



A. I. T. S. A. M. ONLUS

ASSOCIAZIONE ITALIANA TUTELA SALUTE MENTALE

SEZIONE SINISTRA PIAVE

ASSEMBLEA DSM ULSS7 26 FEBBRAIO 2007

Ringraziamo per l'opportunità che ci viene offerta, anche quest'anno, di sottoporre all'attenzione della Direzione dell'Ulss, dei Sindaci della Conferenza e degli operatori del DSM alcune riflessioni come Associazione di utenti e familiari.

A distanza di 14 mesi dalla precedente assemblea del DSM (dicembre 2005!), rimangono in gran parte aperti e insoluti i problemi allora evidenziati e che tornerò a sottolineare.

UNA ANNOTAZIONE POSITIVA

In apertura desidero dare atto, in particolare alla Conferenza dei Sindaci, dell'effetto positivo avuto del loro farsi maggiormente carico dell'onere economico per l'utilizzo, a fine riabilitativo, delle strutture residenziali socio-sanitarie C.A. e G.A. Nel corso del 2006 infatti le 3 Comunità alloggio e l'appartamento di Parè sono stati utilizzati più che in passato, essendosi ridotto sensibilmente l'onere a carico delle famiglie, favorendo così un maggiore turn-over di pazienti dimessi dalle due Comunità protette di Susegana e Vittorio Veneto.

Questo è il risultato dell'efficacia della collaborazione tra Associazioni, Ulss e Amministrazioni locali per risolvere problemi reali. Appare sempre più chiaro, e tutti gli interlocutori dovrebbero esserne consapevoli, che la complessa problematica della salute mentale non può essere affrontata, e tanto meno risolta, senza un intervento corale di tutti i soggetti coinvolti del territorio, luogo in cui si realizza la prevenzione, la cura e l'integrazione socio sanitaria.

E' necessario continuare questa collaborazione finché non si sarà raggiunta tutta la gamma completa di servizi, di residenze differenziate e di personale, qualificato e motivato, con varie professionalità integrate adeguate ai bisogni, per il raggiungimento dell'obiettivo dell'autonomia e della migliore qualità di vita delle persone.

DATO DI FATTO

Il segno di quanto la salute mentale stia a cuore alle Istituzioni si può misurare dalle liste di attesa e da quanto si è disposti a investire.

La nostra **lista di attesa dura da oltre 25 anni** che paghiamo in termini di cronicizzazioni, sofferenze e disgregazioni familiari, perdite di vite umane.

Mentre in tutti i campi della medicina e della chirurgia la ricerca ha fatto passi enormi investendo grandi risorse e allungando di almeno 20 anni le aspettative di vita; alla salute mentale vengono dedicate solo briciole, nonostante le malattie mentali siano la 3^a più elevata causa di morte, dopo le patologie cardiache e tumorali.

RICHIESTA ALL'ULSS

Personale: Chiediamo, con forza, che l'Ulss si attrezzi per avere, come riporta la Carta etica del DSM Ulss 7, personale *adeguato per numero, tipologia professionale e formazione permanente*.

La legge prevede "**almeno**": un operatore ogni 1500 abitanti (su 215.000 abitanti della nostra Ulss dovremmo averne 143 operatori ; ne abbiamo circa 105 – dati del marzo 2005; non riusciamo ad avere dati più aggiornati) **e almeno il 5%** del budget della sanità (mentre, "*pare*", siamo al 3,5%-3,7).

Da parte nostra, sul punto essenziale del personale e del blocco delle assunzioni, come Associazioni ci stiamo battendo in Regione - e contiamo di riuscirci - per lo sblocco del turn

over, considerata la peculiarità dell'ambito, nel quale l'elemento più importante per la cura sono le persone e non tecnologie avanzate e costosissime.

Lavoro: Il lavoro ha una altissima valenza terapeutica nel percorso riabilitativo e del reinserimento socio-economico delle persone.

E' questo un ambito nel quale il nostro territorio è molto carente e per il quale chiediamo un potenziamento di personale che si occupi specificatamente degli inserimenti lavorativi.

Perché per anni, su circa 50-60 tirocini lavorativi, solo 2, 3 o 0 si sono trasformati in assunzioni? (i dati sono esposti nella relazione del Bilancio sociale Ulss 7 2004-2005, presentato lo scorso dicembre dalla Direzione generale). Che tipo di analisi e di verifica è stato fatto sul perché della mancata assunzione? Se non si evidenziano le cause e non si opera per il miglioramento della qualità dei risultati, si lavora in perdita, si spreca risorse che sono già pochissime (o si opera male perché le risorse sono inadeguate? E' giusto porsi anche queste domande perché ci mancano i riscontri dell'analisi.). E in questo ambito abbiamo perso tanti anni, nonostante le nostre estenuanti sollecitazioni perché il Dipartimento si attrezzasse di strumenti in grado di rispondere a questo essenziale bisogno.

Molto opportunamente in questi ultimi due mesi il DSM con il dott. Monari assieme al SIL ha promosso 4 giornate di formazione per gli operatori e di confronto con altre esperienze italiane, al fine di mettere in campo modelli operativi che funzionano meglio.

Il confronto è stato illuminante per i risultati che in altre realtà si raggiungono (20/25% contro un 2-4 % di assunzioni nel nostro territorio) e per le risorse (numero di operatori e budget) impegnati. Siamo certi che il corso avrà una ricaduta positiva e darà una svolta, se ci sarà la collaborazione degli enti pubblici.

RICHIESTA ALLA CONFERENZA DEI SINDACI

Ai Sindaci della Conferenza dell'Ulss **chiediamo** che - nel loro stesso interesse - pretendano dall'Ulss (e dalla Regione) che siano messe in campo almeno tutte le risorse sopracitate. Ribadiamo che solo investendo in interventi efficaci di prevenzione, di cura, di riabilitazione, in verifiche sulla qualità, si possa ridare salute, qualità di vita, relazioni, **ben-essere**, lavoro se non vogliamo parlare di guarigione (che tuttavia c'è).

Altrimenti il costo sociale ed economico ricade in misura crescente sui Comuni, che hanno risorse sempre più limitate, ma soprattutto sulle famiglie.

Ai Comuni chiediamo inoltre **di fare meglio la loro parte**, non solo sollecitando e controllando l'ULSS per quanto appena esposto, ma *anche assumendo in proprio* o in consorzio, *gli oneri assegnati loro dalle leggi* nazionali e regionali per la tutela della salute mentale, per quanto riguarda residenze e lavoro.

Residenze - Le residenze, C.A. Appartamenti., sia temporanee/riabilitative che permanenti, è previsto siano fornite dai Comuni. Attualmente, da noi, queste strutture (e persino alcune interamente sanitarie come le Comunità terapeutiche), vengono fornite dalle Cooperative a cui però bisogna pagare l'affitto. La legge regionale (POR) prevede che le CA socio-sanitarie fornite da Ulss e/o Comuni, possano dismettere la componente sanitaria ed essere assegnate al sociale, attivando contestualmente altre CA per altri pazienti. Si attiverebbero, in tal modo, una molteplicità di alloggi e di residenze per rispondere ai bisogni e facilitare percorsi riabilitativi e di autonomia dal nucleo familiare di origine.

In occasione delle giornate mondiali o nazionali della salute mentale si continua a parlare di EMERGENZA PLANETARIA e di altissime percentuali di persone con varie patologie mentali; ma se non si attivano tutte quelle risorse di prevenzione e cura, e ci si affida prevalentemente ai farmaci, aumenterà sicuramente il numero dei malati cronici con danni e perdite umane ed economiche indicibili. **Se non si investe in modelli di cura che è provato che funzionano, andremo sicuramente incontro all'emergenza**

Lavoro: Altro impegno che chiediamo ai Comuni di volersi assumere in proprio è:

- di aprire anche nei propri servizi e uffici spazi e opportunità lavorative per persone

dell'area della sofferenza mentale, eventualmente affiancandoli a persone con sensibilità e attitudini relazionali;

- di favorire, con attribuzioni dirette di appalti, le **Cooperative disposte ad assumere**, eventualmente dopo un periodo di formazione, persone di questa area, non sempre in grado di reggere ritmi orari e turni di lavoro in fabbrica. Questo consente ai Comuni il doppio vantaggio di avere un servizio assicurato e delle persone in difficoltà inserite in un lavoro e in un contesto di relazioni.

Sottolineo che l'inserimento lavorativo rientra tra i compiti che il Progetto obiettivo per la salute mentale assegna **anche** agli Enti locali: ***"I Comuni - garantiscono la partecipazione degli utenti del DSM alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo, anche con specifici interventi mirati"***.

CARENZA DI PERSONALE MEDICO STABILE E CONTINUO TURN OVER

Altra gravissima carenza da sottolineare in questa sede è la **mancata nomina del Primario** di psichiatria e Capo Dipartimento, da quando il dr. Favaretto, 14 mesi fa, è stato trasferito ad altra Ulss.

La mancata nomina di un secondo primario, con compiti dirigenziali, ha avuto come conseguenza un rallentamento di molti processi, il venire meno di un riferimento importante e il disorientamento che si avverte in molti operatori. A ciò si aggiunge il frequente trasferimento di psichiatri ad altre sedi o le prolungate assenze per maternità o malattia che non vengono tempestivamente sostituite. Ciò comporta, per i malati, allungamento del tempo tra le visite, perdita e cambio di riferimenti, a volte il rifiuto per dover sempre ricominciare; e per gli psichiatri in servizio un aumento dell'onere di lavoro dovendosi fare carico anche dei pazienti dei colleghi assenti o trasferiti.

Oltre al personale medico risultano ancora carenti, rispetto ai bisogni e alle richieste più frequenti,

il numero di psicologi o comunque le psicoterapie di sostegno per le famiglie e per i malati, nonché il numero di educatori-animatori che partecipino, **in un vero lavoro di equipe**, alla formulazione dei progetti terapeutici personalizzati, elaborati con il coinvolgimento della famiglia e con **la buona adesione** al programma terapeutico, come recita la carta etica.

Il Progetto terapeutico deve essere – secondo la carta etica:

- **condiviso** con l'utente e le varie componenti professionali dell'equipe;
- **consultabile** perché documentato, quindi scritto;
- **porsi obiettivi**, soggetti a **verifiche periodiche che comprendano anche la famiglia**;
- **garantire prestazioni adeguate alla gravità della patologia** sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

Riteniamo che queste precise indicazioni e formulazioni della legge e della *carta etica della salute mentale* adottata dal nostro Dipartimento siano **ancora "sulla carta"**.

Spesso ci pare di rilevare un *semplice assenso* al programma terapeutico, che è cosa diversa dalla prevista **"buona adesione"**. Spesso il progetto **non è** frutto di un lavoro di equipe, ma prevalentemente del solo psichiatra; stesso dicasi per le verifiche periodiche, dove non viene adeguatamente valorizzato l'apporto delle altre figure professionali.

Anche la richiesta di lavoro espressa dal paziente, non viene presa in seria considerazione e non è trasferita al gruppo di lavoro e a chi può avviare un percorso di formazione e ricerca o di ridimensionamento della richiesta, ma che va comunque in ogni caso ascoltata e considerata seriamente.

RICHIESTE AGLI OPERATORI

Come Associazione di familiari e utenti chiediamo agli operatori che:

⇒ **sia compreso il dramma dell'impatto** con la malattia mentale per tutte le famiglie.

⇒ **si dia risposta al bisogno**:

- di informazione per superare il disorientamento iniziale

- di speranza sull'esito dei percorsi terapeutici
 - di fiducia sulla competenza e disponibilità del Servizio
- ⇒ **sia dia rilievo e apprezzamento** ad ogni cambiamento in atto (proprio e del familiare), piuttosto che rimarcare fallimenti e negatività
- ⇒ **la famiglia** sia **considerata**, come sottolineato nella Carta Etica, "la massima esperta delle trascorse relazioni del paziente" e quindi straordinaria e insostituibile fonte di informazione per conoscere la "storia" del paziente e della famiglia in tutte le sue componenti, al fine di:
- capire come il paziente è percepito dai familiari,
 - allentare conflittualità, asti, incomprensioni,
 - preparare l'uscita dalla famiglia di origine,
- per integrare tutto ciò nel momento conoscitivo–valutativo–diagnostico che precede e accompagna la presa in carico.
- Occuparsi della famiglia dei pazienti, non può essere considerato un "optional" dalla pratica psichiatrica ma uno strumento irrinunciabile per la comprensione e la cura dei pazienti. Chiediamo quindi:
- ⇒ la **Presa in carico**, precoce ed efficace, all'esordio della malattia e la Continuità Terapeutica:
- Occupandosi della Persona e non del sintomo,
 - Recuperando il Senso e il Valore della vita
- ⇒ Il **Progetto Terapeutico P, /contratto terapeutico** con il paziente e il coinvolgimento della famiglia che preveda
- Un intervento riabilitativo contestuale alla presa in carico
 - la massima attenzione al FUNZIONAMENTO della persona, alla QUALITÀ della VITA: Abilità sociali– Lavorative– Abitative - Autonomia – Indipendenza

ALTRE PROBLEMATICHE:

Ho toccato solo alcune problematiche aperte nei Servizi per la salute mentale; non si possono trattare tutte in breve in questa sede.

Mi preme, solo per titoli, accennare a qualcun'altra.

Piani di Zona: Sistematicamente in tutti questi anni (almeno una decina), si sono riempite, nella fase preparatoria, pagine e pagine di analisi di bisogni, di programmi, di ipotesi di soluzioni anche con indicazione delle date delle verifiche sugli obiettivi; ma sono sempre, **SEMPRE**, mancate le verifiche! **E ogni volta che si chiedono dati, sui risultati, si rimanda alla volta successiva.**

Se non si hanno i dati e non si verifica il raggiungimento dei risultati, si naviga a vista: Per il Servizio spesso è tutto OK: effettivamente, in confronto ad altre realtà, abbiamo raggiunto migliori esiti o servizi. Per noi che viviamo i problemi e la sofferenza di chi ci sta accanto, sicuramente non è tutto bene; anche se – lo riconosciamo anche noi - a guardarci indietro tanti passi avanti sono stati fatti in termini di servizi e risposte.

Progetto CSM Vittorio Veneto: il **CSM** è ancora nella sede provvisoria di Villa delle Rose trovata 19 anni fa; il **C.D** si trova al 1° piano di un condominio, senza spazi verdi intorno, fornito da una Cooperativa che ha in appalto alcuni servizi.

Da anni ci vengono sottoposti progetti per il superamento di questa situazione ma ancora non sappiamo a che punto è la realizzazione.

Appalti: sul **tema degli appalti** di alcuni servizi della salute mentale alle Cooperative, abbiamo posto il problema circa 18 mesi fa, chiedendo che venissero individuate per tempo soluzioni alternative e comunque migliorative che non riproponessero i disagi sperimentati da utenti, famiglie e dagli stessi operatori del DSM e delle Cooperative, in prossimità delle scadenze e col riavvio di quelle subentranti. L'unica risposta avuta finora è stato la proroga per un anno dell'appalto alle Cooperative attuali.

CONCLUSIONE

In conclusione, per tutte le problematiche esposte, per una gestione coordinata di tutto il Dipartimento, perché tra gli operatori cresca il clima di collaborazione e affezione al posto di lavoro, con riduzione delle fughe verso altri lidi, chiediamo alla Direzione Generale:

- di voler affrettare l'espletamento del concorso per il secondo primario di psichiatria, secondo le intenzioni dichiarate a dicembre 2005;
- di voler operare per la soluzione dei problemi sopra richiamati.

A tutti gli operatori che operano con impegno, professionalità e sensibilità va il nostro apprezzamento e il nostro grazie assieme all'invito a voler sempre centrare la loro attenzione sulle persone, valorizzandone risorse e positività, favorendone così la crescita, l'autostima e la capacità di rapportarsi in parità con gli altri superando così atteggiamenti di passività e rassegnazione.

Per tutti auspichiamo che cresca la cultura dell'accoglienza e del prendersi cura delle persone più sensibili e più fragili come segno di crescita della Società tutta.