

SEMINARIO

Continua il percorso....

Il 19 Marzo 2009 a Palazzo Ducale Lucca- Sala Mario Tobino- la F.A.S.M. ha proposto, coinvolgendo le Istituzioni, il seminario “Terapie riabilitative per la salute mentale. Riflessioni per uno stile organizzativo” le cui riflessioni avevano gli scopi di trovare nuovi stimoli per le buone pratiche, attraverso uno scambio di esperienze operative nella riabilitazione per la salute mentale. Soddisfazione per il successo ottenuto che ha registrato una presenza di oltre 150 persone.

Molto apprezzato e seguito con interesse l'intervento del relatore primario la Dottoressa **Paola Carozza**, professionista altamente qualificata in questo settore, infatti è primario presso l'Azienda USL di Ravenna, dove espleta funzioni di Direttore dell'area aziendale di riabilitazione psichiatrica. Ha svolto per circa 15 anni attività di docenza universitaria presso la Cattedra di Psichiatria sociale della scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Chieti ed è stata docente di numerosi corsi sull'attività di formazione del personale dei Servizi di Salute Mentale; è impegnata in attività di consulenza e formazione in materia di riabilitazione psichiatrica e fa parte del direttivo del Coordinamento Nazionale Centri Diurni in Psichiatria. Ha pubblicato “Principi di riabilitazione psichiatrica: per un sistema di servizi orientato alla guarigione” (Franco Angeli, 2006), “La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni” (Franco Angeli, 2003) e ha curato l'edizione italiana di “Psychiatric Rehabilitation” di W. Anthony, N. Farkas, M. Cohen e C. Gagne (CIC, 2003).

Nel suo intervento, la Dr.ssa Carozza ha focalizzato l'attenzione sui seguenti punti:

- Massiccio ricorso alla residenzialità con gravosi oneri sul bilancio aziendale
- Manicomializzazione delle strutture residenziali aziendali (pubbliche e private)
- Assenza di strumenti da parte degli operatori per promuovere processi di dimissione dalle strutture residenziali
- Frequente delega ai servizi sociali o alle famiglie del monitoraggio e del supporto degli inserimenti sociali e lavorativi degli utenti.
- Eterogeneità delle rette, non correlate agli esiti e alla qualità del servizio
- Inappropriatezza degli inserimenti (pazienti psichiatrici inseriti in strutture per disabili e in case protette per anziani)

Dalle “mura ” al servizio aziendale di riabilitazione psichiatrica.

Nel nostro modello, la riabilitazione non è

- un particolare tipo di inserimento diurno o residenziale per i casi cronici o irrecuperabili
- un particolare tipo di inserimento lavorativo,
ma
- una metodologia con valenza generale e che, come tale, può essere utilizzata in tutti i programmi che si propongono di accrescere l'articolazione sociale, a prescindere dal genere di setting in cui essi vengono attuati.

In questa struttura concettuale le residenze non sono altro che due dei molteplici setting di attuazione del processo riabilitativo (erogazione di un trattamento), e come tali sono concepiti quali luoghi di permanenza temporanea degli utenti.

- Il principale obiettivo perseguito fin dall'avvio dell'U.O. di Riabilitazione psichiatrica è stato quello di superare il concetto di “struttura riabilitativa” per introdurre quello di “servizio aziendale di riabilitazione psichiatrica”, facendo sì che la riabilitazione non fosse

più identificata con costruzioni murarie, quali appunto sono le strutture residenziali e semiresidenziali, ma assumesse una sua precisa identità culturale e operativa.

Residenza = setting di trattamento

- setting per l'attuazione delle prime cinque fasi del processo riabilitativo
 - sviluppo di un rapporto di partnership con l'utente
 - sviluppo della disponibilità al cambiamento,
 - definizione dell'obiettivo riabilitativo
 - valutazione del funzionamento
 - insegnamento delle abilità
- e di interventi di supporto ai programmi di inserimento negli ambienti reali della comunità

Residenza/semiresidenza = setting di trattamento

Superamento dell'identificazione della riabilitazione con le mura delle strutture che diventano:

- luogo di permanenza temporanea
- setting di attuazione del processo riabilitativo per l'acquisizione di ruoli sociali validi (erogazione di un trattamento).

Formazione ed esiti

- Non attribuire importanza alla formazione degli operatori significa sottovalutare quanto l'esito riabilitativo delle persone con disabilità psichiatriche venga influenzato dalla professionalità del personale con cui esse interagiscono (Anthony, Farkas, Cohen, Gagne, 2002).
- Prevalenza di formazione rivolte ai singoli (il più delle volte la figura medica)
- Prevalenza di formazioni "astratte", che molto spesso si concretizzano in corsi completamente sganciati dalla realtà pratica

Funzioni della leadership

- Favorire il mantenimento della motivazione degli operatori nei confronti del proprio lavoro.
- Definire chiaramente gli obiettivi e le prospettive future dell'organizzazione.
- Promuovere la crescita e l'evoluzione del gruppo.
- Sviluppare un clima di fiducia reciproca e di mutuo - aiuto.
- Fornire supporto .
- Promuovere un assetto organizzativo coerente con il mandato istituzionale.
- Favorire la formazione permanente.
- Definire parametri per valutare l'adeguatezza del personale al mandato affidato

Presenza in carico riabilitativa

La presenza in carico riabilitativa è **assumersi** la **responsabilità** degli interventi sulle più importanti disfunzioni che l'utente manifesta nelle principali aree di vita (lavoro, cura di sé, abitazione, famiglia, vita sociale e ricreativa). Ne consegue che gli operatori dell'equipe riabilitativa

- formulano il piano di trattamento individuale

- effettuano interventi individuali e di gruppo per l’acquisizione di abilità nel setting residenziali/semiresidenziale
- forniscono supporto per tutto il tempo necessario negli ambienti reali
- lavorano in stretto contatto e sinergia con gli operatori sociali.

Implementazione dell’approccio riabilitativo nelle strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e gestite dal privato sociale

- Stesura di piani di trattamento per tutti gli utenti ospitati a prescindere dalla gravità della disabilità
- Gruppi per l’apprendimento delle abilità a mediazione strumentale e verbale
- Supporto ai ruoli sociali esterni
- Conferma degli strumenti di valutazione degli obiettivi/esiti già esistenti(VADO) e adozione di strumenti di valutazione de bisogni/interessi degli utenti (CAN)
- Riunione quotidiana d’èquipe
- Concetto di “operatore unico”
- “Esternalizzazione” degli operatori dagli appartamenti aziendali

Operatore unico in riabilitazione

- La principale funzione dell’operatore della riabilitazione debba essere quella di avere la responsabilità e la titolarità della presa in carico riabilitativa longitudinale (per tutto il tempo necessario e richiesto dall’utenza) e trasversale, intervenendo sulle più importanti disfunzioni che l’utente manifesta nelle principali aree di vita (lavoro, cura di sé, abitazione, famiglia, vita sociale e ricreativa).
- “Operatore unico” ha significato affermare che tutti gli operatori debbano avere la medesima funzione e omogenei strumenti di intervento. L’enfasi viene così posta sugli esiti e sui comportamenti efficaci per raggiungerli, a prescindere dalle qualifiche professionali

Contratto con la persona residente

- Permanenza temporanea
- Migliorare alcuni aspetti della propria qualità di vita (evitiamo termini quali autonomia, indipendenza)
- Enfasi sul successo, anche piccolo
- Garanzia che non saranno richiesti cambiamenti per i quali la persona non è pronta
- Garanzia che non saranno richiesti cambiamenti che la persona non considera vantaggiosi per se stessa (motivazione)
- Garanzia che l’avvio di un nuovo trattamento non comporta la perdita delle figure significative (famiglia) il cui supporto nel raggiungimento degli obiettivi viene considerato fondamentale
- Garanzia che l’avvio di un nuovo trattamento non comporta la perdita del terapeuta inviante e dell’operatore referente

Contratto con la famiglia

La permanenza del proprio congiunto in un luogo diverso da quello in cui vive la sua famiglia non riduce affatto l'influenza che essa ha sul raggiungimento degli esiti riabilitativi

- Informare le famiglie dell'importanza che esse rivestono nel trattamento del loro congiunto e dei cambiamenti da affrontare mano a mano che il loro congiunto evolve
- Valorizzare la collaborazione con le famiglie. Se si rinforza la sinergia con i familiari, gli esiti riabilitativi saranno raggiunti più velocemente e più facilmente
- Essere chiari sui limiti dei propri interventi ed aiutare le famiglie a coltivare aspettative realistiche.
- Chiarire che la residenza è un luogo di permanenza temporanea con possibile anche rientro in famiglia qualora ci siano le condizioni
- Chiarire il ruolo dell'èquipe curante = non sostituta delle figure familiari ma strumento perché il congiunto mantenga le connessioni con il contesto d'origine nel modo migliore possibile
- Accordarsi sulle modalità di lavoro congiunto:

Contratto con l'inviante

- **Mantenere la relazione terapeutica.** Tale misura consente:
 - di non associare un passaggio evolutivo, quale quello rappresentato dall'inizio del trattamento e da ogni altra sua fase critica, ad una perdita di relazioni significative
 - Di superare più facilmente le resistenze al trattamento riabilitativo.
 - Supportare l'utente nella fase di prima accoglienza, anche attraverso una partecipazione degli invianti agli incontri nella residenza
 - Facilitare la ripresa del programma dopo un'interruzione
 - Gestire la farmacoterapia e suoi aggiustamenti in relazione alle evoluzioni del trattamento.
- Definire gli esiti riabilitativi attesi, esplicitandoli all'utente e ai suoi familiari

Adozione di strumenti di valutazione degli obiettivi/esiti e dei bisogni/interessi degli utenti

Contestualmente all'adozione di un approccio riabilitativo basato sull'evidenza scientifica, si sta provvedendo a dotarsi di strumenti oggettivi con i quali:

- Individuare i bisogni di cura esplorando la percezione che gli utenti hanno della loro condizione e la loro opinione in merito a quale area della loro vita necessita di maggiore attenzione da parte dell'èquipe riabilitativa
- Individuare gli obiettivi riabilitativi individualizzati, ossia le principali disfunzioni che devono essere ridotte affinché gli utenti si realizzino al massimo delle loro possibilità
- Individuare i principali interessi che gli utenti desiderano riprendere
- Individuare le principali abilità che gli utenti devono apprendere o esercitare per realizzare i propri obiettivi

Contenere/ridurre il ricorso alla residenzialità

- Continenimento degli invii nelle strutture gestite dal privato sociale

- Dimissioni dalle strutture residenziali aziendali e collocazione in civili abitazioni condominiali (alloggi popolari, appartamenti propri, appartamenti di nuova acquisizione)
- Recupero degli utenti “esportati” in strutture residenziali al di fuori della provincia di Ravenna

Il ruolo del privato sociale nella rete dei servizi aziendali

- Ricorso al privato sociale per i casi con livelli più gravi di disabilità e di deterioramento
 - Basse aspettative (casi senza speranza)
 - Permanenze a tempo indefinito
 - Delega in bianco con fenomeni di abbandono degli utenti da parte dei DSM
 - Operatori senza supporto e con strumenti prevalentemente “soggettivi” (disponibilità, attitudini personali)

Il privato sociale deve entrare a far parte di una rete di servizi aziendali in cui, **ribadita la titolarità e la responsabilità primaria del sistema pubblico**, assume a proprio carico l’esercizio delle funzioni e dei compiti ad esso espressamente demandati dall’inviante.

Responsabilità della presa in carico e responsabilità degli esiti

- Responsabilità della presa in carico attiene al DSM (invio, monitoraggio e valutazione)
- Responsabilità degli esiti attiene all’èquipe del privato sociale (attuazione piano di trattamento)

Azioni nei confronti del privato sociale

- Adozione di una metodologia operativa omogenea con quella adottata nell’U.O.
- Stesura di piani di trattamento per tutti gli utenti ospitati, a prescindere dalla gravità della disabilità
- Monitoraggio settimanale/quindicinale dei piani di trattamento individuali elaborati in sinergia con l’èquipe della struttura e di valutazione periodica dei risultati conseguiti di 8 strutture (format piano di trattamento, VADO, èquipe) .
- Definizione della mission delle strutture residenziali a gestione diretta e di quelle gestite dal privato sociale,
 - Strutture a gestione diretta = riabilitative
 - Strutture gestite dal privato sociale (Casa Sintoni 1 e 2, Hotel Selice, Villanova, Il Veliero, Cooperativa Laura) = socio assistenziali
- Formulazione di due tipologie di contratto tipo : riabilitativo e socio-assistenziale
- Introduzione di tecniche riabilitative anche nei contesti residenziali socio – assistenziali (colloqui motivazionali, gruppi per l’apprendimento delle abilità)
- Avvio della valutazione di utenti psichiatrici inseriti in strutture extraregionali (Work 2000), in strutture per disabili (il Faro, La Pieve) e in strutture per anziani

Gestione di iniziative tendenti a modificare il rapporto con i familiari

- Effettuazione incontri con le Associazioni dei familiari

- Effettuazione di incontri mensili di gruppo con tutte le famiglie degli utenti inseriti nelle tre strutture a gestione diretta e in alcune strutture gestite dal privato sociale

Risorse

- persone (sindaci, amministratori, datori di lavoro, insegnanti, condomini, istruttori sportivi, membri di associazioni, amici, pari, etc)
- posti (abitazioni, posti di lavoro, centri sportivi, corsi di formazione, luoghi ricreativi),

Le risorse:

- favoriscono i processi di guarigione attraverso l'espletamento di ruoli sociali.
- rappresentano lo strumento principale per l'ultima fase del processo di riabilitazione psichiatrica, ossia quella dell'applicazione negli ambienti reali della comunità delle abilità apprese nei programmi riabilitativi (generalizzazione delle abilità).

Azioni effettuate a livello della società civile

Le azioni effettuate a livello della società civile sono fondamentalmente di due tipi:

- 1. Interventi di sensibilizzazione/informazione degli enti locali al fine di ottenere alloggi a basso costo inseriti in normali condomini dove inserire utenti con programmi abitativi supportati
- 2. Interventi di monitoraggio dei programmi di inserimento lavorativo, abitativo, di ripresa degli studi, al fine di valutare periodicamente i progressi dell'utente, gli aggiustamenti e i cambiamenti da apportare e di scambiare informazioni tra tutti i referenti coinvolti.

L'effettuazione delle azioni descritte necessita di una formazione specifica da parte degli operatori della riabilitazione per apprendere e sviluppare abilità di comunicazione, di negoziazione e di supporto nei confronti dei referenti sociali coinvolti nei programmi.

Ampliamento del numero dei posti di lavoro nell'ambito della cooperazione sociale

Costituzione di un gruppo tecnico Consorzio Agape/DSM – SERT che ha:

- Rivisto la metodologia di inserimento lavorativo
- Formulato uno strumento di valutazione del funzionamento sociale integrando alcuni parametri già utilizzati con altri più appropriati alla disabilità psichiatrica
- Resta come ampliare le possibilità reali attraverso un incremento delle commesse offerte alle Cooperative

Revisione del modello di inserimento lavorativo

Necessità di ridurre il rischio degli esiti negativi. Proposta di misure correttive:

- Mantenimento della presa in carico da parte del servizio inviante
- Importanza del lavoro sulla motivazione prima dell'inserimento
- Importanza della valutazione del funzionamento prima dell'inserimento
- Mantenimento del supporto da parte dell'operatore del servizio inviante per tutto il tempo necessario
- comunicazione in tempo reale tra l'operatore del servizio inviante e gli operatori del SIIIL e delle Cooperative sugli eventi critici riguardanti l'utente, fuori e dentro in contesto di lavoro

- Flessibilità dell'inserimento, con la possibilità di modificare l'orario di lavoro, di introdurre facilitazioni e di riaccettare l'utente anche dopo periodi di interruzione.