

INQUADRAMENTO GENERALE su COME SI SVOLGE LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Un dialogo tra servizi psichiatrici dell'età adulta e privato sociale

Dott.ssa Sabrina Compagno

Dott. Andrea Zampieri

Questo incontro vuole presentarsi come un dialogo tra i due servizi che si occupano in questo momento di riabilitazione psichiatrica per la popolazione adulta. Il dialogo tra i due relatori in questa serata rappresenta il quotidiano dialogo tra due istituzioni, il servizio pubblico e il privato sociale, mondi apparentemente diversi in origine che convergono in un unico obiettivo ovvero quello di riabilitare una persona che a causa del suo disturbo mentale abbia delle conseguenti disabilità, fornendo un caleidoscopio di proposte, progetti e anche strutture.

I Servizi Psichiatrici per l'età adulta hanno come obiettivo quello di rispondere al bisogno di salute mentale dell'intera popolazione di un'area geograficamente delimitata e di costruire insieme alle persone sofferenti e alle loro famiglie progetti di cura dello loro salute al fine di favorire la loro migliore qualità di vita, compatibilmente con le loro vulnerabilità e risorse, nel loro abituale ambiente di vita.

Il rapporto dei servizi è quindi con un'utenza non selezionata, spesso portatrice di bisogni complessi a vari livelli, che richiedono, per corrispondervi, l'uso di molteplici tecniche relazionali, compresa quella farmacologia.

Non esiste l'intervento terapeutico per eccellenza. Esiste la necessità di stabilire un rapporto personalizzato con l'utente finalizzato a individuare la modalità terapeutica più adeguata a rispondere ai bisogni dell'utente-famiglia, alle sue capacità e risorse, al suo modo di vedere i propri problemi e le possibili vie di uscita.

In ogni servizio psichiatrico dovrebbero esistere tre aree di lavoro a cui corrispondono delle strutture: l'area del reparto ospedaliero (SPDC ovvero Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), l'area del territorio (Centro di Salute Mentale e Day Hospital Territoriale) e l'area Riabilitativa (Comunità e Centri Diurni)

Servizio
per le
dipendenze
(SerD)

Servizio
per età
evolutiva

Consultorio
famigliare

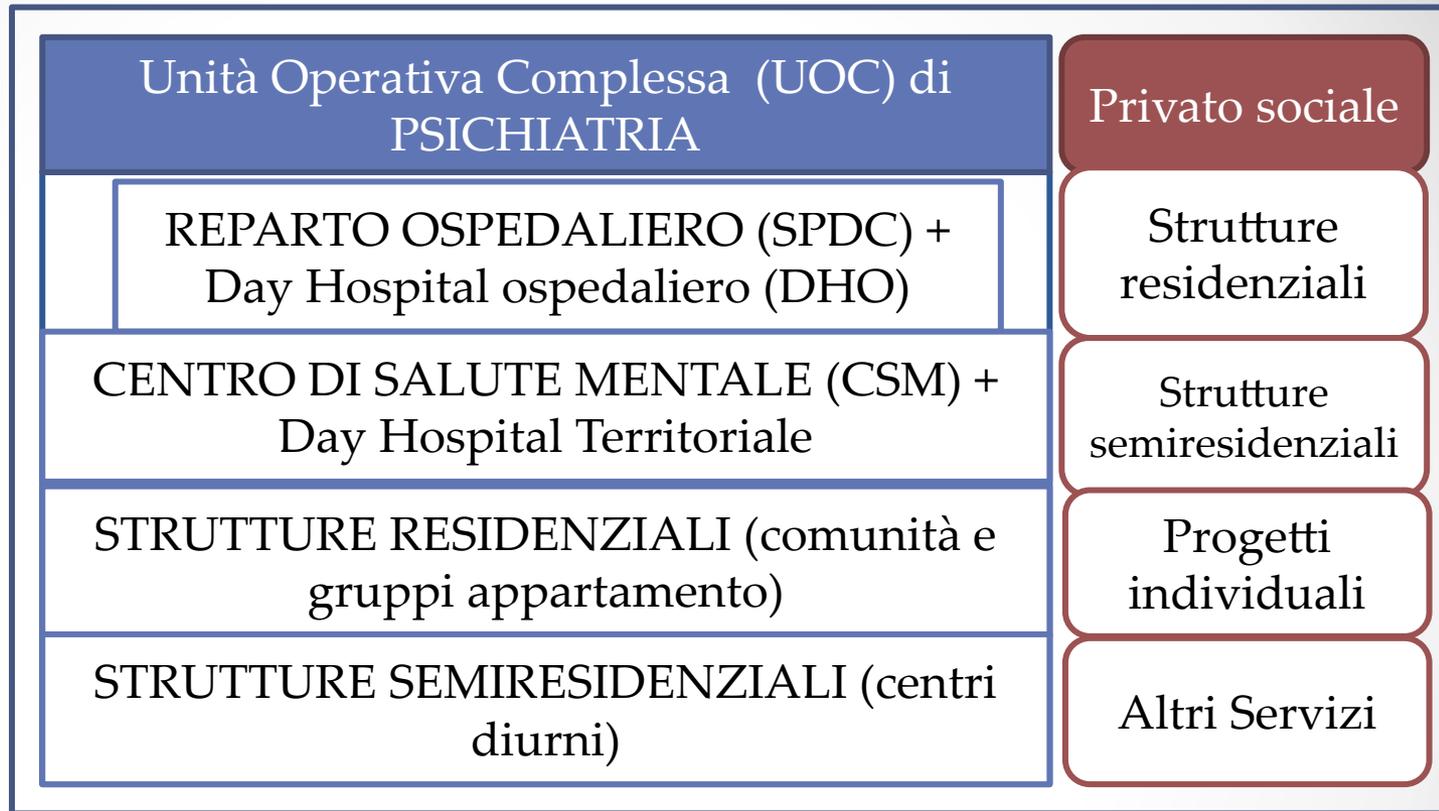
Servizio
per la
Disabilità
adulta

Servizi
Sociali

Ospedale

Medici di
medicina
generale

Distretto



Più unità Operative all'interno della stessa provincia costituiscono un Dipartimento di Salute Mentale

Presso la Ulss6 Euganea della provincia di Padova vi sono tre unità operative per esempio che corrispondono a tre aree geografiche (Nord, Centro e Sud) che lavorano in sinergia con la Clinica Psichiatrica Universitaria di Padova dotata a sua volta di un reparto di degenza e di alcuni servizi ambulatoriali.

La Psichiatria 1 interessa il territorio dei distretti: Padova Bacchiglione, Padova Terme e Colli e Padova Piovese; la Psichiatria 2 interessa il Distretto Alta Padovana (Cittadella e Camposampiero) e la Psichiatria 3 interessa il territorio del Distretto di Padova Sud (Este e Monselice). La Linea Riabilitativa è trasversale a tutte le Psichiatrie della Ulss 6 Euganea.



DISTRETTO

Alta Padovana

DISTRETTO

Padova Terme Colli



DISTRETTO

Padova Bacchiglione

DISTRETTO

Padova Sud



DISTRETTO

Padova Piovese

Padova

Le cooperative sociali forniscono strutture con personale dedicato o persone per progetti riabilitativi in convenzione con le Ulss dopo un determinato accordo contrattuale che varia da ulss a ulss ma che si deve riferire a determinate normative nazionali e regionali.

Le strutture di residenzialità psichiatrica della regione veneto sono definite, in attuazione del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale" a cui segue un Progetto Obiettivo regionale e devono attenersi come organizzazione alla DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1616 del 17 giugno 2008: Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali").

- CTRP tipo A: Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta ad Alta attività assistenziale
- CTRP tipo B: Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta ad Intermedia attività assistenziale
- CA: comunità alloggio modulo base
- CAes: comunità alloggio modulo estensivo
- GAP: Gruppo Appartamento Protetto
- REMS: Residenza per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza

A tali strutture si sono aggiunte recentemente:

- RSSP (Residenze Socio Sanitarie Protette)

Tali strutture si differenziano per diversi aspetti e devono rispettare in maniera coordinata i requisiti e gli standard previsti per l'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale, ai sensi della LR 22/2002, ivi inclusi gli indicatori di attività definiti.

Esse costituiscono una delle possibili risorse dei diversi Dipartimenti di salute mentale territoriali

CENTRI DIURNI

Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali sono sempre definiti dalla medesima delibera 1616 e nello specifico il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-educativo-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo) collocata di preferenza nel contesto territoriale e finalizzata a favorire l'integrazione sociale. Questa struttura può accogliere sino a 20 utenti.

Recentemente una delibera della regione veneto
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1673 del
12 novembre 2018: Programmazione del sistema di offerta
residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.
Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018. ha
ulteriormente definito i limiti e le caratteristiche delle
strutture e valorizzato tutta l'area dell'**ABITARE**
SUPPORTATO ma soprattutto ha definito tempi massimi
di permanenza in struttura residenziale.

A breve vi sarà una nuova delibera regionale che sulla scia
di tale delibera applicherà lo stesso paradigma alle
strutture semiresidenziali.

Il privato sociale fornisce inoltre singolo personale (psicologi, educatori e OSS) in supporto ad alcune attività riabilitative qualora il personale del servizio Pubblico non fosse sufficiente o per progetti personalizzati definiti sempre nell'appalto (supporto alla residenzialità leggera, progetti di affido eterofamiliare, progetti di supporto attivo alla ricerca del lavoro, etc) che variano da dipartimento a dipartimento.

Nel territorio della Regione Veneto operano in totale circa 400 strutture psichiatriche, oltre 230 delle quali sono residenziali. La presenza del Privato Sociale (autorizzato e accreditato ai sensi di Legge) si concentra soprattutto nelle strutture residenziali.

Un breve accenno va dato alla riforma di febbraio 2012, un decreto legge che stabilisce il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e l'apertura di strutture residenziali specializzate, dette **REMS**, a conclusione di un percorso iniziato nel 1999. Tale Decreto Ministeriale prevede, tra i vari punti, anche la regionalizzazione, ovvero che ogni Regione intervenga per i propri pazienti inseriti in REMS, al fine di prevedere un ritorno al territorio di provenienza.

Fasi costitutive di un progetto riabilitativo

Nella prima fase della presa in cura il processo diagnostico integra la valutazione su più assi -psicosociale individuale e familiare, struttura della personalità- con la diagnosi descrittiva della malattia secondo ICD-X ed eventuali annesse scale di valutazione. A tale fase segue, e talvolta è contemporanea, la fase della costruzione della relazione e del progetto terapeutico personalizzato.

La complessità e la pluralità degli approcci che connotano la psichiatria possono materializzarsi nella mente dello psichiatra durante l'incontro con l'altro/i sofferente/i. La visione integrata delle opzioni teoriche si è costruita di pari passo con la necessità di attivare interventi integrati per rispondere soprattutto ai bisogni molteplici dei malati gravi e delle loro famiglie.

Accanto all'intervento sull'utente si pone subito il rapporto con le **famiglie** e con la **rete sociale primaria**, e così la necessità di allestire un dispositivo terapeutico-assistenziale pluridisciplinare, che possa garantire un rapporto profondo con la persona sofferente, all'interno di un progetto globale e di una sua continuità temporale e assistenziale.

La bussola che indica la direzione del progetto personalizzato è la **domanda e il bisogno dell'utente**: non c'è una terapia per eccellenza né un luogo privilegiato ma un intervento complesso ed integrato di una stessa équipe pluridisciplinare nei contesti territoriali -compreso l'ospedale- più utili alla partecipazione attiva del malato ed all'efficacia della cura.

In questa ottica nel momento in cui al paziente viene proposto un progetto, la diagnosi, la cura e la riabilitazione cessano di essere separati ridefinendosi all'interno di un processo dinamico e complesso. Inoltre anche dal punto di vista diagnostico l'attività riabilitativa consente lo svolgersi di una pratica conoscitiva sul paziente in tempi più lunghi e intensivi, pratica che avviene in spazi più naturali, spesso al di fuori delle istituzioni, in luoghi diversi, molti dei quali già esistenti nel tessuto sociale

Se ci riferiamo a quanto riportato dalla World Psychiatric Association “l’obiettivo della riabilitazione psichiatrica è quello di aiutare gli individui con disturbi mentali gravi e persistenti a sviluppare le competenze cognitive, emozionali e sociali necessarie a vivere, apprendere e lavorare nella comunità di appartenenza con la minima quantità di supporti professionali”, ovvero il recupero di quelle abilità che sono state perse o compromesse a causa della malattia, e questo indipendentemente dalla gravità clinica, poiché il presupposto è quello che esistono sempre delle aree integre di funzionamento verso cui dirigere il lavoro terapeutico.

Il processo di riabilitazione psichiatrica può essere applicato ad una varietà di modelli di programma, in diversi setting e da operatori provenienti da differenti discipline attinenti al campo della salute mentale. Quando parliamo di “luoghi” della riabilitazione psichiatrica si pensa a spazi che consentano il rafforzamento del senso di identità e dell'autonomia, e che diano la possibilità di sperimentare la condivisione e l'appartenenza.

In questo senso ogni setting di salute mentale (reparto ospedaliero, centri di salute mentale, strutture semi-residenziali e strutture residenziali, etc) sono luoghi di riabilitazione dove applicare i principi della riabilitazione stessa e attuare i processi. In questi luoghi pi professionisti provenienti da differenti discipline o con diversi background culturali (tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, infermieri, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, etc) possono implementare, supervisionare, insegnare e gestire il processo e il percorso riabilitativo. Il processo riabilitativo a sua volta deve essere supportato da una rigorosa struttura organizzativa.

I Luoghi del processo riabilitativo possono trovarsi all'interno del servizio psichiatrico o possono essere convenzionati con esso, ma la responsabilità del progetto e il suo monitoraggio spettano al servizio psichiatrico che ha in cura l'utente e la sua famiglia.

Ma cosa pensiamo come operatori quando proponiamo un percorso riabilitativo?

Quali nuclei si devono ripercorrere e modificare nel processo riabilitativo affinché il paziente psichiatrico possa sentire di avere la possibilità di gettare nuovi ponti tra sé e il suo ambiente più articolati ed efficaci?

Volendo schematizzare i quattro filoni teorico-pratici che più di ogni altro si sono accostati allo studio della patologia psichiatrica possiamo distinguere:

-l'approccio biologico centrato sulla diagnosi e sulla cura prevalentemente farmacologia;

-l'approccio cognitivo-comportamentale centrato sul riapprendimento di funzioni desocializzate e/o deprivate;

-l'approccio relazionale centrato sulla lettura dei sistemi e dei circuiti comunicazioni;

-l'approccio analitico centrato sul lavoro "intrapsichico ristrutturante".

Il campo della riabilitazione psichiatrica è forse il campo dove tutti questi approcci convergono e collaborano, il terreno in cui la sfida alla sofferenza mentale ha permesso l'accelerazione di integrazioni, scambi e accostamenti

L'incontro tra uno paziente "da riabilitare" ed un operatore "riabilitante" può avvenire in molti momenti e luoghi diversi (nell'istituzione o in una struttura convenzionata con l'istituzione, dopo una crisi, dopo altri interventi falliti, o all'inizio della presa in cura; può essere una tappa di un lungo progetto di presa in carico longitudinale o può essere l'unica alternativa possibile in quel momento e contesto), ma rimane il fulcro sul quale si gioca l'esito del progetto stesso. Tecniche e strategie non sono altro che modalità per arrivare al nucleo duro della sofferenza e per arrivare ad esso è necessario sentirlo e capirlo con una capacità empatica, un'accoglienza ed una disponibilità notevoli.



Senza questi strumenti “umani” avremo pazienti “efficienti”, in grado di fare una lunga sequenza di attività adeguate, ma probabilmente senza la capacità di integrarle e tenere insieme in uno schema di riferimento continuativo. Il processo di riabilitazione ha qualcosa che ha a che fare con la reintegrazione della sensazione di continuare ad esistere, della capacità di sentirsi come distinto dall’altro, della sensazione di essere responsabile delle proprie azioni e della sensazione di possedere una propria affettività.

La riabilitazione ha “setting”, tempi, luoghi e tecniche che permettono il dispiegarsi di potenzialità emotivo-affettive, oltre che capacità e abilità pratiche, senza che il paziente accusi alti livelli di angoscia spesso insostenibili come potrebbe essere in un rapporto stretto ed unico con uno psicoterapeuta. Pertanto “il gruppo” è la dimensione fondamentale e naturale della prassi riabilitativa, sostiene e protegge il paziente il quale può, scendono i suoi tempo, utilizzarlo per nascondersi, azzardare, sbagliare, provare, conquistare nuove frontiere evolutive.

Altro aspetto fondamentale è l'agire sul quotidiano e nel quotidiano, che rappresenta per il paziente una "esplorazione" graduale e protetta del reale che favorisce nuovi reinvestimenti oggettuali al di fuori dell'angusto perimetro familiare dove spesso i rapporti sono cristallizzati alla mera sopravvivenza fisica e segnati da abitudini regressive.

Dal punto di vista pratico:

A queste aree spettano dei percorsi e delle strutture fisiche, che talvolta non sono sufficienti per cui alcuni progetti vengono delegati a strutture convenzionate (di solito Centri diurni e Comunità), ma il progetto rimane del servizio inviante e deve essere verificato dallo stesso dall'invio fino alla chiusura.

In particolare l'area Riabilitativa (dal testo del protocollo dipartimentale) “svolge in un'ottica dipartimentale la programmazione, il monitoraggio e il coordinamento delle strutture e dei percorsi riabilitativi residenziali e semiresidenziali, sia in rapporto alle equipe della unità operativa, sia in rapporto alle cooperative del privato sociale affidatarie di appalto.

Le attività riabilitative vengono effettuate secondo progetto:

- nei Centri Diurni (strutture semiresidenziali);
- nelle Comunità Terapeutiche e negli appartamenti protetti (strutture residenziali);
- nelle varie tipologie di residenzialità supportata
- nelle varie tipologie di inserimento lavorativo
- nei vari progetti individuali (di risocializzazione, di integrazione, di reinserimento nella comunità dei pari, etc)

Le strutture e i percorsi, incardinati dal punto di vista della direzione clinica all'interno della UOC nelle èquipe afferenti ai Centri di Salute Mentale, rispondono a bisogni riabilitativi esclusivamente derivanti dalla presenza di grave patologia psichiatrica. L'individuazione dell'utente, in età compresa fra i 18-65 anni, la definizione del progetto e la durata del percorso, stabilite secondo esclusivi criteri di gravità e priorità clinica, avvengono in base alle valutazioni dei Centri di Salute Mentale (CSM) che hanno in cura il paziente.

Le strutture riabilitative residenziali possono essere direttamente gestite o a gestione indiretta a cura di cooperative sociali.

Il responsabile di struttura è sempre un medico del Centro di Salute Mentale a cui la struttura afferisce.

In nessun caso adempiono a funzioni abitative o prevalentemente assistenziali.”

La costruzione di un progetto riabilitativo avviene in varie fasi che all'interno di ogni servizio seguono delle procedure ben delineate da protocolli operativi.

PERCORSI DELLA RIABILITAZIONE:

-PERCORSI INDIVIDUALI (supporto nella socializzazione, supporto nella ricerca di un lavoro, supporto nella gestione di una residenza autonoma, etc); questi percorsi di solito sono mediati da operatori quali educatori, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali. Questi operatori possono essere membri dell' équipe multiprofessionale del Servizio psichiatrico o appartenenti ad altri servizi (per esempio Servizio di Inserimento lavorativo della Ulss) o a strutture del privato sociale (per es IPS, ovvero progetto di supporto dell'inserimento lavorativo in cui l'educatore o lo psicologo sono dipendente da una cooperativa ma il progetto è verificato dall'assistente sociale del servizio, etc)

-PERCORSI IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

(centri diurni, day hospital territoriali) anche in quest caso alcuni servizi sono costituito da operatori del servizio di Psichiatria altri da operatori di una cooperativa, in altri casi entrambe le figure cooperano nello stesso luogo fisico.

-PERCORSI RESIDENZIALI Comunità Terapeutiche (si distinguono a seconda di un gradiente dal terapeutico all'assistenziale, e in base all'intensità di intervento riabilitativo), Gruppi Ppartamento e Residenzialità supportata (abitazione autonome in cui gli utenti vengono supportati nella quotidianità da operatori o del servizio o del provato sociale), in questo ambito esiste anche i cosiddetti progetti di affidamento eterofamigliare di utenti con problemi psichiatrici simili ai progetti di affidamento dei minori e sono progetti a cavallo tra progetti individuali e progetti residenziali, etc.

PERCORSI RESIDENZIALI: LA COMUNITA'

La comunità, nelle sue diverse declinazioni, è una risorsa che cura il proprio funzionamento lungo una dimensione bio-psico-sociale, cioè attraverso la realizzazione di programmi individualizzati composti da interventi farmacologici, psicologici, psicoterapici, riabilitativi e di socializzazione, realizzati da un'equipe multiprofessionale che collabora in sinergia con i DSM.

La comunità mira ad offrire una dimensione ambientale e temporale ben definita, con un'architettura terapeutica e organizzativa specifica, diversa dalla casa "familiare".

Si costituisce un luogo in cui poter fruire di un clima emotivo e sensoriale che sostenga le fragilità soggettive, un luogo che predisponga ad esperienze di transizione emotiva: da soggettività individuale isolata a gruppo di pari, da mondo interno incomunicabile a varchi quotidiani fruibili con potenzialità di esplorazione.

L'abitazione dà forma ad uno spazio in cui poter depositare dolore, emozioni e fantasie, in una condizione regolata ma non rigida, in cui gli operatori con la loro persona ed il loro mondo interno si prestano a muoversi oscillando tra molteplici significati.

Il progetto terapeutico riabilitativo evidenzia uno specifico metodo comunitario, solitamente un dispositivo gruppale la cui declinazione operativa è rappresentata dalla condivisione della quotidianità. Un apprendere dall'esperienza, un fare esperienza per raggiungere comprensioni efficaci. In questo senso, va ricordato che la comunità è uno spazio aperto e connesso con la comunità locale, caratterizzato da un intento di forte inclusione sociale e lavorativa, dunque esperienziale.



L'accoglienza risulta essere la prima struttura portante gruppale, che possibilmente dovrebbe tenere le fila di tutti gli attori in gioco. Dovrebbe basarsi su un'attenta valutazione multidimensionale della persona e della sua storia.

Le condizioni auspicabili per raggiungere esiti maggiormente favorevoli si basano infatti, ove possibile, sulla costituzione condivisa del progetto di comunità tra paziente, famiglia, e Servizio inviante, ovvero sull'alleanza terapeutica che si costruisce e conquista nel quotidiano. Paziente e operatore entrano in gioco, come detto in precedenza, a partire dalle interazioni spontanee quotidiane della vita comunitaria; tali incontri possono fornire importanti indizi di stati interni, segni sensoriali da cogliere, comprendere e rivitalizzare, quasi a riunire un'unità somatopsichica del vissuto col pensato.

Ogni comunità può proporre una gamma di possibili interventi, in un comune denominatore che dovrebbe occupare un importante ruolo, ovvero la capacità di attuare una funzione di scambio, traduzione ed interpretazione dell'impatto del singolo verso il gruppo e viceversa. Il gruppo allargato dell'equipe dovrebbe rappresentare la derivante funzione di sintesi e integrazione di aspetti frammentati, che non senza difficoltà necessitano di trovare "un posto". Si tratta di tenere in mente la complessità gruppale ed individuale per rappresentare e restituire l'evoluzione dinamica possibile.



Una responsabilizzazione collettiva a vari livelli che consente la trasmissione di scambi relazionali anche a diverse “generazioni” di pazienti che successivamente saranno accolti.

All'interno della comunità, delle sue riunioni, si discutono a volte “le regole”, fondamentali per garantire una convivenza; nello stesso momento, proprio in tali ritrovi “pensanti” vengono rappresentate e condivise anche modalità riparative per affrontare eventuali agiti violenti, fughe, danni ingenti.



A volte, i pazienti non hanno riferimenti stabili a livello familiare o ne sono del tutto carenti, tocca dunque all'equipe assumere la rappresentazione "genitoriale", nel difficile intento di graduare nuovi legami, anche nel progettare il "dopo di noi".

Quando, invece, questi legami sono presenti e collaborano, accade che il periodo trascorso in comunità rappresenti un'opportunità per entrambe le parti di poter comprendere la consistenza della sofferenza della persona e di fare esperienza di un'interazione diversa all'interno di legami dolorosamente provati.

Le attività riabilitative comprendono anche laboratori di professionalizzazione (interni alla comunità o esterni per tramite dei SIL), attività di autogestione, supporto a funzioni egoiche come possibili attivatori espressivo-creativi non solo verbali.

Infine, va sottolineata la necessaria e costante attenzione alla formazione di tutto il personale in servizio, specifica per il dispositivo comunitario. I momenti formativi dovrebbero essere continuativi, sia con professionisti interni che con esperti esterni, sia per singola comunità che con scambio tra comunità.

In particolare, la supervisione gruppo costituisce uno strumento che dovrebbe essere permanente, essenziale momento “riformulante” di un gruppo continuamente sollecitato da potenti dinamiche inconsce. Essa forma all'accoglienza e alla relazione con gli ospiti, con altre figure professionali e con altri servizi coinvolti, evitando l'isolamento in un “magico castello” onnipotente, al contrario favorendo una capacità di lettura delle situazioni in gioco, comunicabile ed esportabile.



“Quando c’è lo stigma e vedi che le persone ti guardano male c’è anche un altro fattore che ci aggregadiciamo che ci sono due velocità: una va a dieci e una va a venti...noi siamo quelli che vanno a dieci perché quella a venti ci fa un po’ paura ...perché noi siamo calmi e ci pensiamo un attimo...ma pensarci un attimo in questo mondo che va avanti a passi veloci per noi, che abbiamo quel piccolo pensierino che ci fa pensare se la cosa potrebbe piacerci o no, di qualsiasi cosa ci potesse capitare, per me è una cosa evidente di come siamo noi persone in mezzo agli altri, di noi pazienti ...gli altri vanno a venti e noi andiamo a dieci e cerchiamo di raggiungere gli altri se ci piace la cosa...e poi una sta a dire “eh stai sempre la a pensare tanto e tanto!” e io gli direi “ma tu non pensi a niente e vai avanti a fare e fare proprio come un asino e poi sbatti con la macchina perché vai troppo forte” ..ecco quello che mi sentivo di dire....

(intervento ad un evento web “fare assieme” del 24 aprile 2021 da parte di una persona che ha fatto tutto un lungo percorso riabilitativo e che ora è rappresentante dell’associazione utenti