

LA COMUNITA' CHE GUARISCE

*Tavolo di Lavoro del Piemonte e Valle d'Aosta
per la Promozione della Salute Mentale*

Spettabile

Direzione Programmazione Sanitaria Regionale

Tavolo Regionale La Comunità che Guarisce (Coordinamento a cui partecipano le Caritas diocesane, Associazioni dei famigliari, DSM, Associazioni di Volontariato, Sindacati, Cooperative Sociali, Assessorati alle politiche sociali piemontesi (vedasi allegato elenco partecipanti).

Oggetto: Osservazioni in merito alla Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale, successiva alle modifiche apportate al punto 4.5.3.4 Salute Mentale (pag 104 – 108).

Con riferimento alle modifiche apportate alla bozza originaria del Piano, Vi confermiamo di condividere l'analisi complessiva delle "Criticità" ed in buona parte le "Strategie generali di sviluppo" riportate nella bozza modificata.

Su queste ultime vorremmo riprendere meglio alcuni aspetti qualitativi, già espressi nell'incontro del 23 Febbraio scorso con la Dott.ssa Moda, che per il loro contenuto andrebbero espressi in una strategia di Piano definitivo.

1. Prevenzione

La messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale nella scuola e nei luoghi di lavoro che coinvolgano la comunità locale, come proposto nel Piano Regionale, dovrebbe vedere come interlocutore primario la Famiglia con proposte educative estese e strutturate (prontuari per il benessere psichico, corsi di formazione per genitori soprattutto nella Scuola Elementare e Media) che siano riproposti in modo periodico e tengano conto delle età evolutive critiche, coinvolgendo le associazioni di volontariato, ed le organizzazioni sindacali sul territorio e che veda coinvolti come promotori principali i servizi di Neuropsichiatria Infantile ed i CSM nonché i Medici di Base del territorio tramite campagne di aggiornamento obbligatorie sulla salute Mentale .

Si ritiene infatti che la prevenzione vada attuata soprattutto in giovane età in modo sistematico e quindi nel periodo scolastico per poter costituire una comune familiarità con l'argomento " benessere/disturbo mentale" come risorsa educativa per la Famiglia e la Scuola e consenta al genitore/insegnante di parlare liberamente di salute mentale e con i servizi, in un contesto di contenuti condivisi e senza paure, per una precoce individuazione di un possibile problema a livello familiare.

Quanto sopra avrebbe l'obiettivo inoltre di introdurre una azione sistematica indotta di lotta e prevenzione estesa contro lo Stigma nella Famiglia e nella Scuola.

2. Progetto Obiettivo e ripartizione delle risorse

Il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, come indicato sul Piano Regionale, dovrebbe tener conto della enorme disparità di risorse tra le attuali ASL (si va dal 110 % al 40% del POTSM) per quanto riguarda gli organici degli operatori che lavorano nell'ambito della Salute Mentale.

Un adeguamento delle risorse disponibili dovrebbe innanzitutto partire da una accurata analisi delle situazioni delle ASL più critiche; ciò al fine di ripristinare per le situazioni di emergenza e in tempi brevi almeno i servizi di base essenziali dei CSM per l'organico del personale per gli Psichiatri, gli Educatori, gli Infermieri ed il funzionamento dei Centri Diurni ed i Gruppi Appartamento.

La mancata funzionalità di questi servizi comporta l'esclusione di una quantità elevata di pazienti dalle attività di Riabilitazione (con relativi famigliari abbandonati a se stessi) ma spesso numericamente indefinito e sconosciuto anche ai CSM, perché per la Riabilitazione nei C.D. non viene tenuta una lista di attesa, fatto che per ragioni ignote non segue la prassi adottata per gli altri ambiti della Sanità, dove la lista di attesa è essenziale per valutare il livello di servizio e non dimenticare il paziente .

Sarebbe necessario dunque, che si definisse un obiettivo minimo di POTSM da raggiungere per garantire la continuità terapeutica e riabilitativa in tempi brevi nelle ASL più carenti ed un obiettivo a medio termine per il raggiungimento dei livelli previsti dal POTSM.

Tutto questo in un riequilibrio generale con obiettivo il raggiungimento della quota da destinare al CSM pari al 5% della spesa sanitaria della singola ASL in modo vincolante per la Direzione della ASL/ASO, partendo dalla attuale composizione della spesa propria, in modo non peggiorativo (occorre infatti tener conto per ogni ASL se la spesa attuale per le Case di Cura fa parte o meno del bilancio del CSM).

Questa fase dovrebbe prevedere inoltre: un progetto di sostegno alla Famiglia con un accompagnamento economico; la presenza di Centri Diurni funzionanti e qualitativamente significativi per la riabilitazione; alleggerimento, assistenza psicologica e supporto tecnico-psichiatrico alla famiglia; estensione degli orari dei servizi a 12 ore, sabato incluso.

3. Formazione degli Operatori

Deve essere finalizzata a ri-orientare lo stile di lavoro secondo obiettivi, priorità e promozione di azioni volte ad evitare l'uso della contenzione fisica, come indicato del Piano Regionale.

In tale progetto occorrerebbe che venisse dedicata una sezione particolare all'approfondimento dei Diritti Umani e dello Stigma Sociale del paziente e della Famiglia e definite regole di comportamento per gli Operatori come parte integrante dei Corsi di Formazione e nella definizione dei compiti del personale dei Centri di Salute Mentale .

4. Istituzione della Consulta Regionale per la salute mentale

Dovrebbe includere oltre alle Associazioni di Familiari ed Utenti, indicate nel Piano Regionale, anche le Associazioni di volontariato che si occupano in modo specifico di Salute Mentale.

5. Costituzione di un Osservatorio Regionale

Secondo quanto descritto sul Piano Regionale di tipo specificamente Epidemiologico. Da parte nostra si ritiene che l'Osservatorio, considerate le situazioni attuali così differenziate sul piano applicativo e rispetto al POTSM, dovrebbe seguire anche l'andamento degli obiettivi di omogeneizzazione dei servizi essenziali dei CSM, al fine di controllare il processo di miglioramento e ridurre il forte disagio causato ai pazienti e loro familiari dai ritardi di applicazione del POTSM (vedasi punto 2).

Un Osservatorio, comunque fatto, tuttavia, con l'organizzazione attuale di reporting sembra di difficile attuazione senza un sistema informatico adeguato che colleghi CSM e Assessorato regionale .

L'omogeneità dei dati (univocità del contenuto) di spesa, organici di personale, liste di attesa, dati epidemiologici, uso di farmaci ecc. con frequenza mensile ci sembra elemento fondamentale al fine di consentire correzioni di impostazione utili per stimolare azioni significative in tempi ragionevoli e adeguate all'attuale stato di criticità.

Nell'attuale sistema di reporting mensile ogni CSM utilizza criteri di raccolta dati simili ma non uguali, per cui una sintesi diventa difficile se non fuorviante, come abbiamo potuto constatare in situazioni recenti, ma che è comunque disponibile soltanto dopo un anno di esercizio, a cui vanno aggiunti tempi di interpretazione e decisionali che rendono i provvedimenti correttivi assurdamente tardivi.

Quanto sopra rappresenta quanto abbiamo potuto rilevare dall'esperienza di questi anni di lavoro di coordinamento tra le varie realtà sociali, associative e professionali con cui abbiamo contatti continuativi.

Abbiamo cercato di tradurre tutto ciò, dove possibile, in proposte concrete rivolte alla soluzione dei problemi in modo equilibrato, sforzandoci di non essere "di parte", e siamo vivamente fiduciosi che possano essere condivise anche da parte Vostra.

Restando a disposizione per la continuazione di un futuro confronto di collaborazione, grato per l'attenzione porgo cordiali saluti.

Il Coordinatore del Tavolo regionale

La Comunità che Guarisce .

Gianni Pescio

Biella 11 luglio 2006