenimento affidato a mezzi meccanici



- pazienti non del tutto autosufficienti, ma se stimolati possono dare molto e migliorare. 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
- 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.

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.

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

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!

Ora entriamo nel merito della zona di Lucca. La **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

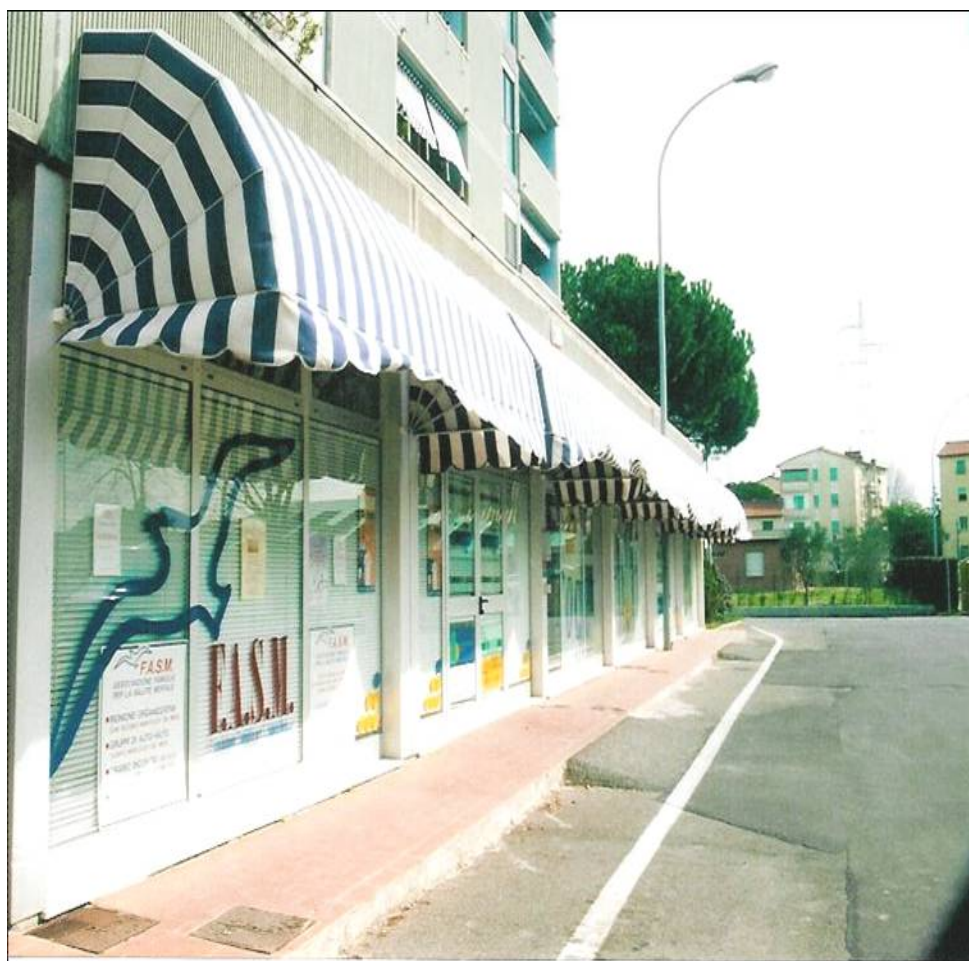
l'Az. U.S.L. 2, dove fanno un percorso di riabilitazione e di integrazione i nostri ragazzi attraverso il lavoro.

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.



**Sede della FASM
e della
Cooperativa
ICARO**

**Via F. Simonetti,
S. Vito, Lucca**

**Locali concessi
dal Comune di
Lucca**

La **F.A.S.M.** riconosce ai servizi di Salute Mentale dell'Azienda USL 2 di Lucca alcuni progetti di eccellenza.

Con l'Azienda 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 di seguito è previsto dal Piano Sanitario Regionale Progetto Individuale Personalizzato e Piani di Salute Integrati: Tavoli di concertazione 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) E' stato aperto un centro diurno per psicotici gravi: auspichiamo che in futuro ci sia la possibilità di utilizzo in emergenze 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'Azienda 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 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.



I giovani volontari che partecipano attivamente al Gruppo “ESCI CON NOI”

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.



Il Gruppo “ESCI COI NOI” in una esibizione al Teatro del Giglio

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.

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.

“ESCI CON NOI” - GITE



Giardini di Villa Taranto, Lago Maggiore

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

Progetto individuale personalizzato

M. Incoronata Favatà, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 2 di Lucca e Responsabile Unità Funzionale Infanzia e Adolescenza USL 2 di Lucca

Il Progetto Terapeutico Personalizzato nella prassi operativa del DSM

La progettazione terapeutico-riabilitativa individualizzata ed integrata è una modalità operativa che fa parte di un bagaglio culturale ormai consolidato nella Salute Mentale (nella NPI da più tempo che nel settore dell'adulto).

E' una 'filosofia di intervento'.

Significa lavorare non sul sintomo ma sulla globalità della persona, includendo la sua relazione dinamica con il contesto.

Comporta trovare risposta ai bisogni di quella persona in quel determinato contesto, spostandosi dalla logica dell'offerta e della spesa a quella di una valutazione matura dei bisogni e di una definizione di priorità, nell'ottica dell'appropriatezza degli interventi, scelti tra le opzioni disponibili, nel rispetto dei vincoli economici che ci sono posti.

Comporta una accurata valutazione diagnostica funzionale multidimensionale, che necessariamente mette in gioco:

più professionalità integrate e, rispetto alla possibilità di interventi nel contesto che incidano sulla qualità della vita del soggetto (non direttamente di nostra competenza), la necessità di livelli superiori di integrazione, un livello socio-ambientale e un livello multistituzionale.

(Valutazione funzionale significa valutazione delle disabilità derivanti dalla situazione patologica, valutazione delle competenze presenti e individuazione di competenze potenziali, con individuazione/proposta dei contesti, terapeutici ed ecologici, idonei a promuovere i cambiamenti possibili).

Presuppone:

- ◇ dei fattori 'tecnici', qualitativi e organizzativi intrinseci al servizio;
- ◇ fattori socio-culturali, sui quali noi possiamo svolgere una funzione di stimolo accanto alle associazioni;
- ◇ un livello di collaborazione 'strutturata' con le istituzioni (che vincoli i soggetti istituzionali coinvolti al rispetto dei programmi e dei patti sottoscritti e all'assunzione di responsabilità). *(Pensiamo ai cardini dei progetti individualizzati degli adulti: casa, lavoro, socialità)*

I prerequisiti a livello dei nostri servizi:

- ◇ sofisticata competenza professionale, per una vera diagnosi funzionale multidimensionale, affinché lo slogan della “globalità” non si traduca in banalizzazione della complessità dei problemi che affrontiamo, in atteggiamenti a-scientifici e in confusione rispetto allo specifico professionale dei singoli ruoli (con il rischio di omettere interventi terapeutici appropriati, talora cruciali rispetto alla fase evolutiva del disturbo);
- ◇ presenza delle professionalità necessarie ed assetto organizzativo congruo rispetto alle esigenze di un lavoro coordinato di operatori competenti in differenti aree (*è quello che la regione ha previsto a partire dal piano 99-01*);
- ◇ capacità di comunicazione e di condivisione del proprio ‘sapere’, affinché l’utente (quando possibile) e/o la famiglia siano consapevolmente informati delle opzioni terapeutiche, assistenziali e sociali disponibili e pertinenti, e consapevolmente partecipi della programmazione e dell’attuazione del progetto riabilitativo
- ◇ attenzione alla qualità e monitoraggio della propria attività (miglioramento continuo dell’appropriatezza attraverso la formazione; definizione delle procedure e degli snodi organizzativi), verifica dei risultati, non solo in termini di efficacia, ma anche in termini di efficienza degli interventi adottati.

Attuando interventi articolati su più livelli, anche in contesti organizzativi differenti (extra-sanitari, es. scuola, formazione lavorativa, esperienze varie di socializzazione) solo una logica di continuità terapeutica e di coerenza progettuale fa sì che il soggetto e la famiglia non si ritrovino a passare da un contenitore ad un altro, ciascuno con le sue offerte, con rischio di frammentazione o di duplicazione degli interventi.

Questo della continuità è un aspetto che la cornice di riferimento nella quale ci muoviamo, il Dipartimento, ci stimola a perseguire. In questo anno passato abbiamo cercato, tra l’altro, di lavorare nel Dipartimento sul tema, che è sempre stato molto critico, del passaggio dei pazienti dalla UFSMIA ai servizi degli adulti al compimento dei 18 anni. Critico, per la difficoltà per questi pazienti e per le loro famiglie di ritrovare una presa in carico multidisciplinare ed intergrata (soprattutto per i soggetti affetti da ritardo mentale, talora presente isolatamente, più spesso presente in comorbidità con altri disturbi psichici). Abbiamo programmato due azioni: 1) un protocollo per il passaggio dei casi al 18° anno che si configura come condivisione della progettualità sul caso nella fase del passaggio; 2)

un progetto sperimentale, che la Regione con un suo finanziamento ci permette di realizzare, di intervento multifocale su alcuni adolescenti affetti da gravi disturbi psicopatologici (progetto Chirone) che prevede nella fascia di età più alta l'integrazione tra operatori della UFSMIA con operatori delle UFSMA.

Una delle diapositive sintetizza come, nell'ottica di una programmazione individuale integrata, l'evoluzione del paziente non è considerata solo associata a singole prestazioni (pur rilevanti, se appropriate e di qualità), ma è considerata il risultato di una concatenazione di eventi, sanitari e non, che devono trovare una integrazione organizzativa.

In conclusione vorrei sottolineare solo due aspetti dell'approccio multidisciplinare e della programmazione integrata peculiari del lavoro con l'infanzia:

1) La variabile interattiva:

La relazione dinamica con il contesto ha nell'infanzia una valenza ancora più significativa che nell'adulto. Per un individuo in fase di sviluppo fattori individuali ed ambientali si intrecciano strettamente in una complessa relazione reciproca, influenzandosi reciprocamente. *Es. bambino molto piccolo con ritardo mentale.*

Questo fa sì che l'attenzione al contesto da parte degli operatori sanitari e sociali (ciascuno per le sue competenze) debba essere costante e precocissima. Vi è la dimensione, comune al lavoro con gli adulti, di 'trasmettere competenze' al contesto (es. informazione e supervisione rivolta agli educatori, la scuola) e vi è la dimensione del 'prendersi cura' del contesto (la famiglia).

Nelle patologie precoci (una paralisi cerebrale infantile secondaria a sofferenza perinatale, un ritardo mentale associato a sindrome malformativa diagnosticata alla nascita, un disturbo nell'ambito dello spettro autistico rilevato nei primi anni di vita) l'intervento terapeutico è tempestivamente globale ed integrato, estendendosi ai contesti di vita del bambino (lavorare anche con i genitori, dare indicazioni specifiche agli educatori e supervisionarne l'operato). La situazione più frequente nelle patologie che accedono ai nostri servizi è quella della esigenza di una presa in carico longitudinale che comprende sia situazioni specificamente sanitarie sia supporto e monitoraggio di altri interventi riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi.

2) La variabile evolutiva:

Implica che sia più che mai impossibile considerare isolatamente il sintomo e la singola funzione lesa. Anche quando nell'attualità si riscontri apparentemente un deficit abbastanza settoriale, dobbiamo sia esplorare adeguatamente le intersezioni con altri

settori dello sviluppo sia saper pronosticare quali effetti potrà avere nel tempo sull'acquisizione di competenze più complesse che hanno come prerequisito la funzione deficitaria. (Esempi: influenza di un problema emotivo sullo sviluppo cognitivo; l'evoluzione di un disturbo del linguaggio in disturbo specifico dell'apprendimento; il rischio psicopatologico in età adolescenziale di un disturbo specifico dell'apprendimento.....)

Questo ci rimanda a una caratteristica peculiare dei disturbi psichici in età evolutiva: l'elevato tasso di comorbidità, sia in senso sincronico che diacronico.

La variabile evolutiva implica che anche le gravi disabilità devono essere affrontate come un problema di sviluppo.

Significa, ancora, una stretta connessione tra terapia e prevenzione, nel senso che molti interventi terapeutici in età evolutiva hanno un'importante valenza preventiva rispetto all'insorgenza di patologie secondarie. Questo vale (con le dovute differenze) tanto nella patologia grave, quanto nei disturbi neurologici, psicologici e neuropsicologici di entità lieve e lieve-media.

Pensiamo alla patologia grave:

- 1) qualunque disabilità ha una variabilità, sia pur minima nei casi più gravi, nella sua espressività clinica e questa variabilità dipende dalla qualità e dalla pertinenza degli interventi;
- 2) i bambini affetti da disabilità grave hanno una forte probabilità di sviluppare un problema psichiatrico secondario; in condizioni ottimali questo rischio è inferiore al 15-20%; in condizioni sfavorevoli questo rischio è superiore al 75-80%.

Possiamo tradurre, grossolanamente, in: I minori portatori di handicap presentano delle disabilità persistenti che tendono a protrarsi per tutta la vita; la partita che si gioca in età evolutiva è su quanto l'handicap può essere 'contenuto'.

Rispetto alla patologia 'lieve' e 'lieve-media' dell'età evolutiva:

alcuni hanno calcolato un rischio psicopatologico in età adulta (vale a dire la probabilità di manifestare una patologia psichica) da 8 a 12 volte superiore rispetto alla popolazione normale.

Rispetto al grave rischio psicosociale in età evolutiva:

è stato calcolato che un soggetto su quattro potrebbe presentare una patologia psichica in età adulta.

Gli utenti dei nostri servizi stanno aumentando e l'incremento riguarda anche le patologie lievi: i nostri servizi si connotano ormai come servizi di comunità, non solo dedicati ai gravi ai quali pure devono essere offerte risposte adeguate.

“Quale progettualità per quale casistica” (*diapositiva*)

Si è fatto più difficile il bilanciamento delle risorse (e degli assetti organizzativi) tra le varie patologie; tra soggetti che presentano disturbi di entità non particolarmente grave, suscettibili di modificazioni significative in rapporto al nostro intervento tecnico (e soprattutto forse di una modificazione significativa della prognosi a lungo termine) e soggetti affetti da patologie croniche gravi (altissimi consumatori di risorse) che per altro talora non trovano risposte adeguate ai loro bisogni nel contesto comunitario quando si interrompe la terapia e si ritiene opportuno il passaggio ad interventi assistenziali o educativi più calati nel contesto di vita. *Si corre allora il rischio di assumere sul sanitario interventi ormai privi di specificità, che 'vicariano' opportunità carenti in altri settori.*

“Quale progettualità per quale casistica”: Dobbiamo rispettare il cosiddetto effetto Matteo? (dalla parabola dei talenti nel Vangelo secondo Matteo: a chi ha già sarà dato e a chi non ha sarà tolto anche quello che ha).

Enrico Marchi, Direttore Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Azienda USL 2 di Lucca

Associo i miei saluti e ringraziamenti a quelli che sono già stati fatti dalla Dott.ssa Favatà. Contrariamente all'ordine definito, abbiamo deciso di cambiare un poco per dare un filo logico proprio in questo assemblaggio informatico che abbiamo cercato di fare. Sono tante le cose che verrebbero da dire, molte le sollecitazioni che sono state date dal Dott. Guidi, dalla Sig.ra Del Carlo e da chi ha parlato prima di me, sui temi che riguardano in particolar modo il servizio ospedaliero, che ora cercherò di evitare, perché abbiamo un compito descrittivo sempre in linea generale, e perché entreranno nei temi più specifici gli altri colleghi che verranno dopo di me. Parlerò di come si cala nella prassi operativa questo Progetto Individuale Personalizzato. Indubbiamente condivido pienamente quanto Gemma Del Carlo ha detto, e che ringrazio per questa sollecitazione. In effetti stiamo assistendo a una pandemia del disturbo psichico. E' un'emergenza che l'O.M.S. suggerisce, e non a caso è stato citato anche il Santo Padre che ha dedicato la giornata di domani a questo tema.

Vi parlerò della ideazione e pianificazione di un percorso di cura di un soggetto nel suo reinserimento nel suo contesto sociale e familiare. Ideare vuol dire progettare,

architettare, immaginare; i sinonimi della parola ideare hanno a che fare con un processo mentale in cui tutti gli operatori sono coinvolti.

Il progetto individuale nasce storicamente all'inizio degli anni '60 quando si iniziò a superare l'ospedale psichiatrico, specialmente l'esperienza francese della settorializzazione, dell'arrondissement psichiatrico. Anche in Italia, anche a Lucca, già prima che l'ospedale psichiatrico chiudesse, si cominciò a lavorare con questi gruppi di lavoro interdisciplinare, sia con l'infanzia che con gli adulti e si cominciò ad esportare la cultura dell'assistenza nuova nell'assistenza domiciliare. Il Progetto individuale come concetto si è sviluppato nella cultura dei servizi dei dipartimenti, che a partire dagli anni '80, nella multidisciplinarietà e nella multidimensionalità di questo trattamento che avviene sul territorio, hanno enfatizzato degli aspetti tecnico professionali piuttosto particolari, che ci terrei a citare in successione: la cultura dell'accoglienza, che è la base, vi lascio intuire su cosa ci sarebbe da dire su come si accoglie e cosa vuol dire accogliere; la presa in carico, intensiva, sub intensiva, non intensiva, l'esperienza anglosassone ce la dice lunga su quanto questa presa in carico porti benefici ma anche carichi molto i servizi; la relazione di aiuto professionale, la relazione terapeutica che è un altro aspetto verso un approfondimento; l'alleanza terapeutica con il paziente e la continuità terapeutica. Il singolo operatore che si trova in contatto, già in questi primi momenti, deve farsi carico di questi temi in maniera molto profonda. Cominciando a legare con il soggetto una continuità vera e propria, molto importante nel percorso è l'empowerment, cioè il potenziamento delle parti sane, cioè lavorare su quello che il paziente può fare, sulle abilità, non solo sulla disabilità; la facilitazione sociale, facilitatori sociali, non professionali, ex utenti, tutte quelle risorse che si possono mettere in ballo e che non hanno a che fare con una specializzazione e con tecniche particolari, ma con un saper stare e dare quel piccolo aiuto quotidiano come il Vescovo suggeriva; il miglioramento della qualità della vita, che non vuol dire che se non si raggiunge una guarigione il miglioramento non possa essere un obiettivo valido e più che soddisfacente, certamente su questo ci sarebbe molto di più da dire; e poi finalmente l'uscita dal circuito psichiatrico che stiamo sperimentando insieme, in collaborazione da anni con il servizio sociale, per quanto riguarda l'esperienza degli affidi etero-familiari, ma anche di altre situazioni, in cui riusciamo veramente a dimettere, ad allontanare, a far sì che il paziente non abbia più bisogno di noi.

Il Progetto Individuale è un piano di assistenza personalizzato, in cui va individuato il bisogno, e in cui si predispongono le risorse coerenti sia in temi di servizio che di prestazioni sociali e sanitarie, all'interno del percorso assistenziale. Permette di muoversi

in questo percorso assistenziale, garantisce la presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale e multidisciplinare effettuata dall'equipe; individua le esigenze e i bisogni del cittadino; affida compiti; individua le risorse; permette la valutazione evolutiva e multidimensionale. Il percorso assistenziale è il risultato di modalità organizzative che assicurano al soggetto in carico in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso ai servizi, con l'informazione e la fruizione appropriata di questi servizi, condivisa, nei servizi territoriali di zona e nei servizi ospedalieri. E' il modo con cui si procede, si va avanti purtroppo anche nell'evoluzione della malattia. Questo in relazione ai bisogni accertati, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni e della compatibilità con le risorse disponibili. Se non si possono fare delle cose, è inutile prometterle, idearle, architettarle, programmarle, progettarle. E' un gruppo multidisciplinare, che si basa sulla domanda espressa, raccoglie informazioni, valuta complessivamente il caso nelle sedi giuste; formula un piano di lavoro, e poi una volta attuato, lo verifica. Le cadenze di verifica sono svariate, si può andare dal quotidiano quando la situazione è in emergenza, fino agli incontri mensili. Noi abbiamo incontri scadenziati sul quotidiano, sul settimanale, sul quindicinale, sul mensile, quindi a vari livelli ci sono queste riunioni operative, o valutazioni, discussioni e supervisione dei casi. La valutazione complessiva del caso richiede appunto una valutazione della richiesta formulata dalla persona, quindi centrale, mettere al centro cosa richiede la persona, quali sono le sue risorse, le risorse dei familiari, l'insieme delle possibilità che ci sono da parte di altri servizi, del quartiere, del volontariato; il bisogno prioritario, perché talora ci sono delle situazioni emergenti che necessitano un'attenzione molto particolare. La formulazione del piano di lavoro: definire un obiettivo che si vuole conseguire; dare una sintesi degli interventi, scriverli, nell'arco di tempo in cui si ritiene dovranno essere organizzati, dividere i compiti tra le varie figure professionali, e qui si innesta molto la figura del case work o del case management, che sarebbero gli operatori dedicati che possono essere svariati, talora il medico che ha a volte la responsabilità legale di tutta la situazione, talora l'assistente sociale, talora può essere un educatore sociale o un infermiere, e a seconda dei ruoli, a gestire questo management, che si può tradurre come operatore referente del caso, che segue la persona in questo percorso; definire le risorse che ci sono, definire una data entro cui compiere una prima verifica e condividere il progetto con la persona interessata e con i suoi familiari. La verifica del piano di lavoro si compie periodicamente per verificare nel tempo quello che corrisponde fra gli interventi e gli obiettivi che avevamo definito. Non sempre però la verifica è positiva, talora è negativa e questo è un problema interno dell'equipe di lavoro,

che è come se fosse un cervello unico che lavora su queste cose, e quindi si riformula un piano e vediamo se abbiamo realizzato interventi adeguati o inadeguati, se invece si è dimostrata inadeguata la definizione dell'obiettivo o la valutazione del bisogno, se si è nel tempo modificata la situazione nel tempo del bisogno della persona. Due parole sull'ultima riga, purtroppo le variabili della vita sono tali e tante, che nonostante tutta la buona volontà, l'attenzione, l'accortezza e la dedizione professionale, gli accadimenti, un lutto familiare, una perdita economica, affettiva, rimettono tutto in ballo. E quindi l'équipe si trova a dover fronteggiare un po' la frustrazione e un po' anche il malessere che deriva da questa situazione.

Lascio la parola al Dott. Betti per la sua parte. Grazie.

Mario Betti, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Valle del Serchio Azienda USL 2 di Lucca

Il progetto terapeutico

L'IMPORTANZA DEL PROGETTO TERAPEUTICO

Premessa

Il progetto terapeutico rappresenta il momento fondamentale dell'operare psichiatrico che conferisce dignità ed unitarietà agli interventi assistenziali, sanitari e riabilitativi. Esso consente di definire gli obiettivi essenziali e di tracciare le linee guida per fornire una serie di risposte articolate e finalizzate ai bisogni dell'utente.

Per l'attuazione del progetto possono essere utilizzati mezzi diversi (dai farmaci ai colloqui agli inserimenti lavorativi) con il contributo di figure professionali diverse. E' proprio la presenza di obiettivi generali e parziali condivisi da tutti gli operatori che consente di realizzare un programma di interventi coerente ed efficace.

Progetto terapeutico e progettualità esistenziale

Ogni progetto per essere veramente terapeutico deve mirare, in ultima istanza, a ripristinare la progettualità esistenziale del soggetto.

Secondo gli autori esistenzialisti, l'esistenza umana, ciò che Heidegger chiama "Esserci", non va intesa come semplice-presenza; l'uomo non è un oggetto inanimato, una cosa fra le altre cose del mondo. L'essere umano si caratterizza per un costante proiettarsi oltre se stesso, per un protendersi verso il futuro, verso il mondo, verso gli altri. E' vero che ogni uomo si trova calato in una situazione pre-costituita, che lo condiziona sul piano emotivo e su quello cognitivo. Tuttavia, da questa situazione originaria, che dipende solo in minima parte da lui, egli è in grado di muoversi e di

aprirsi verso prospettive molteplici e, per larga parte, imprevedibili. In altre parole, l'essere umano riesce ad autoprogettarsi, a realizzare un proprio progetto di vita.

Ogni altro essere (animale, vegetale, oggetto inanimato) si trova totalmente condizionato dalla sua situazione di partenza; il suo progetto procede entro binari rigidamente prestabiliti (l'albero non può essere che albero, l'animale animale, ecc.), mentre all'uomo è data la possibilità di modificare il proprio progetto esistenziale.

Nell'esperienza psicotica si può cogliere un impoverimento ed un irrigidimento delle possibilità esistenziali del soggetto, per cui il soggetto non è più capace di progettarsi liberamente nel mondo e di relazionarsi in modo efficace con gli altri. Il progetto di vita si impoverisce, diviene angusto e stereotipato, dominato da pochi temi che tendono a riproporsi in modo opprimente e ripetitivo. Così, ad esempio, il soggetto affetto da depressione maggiore sarà preda di un vissuto stagnante, ancorato al passato ed ai sensi di colpa; il paziente maniacale, trascinato dalla sua frenesia, sarà incapace di fermarsi per entrare in contatto con gli altri e per riflettere sul proprio futuro; lo schizofrenico sarà vittima dei sentimenti di oscura minaccia e di persecuzione che lo spingeranno alla chiusura autistica o lo terranno prigioniero dei suoi deliri.

Il trattamento deve fare costante riferimento al paziente, inteso come persona, ed al suo modo di progettarsi nel mondo. Il progetto terapeutico deve procedere, per quanto possibile, nella direzione di un recupero, da parte del soggetto, dell'autonomia esistenziale e di nuove possibilità di vita. Si tratta di promuovere la sua maturazione e la sua crescita, in modo che egli possa stabilire un rapporto di fiducia con gli altri, aprendosi in modo valido al mondo ed al futuro.

Come si vede, il progetto terapeutico è qualcosa di profondo ed essenziale. Esso non va confuso con una fredda pianificazione concertata a tavolino. Il fine, la prospettiva ultima, rimane sempre quella di un recupero delle potenzialità umane. Il dispiegarsi nel tempo del progetto esistenziale si identifica con il processo evolutivo stesso della persona.

L'ELABORAZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO

L'elaborazione del progetto si traduce in un programma operativo, il quale consente di puntualizzare le tappe del processo, di definire i bisogni e gli obiettivi, di individuare i momenti dell'intervento, i tempi d'attuazione e le modalità di verifica. Gli operatori, nell'attuazione del progetto, devono mostrare un atteggiamento critico ed elastico, mantenendo sempre la disponibilità a ridiscutere gli obiettivi ed a prospettare nuove strategie.

Una volta chiarite queste premesse, possiamo procedere ad esaminare le principali fasi di elaborazione del progetto terapeutico.

1. Inquadramento del caso e della situazione.

Prima di formulare gli obiettivi di un progetto terapeutico occorre procedere ad un *inquadramento preliminare* della situazione.

In primo luogo occorre *chiarire i termini del problema*, formulati spesso in modo confuso ed improprio.

Qual è il problema da affrontare? E' rilevante? Per quali persone? E' di pertinenza psichiatrica? Quali figure professionali coinvolge o potrebbe coinvolgere?

In secondo luogo si procede a raccogliere gli elementi che ci consentano di *delimitare una mappa del contesto relazionale ed ambientale*. E' necessario conoscere le persone che vivono col paziente (ossia la composizione del nucleo abitativo) ed eventuali altri parenti o conoscenti significativi. E' utile inoltre sapere quali sono i rapporti del nucleo familiare con l'ambiente esterno.

2. Interpretazione della domanda.

Una volta preso in esame, anche sommariamente, il contesto ambientale, si passa ad *interpretare la domanda*.

Occorre chiedersi, innanzitutto, *da chi proviene la richiesta di intervento*.

Spesso la segnalazione (o la richiesta esplicita di trattamento) parte da uno dei familiari. Se l'iniziativa viene presa all'insaputa del paziente, ci troviamo di fronte - con buona probabilità - ad un nucleo "distonico", ossia ad un sistema familiare fortemente rigido in cui la designazione del paziente è funzionale al mantenimento dell'omeostasi. Se invece la richiesta avviene col consenso (o da parte) del paziente, il sistema è "sintonico" e si prospetta come più elastico e collaborativo.

Nel caso che la richiesta provenga da persone esterne al nucleo (vicini di casa, autorità politiche o di Pubblica Sicurezza, etc.), è probabile che si tratti di un nucleo scarsamente integrato, probabilmente emarginato e in conflitto con l'ambiente circostante. In questo caso le difficoltà maggiori si presentano nella fase iniziale; il problema fondamentale consisterà nel farsi accettare dal paziente e dagli altri membri e nell'acquisire la loro fiducia. Talora è il medico curante che segnala il caso; occorre allora valutare di quale disagio egli si sta facendo portavoce: se di un disagio espresso dal paziente stesso, oppure dai familiari o da persone esterne al nucleo.

3. Lettura dei bisogni.

Dopo aver esaminato la provenienza della domanda, occorre comprendere *a che cosa essa mira*.

Non bisogna fermarsi in superficie, considerando il contenuto della domanda in modo letterale. Sono invece da *valutare le motivazioni e le aspettative* che sottendono la richiesta di intervento. E' interessante osservare come spesso queste siano indipendenti o addirittura in contrasto con il disturbo psicopatologico in atto.

Tipico è il caso di genitori che richiedono l'intervento dei sanitari, allorché il figlio schizofrenico esprime l'intenzione di uscire di casa o di assumere iniziative autonome; è questo che scompagina l'equilibrio del nucleo e non il disturbo psicopatologico in sé. In questo caso la richiesta mira a mantenere invariata una situazione patologica e, quindi, tende alla cronicizzazione.

In altri casi la domanda può mirare, sia pure implicitamente, ad ottenere l'avvallo per dinamiche di espulsione e di istituzionalizzazione. E' ciò che spesso accade per soggetti anziani particolarmente impegnativi e lamentosi. Verranno, in questi casi, inviati messaggi atti a coinvolgere l'operatore e ad invischiarlo nelle dinamiche familiari, inducendolo a fornire sostegno al sistema (o, più precisamente, ai membri "sani") durante la fase di espulsione. Ogni prescrizione terapeutica rischia di essere vanificata ed ogni atteggiamento dell'operatore viene manipolato in modo da rinforzare la designazione del paziente quale "membro disturbante". La risposta va fornita, allora, con riflessione ed accortezza. Ogni intervento incentrato esclusivamente sul paziente assume una connotazione medicalizzante e finisce per rinforzare ulteriormente la designazione. Si accentueranno, sempre di più, le pressioni affinché il paziente venga ospedalizzato. E' ovvio invece che i ricoveri prolungati possono risultare deleteri, in quanto consolidano la dinamica espulsiva.

4. Raccolta delle notizie.

Una volta interpretata la domanda si procede alla *raccolta di notizie anamnestiche* (storia personale del paziente, della sua famiglia, epoca di insorgenza e caratteristiche del disturbo, modalità evolutive). Una particolare attenzione va posta ai *fattori ambientali*.

Possono esser presenti nella storia della famiglia *eventi psico-sociali stressanti*. Questi possono essere di entità minima (un piccolo problema economico, un conflitto con i vicini, un cambiamento nell'orario di lavoro, ecc.), moderata (una gravidanza o una nascita in famiglia, la morte di un amico, un cambiamento di lavoro) o grave (una

malattia invalidante in famiglia, una grossa perdita finanziaria, una separazione o un divorzio, la morte di un familiare) fino ad eventi catastrofici come guerre o disastri naturali. Sta all'intuito dell'operatore cogliere e registrare avvenimenti apparentemente poco gravi che possano aver esercitato una particolare risonanza emotiva nel paziente o nei familiari. Vanno ricercati con particolare cura gli eventi concomitanti con l'insorgenza del disturbo o con le sue riacutizzazioni.

5. Definizione degli obiettivi generali.

Una corretta valutazione della domanda ed una raccolta accurata delle notizie anamnestiche consentono di comprendere e di ridefinire i bisogni personali del paziente e quelli dei suoi familiari.

In base ai bisogni vengono definiti gli obiettivi generali.

Ogni progetto terapeutico deve mirare a lenire la sofferenza ed a rendere, per quanto possibile, il paziente autonomo ed autosufficiente. Occorre sempre ricordare che il disagio non è mai isolato, ma coinvolge l'intero gruppo parentale e, talora, anche il vicinato. Dovranno essere enunciati con chiarezza *gli obiettivi riguardanti sia il paziente che il contesto*.

Che cosa auspichiamo per il paziente? Quali sono i cambiamenti che devono intervenire nel nucleo familiare?

6. Programma di intervento ed obiettivi specifici.

Una volta chiariti gli obiettivi generali, si procede alla definizione più dettagliata del *programma d'intervento*.

La realizzazione del programma prevede la definizione di *obiettivi specifici parziali* (per esempio, l'apprendimento di una capacità lavorativa, l'astensione da bevande alcoliche o l'attenuazione di sintomi allucinatori). Bisogna chiedersi se essi sono *coerenti* rispetto al progetto generale, se sono *realizzabili*, con quali *strumenti* e in quanto *tempo*, se sono *verificabili*. Per ciascun obiettivo specifico vengono attivati i tipi di intervento e trattamento più appropriati (per esempio, l'inserimento in un centro diurno oppure un trattamento ambulatoriale o domiciliare).

Il programma terapeutico procede in modo articolato, attraverso fasi successive d'intervento, utilizzando risorse differenti, secondo le linee di una strategia unitaria.

Non va dimenticato di *prevenire periodici momenti di discussione e di verifica*, nel corso dei quali vengono prese in esame le difficoltà e gli imprevisti e possono essere ridefiniti gli obiettivi.

7. Principali parametri di osservazione e valutazione.

Nel corso del trattamento dovranno essere compiute una serie di osservazioni e di valutazioni necessarie ai fini di una corretta impostazione degli interventi. Queste osservazioni sono indispensabili anche per la verifica del programma e la ridefinizione degli obiettivi.

a) Struttura del sistema familiare.

Occorre innanzitutto mettere a fuoco la struttura del sistema familiare ed esaminare *i principali sottosistemi* che lo compongono. Una particolare attenzione va riservata al “sottosistema genitoriale” e a quello “dei fratelli”. Significativa può essere la presenza di sottosistemi anomali, i quali riflettono alleanze o vere e proprie coalizioni. Possiamo avere, per esempio, un sottogruppo, costituito dalla madre e da uno dei figli.

b) Ruoli e funzioni dei vari membri.

Strettamente connessi con la struttura sono *i ruoli e le funzioni*. In alcuni nuclei si possono scoprire discrepanze fra l'età dei membri ed il loro comportamento. E' tipico il caso della madre che continua a custodire il figlio quarantenne come se fosse ancora un bambino o un adolescente. Ma gli esempi possono essere i più svariati.

c) Comportamenti ridondanti.

Nel corso dei contatti, é possibile osservare *comportamenti stereotipati e ripetitivi*. Si possono notare spesso atteggiamenti intrusivi o di franca disconferma, per esempio un familiare che risponde costantemente al posto di un altro o che commenta in modo squalificante.

d) L'interlocutore privilegiato.

Generalmente si delinea la figura di *un interlocutore privilegiato*, il quale tende a porsi come mediatore e come portavoce del paziente e dei disagi familiari. Attraverso di lui passano le più importanti comunicazioni, sia all'interno del nucleo sia nei confronti dell'esterno. Si tratta di una figura particolarmente significativa, della quale si deve tener conto nella elaborazione della strategia di intervento.

Non bisogna però dimenticare *quei membri che tendono sistematicamente a rimanere in disparte*, evitando di partecipare attivamente all'incontro con l'operatore. Per questo loro atteggiamento spesso passano inosservati; essi sono invece depositari e custodi (spesso inconsapevoli) di parti intime e rivelatrici del nucleo familiare.

Sappiamo, per esperienza, che proprio da loro possono venire informazioni e suggerimenti illuminanti.

e) Il rapporto famiglia-operatori.

E' importante osservare *come risponde il nucleo* alle sollecitazioni del Servizio, come i singoli membri si rapportano con gli operatori, come si comportano fra loro in sua presenza, come rispondono alle sue indicazioni: se, per esempio, vengono rispettati gli appuntamenti, seguite le prescrizioni o se l'operatore è accolto benevolmente a domicilio.

f) Definizione della tipologia del nucleo.

Una volta compiute le osservazioni e le valutazioni sopra ricordate, è possibile definire le caratteristiche tipologiche del nucleo (sintonico, distonico o a doppia discordanza) ed in base a queste delineare una strategia d'intervento.

LINEE PER UNA STRATEGIA OPERATIVA

E' necessario mettere a punto alcuni criteri che ci permettano di impostare una corretta strategia per l'attuazione del progetto terapeutico.

La nostra analisi deve procedere parallelamente su tre livelli: individuo, nucleo domiciliare e rete sociale. I tre livelli sistemici messi a fuoco presentano ciascuno una propria progettualità intrinseca. In condizioni normali, la progettualità di un livello appare concordante con quella degli altri livelli. Ad esempio, la famiglia, nel suo naturale ciclo evolutivo, promuove la crescita e l'emancipazione dei giovani individui, sorretta in questo dalle aspettative e dalle pressioni della comunità.

Una eventuale discordanza progettuale si traduce, invece, in un fattore di cronicizzazione. Se le dinamiche familiari impediscono ad uno dei membri di realizzare la propria evoluzione, oppure se le pressioni ambientali tengono una famiglia in uno stato di emarginazione e ghettizzazione, il progetto esistenziale del paziente (o dei pazienti) incontrerà grossi ostacoli nella sua realizzazione. Ciò si traduce, sul piano clinico, in un disagio psicopatologico persistente.

Nuclei familiari disfunzionali cronici

Sulla base dell'esperienza operativa svolta sul territorio, i sistemi familiari portatori di cronicità possono essere ricondotti a due tipi fondamentali, denominati rispettivamente "nuclei sintonici" e "nuclei distonici" (Betti, 1987).

Nei ***nuclei sintonici*** la patologia è diffusa e fluttuante fra i vari membri; oltre a disturbi psichiatrici (speciamente di tipo depressivo o paranoicale) si può riscontrare la presenza di malattie psicosomatiche o di comportamenti devianti (etilismo, disturbi di personalità). Esiste una concordanza progettuale (sintonia) fra il sistema familiare nel

suo insieme ed i membri che lo compongono. Il miglioramento del singolo paziente si correla con un miglioramento di tutti e con una maggiore armonia del nucleo. E' presente invece un rapporto problematico e conflittuale con il contesto extrafamiliare. Si tratta generalmente di nuclei poco abbienti, emarginati o, comunque, scarsamente integrati nella comunità circostante. Di fronte ad un mondo vissuto come inospitale e minaccioso, i membri del nucleo tendono a compattarsi ed a ricercare una certa coesione e solidarietà, attivando difese nei confronti dell'esterno.

Nei **nuclei distonici** esiste una designazione rigida a carico di uno dei componenti che viene etichettato come "membro malato" e che funge da capro espiatorio. Si riscontra una discordanza progettuale (distonia) fra il sistema nel suo insieme ed il "paziente designato". Il miglioramento di quest'ultimo si correla con una diminuzione del livello di salute negli altri membri e con un aumento delle tensioni nel sistema. Si tratta in genere di nuclei ben inseriti nel contesto comunitario e sensibili al prestigio di facciata. La presenza del "paziente designato" è condizione perchè il nucleo mantenga un adeguato livello di integrazione al proprio interno e nei confronti dell'ambiente; verrà perciò ostacolato (sia pure inconsapevolmente) ogni tentativo di cambiamento in senso terapeutico. Al paziente designato si contrappone un "membro prestigioso" che fa da portavoce nei confronti dell'esterno; è lui l'interlocutore privilegiato che stabilisce i contatti più frequenti con gli operatori del Servizio.

Oltre ai due tipi sopra menzionati, esistono nuclei con caratteristiche intermedie, caratterizzati da una duplice discordanza progettuale (fra l'individuo ed il nucleo familiare e fra quest'ultimo e l'ambiente esterno); possiamo parlare di **nuclei a doppia discordanza**.

Questo inquadramento tipologico appare conforme alla nostra esperienza psichiatrica nel territorio ed offre un criterio per impostare strategie operative differenziate.

Il progetto terapeutico nei nuclei distonici

Nel nucleo distonico, data la discordanza progettuale, ogni intervento mirato a promuovere l'autonomia e la salute del paziente rappresenta una minaccia al sistema. Ciò produce un disagio generale nella famiglia che può trovare espressione in vari modi (malattia di altri membri, crisi del sistema, etc.); perciò verranno messi in atto comportamenti di tipo ostruzionistico o manipolativo miranti a vanificare l'intervento.

Possiamo distinguere tre possibili strategie:

a) Esclusivo trattamento individuale .

Allorché l'intervento riabilitativo è mirato individualmente al paziente designato ed esclude la partecipazione attiva di familiari e conviventi, avremo, sul piano relazionale e pragmatico, i seguenti effetti:

- viene rinforzata la designazione del paziente;
- viene comunicato ai familiari un messaggio di disconferma o di aperto rifiuto;
- vengono attivate dinamiche di simmetria fra operatori e familiari, con tendenza da parte di questi ultimi a svalutare ogni risultato conseguito e ad assumere comportamenti ostruzionistici.

Il progetto terapeutico appare, in questo caso, di difficile attuazione.

b) Coinvolgimento dei familiari.

Se l'intervento mira a coinvolgere i familiari ed a conferire loro un ruolo attivo, si determinano i seguenti effetti:

- viene confermata, anche in questo caso, la designazione del paziente;
- viene rinforzata la posizione dei familiari, i quali assumono un ruolo di co-terapeuti;
- viene accentuata la distonia progettuale: la disabilità del paziente rinforza infatti il prestigio e il sentimento di sicurezza degli altri membri.

In questo caso gli interventi del Servizio possono produrre vantaggi anche soddisfacenti, nel senso di un parziale miglioramento del paziente sul piano delle prestazioni. Non si tratta però di cambiamenti persistenti e risolutivi. Le condizioni psicopatologiche si assestano su un livello di disabilità meno grave ma non ulteriormente modificabile. Pur essendo alleviato il disagio e ridotta l'incidenza delle crisi, il nucleo rimane disfunzionale. Si tratta di un effetto tampone che favorisce, in ultima analisi, la cronicizzazione.

c) Intervento relazionale mirante alla sintonizzazione del nucleo.

Se si riescono a modificare le interazioni disfunzionali della famiglia, ripristinando una concordanza progettuale fra "paziente designato" e "membri sani", si sbloccano le dinamiche di cronicizzazione e si dischiudono possibilità di cambiamento.

Si può ottenere questo, per esempio, lavorando sul "membro prestigioso" del nucleo, in modo da promuovere in lui una presa di coscienza dei suoi disagi e delle sue sofferenze profonde. Questa acquisizione di consapevolezza consente ai membri della famiglia di condividere empaticamente i disagi, senza più una netta distinzione fra "malato" e "sani". Si determina un momento di sintonizzazione del sistema. Si ottiene

così la collaborazione dell'intero nucleo e potranno essere adeguatamente recepite prescrizioni di tipo sanitario, riabilitativo o assistenziale.

Gli effetti relazionali di questo tipo di intervento possono essere compendiate nei seguenti punti:

- Si decentralizza il paziente, sottraendolo al ruolo di malato esclusivo.
- Si corresponsabilizzano tutti i familiari, accogliendo nel contempo il disagio di ciascuno.
- Si ottiene una concordanza di progettualità che consente di attuare il progetto terapeutico.

Il progetto terapeutico nei nuclei sintonici

Nei nuclei sintonici l'attuazione del progetto terapeutico presenta minori difficoltà, dato che è presente una concordanza progettuale di base. Gli ostacoli più impegnativi si incontrano nella fase iniziale. Sono presenti, fra i membri, sentimenti diffusi di ostilità e minaccia da parte del mondo esterno. Il momento più delicato è quello dell'aggancio, allorché è necessario vincere una cortina di diffidenza e stabilire con i componenti della famiglia una relazione d'aiuto. Una volta superata questa fase ed acquisita fiducia, si potranno ottenere buone risposte.

In questi casi l'intervento si articola essenzialmente a due livelli: sul nucleo familiare e nella rete sociale.

a) Intervento sulla famiglia.

Data la "concordanza progettuale" fra i membri del nucleo, anche gli interventi sul singolo possono risultare utili. Aiutando l'individuo si aiuta l'intero sistema. Bisogna evitare però di trattare sempre ed esclusivamente un unico paziente: ciò potrebbe tradursi in una designazione rigida, con conseguente distonizzazione del sistema.

L'acquisizione di autonomia e di autostima da parte dall'individuo procede di pari passo con l'aumento della stima reciproca fra i vari componenti. Va sostenuto il sentimento di solidarietà reciproca all'interno del nucleo, infondendo nello stesso tempo sentimenti di sicurezza e di fiducia verso l'esterno.

b) Intermediazione nella rete sociale.

Il sistema sintonico si presenta scarsamente integrato nel contesto circostante; i messaggi di rifiuto provenienti dall'esterno tendono a perpetuare il disagio del gruppo familiare, favorendone l'isolamento sociale e la stigmatizzazione. Viene alimentata una cultura familiare pericolosamente chiusa.

La riattivazione della rete dei rapporti rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza. Si rende necessaria, a questo scopo, un'adeguata opera di intermediazione, con interventi mirati a sensibilizzare e coinvolgere persone e gruppi significativi della comunità sociale (per esempio, il parroco, il datore di lavoro, il presidente di qualche organizzazione locale, i membri di un gruppo di volontariato). Lo scopo è di aprire spazi sociali e di promuovere l'accoglimento del nucleo e dei suoi componenti.

Patrizia Scarsini, Direttore U.O. Psicologia Azienda USL 2 di Lucca

Il progetto terapeutico individuale.

Perché è fondamentale il Progetto Terapeutico Individuale? Quali sono gli aspetti fondanti?

Porterò alcune sintetiche note sugli aspetti psicologici e relazionali che coinvolgono paziente e servizio nel percorso di cura, in quella sorta di viaggio in luoghi sconosciuti e inospitali che è la relazione terapeutica e che costituisce l'essenza del Progetto Terapeutico Individuale.

Il progetto terapeutico nasce dall'incontro del servizio, e in particolare di un gruppo specifico di operatori con varie professionalità, con un paziente che arriva al servizio a causa dei suoi sintomi e che insieme ai sintomi o dietro a questi porta la sua storia, le sue relazioni, tutte le sue particolarità cioè la sua vita.

Il gruppo degli operatori è quindi coinvolto con la persona in una relazione molto complessa che parte dall'accoglienza, si articola verso l'elaborazione di un progetto, la verifica di questo, poi l'elaborazione di fasi successive, le conseguenti verifiche e così via.

Il progetto terapeutico non è statico; ha fasi, cicli che corrispondono ai cicli vitali e a tutto quello che avviene nella vita della persona; l'evoluzione e i cambiamenti del progetto sono assolutamente collegati alle vicende e alle scelte della persona stessa.

Tutto questo presuppone un'attenzione, una fatica mentale particolare che impegna gli operatori in una continua elaborazione, professionale, culturale e affettiva-relazionale e che tiene presente da un lato la relazione che ogni operatore stabilisce con la persona e dall'altro lo sforzo di "amalgamare" tutti gli interventi in modo sufficientemente integrato.

È un grosso sforzo teso a rendere il servizio parafrasando Winnicott "sufficientemente buono" cioè sufficientemente integrato e accogliente.

Ma quale è l'aspetto fondante il lavoro dei singoli operatori e del servizio nel suo complesso, nel momento in cui incontrano la persona e iniziano il percorso del progetto terapeutico?

L'ascolto della soggettività è ciò che caratterizza e dà significato al Progetto Terapeutico Individuale. Dice Borgna “....se considero l'altro che soffre e chiede aiuto non come una persona nella sua libertà assediata e nella sua sofferenza ma come una aggregazione di sintomi (da analizzare, disarticolare, sezionare e smantellare) non ha senso che lo ascolti e che ricostruisca la storia della sua vita: basta la storia clinica..... (e ancora Borgna) ...non si può fare a meno di una immedesimazione e di una immersione nelle esperienze vissute dai pazienti colte nella loro immediatezza e nella loro spontaneità e non schiacciate nella loro astratta significazione formale”.

Ascoltare la soggettiva e quindi entrare nel mondo interno della persona può consentire un incontro con le parti vitali e con le potenzialità presenti e quindi una valorizzazione di queste.

Partendo dal riconoscimento degli aspetti più “originali” cioè unici che ogni persona (sana o malata) ha, si può sviluppare un'azione terapeutica e potenzialmente trasformativa. Inoltre l'ascolto e la valorizzazione della soggettività può consentire un ampliamento dello spazio e della libertà interna della persona.

Il Progetto Terapeutico Individuale ha il suo punto di forza (di vitalità trasformativa) nel potersi definire come progetto “su misura”, come un vestito fatto per una persona e solo per quella e quindi oltre a prendere “le misure giuste” si considerano anche i gusti, gli interessi, tutto quello che è strettamente personale e originale.

I progetti “su misura” non sono quindi imitazioni di modelli – magari buoni – o azioni tese solo all'adattamento del soggetto ai parametri socio-culturali. L'istituzione si pone come l'interlocutore affettivo, non sostitutivo che sa già di cosa ha bisogno il paziente.

Prima di erogare aiuto cerca di accogliere la domanda e il bisogno del paziente in modo da poter poi decodificare e rispettare l'originalità della domanda. Questo comporta l'opportunità di affinare e rendere più autentiche le dinamiche attive nella relazione con il paziente. Il campo di relazione che ne deriva diventa l'elemento sempre più centrale (“trasformativo”) di ogni intervento terapeutico.

C'è quindi una grande necessità nei servizi di pensiero creativo, di “nuovo pensiero” come dice Bion.

Purtroppo spesso gli operatori, per problemi di natura politico-economica e per le varie pressioni a cui sono sottoposti, non riescono a mantenere vitale e creativo lo spazio del loro pensiero di gruppo con ricadute negative sul loro agire terapeutico.

Gli operatori a volte si trovano compressi tra il tollerare la propria impotenza – che è proprio quello che i pazienti non riescono a fare – e confidare ad oltranza nelle capacità creative dei pazienti.

L'ascolto e la valorizzazione della soggettività pone sempre il problema di come non colludere con le parti "folli" del paziente ma nello stesso tempo di non scivolare sul terreno della razionalizzazione e del buon senso adattivo ma mortificante.

Concludendo leggerò ora un brano tratto da un testo di Riefolo”:

In un *campo* di relazione in cui l'operatore e il servizio riescano a presentarsi autentici e, quindi, *semplicemente limitati*, viene messo gradualmente in risalto l'autentico bisogno dei pazienti, che molto spesso si concentra semplicemente nell'esperienza di poter essere *finalmente* accolti e ascoltati per quello che sentono di essere (DIA 10) , presentando la propria fragilità – che chiede di essere *rispettata* prima che *curata* – non come fallimento, ma come tentativo faticoso di identità e di esistenza. Ci accorgiamo che molto spesso i pazienti, in una particolare fase della loro vita, chiedono l'accompagnamento attento, e non la rassicurazione passivizzante, o l'autorizzazione a riconoscersi *sofferenti* e non *malati* per alcune vicende della loro vita.

Tutto questo impone al servizio e agli operatori il *coraggio* di potersi autenticamente rappresentare limitati verso un paziente che, a più livelli, chiede di essere riconosciuto nei suoi aspetti vitali anche se, apparentemente, ci sollecita e ci seduce continuamente a “rivitalizzarlo” fidando totalmente e ciecamente nella nostra onnipotenza e in quella del servizio.

“Andiamo con stupore all'inconsueto, senza cessare di stupirci anche delle nostre già note esperienze” - PLOTINO

Manuela Migli, in rappresentanza di Mirella Cavani, Responsabile U.O. Assistenza Sociale Professionale Piana di Lucca Azienda USL 2 di Lucca

Come partecipa l'Assistente Sociale alla definizione ed attuazione del progetto individuale personalizzato:

- Cosa si intende per interventi:
 - Gli interventi del Servizio sociale sono tutte le attività relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi o di prestazioni destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno o difficoltà che la persona incontra nel corso della vita.
- Quali interventi si attivano?
 - Individuare e attivare le risorse funzionali alla soluzione e al contenimento di forme del disagio individuale e socio-ambientale, sia attraverso il coinvolgimento dei livelli non istituzionali (rete familiare, parentale, amicale, di vicinato) sia quelle istituzionali (comune, circoscrizione, enti del privato sociale e associazioni di volontariato).
L'obiettivo è pertanto quello di potenziare le azioni che, in continuità con i progetti riabilitativi individualizzati, consentano l'integrazione e/o reinserimento sociale delle persone con disturbi psichici.
 - Promuovere, insieme agli altri operatori, interventi di sensibilizzazione della Comunità circa le problematiche della salute mentale
- Le aree di azione comunque tendono a privilegiare lo sviluppo di una rete integrata di servizi territoriali che riconosca il diritto dell'utente all'integrazione nella propria comunità di appartenenza

Luoghi della progettazione integrata:

- 1° nell'equipe territoriali (sede = presidi socio-sanitari)
- 2° nelle strutture residenziali e semiresidenziali. (sede = strutture e CSM)
- 3° gestione organizzativa e amministrativa di tutte le competenze del settore. (sede = UO assistenza Sociale e CSM)

1) Nell'equipe territoriale

L'Assistente Sociale elabora con l'equipe distrettuale (psichiatra, psicologo, infermieri. OTA,) i progetti socio riabilitativi individuali che fissano gli obiettivi generali dell'intervento socio-riabilitativo e terapeutico e terapeutico secondo i bisogni della

persona presa in carico, tenendo conto del suo contesto socio-familiare e delle risorse ambientali offerte del territorio.

I progetti vengono condivisi con gli utenti e i loro familiari.

LE SUE FUNZIONI IN QUESTO CONTESTO RIGUARDANO:

- a) Fornire elementi conoscitivi e la lettura del contesto socio-relazionale dell'utente;
- b) Valutazione professionale del bisogno;
- c) Partecipare alla formulazione dei piani e di progetti;
- d) Coordinare l'integrazione tra i servizi sociali dei comuni ed i servizi sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle richieste dei cittadini;
- e) Attuazione degli interventi sociali, soprattutto al fine di attivare o riattivare una rete di supporto all'utente;

2) Nelle strutture residenziali e semiresidenziali

- La presenza e il lavoro dell'Assistente Sociale nelle strutture ha come finalità il collegamento della struttura con il territorio in cui è situata al fine di favorirne l'integrazione sociale.
- L'Assistente Sociale partecipa alle riunioni periodiche dell'equipe della struttura quale momento di coordinamento, di programmazione e di verifica periodiche a vari livelli:
 - a) per i progetti riabilitativi individuali;
 - b) per le linee operative della struttura;
 - c) per il collegamento tra struttura e equipe territoriale.

L'obiettivo è pertanto quello di potenziare le azioni che, in continuità con i progetti riabilitativi individualizzati, consentano l'integrazione e/o il reinserimento sociale delle persone con disturbi psichici.

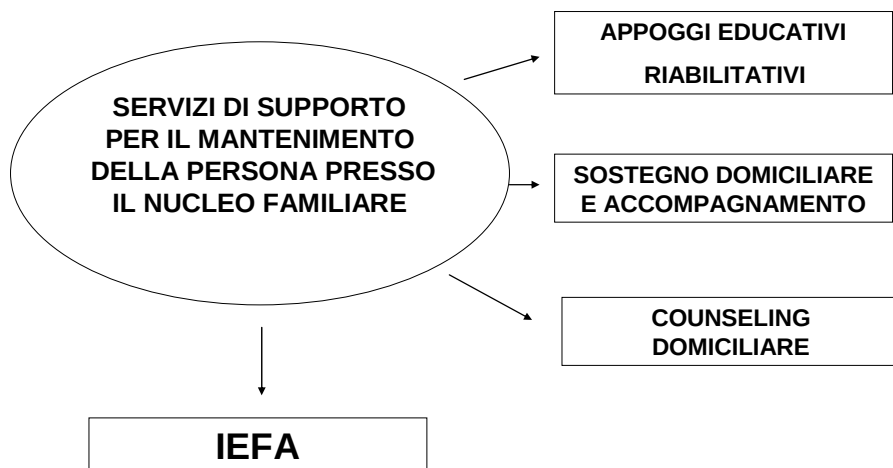
3) Gestione organizzativa e amministrativa di tutte le competenze del settore

- Elaborazione di linee guida per gli interventi sociali nella salute mentale.
- Progettazione e organizzazione delle attività socio-riabilitative riguardanti le strutture residenziali e semiresidenziali e delle attività distrettuali (appoggi domiciliari, counseling, affidi familiari, ecc.)
- Gestione amministrativa (delibere, convenzioni) e contabili (disposizioni di pagamento).

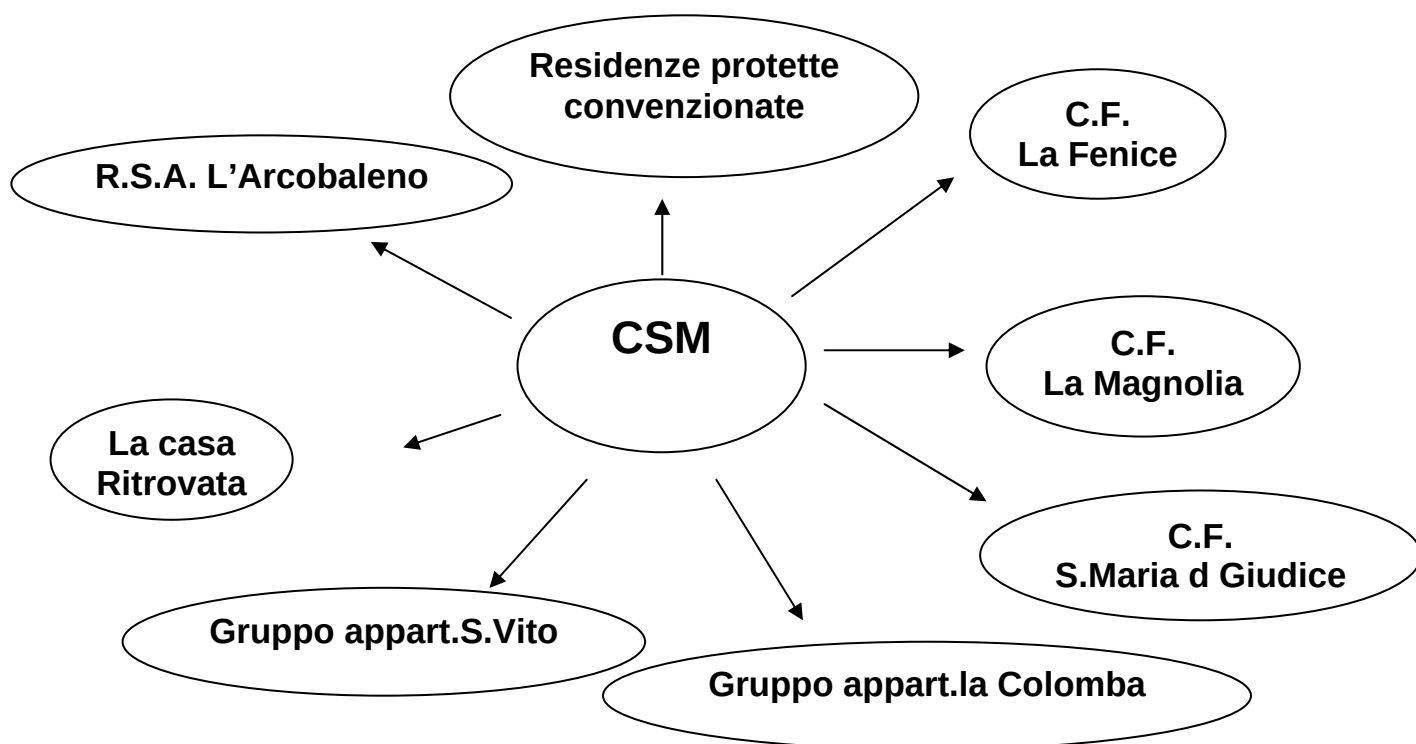
- Cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici, privati e terzo settore.

N.B. E' funzionale ad una progettazione integrata anche la garanzia che le risorse necessarie alla attuazione del progetto siano attivati in tempi reali

Quali risorse disponibili



Residenzialità



Strutture semiresidenziali

- Centro Diurno S.Marco
- Centro Attività Diurne Camigliano
- Progetto Lavoro ICARO.

Azioni di sostegno alla tutela della salute mentale:

- Borsa lavoro socio- terapeutiche
- Sostegno all'inserimento lavorativo (accompagnamento al lavoro – II° modulo
Progetto lavoro
- Inserimento lavorativo

DIBATTITO

Gemma Del Carlo

Ringrazio i relatori per i loro interventi. Prima di passare al dibattito, vorrei evidenziare il fatto che la mancanza di risorse non deve essere un limite alla stesura del Progetto Individuale Personalizzato. Ogni individuo deve avere un progetto che deve essere condiviso con l'utente e con la famiglia, e aggiornato con l'evolversi della situazione. E' importante i progetti siano scritti, in modo da sollecitare tutti i soggetti a dare quello che devono.

Ora diamo la parola alla Dott.ssa Favatà, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 2 di Lucca e Responsabile U.F. Infanzia e Adolescenza USL 2 di Lucca.

M. Incoronata Favatà, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 2 di Lucca e Responsabile U.F. Infanzia e Adolescenza USL 2 di Lucca

E' un bisogno che noi condividiamo appieno, essendo coinvolti nella riabilitazione dei pazienti adulti. Questa giornata deve essere anche di stimolo ad attuare quello che la Regione ha scritto nel Piano Sanitario Regionale e che è stato declinato nelle linee di indirizzo relative all'attuazione dei PIS: chiamare la comunità ad assumersi delle responsabilità rispetto alla salute mentale dei cittadini. E' chiaro che quello che chiediamo non è di facile attuazione. La Regione Toscana ha fatto un censimento all'inizio dell'anno passato: ha chiesto a tutti i dipartimenti di salute mentale e ai direttori generali delle aziende quale fosse la situazione rispetto ai rapporti con gli enti locali riguardo alle politiche abitative e agli inserimenti lavorativi degli utenti della salute mentale; il quadro non è altamente confortante. Ci sono delle realtà in cui sono stati attivati dei protocolli di intesa; forse nel corso dell'anno, con le società della salute, qualcosa è ulteriormente cambiato. La sfida per la realtà di Lucca è quella di dare attuazione a queste iniziative, anche con la collaborazione delle associazioni e del privato sociale, e di stilare accordi precisi con gli enti locali. Siamo tutti consapevoli che non è assolutamente facile perseguire questi obiettivi, perché quello che si richiede quando si parla di politiche di sostegno nei confronti dei soggetti affetti da disturbi mentali è qualcosa al di fuori della logica tradizionale del mercato: richiediamo case per soggetti che non hanno reddito o hanno un reddito molto basso; chiediamo inserimenti lavorativi per soggetti che sono

molto fragili e che quindi hanno una capacità produttiva più bassa rispetto ai soggetti normali. E' chiaro che questo puo' funzionare solo se, in parallelo con la nostra progettualità riabilitativa, si attivano dei sistemi sociali ed economici 'etici'.

Manuela Migli, Assistente Sociale

Volevo dire a proposito della casa, noi abbiamo fatto il Progetto Arcipelago che è stato finanziato. Se i comuni ci concedessero delle case, i soldi del progetto potrebbero contribuire ad aprire più appartamenti. Logicamente dovendoci rivolgere al privato per avere degli appartamenti, al costo di 600-700 € ad alloggio, invece che aprirne sei o sette, ne apriamo tre. Noi siamo andati a chiedere le case, però le risposte per ora sono negative. Quando le colleghe vanno in commissione a chiedere i contributi per gli utenti per la salute mentale sono sempre lotte; sono cittadini diversi anche per il Comune, ed è anche su questo che dobbiamo lavorare. Questa è una cosa importante, perché le mie colleghe si trovano tutti i mesi con questo problema. A un malato di mente il contributo non viene dato, perché ci deve pensare l'Azienda USL. Non è un cittadino che ha bisogno, è un malato di mente.

Enrico Marchi, Direttore Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Azienda USL 2 di Lucca

La stessa cosa avviene anche in ospedale. Riprendo un attimo l'argomento sulla discriminazione e la stigmatizzazione. Il tema del reparto ospedaliero è legato a come è anche l'ospedale, la città. Purtroppo ci si trova spesso a dover tenere in reparto, a ricoverare persone con problematiche ortopediche, cardiologiche, perché comunque c'è una P nascosta da qualche parte impressionata a fuoco. Quindi il tema è legato al superamento della stigmatizzazione e della discriminazione. Sono stati fatti dei passi avanti, sono state date alcune abitazioni. Il pensiero nuovo delle mongolfiere che la Dott.ssa Scarsini indicava come modalità creativa, credo che siano il pane quotidiano di molte équipe. Vengono attuate strategie molto particolari, che non sono delle novità in assoluto, come la coabitazione, che è una facilitazione sociale. In molti casi siamo riusciti a mettere insieme persone con problematiche psichiche, senza problematiche psichiche, con problemi di nuova marginalità, che è un'emergenza drammatica non solo a livello sociale, ma anche nel pronto soccorso di Lucca che quotidianamente chiede consulenze,

quindi è una nuova marginalità che non trova risposte. Talora attraverso percorsi un po' lunghi e qui c'è il problema dei tempi, abbiamo messo insieme pazienti diversi, cittadini diversi, che si danno una mano di aiuto, chi partecipa di più a una spesa, chi aiuta i servizi attraverso l'offerta di una rete informale di contatti e un aiuto diretto alla persona. In effetti dietro a una richiesta che viene fatta a un Comune, a un ente c'è comunque un progetto che non può essere spiegato in due parole, ma credo che sull'abitare in ogni progetto ci sia l'idea di autonomizzare il paziente, di aiutarlo a stare da solo se possibile, o comunque con qualcuno che lo aiuti.

Luca Menesini, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Capannori

Buongiorno, sono l'Assessore Menesini del Comune di Capannori. Il Comune di Capannori è presente dall'inizio dei lavori a questo convegno e siamo molto interessati a quello che oggi viene affrontato. Mi sento di fare un ringraziamento a nome mio, del Sindaco e di tutti gli Assessori per questa occasione di riflessione sui Piani Integrati di Salute per la salute mentale. Come diceva prima il Direttore Generale, abbiamo iniziato un percorso a livello di articolazioni zonali che vuole arrivare all'attuazione sul nostro territorio di questo nuovo strumento di programmazione integrata. Questo percorso è iniziato con momenti di riflessione, inizialmente rivolti agli amministratori e successivamente avverrà quello che poi diventerà il verso passo concreto della programmazione congiunta sociale e sanitaria, non solo della parte pubblica, ma soprattutto di confronto insieme al territorio e a tutte le componenti del territorio.

Mi venivano alcune riflessioni durante gli interventi che si sono succeduti. La prima è che vedo sul nostro territorio una zona d'ombra, su cui è necessario aprire un percorso di riflessione e questa zona d'ombra comprende tutta la parte dell'inserimento lavorativo, quella che va dopo la borsa lavoro. Abbiamo sul nostro territorio poca cultura sull'integrazione lavorativa e quindi di quel percorso di inclusione che forse diventa anche il compimento di tutti quei percorsi precedenti che ci sono stati spiegati qui poco fa. Penso alla cooperazione sociale di tipo B, non tanto quella di tipo A, ma quella di tipo B che è presente, ma che purtroppo con difficoltà riesce a stare sul mercato. Effettivamente da un punto di vista economico il servizio può essere più dispendioso, ma c'è da considerare tutto l'aspetto sociale. E su questo è necessario aprire un dibattito culturale e soprattutto è necessario che ci sia uno sviluppo e un potenziamento da questo punto di vista, prima di tutto da parte degli enti locali, poi delle aziende partecipate e dal territorio in generale. Le

riflessioni fatte nella presentazioni del percorso individualizzato sono state molto interessanti, e a me sorgevano delle domande anche sulla base di questo anno e mezzo di esperienza di amministratore. Il percorso individualizzato è stato presentato, se mi consentire l'espressione, per chi riesce a entrare nella rete. Che cosa si fa per chi fuoriesce da questa rete, per quelli che rimangono fuori? A mio avviso è un problema molto presente anche questo, e allora dobbiamo fare una riflessione anche da questo punto di vista. I Comuni sono stati chiamati in causa anche per le case; mi piace dire come la penso e penso di interpretare il pensiero anche di altri Comuni, visto che sono presenti sarebbe interessante anche sapere come vedono loro la questione. La casa è un problema emergente che abbiamo come pressione quotidiana. Bisogna dire innanzitutto che in questi cinque anni non è stato investito niente per quanto riguarda l'edilizia popolare. Noi ci troviamo un'edilizia popolare, perché quando si parla di case per i comuni la prima chiamata in causa è l'edilizia popolare, ma ci troviamo un'edilizia popolare vecchia, che ha problemi grossi di manutenzione ordinaria e straordinaria, occupata per la gran parte forse oggi da soggetti che non hanno più i requisiti; il governo tra l'altro ci chiede di vendere questi alloggi, e non abbiamo strumenti per buttare fuori i soggetti che non hanno più i requisiti. Forse alcuni non hanno più i requisiti di quel reddito inferiore ai 13 mila € per stare dentro, ma non hanno nemmeno i requisiti per stare sul mercato, perché il mercato oggi costa 500-600 e poi dipende da dove sei, ad esempio i costi tra Altopascio e Lucca sono molto diversi. Quindi il problema casa è notevole, però qualche comune ha fatto qualche sforzo. Il Comune di Capannoni l'ha fatto poche settimane fa, ha dato un'emergenza abitativa a un giovane con problemi di salute mentale, ma dopo tre giorni questo giovane ha preferito andare in un dormitorio. Allora, c'è un problema di percorso individualizzato, di accompagnamento che deve essere fatto all'individuo, perché noi non abbiamo competenza da un punto di vista di servizio sociale sulla Salute Mentale, ma ci occupiamo di case, di contributi economici. Anche per questo, partiamo dalla premessa, e cioè che il Fondo Sociale Nazionale è stato tagliato del 50%, e che la finanziaria ci ha chiesto l'anno scorso di tagliare il 13%, quest'anno il 14% e quindi le risorse disponibili sono sempre meno. Però non mi risulta, almeno per quanto riguarda il mio Comune, che vengano snobbati i casi che provengono dalla Salute Mentale; certamente ci sarà un po' di dibattito, perché quando le risorse sono poche, alla fine si litiga per la distribuzione. Di questo sono pienamente convinto e sono anche convinto che certi contributi che diamo come comuni fanno veramente pena, perché i 50,00 € dati al mese se la condizione è di indigenza non so cosa possano fare, sicuramente non

cambiano l'esistenza di questo individuo, non danno un'altra possibilità di vita. Quindi mi piaceva un po' portare una voce di un'esperienza, di un Comune che sta in queste questione, ma che si trova con risorse limitate. E allora forse dobbiamo anche inventarci qualcosa di nuovo: da una parte aprire quel dibattito e quell'approfondimento di sensibilità culturale che poi riescono a dare dei risultati, a cambiare in maniera consistente il nostro territorio, ma dall'altra parte a riaprirci su certe questioni, su tutto il territorio, a inventarci degli strumenti nuovi e forse un nuovo modo di fare politiche sociali, che riviene a quella responsabilizzazione di tutto il territorio, di tutta la comunità, perché in una comunità una persona si deve reintegrare, inserire, e che ci restituisce una società meno individualistica di quella che è oggi, ma più solidale, includente e vicina a tutte le persone. Grazie.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo l'Assessore Menesini. Vorrei ribadire che l'assistenza è necessaria, anche quando le persone hanno raggiunto dei livelli di guarigione. Se i Comuni ogni tanto concedessero un appartamento per la salute mentale, quello che verrebbe risparmiato dalla Azienda USL potrebbe essere investito nell'assistenza. Per quello che riguarda quel ragazzo che ha rinunciato alla casa, è chiaro che non c'era un progetto valido e personalizzato, altrimenti questo non sarebbe successo. Ma questo episodio non ci deve scoraggiare gli enti a non dare abitazioni.

Enrico Marchi, Direttore Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Azienda USL 2 di Lucca

Vorrei fare solo una puntualizzazione. L'homeless che non ha fissa dimora e trova un'accoglienza in un Comune come Capannori, indubbiamente può avere dei problemi psichiatrici, ma non ha le caratteristiche della presa in carico vera e propria. Sono pazienti con cui noi abbiamo a che fare, ma che talora non hanno un percorso come quello di una situazione primariamente legata a un disturbo psichiatrico e clinico, ma in cui, e come questo ci sono tantissimi casi, soprattutto tra gli extra comunitari, il disturbo disadattivo, che deriva da una società non includente e da una difficoltà culturale, si trasforma poi in un disagio che non sempre a sua volta si ritrasforma in un'etichetta clinica. Purtroppo talora si tende a riportare dentro questa area una situazione che, ripeto, merita grande attenzione, però non è paragonabile alla situazione di uno psicotico cronico o di una

persona che ha avuto un disagio che si è riversato su una famiglia. Nel caso di cui si parlava, sicuramente si faceva riferimento a una persona che ha trovato un domicilio di soccorso nella zona di Capannoni, ma che purtroppo non ha l'abitudine a stare dentro un'abitazione. Certamente questo non ci toglie dal dovere di assisterla.

Luigi Rovai, Sindaco del Comune di Porcari

Intervengo per dire che condivido l'impostazione che l'Assessore Menesini ha dato all'intervento che ha fatto. La condivido perchè credo che sia noto quali siano le condizioni finanziarie che abbiamo tutti e credo che forse una prima risposta potrà venire dalla tavola rotonda di oggi che affronterà il problema dei Piani Integrati di Salute. Forse se iniziamo a mettere insieme le risorse si può anche evitare qualche spreco.

Proprio per non ripetere l'elenco delle cose che già fatto l'Assessore e delle soluzioni che ha prospettato e che condivido pienamente, voglio fare un passo avanti su quella che può essere l'innovazione; porterò a questo tavolo due esperienze che ha fatto il mio Comune e che riguardano l'inserimento lavorativo, una che ha avuto un esito positivo e una che ha avuto un esito negativo. Credo che uno dei problemi fondamentali, se vogliamo parlare di recupero, sia lo sforzo che, laddove sia possibile, una persona cerchi di essere sempre meno "assistita" per diventare almeno parzialmente autonoma e autosufficiente. La prima esperienza è che le cooperative sociali, proprio perché di tipo B, sostanzialmente sono impossibilitate a misurarsi su un mercato ormai assolutamente drogato come quello attuale, dove per la ricerca del lavoro si riesce a strappare dei prezzi che sono assolutamente non competitivi. Quindi quando si fanno le gare, soprattutto come enti, raramente, per non dire quasi mai, una cooperativa di tipo B può vincere una gara. Noi abbiamo fatto un'esperienza ispirandoci anche ad altre esperienze di altri comuni nell'Emilia Romagna e abbiamo stabilito per legge con una delibera, che per fortuna non è stata impugnata, perché non so quanto questa delibera sia legittima, che il 30% dei lavori pubblici debbano essere dati a cooperative sociali. Così è stato. Ad esempio, nel caso di tagliare l'erba lungo le strade, non è così semplice per un funzionario assumersi la responsabilità di dire che ci va una cooperativa sociale, e quindi si innescano tutta una serie di meccanismi, anche di autotutela, notissimi e fortissimi nella pubblica amministrazione che scoraggiano questa esperienza. Devo dire che, tutto sommato, individuando insieme alla cooperativa i luoghi, per esempio il verde pubblico all'interno delle scuole, l'interno della piazza, questa esperienza ha dato esito positivo. Noi abbiamo a distanza di due anni rinnovato l'incarico che, pur essendo una piccola parte, è stato

positivo. E' stata quindi una cooperativa di tipo B a cui noi abbiamo appaltato il mantenimento del verde pubblico, senza gara. Il secondo elemento che è andato peggio è stato quello di provare alcuni inserimenti nelle fabbriche di persone provenienti da esperienze di borse lavoro, ma questa esperienza ha dato un esito negativo, perché per quanto riguarda la figura del tutor, che è elemento assolutamente fondamentale, non abbiamo ben capito chi la debba garantire. Forse una delle soluzioni potrebbe esser quella che la figura del tutor potrebbe essere inserita sempre nelle cooperative, e dovrebbe essere una sorta di autoreferenza, cioè una cooperativa dovrebbe anche garantire il tutor. A questo punto diventerebbe un problema di risorse e forse potrebbe essere un problema risolvibile, perché effettivamente resta molto difficile percorrere queste strade se non ci sono garanzie soprattutto nel campo della sicurezza fisica. La mia esperienza è stata negativa, perché dopo tre mesi questa persona è tornata alla borsa lavoro. Grazie.

Rosanna Parenti, Assistente Sociale

Sono un'assistente sociale che lavora in un centro socio-sanitario dove c'è un numero molto elevato di persone seguite dal servizio di salute mentale.

Vorrei fare alcune osservazioni sul Progetto Individuale Personalizzato. Come già espresso, nel centro socio-sanitario in cui lavoro l'utenza con problematiche di salute mentale è molto aumentata e così la complessità delle situazioni.

Sono pienamente d'accordo sul percorso riguardante il Progetto Individuale Personalizzato, senza il quale, a mio avviso, il lavoro degli operatori perde di efficacia; ritengo indispensabile infatti porsi degli obiettivi, fare delle verifiche, per ottenere dei risultati.

Tutto questo, però, nella realtà è molto difficile, in quanto, come già detto, molto spesso gli operatori sono costretti a lavorare sull'urgenza ed è sempre troppo poco il tempo per mettersi a confronto e riflettere sull'opportunità delle scelte da fare.

Questo spiega perché molto spesso da parte di chi lavora sul territorio si presentano situazioni di burn-out, dovute alla frustrazione di non poter usufruire di ciò che sarebbe necessario per affrontare in modo adeguato le problematiche espresse dagli utenti.

Sono d'accordo sull'intervento fatto dal Dott. Betti per quanto riguarda la presa in carico da parte dell'équipe di salute mentale della famiglia della persona seguita e della necessità dell'analisi del contesto sociale al fine di conoscere le risorse di cui poter usufruire.

Concludo sottolineando ancora le problematiche legate al conflitto che si crea nell'operatore che riesce solo in parte a realizzare e a mettere in atto quelle metodiche utili alla risoluzione globale del caso.

Mario Betti, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Valle Del Serchio Azienda USL 2 di Lucca

Non mi considero ovviamente una controparte; sono anch'io un operatore che lavora sul campo, costretto ad affrontare frustrazioni quotidiane.

Per quanto riguarda l'applicazione pratica dei criteri metodologici sopra esposti, è vero che ci possono essere difficoltà legate alla mancanza di tempo e alla complessità dei casi. Tuttavia, è importante ritagliare dei momenti di confronto e di riflessione, per utilizzare al meglio le poche risorse che abbiamo a disposizione. Altrimenti alla carenza di strutture e di mezzi, si aggiunge il rischio di vanificare i nostri sforzi, compiendo azioni ripetitive e prive di efficacia. Sommando frustrazioni e frustrazioni, si giunge al burn out.

Perciò è importante acquisire strumenti metodologici e scientifici per pianificare e valutare gli interventi.

Abbiamo già ricordato alcuni importanti temi, come quelli della residenzialità e dell'integrazione socio-lavorativa.

Bisogna ricordare che l'integrazione socio-lavorativa richiede la collaborazione di attori diversi, quali le cooperative, gli enti locali, le associazioni di del terzo settore. Uno strumento agile ed efficace è rappresentato dalle associazioni di promozione sociale.

In Valle del Serchio abbiamo dato vita ad un'associazione di promozione sociale, "Il Filo d'Arianna", con la quale ci rapportiamo in modo costante e dinamico.

Questo ci consente, non certo di risolvere tutti i problemi, ma di attivare parecchie risorse in più per facilitare l'inserimento in ambito sociale e lavorativo di utenti psichiatrici e di soggetti in condizioni di marginalità. E' stato possibile, in questo modo, aprire laboratori in collaborazione anche con enti locali.

Sempre di più dobbiamo tenere d'occhio la possibilità di reperire nuove risorse attraverso stimoli collaborativi con la comunità sociale.

Patrizia Scarsini, Direttore U.O. Psicologia Azienda USL 2 di Lucca

Un progetto terapeutico individualizzato deve essere inserito in una cornice ben più ampia che presuppone la definizione dei piani integrati di salute, il reperimento e l'integrazione delle risorse di rete, l'attivazione delle reti sociali oltre naturalmente la programmazione di interventi tecnici-professionali appropriati. Nel momento in cui tutto questo c'è noi siamo portati a pensare che le cose devono andare obbligatoriamente bene. Io vorrei portare una riflessione su tale questione, sul fatto cioè che molte volte nel progetto terapeutico ci possono essere dei momenti di fermo, di arresto, dei momenti di regressione che fanno parte comunque del percorso evolutivo di quella persona e che non possono quindi essere solo visti come un fallimento ma come una tappa di un percorso molto lungo e sicuramente molto difficile. Noi non possiamo chiedere a una persona che ha un disagio psichico di adeguarsi solo a quello che ci aspettiamo da lui magari esprimendoci anche la sua riconoscenza. Dobbiamo fornirgli tutti gli strumenti di cui ha bisogno con la consapevolezza però che molti "stop" che vengono dati a fasi dei progetti terapeutici (inserimenti lavorativi, borse lavoro, partecipazione ad attività riabilitative o a momenti di svago, ecc.ecc.) sono l'espressione di un problema che emerge e che va affrontato e su cui dobbiamo poter ascoltare la persona per comprenderne i significati soggettivi più profondi; diversamente finiremmo per colpevolizzare l'utente caricandoci magari di risentimento nei suoi confronti perché "non capisce gli sforzi che facciamo..." e rimanendo schiacciati da una pesante frustrazione. Tutte queste tematiche sono sempre presenti, in modo implicito o esplicito, in ogni progetto terapeutico; quindi noi dobbiamo essere consapevoli che ci potrebbero essere dei momenti simili, degli stop, delle regressioni, affrontabili solo se inserite in un processo, in un percorso denso di significati soggettivi. Risulta quindi indispensabile questa possibilità di lettura dinamica di quello che avviene, altrimenti rischieremmo di credere che una persona sta bene solo quando si adegua a quelli che sono i parametri sociali .

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana

Vorrei portare un contributo; la mattina è stata estremamente importante. Noi stiamo costruendo un progetto che prevede di lavorare insieme; questa è la premessa, poi va costruito con i contenuti. Vi voglio portare un dato numerico: la media regionale delle risorse che i comuni dedicano al sociale è 113, la piana lucchese è oltre 200, quindi siamo in una realtà dove gli enti locali dedicano grosse risorse al settore sociale. Il problema non è di chi fa di più, ma siamo in una realtà in cui c'è un grande impegno, sanitario e sociale.

Bisogni infiniti, risorse infinite, errori, cadute, riprese, questa è la storia di ciascuno di noi. Il punto però non viene fuori con la dovuta energia, anche se questa può essere una fase di inizio e dovremmo spingere molto tutti quanti se vogliamo che il nostro modello funzioni, perché noi siamo convinti teoricamente che valga e ora dobbiamo lavorare perché si realizzi. Dobbiamo mettere in linea le cose che si fanno; ho l'impressione che mettendoci insieme possiamo fare molte cose; ad esempio in molte zone si fanno accordi di programma per la residenzialità, Firenze ha delle esperienze bellissime sugli inserimenti lavorativi. Il problema è variegato, però dobbiamo cominciare con fare il salto di qualità. Vediamo nel dipartimento un ruolo fondamentale di ordine professionale, perché i professionisti si sentano protagonisti di questo cambiamento, un ruolo di guida per l'integrazione interistituzionale e intra aziendale. La politica deve dare le sue indicazioni, poi però passano ai professionisti, perché anche se la politica cambia, i servizi devono andare avanti lo stesso. E' fondamentale quindi fare il salto di qualità, vedere cosa si deve fare insieme. Fondamentale in questa logica diventa il ruolo del dipartimento, non come gestore di risorse, ma come promotore di iniziative, di cultura. Se vogliamo che la realtà si modifichi come noi pensiamo che sia necessario che si modifichi, bisogna creare le condizioni perché queste modifiche si realizzino. Oggi abbiamo fatto un passo in avanti e sono molto contento del dibattito che si è articolato.

Gemma Del Carlo

Grazie. La strada è molto ripida, ma è importante aver iniziato e continuare così.

Diamo la parola al Sig. Lezzi Francesco, familiare dell'Associazione Santarosa di Firenze.

Francesco Lezzi, familiare Associazione Santarosa di Firenze

Sono un genitore che ha un ragazzo malato psichico. L'aspetto che vorrei segnalare è quello del lavoro. Attualmente il mio ragazzo ha iniziato un inserimento terapeutico presso un'azienda di Prato. Gli inserimenti trovano delle difficoltà di attuazione, perché non si trovano datori di lavoro disposti a questa pratica. Sono fondatore insieme ad altri di una cooperativa sociale di tipo B che opera a Firenze. Sono titolare di un'azienda agricola che metto a disposizione del servizio sociale, per l'inserimento terapeutico di due o tre ragazzi. Vorrei dare il suggerimento di cercare e trovare imprenditori agricoli che accettino questi soggetti, perché ci sono. Vanno sollecitati. Sono restii per via dello stigma. Ci sono imprenditori che non conoscono il problema, ma conoscono le norme che regolano la materia. Mi sono fatto promotore di questa iniziativa, ho avuto contatti con

cooperative e servizi sociali, chiedendo di mandarmi due perone per 4/6 ore la settimana, pur apprezzando l'intento, l'iniziativa non ha avuto seguito per via della lontananza dell'azienda che dista 20 Km. Circa da Firenze. Sono problemi insormontabili? Assolutamente no, un mezzo per accompagnarli si trova. Attualmente sono solo a lavorare e tra poco dovrò lasciare per età. In futuro penso di trasformare l'azienda per dare lavoro vero a persone disagiate, con priorità al malato mentale. A Treviso i ragazzi dei Centri Diurni restano massimo sei mesi, poi vengono collocati nelle aziende private, gli imprenditori sono stretti collaboratori dei servizi. Grazie.

Diana Gallo, Associazione L'Alba di Pisa

Buongiorno. Ho preso la parola perché vorrei fare un discorso intermedio. Stiamo parlando di cose molto complesse che integrano sempre il micro e il macro, io sono sempre attenta a questo tipo di integrazione, perché dobbiamo capire dove sta il problema. Riguardo l'assistente sociale che ha sollevato il problema rispetto al progetto individuale e alla sofferenza che lei ha nel lavoro quotidiano, il suo problema secondo me è che non sa con chi fare questo progetto. Il punto è iniziare a scrivere questi progetti, perché molti non sono scritti e il problema è il lavoro di équipe che ancora non viene fatto, e quindi c'è un primo livello che è quello del professionista psichiatra, il livello dell'assistente sociale, il livello dell'educatore. Dove sta l'équipe? Ancora vanno costruite le équipe di lavoro che fanno il progetto sul caso, questo nel micro. Nel macro invece ci sono gli accordi interistituzionali, quindi la Regione, le Province, i Comuni, e tutto il Terzo Settore, quindi il privato sociale, l'associazionismo. Però se nel piccolo non si lavora alla progettazione individualizzata, non si può neanche verificarla, perché come si può verificare una cosa che non si sa neanche quale sia? Il lavoro sulla famiglia viene fatto dal servizio, sul paziente individuale c'è l'inserimento socio lavorativo, ma chi l'ha pensato? E dove sta scritto? Allora scriviamo su Alessandro Ciampolini insieme: quali sono gli obiettivi su questo caso? Allora, la prima fase è il lavoro sulla famiglia, la seconda fase è il lavoro sulla persona, si lavora all'inserimento socio lavorativo e all'integrazione nel sociale e si va step by step. Solo facendo in questo modo si ha una chiarezza di intenti, perché mi sembra che la frustrazione della signora sia a questo livello. A Pisa si lavora in rete con i centri residenziali, ma non c'è una grande progettazione scritta. Non è semplice scrivere un progetto con il consenso della persona perché spesso già ottenere il consenso è una fase di progetto, perché spesso il paziente non sa che cosa vuole. Quindi la prima fase è terapeutica: è la fase in cui una persona riesce anche a esplicitare i propri bisogni. Una

parte è il tempo e una parte è come si lavora, quindi un cambiamento di mentalità. Qui c'è bisogno che il Direttore di Azienda offra maggior personale se è possibile. A Pisa stiamo facendo con la Società della Salute una sperimentazione di questo tipo: per esempio l'Unità Funzionale dell'Infanzia aveva bisogno di alcuni medici in più e ci sono stati una serie di accordi per assumere personale, questo è il primo piano se vi manca personale. L'altro piano è che ancora non c'è un lavoro di équipe strutturato, dove tutti gli attori svolgono la loro funzione. Ogni pezzettino deve essere collocato nella sinergia giusta.

M. Incoronata Favatà, Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 2 di Lucca e Responsabile Unità Funzionale Infanzia e Adolescenza USL 2 di Lucca

Non si può prendere ad esempio l'esperienza dell'assistente sociale per inferire che non esiste un lavoro di équipe all'interno della salute mentale, nella quale è invece da anni maturata la capacità dinamica dell'équipe di attivarsi e di costituire un gruppo intorno al problema. Gli assistenti sociali in questa ASL sono all'esterno della salute mentale, pur attivandosi con impegno e in maniera solitamente efficace nella collaborazione con noi; vivono una condizione di disagio, non inseriti "strutturalmente e organizzativamente" nell'équipe, in una situazione difficile di carenza di operatori, per giunta suddivisi in aree di intervento molto eterogenee. Questa è una disfunzione importante, ma non può essere considerata il paradigma del funzionamento del lavoro di équipe all'interno della salute mentale. E' un problema molto specifico, che attende di essere risolto da tempo.

Oreste Tavanti, Direttore Generale Azienda USL 2 di Lucca

Credo di essere un po' chiamato in causa perché gli ultimi interventi hanno dimostrato un problema che è piuttosto reale e sul quale volevo dire un po' di cose. Intanto condivido quello che diceva il Dott. Guidi, e cioè che il Dipartimento è un punto di riferimento aziendale forte che deve integrare il sistema, ma la responsabilità non è a livello gestionale e operativo. Stamani mattina in questo percorso ci siamo dimenticati di focalizzare come sarà il futuro organizzativo delle aziende. Questo è stato anche evidenziato dalla legge 40, che dice che tutto quello che è risposta al territorio da parte dell'azienda deve essere individuato nella zona distretto, ma non negli edifici, ma nella responsabilità. Il mio schema direzionale da quando sono arrivato è questo: il responsabile di zona distretto è colui che è delegato dal Direttore Generale che ha questa funzione di armonizzare quelle tematiche che ha detto anche l'assistente sociale di prima all'interno

della zona distretto, quindi è il punto di riferimento. Stamani mattina avevamo un responsabile, il Dott. Petrillo che ha avuto un problema di urgenze e si assentato, l'altro responsabile, il Dott. Muscente ha avuto un problema e non ha potuto partecipare, ma sono loro le figure che hanno questa responsabilità. Per cui l'assistente sociale che tutti i giorni corre, ha i suoi problemi, che tutti i giorni vede il paziente, quando ha un problema si rivolge al responsabile di zona distretto. Tra l'altro abbiamo sia un responsabile dirigente al massimo livello da macro struttura e poi abbiamo anche le funzioni intermedie, per esempio nella Piana di Lucca ricordo il dott. Farné, una figura che ha la stessa responsabilità. Per cui, di fronte a un caso che non si risolve, si può o accedere direttamente alla responsabilità del dipartimento, ma io consiglio di rivolgersi alla zona distretto, anche perché nei rapporti tra Comune e Azienda queste sono le figure di confronto, di riferimento, poi è chiaro che risponde sempre su tutto il Direttore Generale, ma il Direttore Generale ha delegato queste competenze. Questo è un passaggio molto importante, che non va dimenticato. E allora, anche nella costruzione dei Piani di Zona, dei Piani Integrati, l'attore principale è il responsabile di zona distretto; io lo intendo così, posso anche sbagliare, ma credo di essere in linea con quelli che sono gli orientamenti regionali, questo anche per fare chiarezza.

Un'ultima cosa è quella delle risorse, su questo dobbiamo un po' intenderci. Stamani mattina ho detto alcune cose, forse qualcuno ha afferrato bene, quando parlavo di risonanza magnetica, intendevo tante altre cose, intendevo anche le cose che sono state dette ultimamente. Io non voglio stare a guardare i numeri, come diceva il Dott. Guidi, ma i numeri ci sono. Allora, se devo chiudere il bilancio a 382 milioni di €, come ieri abbiamo parlato nella Conferenza dei Sindaci, quelli sono i soldi. Il direttore cosa ha fatto: ha preso questi 382 milioni di € e li ha divisi nelle macro zone, due zone distretto, l'ospedale e il Dipartimento di prevenzione. Ha cominciato a dividere la torta: all'interno della torta della Piana di Lucca ci stanno un certo numero di risorse che possono essere spese per la salute mentale, per l'handicap, per l'assistenza domiciliare, noi partiamo dallo storico, ma se spostiamo le risorse, cioè se le mettiamo in un'attività, le dobbiamo togliere a un'altra. Questo è la grossa responsabilità che abbiamo di fronte. Allora, io riflettevo mentre sentivo i nostri collaboratori molto validi e in gamba, mi sembra di averli scelti bene, ma una prima riflessione che chiedo a loro e a tutti è di guardarsi in casa. Quando abbiamo una difficoltà, la prima cosa che si fa è di guardarsi in casa per vedere se tutto quello che facciamo lo facciamo utilizzando al meglio le risorse. Da questo non si esce, perché se le risorse sono quelle, per comprare la macchina nuova dobbiamo capire dove

troviamo i soldi. Il Direttore non ha più soldi, sono quelli che gli ha dato lo Stato, la Regione, l'Assessore lo scorso anno, e ce ne ha dati anche tanti, perché rispetto alla polemica che c'era sul giornale sul disavanzo, Tavanti non fa disavanzo, ha sempre chiuso in pareggio rispetto agli accordi con l'Assessore. Lo scorso anno ci ha dato 25 milioni di €, sono soldi che la Regione dà alle Aziende secondo un criterio storico, quest'anno dà 25 milioni di €. Allora non è che Tavanti è quello che viene chiamato perché non ci sono risorse, manca questa figura, Tavanti dice: attenzione signori dirigenti, siete bravissimi, avete questo compito, guardatevi in casa e guardiamo se in casa tutti facciamo del nostro meglio e tutti siamo sopra il sette. Tavanti vuole il sette e non il sei, l'ha sempre detto ai suoi dirigenti, se tutti siamo sopra il sette e qualcuno è sotto il sette, la responsabilità è del dirigente che non lo controlla. Vorrei chiudere qui. Grazie

TAVOLA ROTONDA

PROGETTO INDIVIDUALE PERSONALIZZATO ALLA LUCE DEI PIANI DI SALUTE INTEGRATI PER LA SALUTE MENTALE

Andrea Tagliasacchi, Presidente Provincia di Lucca

Ringrazio la **F.A.S.M.** per questo invito, perché è un incontro di lavoro molto importante. La cosa fondamentale di questi convegni è partire dalle cose concrete più che dalle enunciazioni e il fatto che il convegno sia promosso da un'associazione che opera direttamente sul territorio e che può mettere in campo delle proposte che si basano sull'esperienza sul vissuto, sui dati reali sui malati psichici, credo che sia una cosa molto importante. Partire quindi dalla realtà, perché il rischio è che di questi temi si discuta moltissimo, ma che sia problematico tradurre nel settore della sanità, del sociale, del socio-sanitario, nel concreto e cercare di recepire fondo in fondo quelle che sono le esperienze di chi vive sulla propria pelle una serie di pregiudizi, di emarginazione, di luoghi comuni, che si sommano nel corso della storia e che non è difficile scalfire. Mi rendo conto che anche per gli operatori e per i medici non sia una cosa semplice, quindi entriamo in una parte dei problemi che riguardano il vissuto, che riguardano le pubbliche amministrazioni in cui quando si pronunciano le parole, ci vuole sempre un certo livello di sensibilità e di attenzione e soprattutto ci vuole l'umiltà di ascoltare i diretti interessati e di avere la capacità di interpretarne i messaggi che non sono sempre quelli che siamo abituati a percepire nei linguaggi comuni e ascoltare le esperienze degli operatori, delle realtà del volontariato, dei medici e partire da lì per far sì che si realizzi questo livello di integrazione che è il tema della salute mentale. Capite che il dialogo, il rapporto tra le istituzioni locali, fra gli enti è regolato dalle leggi e dalle competenze, ma in genere quello che dovrebbe passare su queste cose è un'idea di comunità, su cui tutti cercano di mettersi in rete, in circuito per dare risposte che siano di civiltà, che siano risposte all'altezza. Quindi credo davvero che anche il percorso fatto dalle associazioni di volontariato sul nostro territorio sia veramente importante. Attraverso anche la Provincia, che con il suo osservatorio per le politiche sociali credo possa svolgere un ruolo importante, perché, secondo me, un elemento importante in un momento di passaggio come questo è anche la capacità di aggiornare l'analisi dei fenomeni, cioè siamo in una fase in cui questa società sta producendo dinamiche e ricadute completamente nuove sui

cittadini a diversi livelli, sulle persone cosiddette normali, figuriamoci sulle persone che sono più fragili e più esposte. Quindi noi dobbiamo essere consapevoli che la questione dell'osservatorio, la questione di come cambiano certi fenomeni, di come cambia la vita nelle nostra comunità anche in relazione alle grandi dinamiche internazionali, penso all'immigrazione, a nuove forme di disagio sociale, dei disagi legati all'ambiente sociale in cui viviamo. Quindi la questione dell'osservatorio, dell'analisi, della verifica sul territorio direttamente su come cambiano certi fenomeni, certe dinamiche sociali, è secondo me decisivo. Su questo terreno penso che le istituzioni locali debbano svolgere un nuovo ruolo. Penso che ci sia il bisogno di una nuova cultura amministrativa che acquisisca questo livello di consapevolezza su tutti i temi, ma su questo tema in maniera particolare. L'ultima cosa che voglio dire è che secondo me occorre aprire una discussione su questi temi a livello della nostra Provincia che abbia un livello di coinvolgimento maggiore di tutte le istituzioni locali. Non si possono lasciare queste occasioni all'occasionalità o allo stimolo delle associazioni di volontariato, ma bisogna che le amministrazioni capiscano che uno dei temi fondamentali della nostra comunità in questa fase particolare, con questi grandi processi di innovazione, è la questione della salute intesa in senso moderno, cioè in questo legame forte tra territorio, integrazione sociale e sanità. Poiché la sanità sta andando in una direzione fortemente innovativa, che vede per esempio negli ospedali la cura delle malattie di un certo tipo, e anche nel nostro territorio si è aperta una discussione di questo tipo: è arrivato il momento di mettere al centro della discussione, oltre che la discussione sugli edifici e sugli ospedali, anche come questo si integra sul territorio. Cioè è altrettanto importante che le pubbliche amministrazioni litighino anche su questa altra cosa, meglio se non litigano ma fanno delle proposte, su come si integra la sanità, su come si fa un servizio sul territorio, su come gli spazi che si libereranno per il nuovo ospedale vengano adibiti a una cittadella per la salute che abbia una vocazione forte all'integrazione tra sociale e sanitario, ai servizi verso i cittadini, che dia delle risposte alle questioni affrontate anche qui. Questa è una grande pagina da scrivere, su cui credo sia importante che nelle prossime settimane e nei prossimi mesi ciascuno faccia la propria parte. Grazie e buon lavoro.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Presidente della Provincia e grazie alla Provincia per la collaborazione che ci ha sempre dimostrato.

Prima di iniziare la tavola rotonda, vorrei chiamare il Dott. Lanzi che ha delle comunicazioni importanti da darci. Prego.

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

Io stimolo a intervenire mi è venuto, a fine mattinata, dall'intervento del genitore di Firenze che rappresentava le difficoltà di inserimento nell'ambito delle attività agricole. Neanche ci fossimo messi d'accordo, c'è una coincidenza interessante: la settimana scorsa a Monte Spertoli abbiamo tenuto un seminario interregionale sull'agricoltura sociale, e ci siamo confrontati con altre Regioni d'Italia. E' emerso, tra l'altro un dato, interessante: finora nell'agricoltura il sistema socio sanitario è intervenuto per insediare sevizi e presidi per rimuovere l'isolamento dell'agricoltura, attraverso i fondi della misura 9/4 dei finanziamenti europei. La Toscana è tra le prime Regioni d'Italia ad attingere e spendere sistematicamente i fondi assegnati. Ma la cosa veramente interessante è l'altra visione del problema: in Toscana c'è una ricchezza di imprenditoria agricola sotto tante sigle, dalla Confederazione degli agricoltori diretti, alle associazioni variamente definite, alle cooperative di tipo A e di tipo B, al mondo della produzione profit, e tutte insieme costituiscono una rete che si offre come risorsa da programmare a fini di inserimenti sociali. E' un dato di cambiamento per noi di estrema importanza: non più la perifericità dell'agricoltura su cui investire, ma il contrario: la ricchezza e la tipicità dell'organizzazione della ruralità che si offre per concorrere alla soluzione di tante problematiche sociali. Qualcuno è arrivato a dire anche l'utilizzo mirato di strutture agricole può aiutare a guarire, ad esempio, certi stress cittadini. Parlando di salute in termini ampi, si può sostenere che a maggior ragione possono trarne vantaggio fasce di popolazione che possono trovare nella tipicità delle attività rurali un "luogo terapeutico" o quanto meno di migliore qualità di vita. Un altro dato interessante è emerso dal confronto tra l'Assessore all'agricoltura Cenni, l'Assessore Rossi e l'Assessore Salvadori, l'ipotesi cioè di provare a inserire un'azione mirata del prossimo Piano Integrato Sociale Regionale che stiamo per riscrivere, in maniera che questa percezione, sensazione, disponibilità che ci viene dal mondo rurale possa diventare una linea di programma da offrire per agevolare gli inserimenti dei giovani

svantaggiati. Quindi l'agricoltura non più come Cenerentola che ha bisogno di investimenti, ma come offerta, come risorsa che si offre al territorio. Stamani mattina il Dott. Guidi ci mostrava il quadro normativo su cui si fondano le nostre azioni: ha citato la legge 40, la legge 41, il Piano Sanitario, non ha potuto citare, ma non per sua dimenticanza, il Piano Integrato Sociale Regionale, perché nel quadro di rinnovamento della normativa questo piano non è stato ancora approvato. I tempi di chiusura di legislatura precedente non hanno permesso di completare il cerchio programmatico, la Giunta ha dando mandato agli uffici di predisporlo prossimamente. Un ulteriore elemento interessante, visto che la ricchezza del dibattito ce lo permette, è che il prossimo piano integrato, per la prima volta, dovrà prevedere una sezione che evidenzi le specificità di tutti i processi dell'alta integrazione. Attualmente, in molte materie, vedi la salute mentale, alcune competenze sono identificabili all'interno del piano sanitario, altre nel piano sociale, con la nuova stesura il nuovo piano potrà modificare piano sanitario e quindi nascerà un corpus normativo specifico che raccoglie tutto il pacchetto dell'alta integrazione, realizzando un ulteriore processo di avvicinamento degli strumenti per la programmazione integrata. Quindi il prossimo piano integrato, che dovrà essere approvato entro la fine del 2006, conterrà la sezione dedicata all'integrazione e, all'interno di questa, anche le azioni mirate a una diversa apertura verso la ruralità come risorsa disponibile nella rete più allargata dei servizi. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott. Lanzi.

Prego i relatori della tavola rotonda di accomodarsi. Abbiamo dei grandi assenti, che ringraziamo comunque, il Presidente della Conferenza dei Sindaci che ha avuto un impegno importantissimo in Comune, e l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Lucca Ornella Vitale, che è oggi assente per motivi di salute.

Diamo ora la parola al Direttore Sanitario che rappresenta il Direttore Generale.

Roberto Biagini, Direttore Sanitario Azienda USL 2 di Lucca

Buon pomeriggio. Credo che il Direttore Generale abbia già toccato stamani molti aspetti, quando, sia nell'intervento di apertura, sia quando ha ripreso la parola, ha toccato aspetti delicati come quello delle risorse. Farò un brevissimo intervento, di modo che si possa fare una carrellata generale e si possa poi tornare sull'argomento, perché credo che il ruolo della direzione della Azienda USL non sia solo quello di fare l'intervento, ma sia anche di tirare le fila di alcuni aspetti che vengono in luce nel momento in cui il dibattito si fa vivo e tocca alcune problematiche. E' stato già messo in evidenza stamani questo parallelismo tra il Progetto Individuale Personalizzato e i Piani di Salute Integrati per la salute mentale, perché la logica con cui si costruiscono questi due sia nel micro che nel macro, sono due modi di approcciare in modo integrato e multidisciplinare la stessa tematica, cioè quella di costruire qualcosa che calza bene al problema nello specifico, avendo ben presente le risorse che sono a disposizione, sia per quanto riguarda il soggetto su cui dobbiamo andare a costruire il progetto, sia la comunità su cui si lavora. La metodologia dei Piani Integrati di Salute è nella cultura di molti paesi del mondo, tanto è che è un modo di costruire l'approccio alla comunità che si ritrova nelle stesse direttive dell'OMS che ha costruito in tutto il mondo una rete delle città che promuovono la salute, a cui hanno aderito molte comunità e che proprio nel costruire i profili di salute di una comunità, così come si va a fare la diagnosi, il profilo di salute di una persona, poi definisce quali sono le varie modalità di intervento. Quindi mettere insieme questi due elementi è come vedere due aspetti speculari per quanto riguarda i due estremi del singolo e della comunità, sempre per quanto riguarda lo stesso fine, quello dell'obiettivo di promuovere, migliorare curare o riabilitare la salute dell'individuo. Negli interventi di stamani sono stati toccati alcuni elementi come quello dell'esperienze, dei rapporti con le cooperative, con iniziative che sono state prese, l'esperienza del progetto ICARO; e poi altri elementi di criticità, come l'assunzione e la continuità del personale per quanto riguarda la salute mentale; altri elementi come quelle della auto di servizio a cui si riferiva la Sig.ra Gemma Del Carlo nel suo intervento, altri ancora di carattere generale ma che sono tutti ugualmente importanti, come il personale per la salute mentale, in particolare ha poggiato l'attenzione sull'infanzia e l'adolescenza. E poi ha toccato anche altri punti, non soltanto sul lato organizzativo e delle risorse umane ma anche su quello delle strutture, cioè ci siamo avvicinati con l'intervento della Presidente ad alcune alternative di integrazione del SPDC con proposte concrete che ha già palesato in strutture, definendo anche in numero di posti letto, per prevenire il ricovero in SPDC.

Uno dei punti importanti è proprio quello di pensare a una crescita e a uno sviluppo di questo settore, che pur nell'ambito delle risorse assegnate, a cui faceva riferimento il Direttore, tenga presente che noi abbiamo due elementi fondamentali a cui dobbiamo ispirarci: nell'ambito di queste risorse noi dobbiamo costruire per la nostra comunità una modularità di risposta a seconda dei bisogni che si creano. Quindi ci può essere la necessità di andare oltre quella che è l'attuale organizzazione, se crea un elevato numero di ricoveri negli SPDC, e in alcuni casi abbiamo un obiettivo quantitativo e qualitativo quello di ridurli, seppur constato che la ripetitività dei ricoveri è più bassa che in altre aziende sanitarie e questo è un elemento importante, di qualità del servizio. Ma questo non ci deve bastare, perché ad esempio il fatto che ci siano 22 persone ricoverate in altre strutture esterne all'azienda indica che ci sono dei bisogni a cui attualmente non stiamo dando in maniera completa una risposta. Stiamo dando una risposta solo parzialmente, ma ci dobbiamo sforzare a creare una risposta nell'arco delle 24 ore nelle due zone, e a seconda che ci sia il bisogno o di assistenza acuta o temporanea, perché può anche essere legata a un momento di osservazione, in cui c'è bisogno di valutare per qualche ora la situazione, o di assistenza domiciliare, o di assistenza in appoggio al 118, oppure presso le strutture che sono presenti sul territorio dell'Azienda, a cui anche stamani si faceva riferimento nelle diapositive; se c'è bisogno di questo nelle 24 ore, ci dobbiamo organizzare e metterci in condizione perché queste risposte siano date. Questo non si fa soltanto con l'incremento del personale, perché se fosse questa l'unica soluzione, il fatto che la nostra Azienda ha rispetto alle altre un'assegnazione di risorse per la salute mentale fra le più alte della Toscana, non è indicativo che abbiamo risolto problemi, e quindi evidentemente non si fa solo e comunque assegnando sempre nuove risorse. Ma si fa rivedendo quale è l'organizzazione, cercando di superare anche impostazioni organizzative, migliorandole e creando strutture alternative, che devono mirare soprattutto a essere in grado di prevenire quelle conseguenze che oggi additiamo essere elementi di negatività, come un eccessivo numero di ricoveri in SPDC, prevenirli e non aggiungere offerta su quel versante, non dobbiamo costruire posti ulteriori, ma dobbiamo dare la risposta modulare e in modo tale che possa prevenire questo tipo di problema. Sappiamo quindi che c'è da lavorare in questo senso e reinvestire in strutture, in personale e in strumenti di lavoro, perché, pur essendo la salute mentale un'area a bassa tecnologia perché non c'è bisogno di strumenti ad alta tecnologia, però le auto servono, perché se non ci si muove sul territorio, è come avere un chirurgo che non ha il bisturi.

Questi sono impegni che noi prendiamo, perchè dobbiamo mettere nelle condizioni di avere la gestione e l'utilizzazione migliore di queste risorse. Stamani il Direttore ha dato un'indicazione operativa che ribadisco, perché è evidente che il Dipartimento di Salute Mentale non può da solo risolvere anche a una serie di problemi logistici, e poi l'organizzazione nostra, coerente con quella che è dettata dal Servizio Sanitario Regionale è quella di avere un macro livello di riferimento, cioè una struttura di riferimento che è quella della zona distretto dove una serie di risorse possono essere utilizzate al meglio, anche mettendo insieme quelle che sono strutture diverse; ad esempio per il problema delle auto, se ci sono servizi che le usano meno o che le usano in orari diversificati, si possono mettere a comune e non è detto che si debbano comprare per forza. Quindi avere l'occhio anche alla gestione oculata e appropriata delle risorse è uno dei compiti dell'Azienda Sanitaria e delle sue articolazioni gestionali.

Regina Ferdinando, Medico di Medicina Generale

Buon pomeriggio, mi chiamo Ferdinando Regina, e sono un medico di Medicina Generale. Come medico di famiglia, mi occupo di salute fisica e mentale. Giornalmente i nostri ambulatori sono frequentati da pazienti con varie problematiche; ansia, depressione, vediamo alcolisti, dipendenti da farmaci, e persone con altri problemi, come familiari, economici, di lavoro, degli anziani. Un limite della medicina generale è quello di non individuare subito la patologia nel paziente, perchè come struttura mentale abbiamo quella della ricerca del disturbo fisico, così ci hanno formati all'università. Ci rendiamo conto e ho letto alcune statistiche che solo un terzo dei pazienti che noi vediamo giornalmente soffre esclusivamente di disturbi fisici, gli altri due terzi soffrono di disturbi psichici o comunque c'è una grande componente della psiche nel disturbo somatico. Noi trattiamo alcuni di questi pazienti. Alcuni li diamo ai colleghi psichiatri, altri pazienti vanno spontaneamente dallo specialista. Se il medico di medicina generale riconosce subito alcuni disturbi e fa una diagnosi corretta sembra che la prognosi del paziente migliori nel tempo. Mi viene in mente che in uno dei nostri corsi di aggiornamento di medicina generale alcuni dei colleghi animatori ci dicevano che avevano frequentato per qualche tempo l'ambulatorio di dermatologia ed erano diventati più abili nel riconoscere alcune lesioni cutanee come il melanoma. Questa potrebbe essere un'idea, un'ipotesi di lavoro per noi medici di medicina generale. Quindi da un lato sono qui a rendermi conto dei miei limiti, dall'altro lato mi fanno riflettere alcune situazioni di alcuni pazienti, per esempio mi viene in mente un caso di una

paziente malata di mente gravemente, che si dispiace quando il figlio e la nuora portano fuori il nipotino di un mese e mezzo perché teme che non lo riportino più a casa. Mi fanno riflettere, e francamente mi mandano anche un po' in crisi, come ad esempio quando leggo alcune frasi di un libro nella cui prefazione si parla di pazienti che si caratterizzano per la gravità dei loro problemi psichici. Vado a leggere alcuni frasi e vado in crisi. Una frase dice "ho la rabbia di cuore", un'altra "il paradiso è una sedia su cui stare seduti", un'altra "ogni tanto sento delle voci, forse perché rifiuto di prendere i farmaci", "dottore mi ascolti, si aggrappi ai miei sogni, come l'acqua va alla fonte io vengo al colloquio", "quando è morto mio fratello, le lacrime mi venivano dalla pancia, oggi che è morto mio padre mi vengono dagli occhi". Questi sono pazienti caratterizzati da una particolare gravità dei loro problemi. E allora, rifletto e penso a queste frasi e ai possibili significati di queste frasi, di persone che noi definiamo malati gravi. Penso che il mio margine di azione, la mia possibilità di intervenire per queste persone probabilmente stia nella sfera emotiva che è quella dell'emisfero destro, è quello a cui ha più accesso al paziente, piuttosto che nella sfera cognitiva, che è quella dell'emisfero sinistro, probabilmente più inaccessibile. Quindi mi chiedo cosa posso fare. Probabilmente posso intervenire sull'emozione, sull'emotività della persona, non sul ragionamento logico. E ho anche delle perplessità come medico di medicina generale. Quando torno dalle vacanze in macchina, accendo la radio e sento dire dei dati sulla depressione post vacanza. Non credo che sia molto gradevole tornare a casa dopo un periodo di vacanza. Oltretutto secondo me in questo modo si suggeriscono delle immagini mentali alle persone, che sono quelle della depressione, depressione post vacanza. Sto tornando a casa, magari sono in fila, c'è traffico, magari torno da una situazione di vacanza di pre - lavoro, mi viene l'idea che stavo meglio in vacanza. Detto questo, cosa posso fare? Non posso chiudere gli occhi, quando non so cosa altro fare. Mi dico anche, poiché ci credo, e ho impostato il mio lavoro da circa trenta anni in un certo modo: "senti, per te la parola impossibile non deve esistere, fai qualcosa, probabilmente spendi la stessa quantità di energia per pensare che non puoi fare niente, probabilmente puoi impiegarla per fare qualcosa", è sempre meglio di niente. Si rischia l'indifferenza quando chiudiamo qualsiasi possibilità a noi stessi di intervenire, meglio fare qualcosa, al limite anche sbagliare, che non fare niente.

Recentemente leggevo una rivista che si chiama "Medicina e dintorni" in cui l'articolista dice "I Classici della letteratura dovrebbero essere affiancati ai testi scientifici per la formazione e l'aggiornamento del medico" e parla dell'esigenza di umanizzare la medicina, di favorire una sorta di nuovo umanesimo della scienza medica, che porti al

centro del nuovo interesse l'uomo. Francamente, queste cose le ho lette anche in un altro libro "Comunicare bene per curare meglio", vedo qui uno degli autori, anche qui si parla di porre la persona al centro dell'attenzione, di nuove modalità di relazione con i pazienti, si parla di empatia, di ascolto, di accettazione incondizionata del paziente, e io penso che questa sia la chiave. Molte volte ci troviamo, si dice anche nel linguaggio comune, ho trovato un muro davanti a me, ho trovato le porte chiuse, ma ogni porta chiusa ha la sua serratura, basta trovare la chiave giusta. Io penso che la chiave giusta sia parlare con il paziente, guardarlo negli occhi, scambiarsi emozioni con gli occhi, gli occhi sono lo specchio dell'anima, come ha detto qualcuno, ed è vero. A volte si vedono negli occhi delle persone quelle emozioni, quella lacrimazione, quegli occhi umidi, è lì che scatta il rapporto tra medico e paziente, è lì che noi possiamo fare qualcosa, è questo il momento da non perdere per noi, da non lasciarci sfuggire.

Io sono stato invitato qui come medico di famiglia dalla Sig.ra Del Carlo, che ringrazio, io sono disponibile a partecipare ai Piani di Salute, non ho idea di come saranno fatti, ma dò la mia disponibilità, finalmente ho l'occasione per esprimere anche le mie difficoltà e dò la mia collaborazione. Il medico di Medicina Generale, salvo negli ultimi anni in cui ha lavorato con altri colleghi per via dei team, di medicina di gruppo, è il medico che sostanzialmente lavora da solo. Ecco, io in questo caso sono particolarmente felice di poter collaborare attivamente con dei colleghi, ho tanto da imparare, noi abbiamo tanto da imparare da tutti. Sono convinto che se il nostro atteggiamento mentale cambiasse nei confronti del malato di mente, intanto impareremmo molto, e non sarebbe molto lontana la guarigione, il miglioramento. Non so se in certe forme gravi è possibile guarire, ma migliorare sicuramente è possibile. Voglio concludere con un proverbio ungherese bellissimo che ho ascoltato qualche giorno fa mentre ero in macchina: "Il vecchio matto è un inverno pieno di fiori". Grazie dell'attenzione.

Gemma Del Carlo

Grazie al Dott Regina. La prego di farsi promotore verso gli altri medici di medicina generale per stimolarli ad avere questo atteggiamento verso i malati.

Regina Ferdinando

Lo accetto e la ringrazio.

Gemma Del Carlo

Diamo la parola al Dott. Roberto Sarlo, Direttore U.O. Psichiatria Azienda USL 2 di Lucca.

Roberto Sarlo, Direttore U.O. Psichiatria Azienda Usl 2 di Lucca

Buongiorno a tutti. L'intervento appena concluso conteneva un entusiasmo ed una partecipazione che dovrebbero contagiarmi!

Sono un medico e mi è congeniale partire da un'esperienza clinica, che peraltro ripropone alcuni punti già toccati nella mattinata, durante il dibattito.

Ieri, io ed un infermiere, abbiamo fatto una visita domiciliare ad un paziente, che chiameremo convenzionalmente Francesco.

Francesco ha 47 anni ed è già in carico al Servizio di Salute Mentale. Soffre di una grave forma di psicosi ed in questo periodo sta molto male. Ha perduto in giovane età entrambi i genitori e da allora vive con due zii pensionati che si occupano del lavoro nei campi e conducono una vita molto umile; vivono in un piccolo paese dell'alta Garfagnana. Francesco ha conseguito la maturità scientifica e si è iscritto al primo anno di filosofia; ma presto è sopraggiunta la malattia ed ha interrotto gli studi; non ha mai avuto un lavoro stabile. Ha rapidamente abbandonando le esperienze di "borsa lavoro" (Francesco è una persona perfettamente intelligente), dicendo che erano dei palliativi, non davano sicurezza economica, né assicuravano il futuro. Non ha amici; gli unici, quando sta meglio e frequenta il servizio più assiduamente, sono i nostri infermieri. L'unico punto di ritrovo del suo paese è un bar frequentato da persone che abitualmente bevono, e Francesco non beve. Abita in una casa fatiscente, buia, piuttosto fredda, tenuta da tre uomini, di cui due sono fuori quasi tutto il giorno, e uno (Francesco), soprattutto quando sta male, trascorre gran parte della giornata a letto, tormentato dai suoi deliri e delle sue allucinazioni. Entrando in quella casa mi sono chiesto (so che è una domanda retorica, ma anche spontanea), per quanto tempo, senza lavoro, senza amici, in quell'ambiente, avrei conservato la mia integrità fisica e la mia salute psicologica. Certo, in una situazione del genere, è facile pensare ad un ricovero, a somministrare farmaci, in T.S.O., perché Francesco in queste fasi rifiuta risolutamente farmaci, infermieri e ogni altro intervento. Ed è anche vero che quando si cura è più sereno, libero dai deliri e dalle allucinazioni; però si rende ancor più conto della sua condizione infelice, del suo progredire verso una deriva sociale. Francesco in passato ha anche messo in atto due gravissimi gesti

anticonservativi. Devo dirvi che, in quella casa, ci siamo sentiti impotenti, sprovvisti delle risorse che vanno al di là di quelle possedute dal servizio sanitario. E mi sono fatto una seconda domanda (anche questa retorica): “come potrebbe cambiare la vita e la psicopatologia di Francesco in una casa più dignitosa, con un lavoro stabile, con punti di ritrovo più sani, con stili di vita diversi rispetto a quelli riproposti da un piccolo bar di paese”. Allora questo abbinamento (che sta nel titolo dell’incontro) tra “progetto terapeutico riabilitativo individuale e piani integrati di salute” (che significa ampliare e completare il concetto di salute), ha realmente un senso e va portato a compimento. Termino fornendo uno spunto su una possibile prassi: immagino un grande gruppo di lavoro, che va ben oltre l’équipe multiprofessionale del servizio di salute mentale, con i pazienti, i loro familiari, i Comuni, i medici di medicina generale, le associazioni del terzo settore (finalmente insieme), che condivide i problemi, fa un programma e passa all’azione, su almeno tre differenti livelli: 1) il piano della programmazione generale, che coglie i bisogni reali della comunità e dell’ambiente in cui vive; 2) il piano della programmazione dei servizi territoriali (sì da superare l’autoreferenzialità); 3) il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, che non si limita alla cura e neanche parte da una diagnosi (che è pur sempre un elemento storico), ma si fonda sulla storia di una persona, è un progetto esistenziale, dentro ci stanno tutti gli spazi ed i tempi dell’intera vita.

Esorto tutti a passare in tempi brevi dalle parole ai fatti concreti. Grazie.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Dott. Sarlo, che ci conferma che sono necessarie maggiori risorse, ma soprattutto una programmazione più accurata e allargata.

Diamo la parola al Dott. Elmi, Direttore dei Servizi Sociali dell’Azienda USL 2 di Lucca. Prego.

Antonio Elmi, Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda USL 2 di Lucca

Ringrazio la Sig.ra del Carlo per l'invito per questa occasione. Sposterò l'attenzione da quanto hanno detto i colleghi che mi hanno preceduto sugli aspetti di una dimensione più macro-sociale. Certamente, la salute mentale proprio per definizione secondo gli approcci più condivisi e attuali è un'area che di per sé ha necessità per esprimersi in modo efficace di massimi livelli di integrazione. Un'integrazione che in primis chiama in causa i servizi che gestiscono interventi e attività, quindi sicuramente uno dei primi obiettivi è assicurare adeguati livelli di integrazione tra i servizi e fra questi servizi quelli sociali e sanitari specialistici dell'azienda sanitaria, ma non solo, anche i servizi degli enti locali che in varie realtà operano anche in modo separato. Quindi un primo livello di integrazione tra servizi, un secondo livello di integrazione a mio avviso è quello di una integrazione inter istituzionale, tra enti e istituzioni che operano su un territorio. Perché se c'è una necessità veramente irrinunciabile è quella di avere un territorio integrato e coeso. Mi riferisco a territori che siano in grado di esprimere delle politiche nei vari settori, quindi non solo nei più classici settori in cui siamo tradizionalmente abituati a operare, quelli socio-assistenziali e socio-sanitari, ma penso anche alle politiche del lavoro. Mi sembra che le tematiche più ricorrenti oggi siano quella del lavoro, della casa, dell'istruzione, della formazione, quindi settori che potremmo definire di un sociale allargato, che finora, purtroppo nonostante vari tentativi, operano in modo un po' separato. Ecco che allora il recupero di una dimensione totalmente integrata di una comunità diventa un fattore non solo irrinunciabile, ma decisivo. Una comunità integrata, solidale, che veda tutte le risorse, dai vari settori gestite, non faccio un problema di unitarietà di centri di gestione, anche se questo sul piano operativo può aiutare, ma dico che, indipendentemente da chi gestisca le risorse, è importante che tutte queste siano mobilitate verso politiche per l'inclusione sociale, e non politiche per l'emarginazione sociale. Pensiamo cosa possa significare per esempio fare piani di riassetto di un territorio, piani di insediamento produttivo, o piani di riordino urbanistico, se questo porta a spopolare i centri storici, per cui noi trasformiamo i centri storici tradizionali di abitazioni in quella sorta di centri storici museo, bellissimi, ma invivibili, soprattutto per chi non ha redditi alti. Quindi vuol dire che abbiamo emarginato fasce di popolazione, in genere i più anziani o quelli con problemi economici che tradizionalmente vivevano nei centri storici e questi vengono emarginati nelle periferie delle città o nelle periferie costituite dalle nostre campagne o dalle nostre montagne. Ecco che queste decisioni, apparentemente che si prendono su altri tavoli e che hanno poco a che vedere con gli interventi sanitari, diventano invece fondamentali perché abbiamo

creato fasce di nuova emarginazione che poi possono trasformarsi in situazione di grave rischio per la salute dei cittadini. Pensate cosa vuol dire mettere insediamenti industriali che possono avere grandi impatti sia ambientali, sia sui livelli di grande inquinamento dell'acqua, dell'aria in certe zone densamente popolate. Questo vuol dire che se ci sono comunità che operano ancora così, che sono comunità che non operano per l'inclusione sociale, ma operano per l'emarginazione, sono comunità non perfettamente integrate. Ecco che allora la comunità integrata è davvero l'elemento essenziale perché poi a cascata anche i servizi, e quindi le attività, i vari settori di operatività possano davvero muoversi su piani di vera integrazione. Mi ricordo qualche anno fa in riunioni alcuni colleghi psichiatri parlavano di una necessità di avere dei Dipartimenti di salute mentale forti, allora si parlava del dipartimento ancora come un'unità organizzativa, prima delle unità funzionali. Mi ricordo che osservai che era sì una condizione necessaria avere un dipartimento di salute mentale forte, ma non sufficiente. A mio avviso ci volevano dei territori forti, comunità locali che siano veramente forti nel senso di sviluppare azione e politiche di integrazione di inclusione e non di esclusione. Questo richiama per alcuni versi anche il problema delle risorse, che è un motivo ricorrente. Su questo, poiché sono anch'io un operatore come voi, vorrei rompere una gabbia che spesso abbiamo la tendenza o indulgiamo a costruirci addosso, quella del fatto che non possiamo cambiare niente se non abbiamo nuove risorse, se non ci danno nuove possibilità, nuove opportunità; vorrei rompere questa gabbia, perché fa un danno non soltanto agli utenti che si rivolgono ai nostri servizi, ma anche a noi operatori perché ci tarpiano le ali. Credo invece che dobbiamo avere un approccio ai problemi che ci troviamo di fronte, anche in situazioni di scarsità di risorse, che è quello costante di mettere in discussione sempre quello che facciamo, sempre avere la disponibilità a ridiscutere, di riverificare, di modificare le nostre prassi operative, le nostre metodologie di lavoro, le nostre soluzioni organizzative. Questo è il primo compito che abbiamo di fronte. Ecco che allora il sottrarre tempo e destinarlo a strumenti più adeguati di lavoro, come quello che viene proposto, perché in questa logica di integrazione evidentemente il Progetto Individualizzato è lo strumento fondamentale di lavoro, ecco che allora destinare tempo al progetto individuale che può apparentemente essere più faticoso a costruire, più laborioso da attuare, diventa un passaggio fondamentale; direi che bisogna rovesciare il nostro atteggiamento mentale. Si possono e si devono fare modifiche di questo tipo, e quindi anche concettuale sul nostro metodo di lavoro, proprio perché siamo in un momento di scarsità di risorse, proprio per liberare nuove risorse e destinarle in modo più efficace. Stamani mattina è stato detto ampiamente

di casi di ricoveri in SPDC poi ripetuti costantemente, cioè se continuiamo a lavorare con queste logiche pensando che non possiamo modificare niente, lì per lì avremmo nell'immediato la soluzione parziale del problema, ma che si ripropone immediatamente dopo e che quindi ci costringe a destinare nuove risorse e nuove fatiche a quello che dobbiamo fare, senza contare la sofferenza degli utenti e degli ospiti che non siamo riusciti assolutamente a scalfire e lenire. Grazie.

Gemma Del Carlo

Siamo d'accordo con quanto ha detto il Dott. Elmi: dobbiamo interrompere questo circolo vizioso, e dobbiamo trovare nuove strategie, un nuovo modo di lavorare. Investire un po' di più oggi per avere servizi di qualità che ci permetteranno di risparmiare dopo.

Passo la parola a Daniele Ranieri, Presidente della Cooperativa Icaro. La Cooperativa Icaro per noi è un fiore all'occhiello dell'Azienda USL. La **F.A.S.M.** è nata per dare continuità a un progetto di formazione per disabili psichici della durata di tre anni che i nostri figli avevano svolto, effettuato con i finanziamenti Europei dell'ENAI di Lucca.

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

In questo progetto c'è stata e c'è tuttora un'integrazione tra gli enti e l'associazione. Ci auspichiamo che vengano realizzati altri progetti integrati come questo.

Daniele Ranieri, Presidente Cooperativa Icaro

La finalità del mio intervento sarà quella di mettere in relazione il significato e i contenuti reali del Progetto d'inserimento lavorativo con la centralità nella pratica di cura del Progetto individuale personalizzato.

Partiamo da alcuni dati:

Nel 2005 vediamo essere stati attivati 10 stage, di cui 4 passati in Borsa lavoro e tre di cui attendiamo, con relativa e speranzosa certezza, l'assunzione.

Potrebbe sembrare un piccolo risultato, ma, considerata l'esperienza degli anni passati e la difficoltà di collocare persone affette da disturbo psichico, possiamo fare un bilancio positivo del lavoro svolto.

Ciò è dovuto sostanzialmente a due motivi tra loro correlati: uno di carattere strutturale- gestionale, l'altro intimamente connesso al tema oggi in discussione: il Progetto individuale personalizzato.

Per quanto riguarda il primo punto va sottolineato un forte potenziamento del lavoro di rete, di una sempre maggiore collaborazione, del lavorare insieme, con tutti i

soggetti che hanno la responsabilità, diretta o indiretta, della presa in cura della persona.

Ho cercato di schematizzare il lavoro di rete in questa sorta di grafico: una serie di soggetti che si inter-relazionano l'uno con l'altro.

I Distretti socio sanitari e il Centro per l'impiego ci segnalano i casi in cui intervenire e ci supportano nel percorso di valutazione delle competenze e di monitoraggio dell'inserimento. Tramite l'ufficio Borse lavoro supervisioniamo l'andamento dello stage e/o della borsa lavoro. Le Cooperative sociali offrono la possibilità di un contesto

lavorativo esterno, ma ancora sotto certi aspetti protetto. Lo scambio con l'Associazione famiglie e le strutture abitative ci permette di progettare un intervento che abbia al suo centro tutti gli aspetti della vita della persona.

Proprio tale lavorare sinergicamente con il fine ultimo del curarsi della persona, fine mediato nel nostro caso attraverso l'attività lavorativa, rimanda al substrato concettuale che tale azione terapeutica definisce.

La nostra prassi terapeutica come risultanza di un procedere dialogicamente condiviso non fa altro che confermare che l'intervento di cura è efficace solamente se si pone come suo oggetto quella totalità che va a costituire l'interezza dei vissuti del paziente.

Del resto già l'espressione Progetto individuale personalizzato lo dice chiaramente.

Il Progetto individuale personalizzato si prospetta quindi come un gettare verso la possibilità di cura della persona che si definisce essenzialmente come individuo, come ciò che è indivisibile nel suo rimanere unico nella molteplicità dei suoi vissuti.

Il nostro compito, ed è un compito veramente difficile, è quello perciò di far riappropriare la persona del proprio senso d'esistenza. Per far ciò dobbiamo indicare un cammino che porti al riacquisire il senso di possibilità, far riemergere la percezione di un futuro possibile, gettare verso la dimensione futura del riconoscimento di ciò che di fatto si è già.

Tale tentativo di definizione d'identità è possibile solo laddove i protagonisti del progetto di cura si muovano in maniera coordinata e collaborativa. E più tale collaborazione è virtuosa e più la salute dell'individuo è possibile all'interno della comunità.

In tale processo la peculiarità dell'attività lavorativa, e ciò è valido sia per l'inserimento esterno che per il lavorare in laboratori protetti, va quindi a delinearsi come quella pratica, quell'agire che porta la persona a definirsi come individuo che si realizza nel proprio fare e si muove verso la propria indipendenza.

Il lavoro diviene così il collocarsi nel proprio luogo attraverso il proprio fare. Trovare uno spazio definendolo attraverso un'attività socialmente riconosciuta: aprire, in un certo senso aprirsi uno spazio determinato e delimitato, far diventare l'uniformità monotona dello spazio indistinto un luogo determinato in cui possa formarsi una propria identità. Lo statuto curativo dell'attività lavorativa pensiamo risieda propriamente in questo fattore di autodefinizione di un proprio spazio e di un proprio tempo finalizzati ad un'attività determinata e perciò determinante. Sotto questo punto di vista il lavoro assume il proprio carattere progettuale, ha già insito in se stesso un carattere prospettico, un sguardo che dischiude molteplici prospettive a partire dall'attività presente.

Al di là del riscontro economico il lavorare è un forte fattore d'identità sociale e personale. Se qualcuno ci chiede che lavoro facciamo, solitamente noi rispondiamo usando il verbo essere. Io sono educatore, io sono medico, io sono giornalista.

Dimenticare tale strutturarsi dell'attività lavorativa ci fa incorrere in un grande rischio: il lavoro diviene fattore di costrizione sociale, di adattamento forzato della diversità, diventa fattore di cronicità.

Perciò tale concezione della prassi terapeutica del lavoro è possibile solamente nello spazio di possibilità aperto dall'essere parte integrante e integrata di una comunità; potremmo dire, lasciando volutamente aperto il senso di questa affermazione, di una comunità terapeutica. Una comunità che scopre essere il suo fondamento e il suo fine la salute, intesa come il viver bene, dei suoi componenti.

Tale concezione della prassi terapeutica del lavoro è possibile solamente nell'appartenenza a questa comunità, nel proprio diritto di cittadinanza, nel voler essere in quel luogo in cui la realizzazione della propria esistenza si apre alla sua più propria possibilità.

Di tale appartenenza parlava già Aristotele nel suo scritto sulla *Politica*:
<<La polis è comunanza di famiglie e stirpi nel viver bene: il suo oggetto è un'esistenza pienamente realizzata e indipendente>>.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo Daniele. Il lavoro dà dignità a tutti e anche per queste persone è davvero importante.

In sostituzione dell'Assessore al Lavoro della Provincia di Lucca Antonio Torre, è qui presente la Dott.ssa Sonia Pescatore.

Dott.ssa Sonia Pescatore, Consulente del Servizio SAL del Centro per l'Impiego della Provincia di Lucca

Buonasera a tutti. Intanto porto il saluto dell'Assessore Torre, che purtroppo per impegni sopraggiunti non è potuto essere presente. Io sono una consulente del servizio SAL del centro per l'impiego della Provincia, farò una breve presentazione per farvi conoscere quello che la Provincia mette in campo per dare un contributo a quello che abbiamo individuato oggi essere uno dei problemi fondamentali per le persone con disagio psichico: il lavoro. Esiste una normativa che regola quello che una volta si chiamava il collocamento obbligatorio e che supporta l'inserimento lavorativo delle persone che hanno una disabilità di qualunque tipo. Dal 2000 quando è entrata in vigore la legge 68 ha apportato profondi cambiamenti nell'inserimento lavorativo, perché si è cominciato a parlare non più di collocamento obbligatorio, che era anche per le aziende un peso da sopportare, ma di collocamento mirato, per cui si cerca di mettere in campo tutte quelle tecniche di supporto che possano permettere, come recita l'art. 2 della legge, di effettuare "analisi del posto di lavoro, forme di sostegno, forme positive", perché l'inserimento sia proficuo per la persona che viene inserita e per l'azienda, perché quello che sta alla base di questa legge è che la persona con disabilità non è un peso da sopportare o da tollerare, ma è una risorsa con la sue caratteristiche da mettere in relazione con quello che è il posto di lavoro da ricoprire.

Come servizio del centro per l'impiego abbiamo individuato due destinatari, per noi sono ugualmente deboli: da una parte il soggetto da avviare al lavoro, cioè coloro che sono iscritti o iscrivibili alla legge 68, quindi che abbiano una certificazione di invalidità civile, o che siano in procinto di ottenerla, soggetti con svantaggio sanitario, disabili fisici, psichici o sensoriali, e più in generale coloro che sono in condizione di svantaggio sociale. L'altro soggetto è quello che accoglie, noi lo viviamo come un soggetto altrettanto debole e impreparato ad accogliere persone che presentano particolari difficoltà, quindi le imprese pubbliche e private che abbiano l'obbligo della legge 68, oppure aziende che non abbiano l'obbligo ma che si rendano ugualmente disponibili per supportarci in questi processi di

inserimento. Le attività dirette al soggetto da inserire sono: colloqui di orientamento, bilancio di competenze, accoglienza e colloqui informativi, la ricostruzione del curriculum vitae per presentare il soggetto alle aziende, un sostegno alla motivazione e alla formazione mancanti, e in particolare, soprattutto per le persone che presentano un disagio psichico, la progettazione dell'inserimento lavorativo in raccordo stretto con la rete territoriale dei servizi socio sanitari. L'approccio integrato per noi è una metodologia di lavoro che adottiamo da diversi anni, da quando abbiamo pensato al servizio, l'abbiamo costruita nel tempo con gli operatori dei distretti socio-sanitari. Abbiamo frequenti e quotidiani rapporti con le assistenti sociali, con il settore dell'handicap, con il progetto borsa lavoro, perché spesso c'è un passaggio, un primo momento in cui avviene un inserimento più protetto, che poi si sfocia in un percorso di inserimento che si traduce spesso in un'assunzione vera e propria. Noi interveniamo in questo passaggio, però cerchiamo di costruire il progetto insieme fin dal suo sorgere; anche per progettare un inserimento in borsa lavoro, cerchiamo di intervenire fin da quel momento. Mi ricordo ad esempio un incontro che abbiamo con l'equipe di salute mentale per un soggetto da inserire, erano presenti lo psichiatra, l'infermiere, l'assistente sociale, il responsabile della borsa lavoro, e il tutor che avrebbe seguito la borsa lavoro e noi come servizio del Centro per l'impiego. E' stata un'esperienza interessante, perché confrontandoci è stato possibile mettere insieme le informazioni sul vissuto della persona, perché noi incontriamo la persona con dei colloqui abbastanza frequenti, però tutte le informazioni che può avere un'assistente sociale che segue la persona nel suo percorso di vita a noi mancano. Così come ci mancano le informazioni dal punto di vista sanitario, per cui tutte le informazioni che ci dava lo psichiatra in quell'occasione per noi erano fondamentali. Dal nostro punto di vista, noi potevamo mettere a disposizione la nostra conoscenza del mercato del lavoro, del mondo delle aziende, perché noi facciamo visita alle aziende direttamente, vediamo come si svolge il ciclo produttivo, quali possono essere le mansioni e quello che è necessario per svolgere determinate mansioni. Quindi in quell'occasione abbiamo potuto confrontarci su quale poteva essere la mansione più adatta rispetto al tipo di disagio che la persona stava vivendo in quel momento, in modo tale da trovare la collocazione più giusta. Con la salute mentale, direttamente quando questo è possibile, o tramite l'assistente sociale, cerchiamo di raffrontarci con il medico che ha in cura la persona. Questa impostazione sta dando nel tempo dei risultati per noi molto positivi.

I dati che vedete sul lucido sono dati su assunzioni vere e proprie che raccoglie tutti i tipi di disabilità, non abbiamo la possibilità di scorporare le assunzioni che riguardano chi

ha un disagio di tipo psichico, però vi assicuro che sono diverse le persone che vengono inserite; è chiaro che forse è un po' più difficile e lungo l'inserimento di una persona che ha un disagio psichico ma non impossibile. Mi viene mente il caso di una ragazza che ultimamente ha fatto un percorso durato due anni, ha fatto diversi tirocini, perché uno degli strumenti che noi mettiamo in campo è quello di fare un'esperienza direttamente in azienda, non assunta in quel caso, ma per formarsi le competenze necessarie per poi arrivare all'assunzione; ha fatto due anni di tirocinio all'interno di diversi tipi di supermercato, ha dimostrato buone competenze per esempio alla cassa, alla fine di percorso è stata assunta da uno degli ultimi supermercati in cui aveva fatto il tirocinio, tra l'altro un supermercato che non aveva l'obbligo dell'assunzione della legge 68, per noi è stato un doppio successo e una doppia felicità, perché la persona aveva dimostrato di essere un elemento utile all'azienda e una risorsa tanto che il supermercato ha deciso di assumerla al di là dell'obbligo di assunzione. Questa tendenza di assunzioni fuori dalla legge 68, è un dato che ci è sorta la curiosità di verificare: sono state fatte nel 2005 29 assunzioni in aziende non in obbligo. Secondo me questa è una risorsa importante per l'inserimento lavorativo di persone che richiedono percorsi più lunghi, l'azienda che ha l'obbligo non ci lascia molto tempo, ha bisogno di individuare subito la persona da inserire perché altrimenti scatta un meccanismo di multe. Quindi poter fare riferimento ad aziende che non hanno questo obbligo, ci dà tempo per poter inserire la persona in tirocinio e quindi verificare sia noi che l'azienda la possibilità di inserimento. Noi lavoriamo con questo approccio integrato in raccordo con le Azienda USL, con i distretti o con i servizi sociali, ma anche con la cooperativa Icaro, spesso siamo in contatto, perché persone che stanno facendo il loro percorso ma che si ritiene siano già pronte per il mondo del lavoro, vengono, fanno mensilmente degli incontri con noi per verificare se in quel momento ci sono delle offerte per le quali è possibile presentare il loro curriculum. Queste rapporto c'è e dà ottimi risultati. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie. Sono percorsi lunghi ma possibili.

Ora passiamo la parola a Romana Lencioni del Gruppo Esci con Noi, poi a Antonella Bartolomei, volontaria della **F.A.S.M.**

Romana Lencioni, Gruppo Esci con Noi, *F.A.S.M.*

Buon pomeriggio a tutti, mi chiamo Romana e sono molto lieta di essere quest'oggi di poter condividere con voi una mia esperienza di vita molto importante. In passato ho sofferto di gravi disturbi che mi hanno purtroppo causato molta sofferenza e alcuni ricoveri ospedalieri tra cui trattamenti obbligatori per me del tutto inutili se non peggiorativi in quanto vissuti con tanta rabbia. In quel periodo non ascoltavo i consigli di nessuno anche se erano rivolti a me per farmi star meglio, poi però mi sono decisa ad ascoltare il mio psichiatra, il Dott. Ambrogini, e da qui, piano piano la mia vita è cambiata perché finalmente mi è stata data la possibilità di scegliere e di non subire più trattamenti obbligatori: mi sono rivolta spontaneamente all'S.P.D.C. e così ho capito l'importanza di curarmi e di ascoltare gli altri. Grazie ancora al Dott. Ambrogini trovai alcuni anni fa un collocamento presso la cooperativa Icaro, un'esperienza lavorativa importantissima, non solo sul piano professionale, in quanto mi impegnava in attenzione concentrazione e mi dava soddisfazione, ma soprattutto da un punto di vista di relazioni, in quanto stare insieme a tutti gli altri mi ha aiutato molto nel riprendere in mano, a poco a poco, la mia vita.

Adesso mi sento finalmente bene ma ciò che manca nella mia vita in questo momento è un'attività lavorativa di cui sono ancora in attesa. Mi sono attivata per cercarla e mi sono rivolta agli enti competenti come il Centro per l'Impiego.

Insieme a tutto questo ciò che mi ha aiutato a star meglio fino alla scomparsa ad oggi dei sintomi del disturbo, è stata la mia continua partecipazione all'Associazione **F.A.S.M.**, di cui oggi non sono più "utente", bensì volontaria e sono di aiuto a tutto il gruppo e a chi vive oggi la mia sofferenza di anni fa. In particolare partecipo al gruppo ESCI CON NOI, gruppo composto tra volontari e utenti da circa 40-50 persone che si ritrovano il mercoledì sera per andare a cena fuori, per chiacchierare e per divertirsi in tanti modi, come per esempio andare in gita per alcuni giorni a visitare varie città in Italia e all'estero o cantare al karaoke, che con il tempo è diventato per noi un modo di comunicare il piacere di stare insieme e di mettere in scena con veri e propri spettacoli il nostro divertimento.

Sono importanti queste attività per aiutare tutte le persone che per motivi diversi possono soffrire, perché aiutano a superare gli ostacoli che si incontrano nella vita di tutti i giorni, ad iniziare dalle piccole cose.

Vorrei raccontarvi una cosa molto curiosa che succede anche a me: periodicamente ogni anno, vengo richiamata per fare la visita per la patente e non trovo giusto e qui oggi

lo voglio sottolineare a voi, che debba pagarlo ogni anno anziché ogni dieci anni come qualsiasi cittadino! Gli ostacoli come potete vedere sono molti e se non siamo insieme è davvero difficile per chi già può soffrire!

Ringrazio l'associazione **F.A.S.M.** e Gemma Del Carlo perché mi rende partecipe di molte iniziative.

Antonella Bartolomei, Volontaria F.A.S.M.

Buonasera a tutti. Mi chiamo Antonella. Tengo a precisare che il mio intervento è in rappresentanza di tutte le volontarie che ormai da anni frequentano l'Associazione **F.A.S.M.**; siamo circa dodici volontarie, tra volontarie e volontarie rimaste a seguito del servizio civile. Ormai sono sette, otto anni che frequento l'associazione e l'esperienza è stata particolarmente interessante. Mi sono avvicinata all'associazione frequentando un primo corso di formazione per volontari nell'ambito della salute mentale, dopodiché sono rimasta attiva in tutte le attività della stessa, in particolare nel progetto ESCI CON NOI, che è un progetto rivolto a ragazzi che per varie problematiche tendono ad isolarsi. Il progetto prevede, come già raccontava Romana, varie attività di integrazione e di socializzazione, come andare a cena fuori il mercoledì sera, oppure ritrovarsi in sede e preparare spettacoli con divertimento, soprattutto grazie al karaoke e a Raffaele che si dedica sempre con tanto amore e precisione alla voglia dei ragazzi di esprimere il loro stare insieme. Creiamo anche dei momenti di condivisione, di comunicazione, dove i ragazzi diventano davvero protagonisti del loro racconto, delle cose che affrontano giorno per giorno e diventa fondamentale per loro, così come per noi, confrontarci e aiutarli, stimolarli nell'autonomia perché affrontino queste problematiche nel miglior modo possibile. Quello che tengo a precisare è che nel nostro gruppo, ormai da tempo, non ci sono ruoli, non ci sono volontarie, non ci sono utenti, ma siamo semplicemente amici, come ne abbiamo tanti, tutti noi, nella nostra vita. C'è solamente il piacere del dare, del ricevere, dell'ascoltare, del supportare, dell'abbraccio e della parola di conforto, tanti sorrisi e tanta voglia di stare insieme, di organizzare sempre cose nuove, gite o piccole cene. Vorrei davvero ringraziare a nome di tutti i volontari tutto il Gruppo ESCI CON NOI, ma in particolare vorremmo ringraziare a abbracciare modo molto caloroso e affettuoso le famiglie dei ragazzi che partecipano da anni a questo progetto, perché ci hanno sempre rispettato e ci sono state sempre molto vicine. Ultimo ringraziamento va a Gemma Del Carlo, a Elvino che ci sono stati accanto, quasi e con l'affetto di veri genitori e ci hanno sempre aiutato nei momenti difficili e di incertezza. Un grazie veramente a tutti.

Gemma Del Carlo

Grazie di cuore a Romana e alle volontarie, che anche in occasione di questo convegno hanno lavorato tantissimo, contribuendo alla buona riuscita dell'organizzazione.

Diamo ora la parola a Elisabetta Gonnella, Responsabile della Cooperativa La mano amica, che ci parlerà della residenzialità. Come vedete abbiamo un insieme di cooperative, convenzionate con l'Azienda USL, che sono una ricchezza per il nostro territorio.

Elisabetta Gonnella, Responsabile Area Salute Mentale Cooperativa La mano amica

Grazie. Buonasera a tutti. Ringrazio Gemma Del Carlo per l'invito. Non sono proprio la responsabile della Cooperativa della Mano amica, ma sono responsabile dell'area salute mentale della Cooperativa. Sono stata chiamata qui per potervi offrire una visione, spero più chiara possibile, di quelli che sono i Progetti Individuali Personalizzati all'interno delle strutture residenziali, in quanto responsabile anche della casa famiglia La Fenice, presente sul territorio di Lucca. La nostra filosofia è quella della presa in carico della persona, rimanendo però a stretto contatto con tutta quella che è la rete individuale, ma soprattutto collaborando in sinergia con il distretto inviante della ASL e qui vorrei aprire una piccola parentesi riferendomi all'intervento di stamani mattina per la persona dell'Associazione Alba. La nostra esperienza su Lucca è quella di una forte collaborazione con i distretti con il CSM per quello che è il costruire insieme un Progetto Individuale Personalizzato. Per noi la presa in carico vuol dire prendere in carico non tanto l'ospite come malato, ma l'ospite come persona, con una sua dignità, i suoi bisogni, le sue difficoltà, ma soprattutto con un potere personale, come dice uno studioso Karl Rogers, è un potere che per alcune persone è ignoto e se aiutato può emergere alla coscienza e può far fare dei miglioramenti ben visibili anche a pazienti psicotici. Quindi questo potere persona può essere stimolato attraverso esperienze personali positive e con quelle che sono relazioni affettive sane, date dagli operatori della casa famiglia, e utilizzerai due parole che vengono molto sfruttate nell'ultimo periodo, che sono l'empowerment della persona e l'empatia alla persona. Questi sono due elementi forti per la riabilitazione. Tutto questo parte da una prima fase di osservazione, quindi si prende in carico la persona, c'è un'osservazione dell'ospite, ma soprattutto un'offerta di diversi spazi di ascolto attivi, nei quali l'ospite possa sentirsi non solo accolto, ma accettato incondizionatamente per quello che è, per quello che è il suo malessere. A questo punto, quando decidiamo che l'ospite

puo' fare un percorso all'interno della nostra struttura, insieme all'équipe distrettuale che ce lo ha inviato e insieme all'ospite, decidiamo i prefissare degli obiettivi che possono essere per lui riabilitativi e che lo possono portare verso una maggiore autonomia. Il Progetto Individuale Personalizzato per noi si sviluppa su cinque aree: 1. l'area personale, ovvero quali sono i desideri di questa persona, le caratteristiche, perché abbiamo visto che ci sono pazienti che attraverso la musica, il ballo riescono a esprimere anche un'altra parte di loro stessi e trovano un'esperienza per poter star meglio, e quindi cercare un hobby, un laboratorio ce ne sono offerti anche dalla ASL, centri diurni, 2. poi c'è l'area della famiglia, e le relazioni che ci sono con la famiglia che va sostenuta, oppure va inviata a un'associazione, come la **F.A.S.M.**, oppure fa già parte di un'associazione, dobbiamo regolare gli incontri, monitorarli, perché dobbiamo rendere sempre più fruibile la relazione tra familiari e paziente e c'è da dire che spesso c'è anche da far comprendere alla famiglia che a volte bisogna distaccarsi per rendere più autonomi i pazienti e quindi dare spazio e stare più con il paziente, per poi inserire tutto nel corso di relazione familiare; 3. l'area delle istituzioni; rimaniamo legati al distretto di appartenenza, vediamo se c'è la possibilità di fare una terapia con la psicologa, utilizziamo le assistenti sociali del territorio per gli aspetti burocratici, pensionistici, collaboriamo con la cooperativa Icaro oppure li mandiamo a fare colloqui per l'inserimento lavorativo o in altri casi con la borsa lavoro. Infine, le relazioni, perché per riabilitare e rendere più autonomo il paziente, credo che sia necessario ricreargli un suo contesto sociale, quindi cercare attraverso le parrocchie, i gruppi scout, il vicinato, il bar, il negoziante, cercare di creare e rinforzare quei legami che il paziente sente importanti per sé e che riescono a sorreggerlo. Quindi a questo punto il lavoro dell'équipe della struttura è quello di sostenere, sorreggere, incoraggiare il percorso dell'ospite, per arrivare, a fatica. Data la premessa che l'affettività è un elemento importante per noi per la riabilitazione, si creano dei legami, quindi quando dobbiamo dimettere il paziente, anche per noi a volte è difficile lasciarlo andare via, però se il percorso viene fatto dall'ospite è nostro dovere accompagnarlo verso altre condizioni abitative che sono più favorevoli al suo progetto individuale, o esistenziale, e possono essere gruppi appartamenti, case individuali, gli affidi familiari, anche se talvolta le risorse non ci sono e si fatica a dimettere i pazienti. Vi ho dato questa visione, ma in realtà le cose non filano sempre lisce; durante il percorso ogni ospite puo' avere delle crisi, spesso fa un passo in avanti e due indietro, spesso per fortuna ne fa due in avanti e uno indietro, però noi quello che lanciamo all'ospite come messaggio e che è la crisi fa parte del suo percorso riabilitativo e quindi il nostro compito è quello di esserci comunque, sostenerlo,

fargli capire che è naturale che si possa star male per la sua natura, e quindi cercare di superare queste fasi, non facendole passare come dei fallimenti o dei passi indietro, ma proprio come l'inizio di un cambiamento, perché talvolta se siamo entrati in crisi è perché abbiamo toccato il punto giusto. Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie Elisabetta. E' vero che a volte la crisi puo' essere la spinta per potere dare la svolta. Mi farò portavoce con i Comuni, anche se non sono presenti, sulla necessità che vengano concessi degli alloggi per le persone che sarebbero pronte per fare il passo successivo, cioè di andare a vivere in un appartamento, che per alcuni potrebbe diventare anche la casa per la vita.

Adesso diamo la parola a Stefania Tocchini, Responsabile del Centro Diurno Peter Pan della Cooperativa Insieme. E' una cooperativa convenzionata con la Azienda USL, che gestisce questo centro per psicotici gravi. Ci teniamo a fare capire che queste persone, anche se sembrano gravi, se sono trattate in modo adeguato, possono acquisire una certa autonomia e indipendenza dalla famiglia.

Stefania Tocchini, Responsabile Centro Diurno Peter Pan Cooperativa Sociale Insieme

Il Centro Diurno Peter Pan (Cooperativa Sociale Insieme) nasce come modulo all'interno del Centro Diurno per portatori di handicap di Carraia:

- 5 Giovani adulti con handicap psichico di età compresa tra i 19-36 anni
- La maggior parte ha una diagnosi di disturbo generalizzato dello sviluppo

Il Disturbo generalizzato dello sviluppo ha un percorso che porta a una totale incompetenza cognitiva, relazionale, sociale.

Da questa realtà clinica derivano gli OBIETTIVI

Quali i nostri obiettivi?

- 1- L'autonomia
- 2- La collaborazione con le famiglie
- 3- L'integrazione sociale

1. L'autonomia

- Creare delle condizioni per il consolidamento delle ADL (capacità di vestirsi, di lavarsi...)
- Acquisizione degli strumenti minimi per le abilità strumentali (per es. uso degli elettrodomestici, uso dei mezzi di trasporto...)

2. Collaborazione con le famiglie

I genitori/familiari sono

- formatori in grado di esprimere una pedagogia dello sviluppo proiettata verso il futuro.
- ricercatori di nuove soluzioni ed organizzatori di solidarietà

Sono una risorsa

3. L'integrazione

a. Sviluppare, nell'utente, le competenze essenziali per un adattamento sociale:

- autocontrollo e autoregolazione
- Conoscenze delle regole sociali

b. Costituirsi come punto di mediazione e di comunicazione tra famiglia ed istituzioni (ASL, Comuni, Associazionismo...)

La diversità nei livelli di autonomia nelle dinamiche familiari nei livelli di integrazione

Stesura di progetto individuale Personalizzato

Un progetto di recupero abilitativo-riabilitativo individuale personalizzato

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA FUNZIONALE

La valutazione diagnostica funzionale

Limiti:

- a) Strumentazione per l'assessment poco spendibile
- b) Abbandonare il concetto di Intelligenza e riprendere il concetto di Modularità
(Teoria dell' arcipelago secondo il modello psicoanalitico)

Quale strumentazione?

1. Osservazione "clinica": nello spazio, nella relazione con gli altri, nel gruppo

es. Provoco un comportamento per studiarne le conseguenze

Quale strumentazione?

2. Analisi qualitativa del funzionamento cognitivo

Attenzione alle strategie utilizzate e non al confronto con i valori “normali”

Dalla valutazione al progetto

- Utilizzare le aree di funzionamento al fine di far apprendere le abilità collegate all'autonomia
- Lavorare sulla relazione per apprendere le competenze essenziali per l'adattamento sociale
- L'elemento rinforzante è la comprensione di se stessa come persona capace di fare (diverso è “fare” perché rinforzati secondo le teorie del comportamentismo)

Rischi da evitare

- Considerare le persone accudibili e non CURABILI
- La valutazione e il successivo percorso abilitativo-riabilitativo personalizzato deve essere costruito nel rispetto di BASI TEORICHE SOLIDE

“..povera quella società che costringe all'eroismo per vivere la quotidianità. Santità ed eroismo sono libere categorie dello spirito, non necessità per sopravvivere.” (Brecht)

Grazie.

Gemma Del Carlo

Grazie a Stefania e a tutti gli operatori per il lavoro che svolgono. Questi ragazzi, seguendo questo tipo di percorso, possono raggiungere una maggiore autonomia personale e relazionale.

Ora diamo la parola al Diacono Fausto Simonetti, Direttore dell'Ufficio Pastorale Caritas dell'Arcidiocesi di Lucca.

Diacono Fausto Simonetti, Direttore dell'Ufficio Pastorale Caritas dell'Arcidiocesi di Lucca

Buonasera a tutti. Ringrazio Gemma per l'invito. Chiedo scusa se sono arrivato con un po' di ritardo, ma l'età, gli acciacchi e la distanza fanno sì che talvolta non si arrivi puntuali come si vorrebbe. Stando qui e ascoltando fin dall'inizio, cercavo di capire quale era il mio ruolo. Non sono un medico, né un operatore per la salute mentale, neppure un volontario; allora qual è il mio ruolo come responsabile della Caritas diocesana? Poi di tanto in tanto succede che si accendono le lampadine e si comprende che c'è sempre un ruolo nella vita e nel luogo dove siamo. Chi frequenta la chiesa vede il celebrante che prima di leggere il Vangelo si fa dei segni strani sulla fronte, sulle labbra e sul petto. Il loro significato liturgico è questo:

- 1- Il segno sulla fronte: - Signore, fa che ascoltando la tua Parola ne comprenda il significato profondo.
- 2- Il segno sulle labbra: - Signore, fa che annunci fedelmente la tua Parola.
- 3- Il segno sul petto: - Signore aiutami a vivere secondo quanto sto per annunciare. Ecco, questa sera ho ascoltato molto volentieri e ho imparato molte cose, nonostante la vita me n'abbia già insegnate tante; per accostarsi a problemi come quelli della salute mentale e a tutti problemi che riguardano la disabilità, c'è bisogno di tre cose, e sono contento che stasera siano venute fuori:
 - 4- C'è bisogno dello studio, dell'attenzione, della comprensione, della tecnica, dell'aggiornamento continuo per capire, per sapere, per muoversi nel modo migliore;
 - 5- C'è bisogno del dialogo e questo l'ho sentito da molti di voi, cioè del mettere insieme le forze, del lavorare insieme, tecniche, amministrazione, la medicina, le associazioni, le famiglie, la comunità tutta, la Chiesa. Qui ho trovato il mio ruolo. E ho sentito, negli ultimi interventi in modo particolare, il cuore che esce fuori, non solo la tecnica, ma il rapporto da persona a persona, vale a dire il cuore, senza il quale credo che anche la tecnica e le strutture riuscirebbero a fare poco.

E' qui il ruolo nel quale io mi trovo a giocare e a vivere. Il mio servizio all'interno della Chiesa e della comunità è quello di animare gruppi, associazioni e parrocchie a vivere un rapporto d'amore fra tutti e con tutti. Nessuno è diverso dagli altri; tutti sono figli di Dio, ogni persona ha la sua intelligenza, le proprie capacità, le sue difficoltà, i suoi limiti, ed è necessario non solo accogliere, ma convivere con tutti. Questo è il servizio che la Chiesa di Lucca mi ha affidato e vi assicuro che nonostante le mie povertà, che sono molte, non faccio altro.

L'altra attività è quella d'essere attento a chi si muove nel campo, della tossicodipendenza, della salute mentale, dell'immigrazione, delle povertà d'ogni tipo. E allora l'attenzione a promuovere progetti in collaborazione con tutti quelli che con amore sono al servizio dei disabili a suscitargli, ad accompagnarli, ad essere presente.

Per la salute mentale ricordo l'ENAIP con le case di Pieve S. Paolo e il *Cairos (la casa famiglia di Viareggio)*, con loro abbiamo collaborato attivamente e partecipato, e in questo momento, non so se è presente, io spero di sì, la Dott.ssa Rossella Pinochi, magari ci dirà di più, perché lei, per la Caritas è la responsabile di questo aspetto. In questo momento, il progetto che sta andando avanti è a Pieve S. Paolo, è la ristrutturazione di un vecchio immobile per ottenerne una casa di accoglienza per persone in doppia diagnosi e per persone che soffrono di Salute Mentale. La cooperativa "Giovani e Comunità" che ha esperienza in questo campo, poiché da molto tempo lavora a Villa Adelasia con soggetti che presentano queste problematiche è il soggetto col quale collaboriamo per il progetto di cui sopra. Il progetto si propone di aprire una casa all'interno della quale ci sia spazio per accoglienza diurna e lavoro per persone che altrimenti sarebbero escluse da ogni tipo d'attività e di rapporto con la comunità. Per questo alla casa vorremmo affiancare lavoro in agricoltura possibilmente con la costruzione di una serra.

Altri progetti stanno andando avanti, uno si è compiuto appena a Castelnuovo Garfagnana. Quando si parla di centri d'ascolto e di case della carità, vuol dire l'attenzione e la sensibilizzazione a tutte le povertà. In questa parola rientrano tutte le disabilità, i problemi che emergono all'interno delle comunità, della famiglia.

In questo momento anche altri tre progetti stanno andando avanti e sono abbastanza grossi, uno per la ristrutturazione di locali della parrocchia di Carraia per la costruzione di appartamenti in grado di accogliere le famiglie, anche di immigrati in difficoltà abitativa. Il progetto prevede l'accoglienza di famiglie per un tempo limitato, per il tempo di trovare una soluzione definitiva per le famiglie stesse.

Un progetto è con l'ANFFAS; l'Associazione si è proposta di dare avvio ad un ristorante che dia lavoro a ragazzi diversamente abili in particolare da ragazzi down, che hanno partecipato corsi di formazione e si sono preparati per questa attività. Il nostro ruolo. Il mio ruolo all'interno della Chiesa, è mettere il cuore nella sensibilizzazione. Lo faccio con povertà perché sono quello che sono, però vi assicuro che ce la mettiamo tutta.

Devo dire un'altra cosa per quanto riguarda le attività, anche se non collegata direttamente con una delle disabilità. Che sono molte, la nostra Caritas, fra le molte opere,

oltre alle case e alle attenzioni con il CEIS per il progetto “*Anna*”, e la Casa di S. Francesco, per altri progetti di questo genere, ha sul territorio circa dieci centri d'ascolto, da cui passano disabili d'ogni genere, compreso la disabilit  mentale, anche se non hanno una diagnosi del medico.

Abbiamo completato da poco il dossier del 2004, solo il centro d'ascolto diocesano ha ascoltato costantemente e non solo una volta sola oltre 400 persone o famiglie di Lucca.

Sono particolarmente lieto che ci siano iniziative come questa esse danno voce a chi non ha voce. Invito tutti a metterci il cuore, perch  si possa insieme costruire una comunit  a misura d'uomo e per tutti gli uomini e le donne.

Buon lavoro a tutti coloro che amano il fratello e la sorella che vivono il rischio dell'emarginazione e di nuovo grazie per avermi invitato e soprattutto per quanto fate.

Gemma Del Carlo

Ringraziamo il Diacono Fausto Simonetti. La nostra diocesi ha sempre dimostrato un impegno per la salute mentale.

Gemma Del Carlo

Vorrei tirare le fila ed elencare gli impegni che ogni partecipante al convegno dovrà assolvere nell'immediato.

AZIENDA USL 2 DI LUCCA:

- 1) Dall'Azienda USL ci aspettiamo, così come il Direttore Generale ci ha promesso stamani mattina, **l'incremento e il rimpiazzo del personale per l'U.F.S.M. Infanzia e Adolescenza e per L'U.F.S.M. Adulti Lucca e Val di Serchio**, recuperando anche il personale che in passato recente era in servizio. Prima della fine dell'anno L'Azienda non poteva assumere, ma ora credo che sarà possibile farlo, riprendendo le figure che già conoscono il territorio e i nostri pazienti; anche questo è un modo per favorire il risparmio.
- 2) Per quanto riguarda i mezzi di trasporto, occorre **dotare la salute mentale di adeguati mezzi di trasporto, per favorire il servizio territoriale.**
- 3) **Stilare per iscritto ogni progetto individuale e personalizzato e aggiornarlo via via con l'evolversi della situazione.**
- 4) **Attuare e dare avvio al progetto del C.S.M aperto 24 ore in Val di Serchio.**
- 5) Vi ricordo il problema a cui ha accennato Romana per quanto riguarda il rinnovo della patente, vi chiedo di farvene carico. Non è giusto che chi prende farmaci debba fare delle visite annuali di controllo per il rinnovo della patente pagando ogni anno il certificato. E' giusto fare il controllo ogni anno, ma chiediamo che venga **abolita la tassa per i controlli annuali della patente per tutti coloro che hanno problemi di salute e che la tassa sulla patente venga pagata ogni 10 anni come prevista per tutti i cittadini.**
- 6) **Mettere in cantiere e realizzare nel prossimo anno una comunità terapeutica protetta che potrebbe evitare il ricovero nell' S.P.D.C. e il protrarsi in esso e, inoltre, utilizzare la stessa struttura per emergenze varie.** Questa struttura avrebbe più funzioni, non dovrà diventare un altro ospedale, ma deve essere una struttura transitoria, che alleggerisca gli SPDC, rendendoli utilizzabili per chi ha bisogno veramente.

7) Partecipazione ai progetti individuali e personalizzati da parte dei medici di medicina generale.

8) Partecipazione delle associazioni con i SERVIZI di SALUTE MENTALE nella fase di progettazione dei programmi annuali, ancora non siamo stati convocati.

COMUNI:

Reperire abitazioni per dare piena attuazione al progetto Arcipelago dall' Az. USL2 che consente di evitare il ristagno nelle case famiglia intermedie.

PROVINCIA:

“Centro per l'impiego”: inserimento lavorativi con accompagnamento di un tutor.

Ringraziamo l'Assessore al Lavoro, anche se oggi assente, e ringraziamo anche la Dott.ssa Pescatori, però dovranno prendere degli impegni più corposi. Anche il tutor non dovrà più essere pagato dall'Aziende, ma dovrà farsene carico la Provincia.

CARITAS DIOCESANA:

Ringraziamo la Caritas diocesana che ha dato segnali concreti, però vorremmo che si facesse portavoce con le parrocchie, per una **migliore accoglienza di queste persone.**

ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI E UTENTI:

Stimolare le istituzioni a fare ciò che a loro compete, aiutare i familiari e gli utenti a ritrovare il proprio ruolo e al tempo stesso coinvolgere i cittadini nell'integrazione sociale, con iniziative di informazione, promozione e di sensibilizzazione alla salute mentale, poiché è attraverso la conoscenza, lo sperimentiamo ogni giorno, che si abbatte il pregiudizio.

All'accoglienza potete trovare un libretto con le testimonianze di alcuni volontari, che sono state raccolte e curate da Chiara e Antonella.

Ringraziamo di vero cuore i volontari per la loro dedizione. Queste persone hanno bisogno di affetto e trovandolo riescono ad aprirsi e a integrarsi.

Diamo ora spazio al dibattito.

DIBATTITO

Donatella Lazzarini, volontaria AVO

Rappresento l'AVO e già in altri momenti ho fatto presente, anche su sollecitazione del Dott. Marchi, che come volontari abbiamo iniziato a fare il lavoro all'interno del reparto di diagnosi e cura. Sono d'accordo sul fatto di ridurre al massimo il numero di ricoveri, però poiché c'è la necessità, dobbiamo impegnarci tutti a rendere il ricovero più vivibile possibile. Ho visto con la nostra piccola esperienza, piccola perchè siamo in pochi e non facciamo un grandissimo lavoro, che la nostra presenza serve ad alleviare le difficoltà del ricovero, a portare un piccolo contributo di esperienza, di mondo esterno all'interno dell'ospedale. Per cui dico di cercare di fare qualcosa in più per cercare di rendere più accogliente anche quell'esperienza, perché portare fuori queste persone, parlarci, le toglie dal momento pesante del ricovero e dalle esperienze negative che ci sono di malati con diagnosi e patologie diverse. Questa esperienza va sostenuta, e bisognerebbe trovare altri volontari, perché andrebbe intensificata parecchio. Questo piccolo intervento è per dire che questa esperienza può essere utile per migliorare le condizioni di vita all'interno dell'ospedale. Ho visto che il discorso non si ferma qui, quando abbiamo conosciuto i malati all'interno dell'ospedale, non li possiamo abbandonare, ma li andiamo a trovare a casa, cercando di aiutarli nei loro bisogni, per cui si attivano le varie risorse. Per cui mi sembra che sia un servizio da sostenere e da incentivare. Noi avremmo bisogno di più volontari e di maggiori risorse all'interno dell'ospedale, per creare dei momenti ricreativi, specialmente nel pomeriggio. Gli infermieri fanno tanto; sono stata presente a casi particolarmente aggressivi con patologie piuttosto gravi, è chiaro che in questi casi tutto il personale viene polarizzato intorno a loro, di conseguenza la nostra presenza è stata utilissima per alleviare queste situazioni di gravità e di emergenza. Grazie.

Gemma Del Carlo

Certamente il volontariato è un valore aggiunto.

Nadia Buonamici, Responsabile Casa Famiglia La Magnolia

Buonasera, sono la Dott.ssa Buonamici, sono la responsabile di una casa famiglia a Lucca, sono psicoterapeuta e psicologa. Vorrei porre l'attenzione su una questione che è soprattutto degli operatori. Gli operatori all'interno delle case famiglia sono sottoposti a un lavoro stressante e poco riconosciuto. Si parla sempre del malato mentale perché lavoriamo con queste persone, però a mio avviso dovremmo porre l'attenzione anche alla

formazione degli operatori, cioè un occhio rivolto alla formazione degli operatori e soprattutto agli incontri di gruppo, in modo tale che gli operatori che sono a stretto contatto continuamente con queste persone possano avere una possibilità di digerire tutte le situazioni emozionali così forti che portano nella relazione. Mi veniva in mente quello che diceva la collega, con questi malati che hanno queste patologie sia dal punto di vista cognitivo, dell'intelligenza, ma anche dal punto di vista della patologia psichiatrica, ma anche quelli che hanno patologie soltanto psichiatriche gravi, questi operatori vanno in burn out, sono sovraccaricati. Secondo me ce ne dimentichiamo perché sembra sia facile fare questo lavoro, in realtà è un lavoro che richiede molte energie, ma spesso è poco riconosciuto, cioè non si pensa a quanto sia difficile il contatto con la malattia mentale. Per cui volevo rivolgere la mia attenzione su questa questione che secondo me è fondamentale, e cercare di attivare un po' di più delle supervisioni, che ci sono già, però se si potesse avere qualcosa di più, si lavorerebbe molto meglio. Grazie.

Gemma Del Carlo

Anche noi chiediamo un personale aggiornato e preparato.

Siham Bovanani, psichiatra

Vorrei collegarmi al discorso della psicologa precedente, chiedendo sostegno agli addetti al lavoro. Noi lavoriamo, e poi abbiamo la nostra vita di relazione, mentre i pazienti devono stare lì, per cui dobbiamo cambiare modo di fare, di pensare e decidere. Se decidiamo di dedicarci ai pazienti psichiatrici, dobbiamo avere noi la forza per poter affrontare questo tipo di problematiche. Se poi non ce la facciamo, cambiamo tipo di lavoro, altrimenti chi cura il malato, è più malato di lui, e il problema diventa più grande e non sappiamo più distinguere tra chi curare e chi deve fare assistenza. Mi sento di sostenere Giacomo, che sta dicendo una verità, che esprime in maniera tutta sua in questo momento, ma che va comunque rispettata.

CONCLUSIONI

Gemma Del Carlo

Passo la parola al Direttore Sanitario, Dott. Roberto Biagini.

Roberto Biagini, Direttore Sanitario Azienda USL 2 di Lucca

Mi sono molto utili gli incontri di questo tipo perché come saprete non è molto che sono arrivato, ma una delle prime cose che ho fatto appena sono arrivato è stato incontrarmi con il Dott. Marchi per vedere l'SPDC, per rendermi conto. Questo è uno di quei settori per il quale il Direttore Sanitario, appena arriva in un'Azienda, deve avere a cuore di capire subito quale sia la situazione. Mi ha presentato il reparto, gli ospiti, il personale, mi ha detto quali sono gli sviluppi che si sarebbero concretizzati, che devono andare avanti, l'apertura, il giardino. Di iniziative sulla salute mentale ce ne sarebbero da dire molte, in programmazione da tempo, confermate quest'anno. Mi soffermerò su alcuni aspetti emersi, in parte dagli interventi di stamani, in parte dal dibattito di oggi pomeriggio e poi su alcune richieste che nascono da quello che è il sentire, che poi viene espresso dalla Presidente, da parte delle famiglie del nostro territorio. Devo dire che oggi ho conosciuto personalmente e fortunatamente esperienze di cui avevo sentito parlare e di cui avevo letto, e poi le ho viste rappresentare, perché da quando sono qui l'unica a cui in qualche modo ho partecipato alla nascita è stata quella del centro diurno Insieme, perché è stata un'iniziativa nata proprio in questi ultimi periodi. Per il resto, e me ne compiaccio, di quante ve ne sono, di quanto sono vive, di quanto entusiasmo c'è, è stato espresso e quindi, anche pensando alla Provincia da cui vengo, da Pistoia e alle esperienze che vi sono, posso dire che qui vi è una ricchezza di esperienze, però non bisogna mai essere contenti, giustamente come nessuno di noi deve essere mai appagato da quello che fa. Intanto, una risposta alla collega, ma un po' a tutti coloro che rappresentano le varie strutture. L'Azienda Sanitaria, in questo settore, ma un po' come in tutti gli altri, quando ha il rapporto con enti e strutture che non sono strutture dell'Azienda, ma sono in convenzione o sono privato, l'Azienda Sanitaria considera questi rapporti come se queste strutture fossero, e sono, parte integrante della stessa rete. Quindi, formazione o qualsiasi altro tipo di rapporto: non è che il confine del Dipartimento di Salute Mentale o dell'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti, Infanzia e Adolescenza si ferma all'ambito delle proprie strutture o del personale presente, ma arriva oltre. Quando un'Azienda si convenziona, io so che nei corsi di formazione che vengono fatti vengono indicati anche gli

operatori, ma mi sembrava che ci fosse già la consapevolezza di questo, ma si chiedeva qualcosa di più. Allora, è un problema formativo. All'inizio dell'anno si fa la programmazione di tutto, si fa la programmazione anche della formazione, è anche il momento buono per porlo esattamente ai colleghi che sono l'estensione di questo che oggi è lo spaccato del settore della salute mentale. Voi siete una struttura come è la struttura del Dott. Enrico Marchi, del Dott. Mario Betti, della Dott.ssa Favatà. Cioè voi siete una struttura di riferimento, svolgete quella parte di attività e quindi in questo massima apertura, perché deve essere così, così come è il rapporto con le case di cura private, che trattino chirurgia, ortopedia o oculistica. In questo ringrazio l'Associazione **F.A.S.M.** e tutte le associazioni per il contributo che danno, perché sono un lavoro prezioso. Giacomo ha posto un problema su cui tutti noi dobbiamo riflettere in maniera molto forte, perché per quanto si sia fatto molto fino ad ora, possiamo fare molto di più. Uscire dall'inserimento lavorativo, il primo passo, arrivare fino all'inserimento da parte di ditte, non deve essere un caso isolato, ma deve essere una strategia verso la quale questo tipo di lavoro deve condurre. Io, nel costruire un'esperienza nella Provincia di Pistoia, in Val di Nievole, di cui si è fatto carico poi il Dott. Vito D'Anza quando è arrivato, della cooperativa che poi è diventata un insieme di cooperative, in cui si sono trovati insieme varie problematiche, compresa quella della salute mentale, siamo andati a vedere altre realtà, come Bologna, esperienze di questo tipo come si sono sviluppate in attività commerciali che hanno dato un vero lavoro a soggetti che hanno iniziato un inserimento lavorativo in settore della pulizia, del giardinaggio, delle lavanderie.

Ci sono delle potenzialità che dobbiamo sfruttare, e su questo credo che, ne parlavamo prima con il Dott. Elmi, uno dei primi impegni che dobbiamo prendere, visto anche il tema che abbiamo affrontato oggi, di cui l'inserimento lavorativo fa parte integrante di quel progetto individuale, ma fa parte integrale di quel progetto più ampio che è il Piano Integrato di Salute, perché se il nostro obiettivo deve essere nel Piano Integrato quello che oggi abbiamo dibattuto, sulla salute mentale, dobbiamo coinvolgere tutto il resto della società e attivarsi affinché ci sia un'esperienza di questo tipo, magari anticipata da un gruppo di lavoro fatto non soltanto da rappresentanti dell'Azienda o del mondo qui rappresentato, ma proprio del mondo dell'imprenditoria, dell'amministrazione comunale, affinché si possa preparare un'altra occasione in cui si definiscano dei percorsi da inserire nei Piani Integrati di Salute e degli impegni che vengono presi dalla società, dalla comunità della Piana e della Valle, perché ci siano delle prospettive così come stava indicando Giacomo, delle prospettive di lavoro vero che poi devono attendere chi prima chi

dopo in uscita agli inserimenti lavorativi. E a questo proposito, non voglio fare l'avvocato difensore di Del Ghingaro, perché credo che si sappia difendere da solo, ma credo che domani quando Gemma lo sentirà, le dirà una cosa che è emersa ieri dalla Conferenza dei Sindaci, che ha preso l'impegno di fare una seduta specifica sulla salute mentale, quindi la conferenza plenaria dedicherà una seduta specifica alla salute mentale, prossimamente. Anche a me dispiace dell'assenza, però il fatto che abbia preso questo impegno politico importante, credo che sia significativo. Non credo che sia mai avvenuta una cosa di questo genere, quindi vuol dire che è sentito il problema e i comuni si vogliono impegnare, perché anche loro hanno le stesse problematiche di risorse che hanno le aziende USL e tutte le strutture pubbliche, ma nonostante questo vogliono fare il punto della situazione e hanno preso questo impegno. Con loro dobbiamo riprendere l'argomento della questione degli alloggi e degli inserimenti lavorativi, di questa strategia che deve portare a questa prospettiva di stabilizzazione per molti che iniziano questo percorso, anche perché il tessuto è sano, c'è tanta ricchezza di iniziative. E veniamo un po' di più nello specifico agli impegni a cui faceva riferimento Gemma, come l'auto, sono questioni importantissime, ma superabili, nel senso che sono più semplici di molte altre. Mi sono segnato la questione della patente e mi faccio carico di verificare quello che è possibile fare, perché mi sembra giusto.

Per quanto riguarda il personale, parto dal personale perché non più tardi di stamani abbiamo assunto un'altra logopedista per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, stabilizzando un rapporto di lavoro, ma non si è fatto perché oggi c'era la conferenza, ma si è fatto perché c'è un programma scadenzo di ingressi di stabilizzazione di situazioni precarie sul personale che riguarda sia il personale tecnico o professionale in questo caso logopediste o infermieri, così come anche il personale medico, che va stabilizzato. Anche sulla salute mentale adulti, in questo anno vogliamo dare stabilizzazione. Non è solo sulla salute mentale, è un problema di carattere generale, sul quale ci siamo presi un impegno di portare stabilizzazione. Non ce la facciamo quest'anno a portare stabilizzazione a tutta l'Azienda, anzi sicuramente non ce la faremo per tutta una serie di vincoli, parlo dell'Azienda anche fuori della salute mentale, perché situazioni di precarietà ci sono in tutti i settori. Però nei settori critici, come questo, come il pronto soccorso, abbiamo attivato anche lì un concorso per dare stabilizzazione, anestesisti, e poi proseguiamo per altri reparti. Perché la questione della precarietà della presenza di contratti di tipo professionale, di contratti temporanei o non stabilizzati, crea non solo un'insicurezza e discontinuità nell'assistenza, ma si lavora peggio, chi ne è

protagonista e tutta la struttura, quindi dobbiamo tendere a questo tipo di stabilizzazione. E questo è un impegno che non è da poco. Nell'arco di questo mandato, di questi tre anni che si presentano davanti, fino alla scadenza del mandato del Direttore Generale, mio e del Direttore Amministrativo, ci siamo posti questo obiettivo.

Sul progetto individualizzato scritto, mi è sembrato di capire che in realtà si fa, questo è un richiamo di tipo più professionale che altro, che non sia un adempimento burocratico. L'invito è che se lo è già c'è un bisogno di un maggiore coinvolgimento, c'è il consenso informato, cioè c'è tutta una problematica, cioè è un piccolo piano di salute individuale che deve trovare il consenso del soggetto che è coinvolto. Tra l'altro è in fase di definizione tutta la fase di informatizzazione della salute mentale e quindi credo che questo aiuterà molto. Non sono tante le aziende che hanno un'informatizzazione della salute mentale e quindi questo è un elemento che aiuterà.

Nell'ambito della zona distretto, un altro aspetto che riguarda il personale che si sta modificando e che aiuta, anche se non è direttamente inserito nella salute mentale, perché è parallelo e integrato con le attività del dipartimento, è quello dell'assistenza domiciliare, dell'ADI, della creazione del centro operativo dell'assistenza domiciliare per ogni zona distretto, e dell'apertura dal 28 di febbraio nella Piana e da marzo nella Valle, sulle 12 ore. Quindi questo fino ad ora era solo la mattina, e l'apertura sulle 12 ore è già un bel salto in avanti, in questo rapporto che c'è già tra il personale per la salute mentale e il personale dell'assistenza domiciliare, perché non dimentichiamoci che molto spesso le problematiche di carattere organico, psichico sono presenti negli stessi soggetti e hanno bisogno di un approccio integrato del personale dell'assistenza medica e infermieristica. E allora non si può avere un centro di salute mentale che lavora sulle 12 ore e un'attività sanitaria di comunità con assistenza domiciliare per la parte organica per 6 ore. Bisogna che le cose marcino parallelamente, in maniera integrata e che la risposta sia completa. Poi ci saranno altri passaggi da affrontare e poi li affronteremo, perché la giornata è lunga, però come diceva la Sig.ra Gemma Del Carlo è un percorso avviato, che sta cominciando a dare i suoi frutti e noi crederci, perché si vedono i frutti.

Lascio il discorso sul personale, perché vorrei rientrare sulle strutture. Sulla questione che sollevava Gemma Del Carlo, in una manifestazione regionale è stato dato dal Coordinamento a ogni azienda una riflessione, che è stata quella di istituire una struttura residenziale protetta per prevenire i ricoveri. Insisto su questo punto di prevenire i ricoveri e il protrarsi negli SPDC e per emergenze varie. Sono tre aspetti che a seconda dell'Azienda possono avere una maggiore o minore valenza, necessità a seconda della

tipologia della risposta. Ci dobbiamo riflettere bene. Raccolgo l'invito a riflettere bene su questo tema, dobbiamo analizzare di cosa c'è bisogno nella nostra Azienda. Già alcune cose sono assodate e stanno andando avanti. Nella Valle, a Fornaci, otto posti letto per una struttura residenziale ad alta intensità, non è ancora partita la costruzione, però c'è il progetto esecutivo, si sta andando avanti e in questo triennio vorrei vedere l'inaugurazione, vorrei vedere una struttura di questo tipo, che nasce ex novo. Tra l'altro è in una porzione molto importante, perché è vicina al centro di salute mentale e quindi può avere un'attività sinergica con il centro di salute mentale. E qui vengo a un altro elemento di novità: l'Azienda di Lucca con quella di Pistoia siamo le uniche due aziende toscane individuate per la sperimentazione di un centro di salute mentale, si sta riflettendo sul progetto, tanto che siamo in grado di aprire un confronto tecnico su questo, che può vedere la nascita anche differenziata e soprattutto in Valle dove non ci sono SPDC un'operazione di questo genere ha sicuramente una diversa accezione rispetto a farlo nella Piana. Dobbiamo poi confrontarci e vedere come poter partire, perché poter partire con l'individuazione anche di letti di osservazione, e l'attivazione di attività di day hospital, cioè si tratta di attivare delle modalità di approccio differenziato. Come ho detto nell'intervento iniziale nella tavola rotonda, noi dobbiamo riuscire a dare una risposta differenziata a tutte le varie domande e a tutti i vari bisogni che riusciamo a cogliere o che si presentano. E per riuscire a darle in maniera differenziata, dobbiamo mettere nelle condizioni strutturali e organizzative tali da poter rispondere a tutto. E' un elemento importante, è può essere oggetto di analisi anche delle altre aziende toscane, noi dell'area vasta nostra e Pistoia dell'area vasta sud e saremo uniche due aziende in Toscana oggetto di analisi da parte delle altre aziende e forse anche del resto di Italia perché non sono molte le esperienze in questo senso a progettare a mettere in piedi un'operazione di questo tipo. E' evidente che un'operazione di questo tipo non possiamo immaginarci che sia a costo zero. Quindi anche su questo dobbiamo fare delle riflessioni e vedere come investire. Bisogna risparmiare da qualche parte, perché da come l'ha impostata giustamente il Direttore stamani, noi abbiamo questi 383 milioni e dentro quelli dobbiamo stare. La riflessione può essere fatta sui ricoveri che sono attualmente in altre strutture esterne all'azienda, cioè ci possono essere tanti elementi. Ad esempio, in Valle nel presidio abbiamo già ridotto da quattro posti letto a due posti letto e tutto sommato si riesce a reggere in questo momento con due posti letto nella SPDC. Per la Piana c'è stato il trasferimento alla Casina Rossa. Ora sorvolo su tanti aspetti positivi. Sulla Piana c'è un gruppo appartamento di due unità, una di prossima apertura per il progetto Arcipelago. Quindi di strutture ce ne sono.

Io non so se c'è qualcosa che mi sono dimenticato, se mi sono dimenticato qualcosa ci sentiamo con Gemma Del Carlo che sicuramente me lo ricorderà.

Mi complimento con tutti, vi ringrazio per l'attenzione e mi scuso se sono stato un po' lungo, ma bisognava tirare le fila di una serie di questioni.

Gemma Del Carlo

Grazie.

Diamo la parola al Dott. Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana e all'Assessore Pellegrini, Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca.

Galileo Guidi, Responsabile Salute Mentale Regione Toscana

Ringrazio gli organizzatori, è stata una giornata interessantissima sono state dette moltissime cose, si rischia di ripetersi. Mi vorrei soffermare un attimo su l'obiettivo che ci ricordava Sarlo, di riuscire, in tempi non biblici, a dare una risposta ai vari Francesco, Carlo. Anche nella esperienza professionale ho avuto un amico che si chiamava Emilio, invece che Francesco, che è morto solo in un piccolo paese di montagna. Questi sono i casi più difficili ed è a loro che dobbiamo dare risposte. Qui a Lucca c'è Gemma, ma quelli che tu hai ricordato spesso non hanno nessuno che li tutela e li rappresenta.

Le decisioni che riguardano il modo di utilizzare le risorse in ambito di salute mentale vanno assunte in base ai dati conosciuti e dobbiamo e non solo sulle opinioni. Infatti spesso si discute e si decide sulle opinioni e non sui dati, e questo modo di procedere non produce niente di buono.

L'altro argomento importante che è stato trattato è la necessità del Piano Terapeutico Personalizzato. Non abbiamo dati precisi ma molto spesso non si fa o si fa poco, il fatto stesso di chiederlo stimola reazioni diverse nell'interlocutore. Anche l'affermazione prevista nel Piano Sanitario Regionale della non contenzione, è un approccio teorico e nella stesso tempo pratico che tende a modificare i comportamenti professionali che ad oggi sono presenti in modo limitato. Scrivere un piano terapeutico riabilitativo personalizzato richiede, così come indica il PSR, richiede un cambiamento del modo di lavorare un concetto fondamentale perché il piano deve essere condiviso e sottoscritto dal paziente o da chi lo tutela. Si apre il grande tema del consenso informato che in questo momento non abbiamo la possibilità di aprire e che dovrà essere oggetto di un prossimo incontro.

David Pellegrini, Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Lucca

Mi mettete un po' di difficoltà come ultimo intervento! Tra l'altro stamani mi sono dovuto assentare, quindi mi sono perso un po' di cose, anche se so che i miei colleghi sono stati qui e so che sono emersi diversi punti che poi riprenderemo come Provincia. Concludo dicendo due cose che mi riguardano come Provincia: uno è il fatto che da tante esigenze, dagli operatori, dagli utenti, mettiamoci un po' tutti dentro, emerge una cosa un po' scontata, cioè che questa cultura della solidarietà deve pervadere le esperienze di ciascuno. Ciascuno ha delle professionalità, ma se in questi ruoli non mettiamo questa marcia in più, si fatica molto di più. Mi sentivo alla fine di sottolineare questo aspetto, che poi è quello che nella quotidianità delle esperienze può risultare molto concreto, e non astratto come l'ho detto io.

E poi un'altra cosa sui propri ruoli: la Provincia ha tra i propri ruoli sicuramente il lavoro, e riguardo questo vorrei dare una notizia, cioè stiamo mettendo a punto una delibera provinciale, cominciamo noi a dare un esempio, che prevede che il 30% degli affidamenti che come servizi tecnici possiamo dare sia riservato alle cooperative B. Già l'anno scorso avevamo inserito questa indicazione negli indirizzi di bilancio per i vari dirigenti, quindi era stato un primo passaggio. Quest'anno inseriamo questo ulteriore passaggio, ovviamente con il consenso dei vari dirigenti e quindi istaurando un rapporto di fiducia e di conoscenza per le varie realtà, perché altrimenti non si va da nessuna parte, ma rimane solo un fatto concreto. Altri piccoli fatti concreti, non so se già il Presidente ha accennato qualcosa, quello sulla casa, sul ristorante, sull'integrazione degli osservatori come Provincia, abbiamo il sociale e il lavoro che stanno cercando di mettere un po' più a sistema queste due realtà, i vari contributi, che sono piccoli regali economici che diamo alle associazioni, ma che moltiplicano anche il valore di tante iniziative. Sono cose che credo siano importanti da ricordare. Sentivo poi questo problema della patente, io come Provincia, anche se non è il mio compito però posso indicare e magari con la Sig.ra Gemma si può buttar giù qualcosa, anche un o.d.g. che potrebbe spingere chi di dovere a vedere come risolvere questa cosa.

Ringrazio tutti quelli che hanno partecipato e che mettono le loro risorse a disposizione di questo argomento, perché come struttura pubblica e come Provincia ci sta a cuore che queste stanze siano uno strumento per dimostrare concretamente questa solidarietà che cerchiamo di avere. Grazie.

Gemma Del Carlo

Essere ospiti in questo palazzo dà dignità alla salute mentale.

Vorrei rivolgermi all'amministrazione provinciale che ha due Aziende USL, l'Azienda 2 di Lucca e l'Azienda 12 della Versilia. Avremmo voluto organizzare questo convegno insieme all'Azienda USL della Versilia, ma ci è sembrato più giusto fare un convegno separato, perché i problemi sono diversi. Se la Provincia ci aiuterà a organizzare un convegno in Versilia, la **F.A.S.M.** parteciperà volentieri, però noi non abbiamo risorse per farlo. Sappiamo che da parte di alcuni responsabili della Azienda. USL Versilia c'è la volontà di organizzare un convegno, e anche la Regione Toscana sarebbe d'accordo. Credo che sia importante uniformare in tutta la Toscana un modo di lavorare simile, ovviamente calato nelle varie realtà.

Vi informo che domenica mattina prossima la Presidente Nazionale dell'UNASAM, a cui aderiamo, sarà presente nella trasmissione di Rai Uno a Sua Immagine, in occasione del messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato.

Grazie e buon lavoro a tutti quanti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Soddisfazione per la grande partecipazione e per l'ampio consenso suscitato da questo convegno che ha continuato a livello locale le riflessioni a cui si è pervenuti dopo quello regionale svoltosi a Firenze il 15 novembre 2005, organizzato dal Coordinamento Toscano per la Salute Mentale, a cui la **F.A.S.M.** aderisce insieme alla Regione Toscana. Significativa per noi è stata la presenza della Regione Toscana con il Dott. Michele Lanzi che ha portato i saluti degli Assessori della Regione Toscana, Enrico Rossi e Gianni Salvadori e che è rimasto con noi tutta la mattina e della Dott.ssa Mirta Gonnelli e in particolare del Dott. Galileo Guidi, Responsabile della Salute Mentale della Regione Toscana, che è intervenuto ribadendo anche l'importanza dei dati e ha poi seguito i lavori per tutta la giornata.

Molto gradita è stata la presenza dell'Arcivescovo di Lucca che ha sottolineato, fra l'altro, il forte richiamo all'opinione pubblica che è emerso dal messaggio del S. Padre, il quale invita tutti a prendersi cura delle persone con disturbi mentali, ricorrendo la XIV Giornata Mondiale del malato. Apprezzato anche l'intervento del Direttore Generale dell'Azienda USL 2 di Lucca Ing. Tavanti che è rimasto con noi tutta la mattina e ha affermato che bisogna spendere bene le risorse a disposizione in questi momenti difficili. Il Direttore è rimasto con noi tutta la mattina, delegando poi il Direttore Sanitario a rappresentarlo nella Tavola Rotonda del pomeriggio. Da parte delle associazioni dei familiari e degli utenti è stata manifestata la soddisfazione, ma, anche la insoddisfazione circa le risposte che attualmente vengono offerte dai vari servizi socio-sanitari. E' stato inoltre evidenziato con rammarico l'abbandono degli edifici dell'ex O.P. di Maggiano. Diverse leggi finanziarie hanno stabilito che il ricavato della vendita dei beni degli ex O.P. sia destinato ai servizi territoriali per la salute mentale. Ciò non è avvenuto: speco di potenziali risorse!!!

Lo scopo delle riflessioni sui lavori della mattina e, quindi, l'intento da parte di tutti i relatori presenti, è stato proprio quello di integrare il proprio operato e le proprie scelte, anche politiche e organizzative previste dal Piano Sanitario Regionale, al fine di promuovere progetti di intervento individuali e personalizzati. Questi devono pertanto tendere ad essere "interventi mirati alla cura e all'integrazione sociale e riabilitativa", e tesi pertanto alla rilevazione dei bisogni individuali e alla loro potenziale risoluzione e, come tali, devono prevedere 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. Nel dibattito che è seguito, da parte di una assistente sociale, sono emerse le difficoltà che la stessa, avendo tanti pazienti da seguire, non può fermarsi a progettare individualmente e, quindi, può solo rispondere alle varie emergenze. Fra i vari interventi che sono seguiti merita ricordare quello del Sindaco di Porcari Luigi Rovai, il quale ha testimoniato l'esperienza lavorativa avuta con cooperative di tipo B e che ha assegnato a quest'ultime un appalto senza gara; mentre l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Capannori Luca Menesini ha sottolineato l'importanza del progetto individuale personalizzato, poiché avendo affidato una casa a un cittadino che era in carico ai servizi di Salute Mentale dell'Azienda USL 2 di Lucca, dopo pochi giorni, lo stesso ha rifiutato la casa: questo fa supporre che il suo percorso non fosse stato progettato in modo appropriato!

E' seguita nel pomeriggio la tavola rotonda sul tema proposto "Progetto individuale Personalizzato alla luce dei Piani di Salute Integrati per la Salute Mentale". Grande delusione ha causato l'assenza del Presidente della Conferenza dei Sindaci, che però ha fatto sapere che indirà **una riunione plenaria nella prossima Conferenza dei Sindaci, specifica per la Salute Mentale**. Sono succeduti altri interventi e il costruttivo confronto ha confermato come il Progetto Individuale Personalizzato e i Piani di Salute Integrati che la Regione Toscana indica come strumento per risolvere le problematiche della Salute Mentale, non siano altro che la piena realizzazione della coordinazione, condivisione e attuazione tra l'Azienda USL, gli Enti Locali, le cooperative sociali e le associazioni di volontariato. Ci auspichiamo che questo diventi un concreto metodo operativo da parte di tutti i servizi territoriali.

Consapevoli di aver compiuto solo l'inizio di un lungo cammino, che deve **radicarsi in questa che deve essere una fondamentale integrazione e collaborazione tra i vari servizi**, auspichiamo vivamente che venga applicato quanto previsto dalle normative circa queste tematiche.

Alla conclusione dei lavori del convegno elenchiamo gli impegni presi da assolvere nell'immediato :

AZIENDA USL 2 DI LUCCA:

- 1) Rimpiazzare e integrare il personale cercando di recuperare gli operatori che già hanno operato in questo settore per l'U.F.S.M. Infanzia e Adolescenza e per L'U.F..S.M. Adulti Lucca e Val di Serchio.
- 2) Dotare la salute mentale di adeguati mezzi di trasporto, per favorire il servizio territoriale.
- 3) Stilare per iscritto ogni progetto individuale e personalizzato e aggiornarlo via via con l'evolversi della situazione.
- 4) Attuare e dare avvio al progetto del C.S.M aperto 24 ore in Val di Serchio.
- 5) Abolire la tassa per i controlli annuali della patente per tutti coloro che hanno problemi di salute e far pagare la tassa sulla patente ogni 10 anni come prevista per tutti i cittadini.
- 6) Mettere in cantiere e realizzare nel prossimo anno una comunità terapeutica protetta che potrebbe evitare il ricovero nell' S.P.D.C. e il protrarsi in esso e, inoltre, utilizzare la stessa struttura per emergenze varie.
- 7) Partecipazione ai progetti individuali e personalizzati da parte dei medici di medicina generale.
- 8) Partecipazione delle associazioni con i SERVIZI di SALUTE MENTALE nella fase di progettazione dei programmi annuali, ancora non siamo stati convocati.

COMUNI:

Reperire abitazioni per dare piena attuazione al progetto Arcipelago dall' Az. USL2 che consente di evitare il ristagno nelle case famiglia intermedie.

PROVINCIA:

"Centro per l'impiego": inserimento lavorativi con accompagnamento di un tutor.

CARITAS DIOCESANA:

Coinvolgere le parrocchie affinché ci sia più accoglienza.

ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI E UTENTI:

Stimolare le istituzioni a fare ciò che a loro compete, aiutare i familiari e gli utenti a ritrovare il proprio ruolo e al tempo stesso coinvolgere i cittadini nell'integrazione sociale, con iniziative di promozione e di sensibilizzazione alla salute mentale.

Il 27 Marzo c.m. c'è stata la Conferenza dei Sindaci, specifica per la Salute Mentale, a seguito dell'impegno preso dopo il convegno. E' iniziato così un percorso nuovo che coinvolgerà tutti i Comuni. Confidiamo nella sensibilità per la Salute Mentale del Presidente della Conferenza dei Sindaci Giorgio Del Ghingaro che ha affermato che si impegnerà a attivare dei tavoli di confronto, partendo dai progetti individuali e attivando i piani di salute integrati, dove ogni soggetto dovrà fare concretamente ciò che gli compete nel rispetto delle leggi.

Gemma Del Carlo

Presidente dell'Associazione **F.A.S.M.**

e del Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale

L'Associazione **F.A.S.M.** si è costituita a Lucca il 28- 02- 1992, è iscritta all'Albo Regionale delle Associazioni di Volontariato con DPGR 194 in data 11-03-1994. Aderisce al Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale.

Lo scopo principale dell'Associazione **F.A.S.M.** è quello di tutelare i diritti delle persone socialmente svantaggiate, con particolare attenzione ai disabili psichici e alle loro famiglie, facendosi loro portavoce. L'Associazione si impegna nella loro promozione umana, morale, culturale, professionale, nonché nell'inserimento sociale e lavorativo.

L'Associazione offre:

- servizi di ascolto, su appuntamento
- gruppi di auto-aiuto
- corsi di formazione per volontari
- incontri e colloqui per supporto psicologico ai familiari degli utenti
- convegni e conferenze sui problemi, le strutture, le terapie relative al disagio psichico
- corsi di informazione sul disagio psichico
- incontri e dibattiti di promozione alla salute mentale
- informazioni sugli aspetti giuridico-legali relativi al disagio psichico

Organizza nell'ambito del progetto **"ESCI CON NOI"** con famiglie, volontari, obiettori di coscienza, volontari del servizio civile, momenti di socializzazione e integrazione nel tempo libero e in luoghi di aggregazione (sport, spettacoli, gite, escursioni, cene, visita e shopping in città e giochi vari) e incontri di biodanza nel Progetto "Danzare la Vita".

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



Associazione Famiglie Salute Mentale

Via Simonetti – 55100 S.Vito – Lucca, Tel e fax 0583.440615

Sito:www.fasm.it; e-mail: associazione@fasm.it

Sede del Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale

Si ringrazia

Azienda USL 2 Lucca per la stampa di questa pubblicazione

Tutti i volontari e i familiari

I Soci e gli Amici sostenitori

Regione Toscana

Provincia di Lucca

Comune di Lucca

Circoscrizione 2 del Comune di Lucca

Comune di Capannoni

Conferenza dei Sindaci Azienda USL 2

Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca

Fondazione Banca del Monte di Lucca

Delca S.p.A.



Associazione Famiglie Salute Mentale

Via Simonetti – 55100 S.Vito – Lucca, Tel e fax 0583.440615

Sito: www.fasm.it; e-mail: associazione@fasm.it

Sede del Coordinamento Toscano Delle Associazioni Per La Salute Mentale

