



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

ASSOCIAZIONE ITALIANA TUTELA SALUTE MENTALE

SEZIONE SINISTRA PIAVE

ASSEMBLEA DSM ULSS7
28 aprile 2008

Ringraziamo per l'opportunità che da alcuni anni ci viene data, in occasione di questa Assemblea, di sottoporre all'attenzione della Direzione dell'Ulss, dei Sindaci, Assessori e Operatori del DSM alcune riflessioni, come Associazione di familiari e utenti, che celebra quest'anno i 25 anni di presenza attiva su questo territorio.

NOMINA PRIMARIO 1[^] EQUIPE PSICHIATRICA

Abbiamo cominciato il 2008 con la nomina a Primario della seconda equipe della Prof. Perini di cui conosciamo l'alta qualificazione.

Ci risulta inoltre, che sarà aperta una convenzione tra ULSS7 e la Facoltà di Medicina Università di Padova per un rapporto di collaborazione tra il nostro reparto di psichiatria e l'Università, con la presenza di specializzandi.

Tutto questo ci fa sperare in un forte impulso nel miglioramento della qualità degli interventi psichiatrici riabilitativi nella nostra Ulss.

La Prof. Perini però non ha ancora iniziato ad operare, ci domandiamo quali siano le motivazioni del ritardo e auspichiamo che questo periodo di "transizione", ormai troppo lungo dal trasferimento del Dott. Favaretto, termini al più presto. Con sorpresa abbiamo inoltre appreso che la sua nomina è solo a tempo parziale per cui chiediamo che si provveda anche ad una integrazione del suo part-time.

IMPORTANZA DEL LAVORO TERRITORIALE

Allo stesso tempo ci auguriamo che nel Servizio si proceda per la strada di un profondo processo di razionalizzazione e organizzazione del personale in modo da garantire una psichiatria territoriale qualificata ed efficiente. E' sulla psichiatria territoriale che si basa *prevalentemente* il percorso di interventi tempestivi ed efficaci di prevenzione, di cura e di riabilitazione come indicati nella Legge di riforma e poi specificati nei Progetti Obiettivo per la salute mentale sia Nazionale che Regionale ed è su questo modello che chiediamo di investire.

PORTARE GLI INVESTIMENTI AL 5% DEL FONDO SANITARIO

Qualche tempo fa il Direttore Del Favero dichiarò in un convegno a Conegliano che **per la salute mentale "bisognerebbe investire risorse massicce in prevenzione, ricerca e interventi precoci ed efficaci, come si fa per i tumori, per ridurre drasticamente sofferenze, cronicità, perdite sociali e umane e conseguenze catastrofiche..."**.

In questa occasione ci piace ringraziarlo per queste affermazioni e per chiedergli di volere **avere l'orgoglio, in questo suo nuovo mandato, di far decollare i servizi del Dipartimento di salute mentale in Servizi di eccellenza ad altissima qualificazione professionale ed altissima valenza riabilitativa, investendo anche nella qualità e ubicazione dei i luoghi di cura, perché anche questi sono segni importanti che contribuiscono alla cura, al superamento dello stigma e del sentimento di scarsa considerazione di se stessi. Molti dei nostri luoghi di cura non sono sicuramente all'altezza degli standard degli altri reparti. Ma insistiamo anzitutto**

sull'altissima valenza riabilitativa.

Come negli ospedali si cerca in tutti i modi di ridurre i tempi di permanenza, aggiornando continuamente strumentazioni, tecniche e qualità degli interventi, lo stesso dovrebbe essere in psichiatria, dove però la cura e la riabilitazione sono fatte non solo di interventi farmacologici corretti, che restano centrali, ma dove sono ***fondamentali gli interventi psicologici***, psicoterapeutici, sociorelazionali, sociolavorativi, come spiegava di recente la Prof.ssa Mirella Ruggeri, ricercatrice dell'Università di Verona e Coordinatrice del Progetto Picos, sulle cause o i segni premonitori dell'esordio delle psicosi, al quale anche il nostro Dipartimento ha aderito.

Per questo è fondamentale, secondo noi, secondo la legge e secondo le linee guida delle buone pratiche che funzionano in psichiatria, che il Dipartimento venga attrezzato con la molteplicità delle competenze professionali indicate nei Progetti Obiettivo Nazionale e Regionale per la salute mentale. Nel nostro DSM *scarseggiano sicuramente*, rispetto ai bisogni, i medici psichiatri, con conseguente eccessivo loro carico e allungamento dei tempi tra le visite, nonché un eccessivo turn-over degli stessi con gravissimo pregiudizio per la continuità della cura, sotto tutti i punti di vista.

Ma soprattutto sono del tutto assenti (cioè non ci sono mai state) **alcune figure professionali specifiche:**

- **terapisti occupazionali,**
- **terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale,**
- **sociologi,**

che riteniamo indispensabili o comunque importantissime per gli interventi di riabilitazione psicosociale, **uno degli ambiti più spesso compromessi e di maggiore sofferenza all'insorgere del disturbo mentale e all'instaurarsi della malattia.**

Anche se i responsabili del nostro DSM dichiarano di non avere finora sentito il bisogno o la mancanza di tali competenze professionali (senza comunque averne mai sperimentato il contributo) riteniamo siano figure chiave (assieme agli altri naturalmente) per l'elaborazione dei previsti *progetti terapeutici personalizzati*, che debbono accompagnare ogni persona presa in carico dal Dipartimento e la cui presenza è adesso resa obbligatoria per ottenere l'accreditamento sul funzionamento delle strutture riabilitative

Alla Direzione dell'Ulss chiediamo pertanto di avere la lungimiranza di investire, in qualità e personale, *la nostra risorsa più importante*, portando almeno al previsto **minimo** del 5% il budget della psichiatria.

NON chiediamo all'Ulss di esporre maggiori spese di quelle assegnate nel budget sanitario, chiediamo che venga data alla psichiatria la fetta di risorse che le spetta. E siamo convinti che impegnare **adesso** adeguate risorse di qualità, significa risparmiare **dopo** in servizi di assistenza, allungamento dei tempi di cura, perdite e sofferenze umane e familiari, cronicizzazioni.

PRESA IN CARICO

Purtroppo tocca ripetere anno dopo anno le stesse richieste, finché non diventerà prassi consolidata il modello operativo indicato nei Progetti Obiettivo per la tutela della salute mentale, nonché nella Carta Etica del nostro DSM. Tutti indicano che il Dipartimento **deve assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate** o comunque portatrici di una domanda di intervento. Dicono inoltre che **per ogni persona presa in carico** – non solo per chi viene inserito in una struttura riabilitativa - **l'equipe multiprofessionale** del CSM elabora **un programma terapeutico riabilitativo individualizzato, concordato e condiviso con l'utente e la famiglia**. Il programma va elaborato all'interno dell'equipe multiprofessionale, con il concorso e l'assunzione di responsabilità di ogni componente, con obiettivi misurabili **assegnati a ciascuno** e sottoposti a **verifiche periodiche**. Deve essere documentato, cioè scritto e consultabile. La legge prevede un programma centrato sulla persona, i suoi bisogni, le sue po-

tenzialità i suoi desideri il suo contesto di vita. **Ora finalmente questo modello operativo, che è previsto da anni, diventa obbligatorio per poter avere l'accreditamento del DSM e delle singole strutture.**

Questa è legge che attualmente, per quello che ci risulta, è in gran parte disattesa, anche se ci sembra di cogliere ultimamente dei cambiamenti nel senso indicato. Ringraziamo di ciò gli operatori. Ci rendiamo conto che è impegnativo e faticoso operare secondo queste indicazioni; ma siamo convinti che sono queste quelle che dovrebbero garantire maggiore efficacia.

Ci domandiamo: la mancata guarigione o il *prolungarsi* dello stato di malessere è colpa della malattia (pregiudizio della inguaribilità) o molto dipende da come si opera e dagli strumenti che si hanno (risorse umane, reti di relazioni e servizi)?

Rifiutiamo l'accusa di fare ideologia se continuiamo a credere nella possibilità di guarigione, specialmente intervenendo agli esordi, se prima non si opera secondo gli standard di qualità previsti dalla normativa e dalle linee guida. E' dimostrato, ad esempio, che per pazienti giovani (i così detti primi casi) la contiguità con pazienti cronici crea disagio e rifiuto. Lo sperimentiamo spesso nei CD. Anche questo è un problema che riteniamo debba essere risolto.

FAMIGLIA RISORSA

La famiglia è elemento fondamentale per il buon esito della malattia. Non si può parlare di riabilitazione psichiatrica se la famiglia non è aiutata a capire.

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.

In particolare **si dia risposta al bisogno di informazione** per superare il disorientamento iniziale e **NON si tolgano le speranze sull'esito dei percorsi terapeutici.**

La famiglia sia **considerata** una risorsa essendo, 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, **per integrare tutto ciò** nel momento conoscitivo-valutativo-diagnostico che precede e accompagna la presa in carico e la formulazione del percorso terapeutico.

La famiglia sia autenticamente accolta, presa in considerazione nelle sue difficoltà, sostenuta nella fatica quotidiana di mettere assieme i pezzi di una relazione spesso in crisi, aiutata a superare sensi di colpa, ad aumentare le proprie competenze e coinvolta, fin dall'inizio, nella predisposizione del progetto terapeutico personalizzato.

INSERIMENTI LAVORATIVI

Ribadiamo quanto già espresso nell'assemblea del 2007. Il lavoro ha una altissima valenza terapeutica nel percorso riabilitativo e del reinserimento socio-economico delle persone. Anche se conveniamo che non è per tutti risolutivo.

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

Il Corso di formazione di 4 giornate promosso lo scorso anno dal Dipartimento assieme al SIL e il confronto con altre esperienze italiane ci aveva fatto sperare in un decollo di questi percorsi. Riteniamo che ci siano stati dei progressi in merito; ma forse non nella misura sperata. Attendiamo comunque che ci vengano sottoposti oggi i risultati che si stanno conseguendo.

RICHIESTE AI COMUNI

Ai Sindaci della Conferenza dell'Ulss, che contribuiscono con proprie specifiche risorse alla realizzazione degli *obiettivi di salute* previsti dal Progetto Obiettivo, chiediamo, nel loro stesso interesse, e per il ruolo loro assegnato:

- di non delegare e di partecipare alla programmazione e **verificare i risultati conseguiti**

nell'ambito della salute mentale;

- **di garantire il diritto alla casa, anche destinando quote di edilizia popolare;**
- di destinare strutture per assicurare i servizi;
- **di garantire la partecipazione degli utenti del DSM alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo.**

Sul tema del lavoro chiediamo ai Comuni

- di aprire anche nei propri servizi (uffici, biblioteche, squadre di manutenzione) spazi e opportunità lavorative per persone dell'area del disagio mentale, eventualmente affiancandole a persone con sensibilità e attitudini relazionali. Ci risulta che in qualche nostro Comune questa esperienza è stata attuata e funziona: si potrebbe diffondere questa pratica;
- di favorire, con attribuzioni dirette di appalti, le **Cooperative di tipo B disposte ad assumere**, 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 persone in difficoltà inserite in un lavoro e in un contesto di relazioni e quindi produttive invece che a carico dei Servizi di assistenza.

Sottolineo che l'inserimento lavorativo rientra tra i compiti che il Progetto Obiettivo per la salute mentale assegna **anche** agli Enti locali:

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.

Commissione di verifica

Poiché momento essenziale di verifica della qualità del funzionamento dei servizi e dei risultati conseguiti, è **la soddisfazione degli utenti e delle famiglie**, abbiamo chiesto di partecipare, come Associazione a questa fase di verifica dei risultati raggiunti, visti dalla parte dell'utenza. Ci è stato garantito che entro l'anno verrà avviato questo organismo.

Il Progetto del CSM di Vittorio Veneto

Il CSM a Vittorio Veneto è ancora nella sede "*provvisoria*" di Villa delle Rose trovata 20 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.

Per anni ci sono stati sottoposti progetti per il superamento di questa situazione, ora sembra tutto azzerato da interventi fraposti dalla Sovrintendenza di Venezia. A questo punto chiediamo **venga individuata una sede prestigiosa nel centro urbano della città, come segno del cambiamento culturale e dell'attenzione speciale che la società (o comunque la Pubblica Amministrazione) vuole dedicare a queste persone la cui patologia è in preoccupante crescita anche in età precoce., come indicano l'esperienza quotidiana e i dati forniti dall'OMS.**

Appalti

Sul tema dell'appalto di buona parte dei servizi per la salute mentale alle Cooperative, abbiamo esposto alcune richieste che desideriamo ribadire:

- tra gli operatori siano previsti anche i "**Tecnici della riabilitazione psichiatrica**" ormai diffusi e richiesti da tutte le Ulss su indicazione regionale;
- siano previsti e resi obbligatori per tutto il personale delle Cooperative e del DSM percorsi di formazione con programmi specifici centrati soprattutto su riabilitazione e lavoro in equipe;
- siano fissati i termini per un **monitoraggio continuo del personale** e del relativo turn-over;
- siano previste verifiche:
 - dei programmi personalizzati con il coinvolgimento degli operatori di riferimento del

DSM, della Direzione Sanitaria, della Cooperativa e dei familiari con un rappresentante dell'Associazione,

- sull'adesione e collaborazione al progetto da parte dell'utente,
- sulla qualità di vita e delle attività all'interno della struttura (benessere, cibo, attività, tempo libero),
- lo psicologo previsto non sia solo a sostegno degli operatori ma anche a sostegno dell'utente e della famiglia,
- sia previsto il riconoscimento di incentivi economici per la Cooperativa al raggiungimento **nei tempi prefissati** degli obiettivi riabilitativi delle persone inserite nelle strutture riabilitative.

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 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, stimolando il superando di 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.

Grazie.