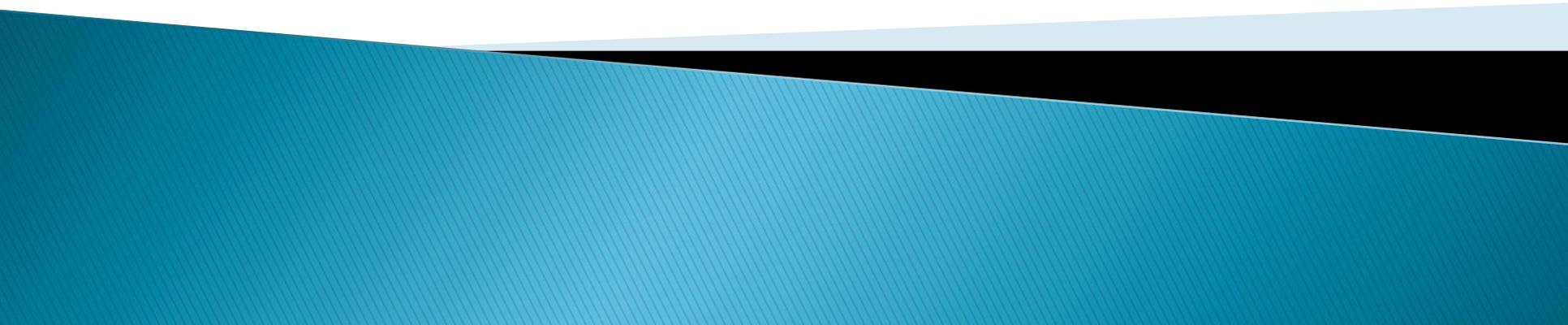


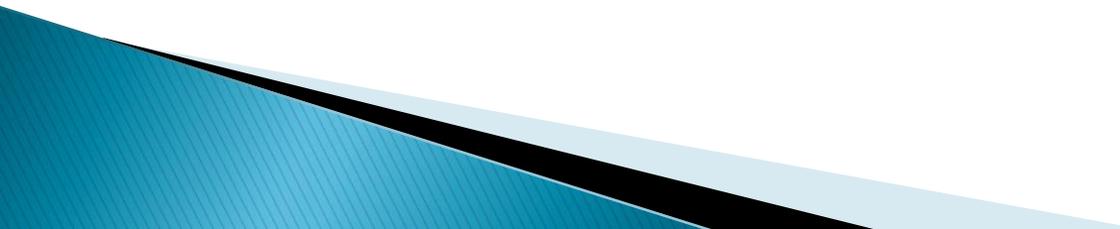
A.S.L. Frosinone D.S.M.P.D
U.O.C. Residenzialità e Semiresidenzialità

RESIDENZIALITA' LEGGERA:

L'abitare come percorso di salute, finalizzato al welfare di comunità

Filippo Morabito



- ▶ Vision della UOC residenzialità e semiresidenzialità del DSM PD
 - ▶ Aiutare le persone con disabilità psichiatrica a rientrare nel loro contesto di vita cercando di raggiungere il miglior funzionamento psicosociale possibile, compatibilmente con i deficit funzionali, la psicopatologia persistente e le ricadute.
 - ▶ Ciascuna struttura della UOC deve perseguire tale obiettivo coerentemente con la funzione specifica che riveste, sapendo che rappresenta solo un segmento del più complesso processo di cura, strettamente correlato a tutti gli altri
- 

- ▶ Il territorio del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda U.S.L. di Frosinone comprende tutto l'ambito provinciale con 91 comuni. La superficie totale è di 3241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 492.302 abitanti (dato I.S.T.A.T.).

- ▶ L'Azienda è suddivisa in quattro Distretti Sanitari e tre Poli Ospedalieri.
- ▶ Distretto A (90.391 ab.),
- ▶ Distretto B (183.086 ab.),
- ▶ Distretto C (103.022 ab.),
- ▶ Distretto D (115.803 ab.).

- ▶ Il Dipartimento di Salute Mentale nel 2014 ha erogato prestazioni per **10341 utenti in carico nei CCSSMM**
- ▶ Distretto A 833
- ▶ Distretto B 4164
- ▶ Distretto C 1997
- ▶ Distretto D 3347

n. 161 utenti inseriti nelle attività delle semiresidenziale

- ▶ CD di Frosinone 36 utenti
- ▶ CD di Ferentino 29 utenti
- ▶ CD di Ceccano 44 utenti
- ▶ CD di Isola Liri 35 utenti
- ▶ CD di Cassino 17 utenti

n. 71 utenti inseriti nelle strutture residenziali a gestione diretta

- ▶ **SRTRe “F. Basaglia” 10 posti 14 utenti ospitati**
- ▶ **SRTRe “M. Jones” 20 posti 29 pazienti ospitati**
- ▶ **SRTRe “R.Priori” 20 posti 28 pazienti ospitati**

Appartamenti

- ▶ Appartamento Frosinone 4 utenti
- ▶ Appartamento Frosinone 3 utenti
- ▶ Appartamento Ceccano 4 utenti
- ▶ Appartamento Ceccano 4 utenti

Strutture residenziali accreditate

- ▶ **n. 153 utenti inseriti in strutture accreditate**
- ▶ Distretto A 28 utenti
- ▶ Distretto B 45 utenti
- ▶ Distretto C 34 utenti
- ▶ Distretto D 46 utenti

Per un totale di 37090 giornate di degenza

Le politiche dell'abitare in un Dipartimento di Salute Mentale attraversano le questioni dei luoghi dove vivono le persone, dei modi dell'abitare, dei contesti in cui le strutture sono inserite.

Le politiche dell'abitare si occupano delle soluzioni abitative determinate dai bisogni dei gruppi di utenti, vanno quindi dal:

- ▶ diritto alla casa e all'abitare,
- ▶ all'habitat sociale
- ▶ alle strutture residenziali.

I percorsi di cura individualizzati, finalizzati all'abitare, sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

- ▶ I percorsi di cura hanno lo scopo prioritario di consentire alle persone di esercitare i diritti di cittadinanza legati all'abitare, ipotizzando nel tempo una progressiva riduzione dei sostegni attivi di supporto erogati, in relazione, alla auspicabile e ragionevole, incremento delle capacità personali di autogestione degli stessi utenti.

- ▶ Prioritaria è la progressiva trasformazione, dei bisogni e degli interventi sanitari a rilevanza sociale in bisogni e interventi sociali a rilevanza sanitaria.
- ▶ L'inclusione e il mantenimento, nella rete sociale di riferimento, delle persone portatrici di disturbo psichico sono gli obiettivi delle azioni.

La metodologia

- ▶ coprogettazione
- ▶ cogestione
- ▶ valutazione dei processi e degli esiti
- ▶ Sperimentazione e standardizzazione di percorsi piuttosto che accreditalimento di strutture

Gli attori

- ▶ Soggetti pubblici
 - ▶ Soggetti privati
 - ▶ Associazionismo (promozione sociale e volontariato)
 - ▶ Cooperazione sociale
-
- ▶ *Una particolare attenzione la riserviamo all'associazionismo dell'utenza psichiatrica*

- ▶ Il Dsm non delega parte delle proprie competenze al privato e non accredita strutture, ma ricerca soci paritari per la costruzione dei percorsi dove siano presenti le articolazioni sociali, “prodotti flessibili”, predittive di prognosi positive e che, come afferma l’OMS “devono essere parte integrante del trattamento medico” (Welfare mix).

Criticità del sistema

1. Riduzione progressiva e costante di delle risorse umane e professionalità eimpiegate nel territorio
 - ▶ sempre maggiore ricorso alla residenzialità,
 - ▶ aumento annuo del numero delle persone con disabilità psichiche, inviate sia nelle residenze a gestione diretta sia in quelle accreditate.

2. carenza di una rete sociale

- ▶ inappropriatazza degli inserimenti
- ▶ difficoltà dimissioni
- ▶ permanenze degli utenti a tempo indeterminato
- ▶ la riabilitazione *confinata* in una struttura muraria e non centrata sulla recovery

3. Ridotte azioni di monitoraggio sugli esiti e sulla qualità delle “cure” nelle strutture residenziali e semiresidenziali

- ▶ conduzione di attività a finalistiche e scisse dagli obiettivi;
- ▶ rette non correlate agli esiti e alla qualità del servizio.

Il progetto prevede, a partire dall'esperienza del Distretto B:

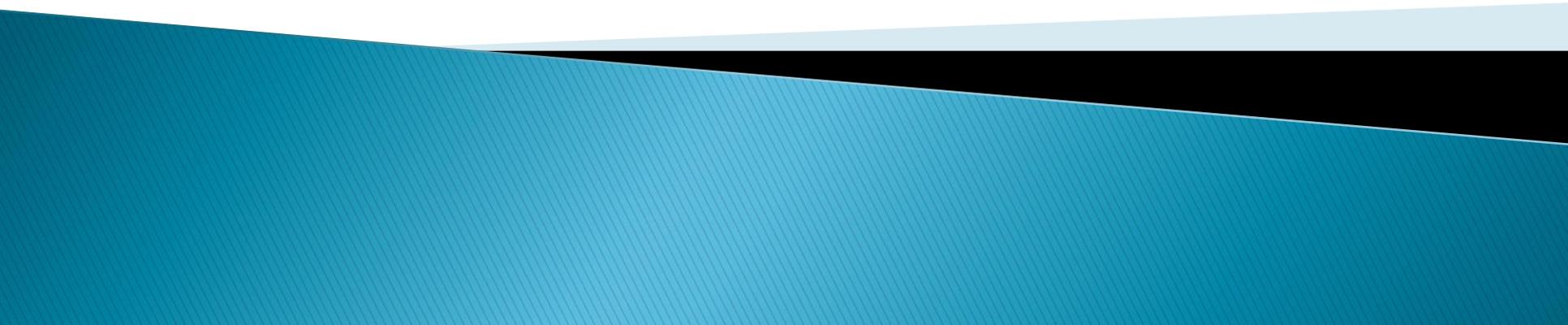
L'individuazione di "case" per gli utenti del DSM e l'implementazione del sistema

la trasformazione, quando possibile, di una quota delle attuali rette corrisposte per l'assistenza in strutture residenziali, in percorsi individuali mediante specifico atto contrattuale per ogni persona-utente.

Residenza e semiresidenza

- a) Sviluppo di un rapporto di partnership con l'utente
 - b) Sviluppo della disponibilità al cambiamento
 - c) Definizione dell'obiettivo riabilitativo
 - d) Valutazione del funzionamento
 - e) Insegnamento delle attività
-
- ▶ Interventi di supporto ai programmi di inserimento negli ambienti reali della comunità

Azioni nel settore abitativo

- ▶ Acquisizione di appartamenti di proprietà della ASL
 - ▶ Acquisizione di appartamenti dati in uso da familiari o da utenti
 - ▶ Realizzazione di appartamenti presso le case della salute
- 

- ▶ Funzione degli appartamenti

Gli appartamenti della “residenzialità leggera” rappresentano la fase di reale esperienza del recupero dei diritti/doveri di cittadinanza e sono propedeutici alla ricerca di un normale appartamento. Gli appartamenti a bassa, media e alta intensità assistenziale dovranno svolgere le seguenti funzioni:

- ▶ Acquisizione e esercizio delle abilità legate alla quotidianità della convivenza
- ▶ La strutturazione in termini di normalità della giornata attraverso il lavoro, l’impegno educativo/formativo e l’organizzazione del tempo libero
- ▶ Il consolidamento delle esperienze di successo relazionali tali a motivare il pz. al passaggio successivo

Modello degli ambienti supportati

- ▶ Gli utenti sono incoraggiati a frequentare i gruppi di supporto per la risoluzione dei problemi incontrati
- ▶ la collocazione nell'ambiente si attua in tempi relativamente brevi e gli interventi di supporto sono attuati contestualmente all'inserimento abitativo
- ▶ Il modello degli ambienti supportati non costringe gli utenti ad evolvere gradualmente secondo un continuum e non prevede necessariamente di aumentare il proprio livello di funzionamento per poter accedere ad altri ambienti di vita.

Modello degli ambienti supportati

- ▶ Gli ambienti supportati devono essere collocati all'interno della comunità e i ruoli che vi si svolgono devono essere rispondenti alle regole sociali correnti
- ▶ Gli utenti sono accolti non per pietà o paternalismo, ma per il ruolo che è loro richiesto e che hanno deciso di svolgervi
- ▶ Sono erogati supporti flessibili e continui a seconda del singolo caso
- ▶ Il monitoraggio delle performance e la valutazione degli esiti hanno un ruolo centrale.

Formazione ed esiti

- ▶ Non attribuire importanza alla formazione degli operatori, significa sottovalutare quanto l'esito riabilitativo delle persone con disabilità psichica venga influenzato dalla professionalità del personale con cui esse interagiscono (Anthony, Farkans, Cohen, Gange, (2002))
- ▶ Prevalenza di formazione rivolte ai singoli
- ▶ Prevalenza di formazioni astratte a volte slegate dalla realtà pratica

Competenze basilari del personale

- ▶ Come fare una valutazione multidisciplinare del paziente
- ▶ Come costruire una relazione fidata ed affidabile con il paziente e mantenerla duratura
- ▶ Come evitare atteggiamenti paternalistici, colpevolizzanti con i pazienti e le famiglie

Competenze basilari del personale

- ▶ Come insegnare le abilità e sostenere il paziente nei ruoli sociali.
- ▶ Come affrontare le crisi con approcci psicosociali, oltre che farmacologici
- ▶ Come contrastare le resistenze del paziente al contatto umano e al cambiamento dei comportamenti e stili di vita
- ▶ Come affrontare i sintomi resistenti ai farmaci

la costruzione di percorsi di cura individualizzati e integrati indirizzati all'abitare, richiedono prestazioni sanitarie unitamente ad azioni di inclusione e di protezione sociale. Rappresentano una sfida alla complessità della richiesta di salute.

E' tra le mura dell'internamento che Pinel e la psichiatria del 19° secolo incontrarono i folli, ed è là, non dimentichiamolo, che li lasceranno, non senza gloriarsi di averli "liberati".

Michel Foucault, storia della follia nell'età classica, 1961

AFFIDO ETEROFAMILIARE DELL'ADULTO

*Proposta di legge che sta
per essere presentata in
Parlamento*

*L'esperienza della ASL
TO3:
IL programma di
inserimento eterofamiliare
adulti (I.E.S.A.)*



U

UTENTI

F

FAMILIARI

E

ESPERTI

*NECESSITA' DI
AGGREGARE UTENTI E
FAMILIARI "ESPERTI" IN
PERCORSI DI FORMAZIONE
SPECIFICI, AL FINE DI
PROMUOVERE
L'INTERAZIONE DI QUESTI
CON NUOVI UTENTI E
NUOVE FAMIGLIE E PER
AUMENTARE I LIVELLI DI
EMPOWERMENT*

