



**Sintesi del lavoro del focus group dei Ser.T e degli Enti Ausiliari di Parma:
“Analisi delle risorse e delle criticità nella gestione dei percorsi riabilitativi”**

Marco Begarani resp. CT “Casa di Lodesana”
Parma 22 novembre 2010

- sintesi di alcune riflessioni alla base del processo
- sintesi dei focus
- Parole-immagini
- Per introdurci l'ottica di questo processo partiamo da alcune riflessioni tratte dal libro di **R. Sennett "l'uomo artigiano"** per contestualizzare il senso di questa esperienza
- Un dato biografico: Richard Sennett, professore di sociologia alla New York University e alla London School of economics prima di diventare sociologo ha studiato musica professionalmente.
- "Questo libro... si concentra sull'intimo nesso tra la mano e la testa. **Ogni bravo artigiano conduce un dialogo tra le pratiche concrete e il pensiero**"



- “Le capacità dell’artigiano di scavare in profondità si situano al polo opposto di una società moderna che preferisce la superficialità, la formazione veloce ed il sapere superficiale.”
- “... proviamo a mettere **a confronto** gli sviluppatori di Linux (comunità aperta di artigiani postmoderni che partecipano alla creazione dei software open source che applica il principio espresso nella formula “dato un numero sufficiente di occhi, tutti i bug vengono a galla”) con un’altra tribù moderna quella dei burocrati, restii a compiere una mossa se non sono stati *delineati in anticipo tutte le finalità, tutte le procedure e tutti i risultati desiderati* di un determinato provvedimento. Il loro è un sistema di conoscenza chiuso. Nella storia ... i sistemi di conoscenza chiusi hanno avuto tendenzialmente vita breve”...



- “Non si ostini a voler colpire il bersaglio” (esortazione zen citata da Sennett).
- “...ancora peggio se la **ricerca di qualità** è perseguita con standard assoluti che non considerano il *sapere tacito, l’esperienza, il valore della pratica, il conflitto divergente tra sapere tacito e sapere esplicito.*”
- L’ossessione della competenza, porterebbe, per il sociologo americano, ad un vero e proprio tipo narcisista ed ‘esperto’, incapace di relazionalità: il **‘Solitario della qualità totale’**. Ciò che va perduto, sostiene Sennett, è l’esperienza della comunità di quello che viene chiamato **Profession without Community**



- **La qualità ha bisogno del confronto con il campo, e di tempo.** Un progettista che lavora con autocad vede tutto nella sua compiutezza, non riesce a prendere la distanza dall'oggetto progettato. Né, spesso, riesce a instaurare un rapporto con il territorio, con i vincoli progettuali. L'esempio più eclatante Sennett lo propone nel capitolo 9, *L'ossessione della qualità*, in cui mette a confronto il **filosofo Ludwig Wittgenstein** che progetta la casa della sorella e il **suo amico architetto Adolf Loos** che progetta la casa per sé. *Wittgenstein aveva l'ossessione per la perfezione, per la proporzione perfetta*, arrivando a demolire un soffitto per farlo rifare tre centimetri più alto.



- **Wittgenstein**
- **Casa della sorella Margaret**

- L'ossessione di Loos era quella di fare un buon uso della contingenza, dei vincoli. Non ha l'ossessione della forma perfetta, perché lo porterebbe a focalizzarsi sui dettagli perdendo di vista l'insieme. La differenza è esemplificata nell'uso che Loos fa dello schizzo, che prevede per ciò stesso che venga buttato e rifatto continuamente, mentre Wittgenstein adeguò la forma a un progetto già tutto predefinito, rimuovendo le tracce della storia costruttiva.



- **Alfred Loos**
- **Villa Moller**

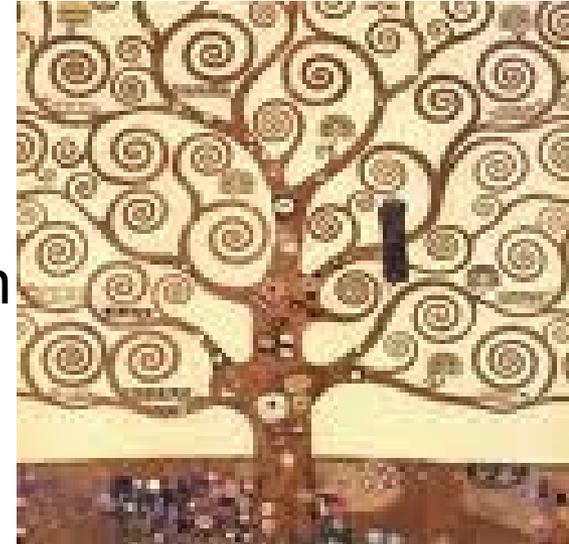
- Un'altro elemento importante per imparare è **la collaborazione**: la formazione non è un'attività isolata, richiede condivisione delle conoscenze, scambio di critiche reciproche, controllo continuo dei progressi. Sì, è vero, **tempo e cooperazione** sono valori tradizionali ma alla lunga producono risultati, soprattutto se l'obiettivo che ci diamo è la produzione di beni e servizi di qualità, che non si costruiscono con la fretta, ma basandosi sulla crescita delle competenze.



- **Formazione sul campo: “Apprendere riflettendo sull’esperienza”**
- La formazione sul campo intende sviluppare un sapere fondato sull’esperienza che si acquisisce, anche in modo inconscio, nelle attività quotidiane e si avvicina al principio del sapere pratico, che viene elaborato da un gruppo professionale non contrapposto al saper esplicito di natura tecnico professionale di cui la comunità dispone, ma costruito a partire da esso, attraverso esperienze condivise nella vita in comunità.
- Allora il risultato del cambiamento non dipende dalla qualità dei singoli elementi, ma principalmente, dalla qualità del **gioco collettivo** che essi creano



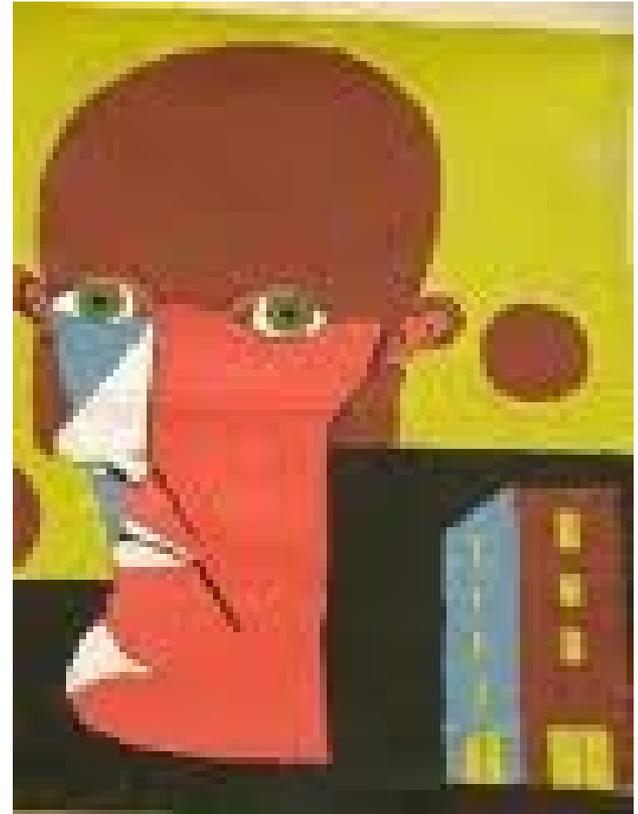
- La formazione va connotata da processi di costruzione di significato e attribuzione di senso ad eventi e situazioni lavorative ed organizzative.
- L'apprendimento deve essere vissuto come processo dialogico, sociale e culturale, di creazione ed elaborazione congiunta di significati con approcci operativi (**learning by doing**), orientati ai problemi, situati in contesti reali che porti anche alla modifica delle mappe cognitive/emotive/relazionali (un approccio ovviamente sentito molto vicino anche dalle CT).
- Una formazione funzionale al conoscere e apprendere a partire dai propri ambiti di lavoro comporta un avvicinarsi a contesti di azione caratterizzati da unicità, **ambiguità**, **imprevedibilità**, **provvisorietà** misurandosi con saperi non solo dichiarati ma anche in uso, depositati nelle conoscenze implicite e in azione dei soggetti.



- Così l'apprendere, l'organizzare, il riorientare, il riprogettare sono sollecitati attraverso la via impegnativa e non scontata di momenti intersoggettivi e gruppal di riflessione e rivisitazione delle pratiche quotidiane diffuse, attraverso processi di **transazione e negoziazione, di cooperazione e conflitto, di aggiustamento reciproco su equilibri sostenibili.**



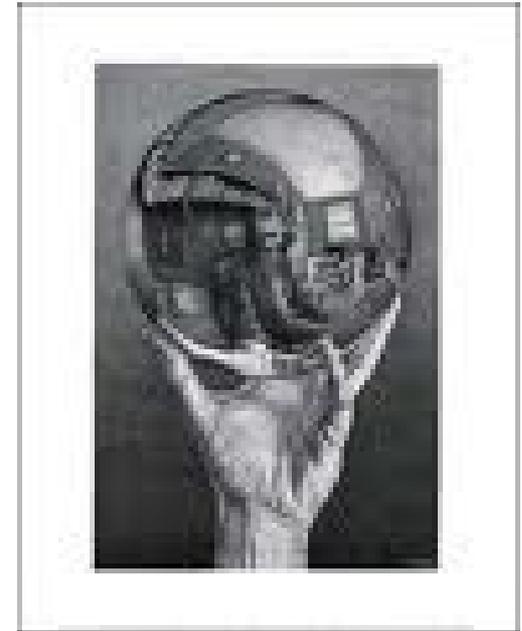
- Tali elementi bene si integrano con considerazioni provenienti dalla **prospettiva socioanalitica** secondo la quale le relazioni tra gli individui, le loro organizzazioni e il sistema a cui appartengono sono in parte regolate dal compito primario di quest'ultimo, cioè dalle **finalità razionali ed esplicite** per cui esso è stato creato, ma il suo destino dipende significativamente dalle **emozioni in gioco** e da processi che si svolgono nelle **“zone d'ombra” dell'organizzazione e del sistema, processi che sono in larga misura informali, inconsci ed irrazionali...** (Mario Perini “L'organizzazione nascosta”)



- Ad esempio Il “**modello Tavistock**”, una complessa teorizzazione sociopsicologica del comportamento organizzativo, nasce in Inghilterra nel secondo dopoguerra come *sistema teorico eclettico* che si propone di studiare il funzionamento delle istituzioni umane, di elaborare strumenti per un aiuto consulenziale alle *organizzazioni in difficoltà* e di contribuire all’integrazione delle diverse scienze sociali



- Le sue matrici teoriche sono principalmente due:
- 1. la **teoria psicoanalitica**, nella sua applicazione specifica alle dinamiche dei gruppi e delle istituzioni (Bion 1961, Jaques 1955 Elliott Jaques, psicoanalista canadese allievo e collaboratore di Melanie Klein, Menzies 1960) più precisamente qualificata come “socio-analisi” (Psicoanalisi e Organizzazioni)
- 2. la **teoria dei sistemi aperti**, i cui concetti sono stati applicati in diversi campi, dalla biologia alla modellizzazione delle organizzazioni sociali ed alla terapia familiare (von Bertalanffy 1968, Emery 1969).



- Possiamo immaginare che esistano **sempre due organizzazioni**, una visibile ed una nascosta: mentre quella **visibile** è *razionale, coerente, orientata al compito*, **l'organizzazione nascosta** è *irrazionale ed orientata al soddisfacimento dei bisogni emotivi*.



- Il tessuto dell'organizzazione nascosta è – come è facile vedere – densamente **impregnato di emozioni**: ansie, rabbie, desideri, gelosie, timori, invidie e rivalità più o meno esplicitamente riconosciuti circolano influenzando rapporti, decisioni, il benessere degli individui e la produttività e la qualità del sistema (pensiamo alle emozioni che si attivano nelle relazioni con i nostri pazienti, nelle nostre équipe, nei rapporti tra Ser.T. e CT, tra CT e CT, alle ansie/invidie nel privato sociale alla luce dei tagli e della crisi economica, nei professionisti precari che operano nella rete...).



- **L'efficienza e l'efficacia di un'organizzazione** dipendono in misura variabile ma significativa dalla sua **capacità di gestire e regolare l'ansia** (persecutoria e depressiva) presente al proprio interno.
- **Anche le organizzazioni e i sistemi sono soggetti a patologie** come analizzato da Kets de Vries in *L'organizzazione nevrotica* (1984) ... In questo senso è lecito parlare di organizzazione paranoide, ossessiva, isterica, schizoide, depressa.
- *E la rete dei Servizi? Le nostre organizzazioni? La CT nella rete dei Servizi?*



- Se le organizzazioni, le reti si “ammalano”, forse **le nostre** (sistemi di cura) sono **particolarmente a rischio** ma sono anche **potenzialmente le organizzazioni più attrezzate per fronteggiare tali rischi**.
- Considerata la nostra relazione con un numero elevato di pazienti con funzionamento di personalità al livello borderline e con doppia diagnosi e le spinte alla collusione, al coinvolgimento anche nostro verso tali modalità di funzionamento arcaiche e regredite siamo **esposti al rischio di funzionamenti di tipo borderline anche a livello di organizzazioni e di rete** (con il diffondersi, ad esempio di quella paranoiagenesi nelle organizzazioni descritta da Kernberg non a caso esperto anche dei fenomeni regressivi che si sviluppano a livello dei gruppi e delle organizzazioni sociali).



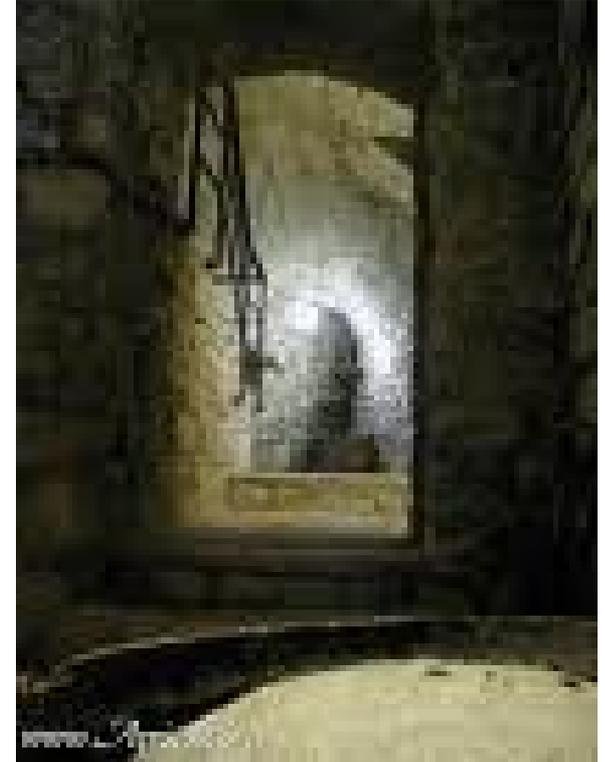
- Nello stesso tempo la nostra rete dispone di un importante **“sistema immunitario”**, di **capacità di mentalizzazione**, di cui ad esempio i focus group Ser.T .- CT vogliono rappresentare un momento, per fronteggiare la diffusione nella rete delle **“patologie infettive”** con cui siamo a quotidiano contatto e favorire elaborazione ed evoluzione di proiezioni, scissioni, spinte confuse, frammentanti, regressive...
- **“Sistema immunitario”, *im-munitas* fondata sulla **comunità (cum-munus)**, sul **patrimonio (patri-munus, dono del padre)**, sul **matrimonio (matri-munus, dono della madre)**, su una **democrazia quindi dei codici affettivi materno, paterno e fraterno.****



- Nella molteplicità di modelli teorici e prassi riabilitative gli incontri dei focus group si sono rivelati un'importante occasione per co-costruire un alfabeto, un linguaggio comune, per servizi che devono lavorare sulle **interfacce** (momenti di “**confine**” particolarmente delicati) e soprattutto realizzare un sistema integrato al servizio della comunità in relazione con persone con problemi di dipendenza patologica ma anche disturbi di personalità e doppia diagnosi (meccanismi difensivi arcaici quali identificazione proiettiva e scissione, disregolazione emotiva, comportamenti impulsivi, carente mentalizzazione, alessitimia...) che rendono *i nostri sistemi soggetti a dinamiche caratterizzate da elementi fortemente emotivi, ansiogeni e angoscianti, aggressività e seduzione, con spinte violente di frammentazione, senso di onnipotenza/impotenza...*



- Per facilitare un funzionamento dinamico, la gestione (clinica, dei sistemi complessi) è indispensabile collocare protocolli, procedure e tutto quanto appartiene alla logica ed alla razionalità all'interno di processi che considerino con altrettanta attenzione le persone, le relazioni, le emozioni e le relative dinamiche facilitando un clima di collaborazione attiva e propositiva quali fattore critico di successo per la costruzione di un sistema integrato, con una ricaduta diretta sulla qualità dei servizi e sui risultati
- ***“Se il tuo occhio destro ti scandalizza cavalo... se la tua mano destra ti scandalizza tagliala”*** (Mt 5,29-30)
- ***“Guide cieche, che filtrano il moscerino e ingoiano il cammello”*** (Mt 23,24).



- Per questo **gli incontri** sono stati pensati come:
- Cura/manutenzione della rete (Folgheraiter)
- opportunità di riflessività, “gruppo di lavoro”,
- luogo di mentalizzazione dei conflitti e degli affetti, contenitore mentale che favorisca **un’elaborazione della sofferenza mentale** in funzione di un compito di lavoro condiviso
- luogo che favorisca un’evoluzione dei meccanismi di difesa individuali e collettivi (ad es. *scissioni e proiezioni* non riproducendo, colludendo con meccanismi difensivi che spesso caratterizzano la nostra utenza e rispondendo con *controagiti*) con un’attenzione ai **complessi intrecci tra mondi interni ed esterni, tra individuo e gruppo e tra organizzazioni (e le loro “mentalità di gruppo”)**.



- Atteggiamento mentale aperto al dubbio , allo stupore, all'interrogazione, capace di riflettere sull'esperienza fatta senza doverla subito ricondurre a schemi mentali o a modelli noti, consentendo il cambiamento e lo sviluppo di nuove idee attraverso la **capacità di sostare nel conflitto e nell'incertezza.**
- Un tentativo di apprendere dall'esperienza, dai problemi che sorgono dalle criticità, dalle esperienze e competenze altrui in una convivialità delle differenze



- La consapevolezza del confrontarci con un'utenza complessa, con professioni ad elevato rischio di burn out, in tempi di trasformazioni sociali, di cambiamenti, di ristrettezza di risorse economiche ci ha fatto ritenere *percorsi come questo sempre più necessari.*
- I 5 incontri fino ad ora realizzati stanno confermando questa ipotesi a partire da questi elementi fino ad ora sintetizzati



- La proposta formativa è stata finalizzata a:
- **migliorare la conoscenza sui fattori di cura**, ovvero sulle competenze tecniche e sulle prassi socio-riabilitative e psicoeducazionali messe in atto nei percorsi di cura e favorire il confronto reciproco sui rispettivi modelli teorici di riferimento;
- favorire lo **sviluppo ed il trasferimento reciproco di competenze** che possono potenziare il lavoro d'interfaccia tra servizi, attraverso l'integrazione tecnico-culturale;
- **analizzare le criticità** che nascono nella progettazione dei percorsi comunitari, nelle prassi d'invio e nella gestione dei pazienti
- Tutti gli incontri si sono tenuti presso la Sala riunioni del distretto dalle ore 14,30 alle ore 18



- Gli incontri sono stati coordinati da Marco Begarani della CT “Casa di Lodesana” e Maristella Miglioli del Ser.T di Parma
- Ognuno degli incontri è iniziato con una o più brevi **relazioni introduttive di membri di partecipanti al focus o di esperti sugli argomenti trattati**, così da favorire la successiva discussione sul tema.
- Tutti gli incontri sono stati verbalizzati e tutta la **documentazione** (verbali degli incontri e altro materiale prodotto dai partecipanti) è stata messa a disposizione dei partecipanti.
- Il convegno odierno, aperto a tutti gli operatori dei servizi, si inserisce in questo percorso e allo stesso tempo ci offre l'opportunità di presentare ai partecipanti le risultanze del nostro lavoro.
- **Composizione del gruppo: 19 partecipanti** (Ser.T., enti ausiliari, équipe carcere), *2 conduttori/facilitatori, relatori esterni*



- **1° incontro di martedì 4 maggio 2010**
- **Tema dell'incontro: Processo terapeutico e fattori curanti: modelli di comunità a confronto**
- Sabasco e Cavatorta, formatore e supervisore della CT, hanno presentato la **Comunità terapeutica "Casa di Lodesana"**.
- Sono stati declinati i riferimenti teorici che attingono a vari indirizzi (psicodinamico, dialettico-comportamentale, interpersonale ... psicologia di comunità rif. sociologici, filosofici, a partire da una matrice di ispirazione cristiana).
- E' stata sottolineato l'importanza della rete 'pubblico-privato' e della formazione e supervisione d'équipe, soprattutto nell'affrontare i casi complessi.



- La tossicodipendenza in quanto **malattia cronica recidivante** ha messo in crisi il modello tradizionale di CT che deve essere rivisto. Per questo si è cercato di costruire un sistema che ha l'idea della **recidiva al suo centro** pur non escludendo la possibilità di guarigione ma calibrando gli obiettivi a partire dal confrontarsi con una malattia ad andamento cronico-recidivante.
- Viene evidenziato come **prioritario costruire una rete di servizi sul territorio**, considerando la comunità come momento ad alta intensità, **spostando però l'asse del discorso sul reinserimento** (cfr nuovi percorsi "Casa di Elia"). Considerato il percorso effettuato da Lodesana in questi anni che concepisce lo sviluppo dell'integrazione con il Ser.T. e con il territorio come l'elemento di specializzazione strategico che deve essere introdotto anche in funzione dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche (specializzazione come incremento dell'integrazione del sistema per affrontare i casi complessi v/s deleghe a strutture iperspecialistiche).



- Branchini, a nome della propria équipe, ha presentato la **Comunità terapeutica di Betania**.
- La CT ha aderito al Coordinamento nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA) e ne condivide i 10 principi fondamentali. Si cerca di ricucire una continuità nella frammentarietà delle esperienze, facendo perno sui punti di forza e sulle risorse individuali. La CT vive il valore del pluralismo e ritiene una risorsa sul piano socioeducativo la compresenza di varie figure e di differenti esperienze. La CT investe molto sul rapporto col territorio e sul reinserimento; essa ha messo in campo strumenti quali centri d'accoglienza a bassa soglia, cooperative di lavoro ed una casa protetta per malati di AIDS.



- Il **confronto** ha toccato temi importanti quali:
- **Differenziazione dei percorsi di cura per nuove tipologie d'utenti** (*giovani, cocainomani, doppia diagnosi, gamblers*)
- *Reinserimento lavorativo e sociale* come sfida per investire maggiormente sul territorio di riferimento, sia in termini di *potenziamento di rete con altri enti, istituzioni, associazioni e soggetti sociali vari*, con cui interfacciarsi per le problematiche sociosanitarie, sia in termini di maggiori risorse, anche economiche.



- **2° incontro di mercoledì 26 maggio 2010**
- Paola Abbati, a nome della propria équipe, presenta la **Comunità L'Airone**, struttura residenziale multi-modale che racchiude un **modulo COD** che ha il compito di strutturare con il servizio inviante il percorso terapeutico successivo, un **programma alcolisti** ed un **percorso per tossicodipendenti**.
- Il programma per alcolisti si struttura in tre ambiti distinti
- Anche nel programma residenziale per tossicodipendenti gli interventi si sviluppano in tre livelli:
- Sono previsti in comunità anche percorsi brevi per soggetti ricaduti e per chi necessita solo di un accompagnamento diurno.



- Il modello di comunità terapeutica di riferimento integra elementi delle *C.T. democratiche ed elementi delle comunità comportamentali* che rimandano ad una struttura gerarchica con sistemi di ricompensa e sanzioni.
- La presentazione si è conclusa con un raffronto dei **cambiamenti avvenuti negli anni nella C.T.**, ed in particolare: una maggiore flessibilizzazione nella presa in carico, percorsi maggiormente individualizzati con obiettivi differenziati, una modalità di interpretazione non più fallimentare né per il p.te né per la comunità degli abbandoni, ora considerati come eventi su cui riflettere per una maggiore comprensione delle difficoltà del paziente nel suo percorso.
- Antonella Begani ha presentato i percorsi non residenziali:
- il progetto Dedalo per cocainomani
- il progetto Spazio-Teen per adolescenti e giovani
- il progetto territoriale di reinserimento



- Nel successivo **confronto** sono state dibattute le seguenti criticità:
- la **difficoltà a rispettare i tempi previsti nei percorsi comunitari**, che può dipendere sia da ricadute o resistenza al cambiamento, sia a problematiche nella fase del reinserimento per scarsità di risorse, di opportunità lavorative ed abitative sul terro (cronicità).
- Maggiore difficoltà a gestire i percorsi comunitari nelle situazioni in cui la **motivazione al cambiamento è scarsa**, come ad es. nel caso di soggetti inviati in comunità come misura **alternativa al carcere**. Se vi è un'invio numericamente consistente di questo tipo di utenti in una stessa comunità, può essere più difficile integrarli con gli altri, con possibili ripercussioni negative sul processo terapeutico comunitario.



- **Comunità terapeutica e ospiti in misura alternativa alla detenzione:** quale compatibilità, quale rapporto numerico tra pazienti con misure alternative e non? Si devono stabilire dei limiti? Quale possibilità di trattamento in CT per pazienti con caratteristiche di sociopatia? Come valutare la motivazione dei pz. provenienti dal carcere? Sarebbe opportuna oppure no l'apertura di una sezione attenuata all'interno del carcere di Parma? Istituzionalizzazione o deistituzionalizzazione? Come affrontare questi temi coinvolgendo UEPE e magistrati? Come considerare questi elementi all'interno di una riflessione articolata che coinvolga il sociale per evitare di proporre "soluzioni biografiche a contraddizioni sistemiche" (Bauman)?



- **3° incontro di mercoledì 9 giugno 2010**
- **Tema dell'incontro: Il paziente “difficile e multiproblematico come sfida per nuove prassi organizzative e diversi approcci terapeutico-riabilitativi”.**
- *Barbara Bezzi* presenta il Ser.T di Parma dall'ottica dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti in carico, ponendo il focus sui processi ed i percorsi territoriali e d'integrazione socio-assistenziale e socio-sanitaria.
- Ha presentati innanzitutto i riferimenti legislativi, fra cui di particolare importanza il Piano sociale e sanitario regionale, declinando gli strumenti attuativi e le competenze dei singoli Enti ai vari livelli di programmazione.



REGIONE

Atto di indirizzo:

- stati di sviluppo
- problemi
- linee strategiche
- risultati attesi

PROVINCIA

Profilo di Comunità:

- indici ed indicatori
- tendenze
- percezioni
- Significati

PAL / PIANI DI ZONA

- programmi
- obiettivi
- interventi
- monitoraggio

SANITARIO

Piano delle Azioni:

- priorità
- Azioni
- risorse

SOCIALE

Piani attuativi:

- priorità
- azioni
- risorse

- Nella seconda parte dell'intervento vengono presentati compiti e funzioni del Servizio Sociale del Ser.T, nonché l'organizzazione del settore welfare del Comune di Parma con cui il Ser.T si interfaccia.
- Vengono infine presentate le modalità d'accesso ai Servizi e tutte le altre interfacce del servizio sociale del Ser.T sul territorio, con particolare riferimento al Centro per l'impiego ed alle C.T. per l'inserimento dei pazienti.



SERT Coordinamento SERVIZIO SOCIALE

```
graph TD; A([SERT Coordinamento SERVIZIO SOCIALE]) --> B([Interfaccia Centro per impiego SILD †]); A --> C([Erogazione contributi]); A --> D([Inserimenti Lavorativi]); A --> E([Inserimenti Comunità T.]); A --> F([Interfaccia Comune di Parma]);
```

Interfaccia
Centro per impiego
SILD
†

Erogazione
contributi

Inserimenti
Lavorativi

Inserimenti
Comunità T.

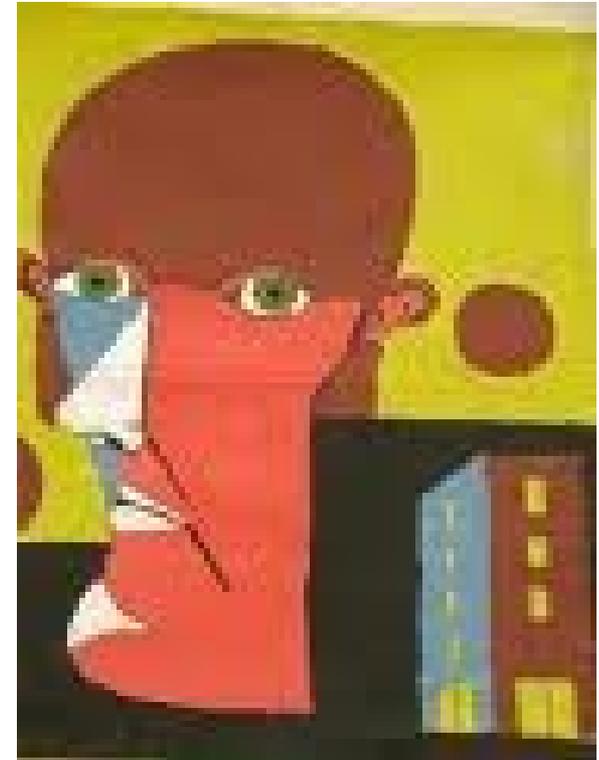
Interfaccia
Comune di Parma

- Samuele Lambertino ha descritto l'approccio terapeutico presso lo **SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo) della Casa di Cura Villa M. Luigia** sottolineando come il compito del reparto sia di trattare situazioni cliniche di acuzie psichiatrica e/o di crisi, ivi comprese le situazioni indotte da disturbo da dipendenza. Il progetto individualizzato è elemento imprescindibile dell'intervento basato su un approccio pluridisciplinare. Il programma terapeutico comprende oltre alla farmacoterapia anche un approccio psicoterapeutico basato su percorsi di tipo cognitivo comportamentale di gruppo, terapia di supporto individuale, percorsi ludico-ergoterapici.

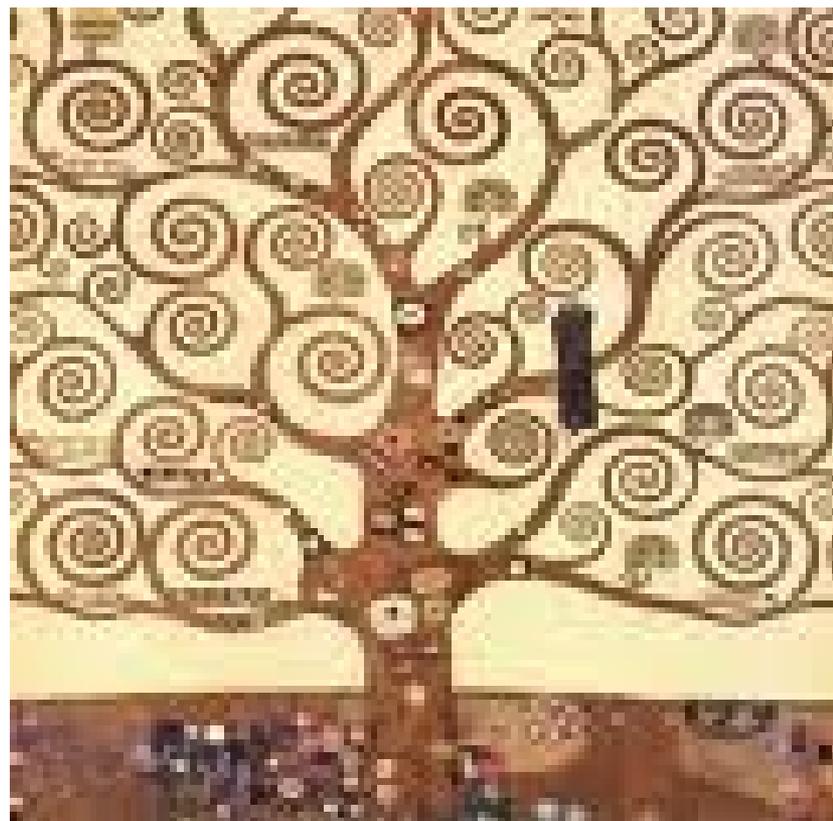


Ospedale Privato Accreditato
Villa Maria Luigia

- Il ruolo del ricovero ospedaliero si integra tra due livelli d'intervento, quello del servizio territoriale inviante e quello relativo al progetto successivo alla dimissione, che a volte consiste nell'inserimento del paziente in comunità. Il reparto ospedaliero si integra a pieno titolo in un sistema di rete di servizi.
- Giovanni Zucchi, psicologo presso lo SPOI, illustra *l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* che è risultata, tra l'altro, molto utile nella gestione del craving da sostanze. L'ACT è una *psicoterapia di ambito cognitivo comportamentale* che ha come scopo quello di alimentare l'accettazione delle proprie sensazioni e di ridurre i tentativi di controllo che sono alla base dei sintomi.



- Adelaide Pietropaolo e Mirella Brindani presentano un caso clinico in doppia diagnosi e multiproblematico, sul cui progetto riabilitativo-assistenziale si apre il confronto.
- Segue una **discussione** a più voci in cui vengono evidenziate criticità nella rete e vengono auspicati correttivi:
- Necessità di un maggior coordinamento tra intervento nella fase dell' acuzie e successiva fase riabilitativa



- Si concorda sul fatto che si deve modificare la cultura dei Servizi e migliorarne l'organizzazione affinché gli operatori siano in grado di utilizzare le risorse in modo più funzionale. Anche se non sempre si riesce a reperire in rete strutture idonee a gestire le situazioni più complesse, come nel caso portato alla discussione, ovvero pazienti con problematiche che si intrecciano a vari livelli: non solo disturbi psichiatrici o da dipendenza o mancanza di supporto familiare o di autonomia economica, ma anche compresenza di gravi malattie organiche o disabilità fisiche. Vari interventi convergono sul fatto che manca sul territorio una struttura a bassa soglia ma ad alto accudimento.



- Problema relativo alla **gestione del budget** in relazione alle situazioni complesse, con tendenza alla cronicità ed alta componente sociale

- **4° incontro di mercoledì 22 settembre 2010**
- **Tema dell'incontro: “Quale comunità per quale paziente. Management delle varie tipologie di dipendenza patologica nei diversi contesti terapeutico-riabilitativi: esplicitazione delle tecniche riabilitative e socioeducative e nei percorsi differenziati. Confronto con i modelli riabilitativi psichiatrici”.**
- Andrea Branchini presenta la **cooperativa Betania**, costituitasi nel 1985 su iniziativa della C.T. Betania, che ha finalità formative e di avviamento al lavoro.
- Partendo dalla definizione della riabilitazione e dalla distinzione tra riabilitazione e terapia, Silvia Codeluppi e Giuseppe Capella hanno presentato il progetto terapeutico secondo il modello integrato.



- E' stata fatta una disamina delle disabilità acquisite nella tossicodipendenza e delle tipologie di pazienti che afferiscono ai Servizi per le tossicodipendenze ed esaminati vari strumenti d'intervento a livello ambulatoriale, in primis il colloquio motivazionale, ed il lavoro di rete nel rapporto con la community in ambito riabilitativo.
- Vengono presentate le diverse tipologie di strutture intermedie quali risorse importanti in ambito riabilitativo.
- Viene ricordata l'**importanza del buon funzionamento dell'equipe multiprofessionale** e della fase d'accoglienza del paziente che corrisponde alla fase d'osservazione e diagnosi.
- L'intervento si è concluso invitando a chiederci se forse **i nostri servizi sono dei "non luoghi"**



- Pietro Pellegrini presenta le diverse tipologie di strutture psichiatriche che devono essere in continuità con il lavoro territoriale
- Sottolinea l'importanza delle scale di **valutazione dei bisogni di cura** che, assieme ad altri strumenti, ci vengono in aiuto per rispondere alla domanda di quali siano le risorse su cui fare leva: *prima risorsa da considerare è il paziente stesso, seconda la famiglia, terza la rete sociale informale e infine i Servizi*. Se non seguiamo quest'ordine, rischiamo di contribuire a creare una **dipendenza istituzionale**
- Le comunità psichiatriche faticano a dimettere e possono crearsi fenomeni quali **dipendenza istituzionale e cronicizzazione**.



- Ragionamenti analoghi valgono per la tossicodipendenza, dove ci sono pazienti che deteriorano sul piano cognitivo, dell'autonomia e dell'autosufficienza, per l'uso della sostanze o per l'AIDS. Così anche i Sevizi per le Dipendenze vanno a confrontarsi con la cronicizzazione di pazienti cui deve essere garantita una residenzialità protetta a vita.
- Sottolinea inoltre la necessità di considerare anche il costo per la società delle spese sanitarie e di come un corretto inquadramento diagnostico e prognostico permette di calibrare i progetti sulle situazioni per assistere le persone nel migliore dei modi essendo molto realistici da questo punto di vista e considerando che per alcuni utenti il **supporto a lungo termine** è un dato di fatto, pur volendo lavorare per il massimo grado di autonomia possibile.
- Obiettivo è dunque l'ottimizzazione delle risorse, evitando la delega totale ai servizi e l'assistenzialismo che ne consegue.



- Nel **dibattito** che segue, vari operatori si riallacciano all'intervento del dott. Pellegrini, con interventi
- sulla **razionalizzazione del budget e sul corretto utilizzo delle risorse** (con particolare riferimento alle situazioni di td complesse e cronicizzanti), sull'importanza di un'equa accessibilità delle risorse presenti in provincia di Parma per gli utenti di ogni distretto
- sulla necessità di riconoscere l'équipe multidisciplinare come risorsa fondamentale mettendo in atto misure di prevenzione **per prevenire di burn-out degli operatori**, considerato rischio implicito al lavoro con tipologie di pazienti cronici e gravi
- Dagli interventi emerge anche da parte degli operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze il problema della mancaanza di strutture residenziali per pazienti a bassa soglia, per i quali l'obiettivo terapeutico, almeno iniziale, non può essere il raggiungimento dell'astinenza e di strutture per pazienti cronici e/o multiproblematici in cui ai bisogni sanitari si sommino quelli assistenziali.



- **Tema del 5° incontro: Progettualità terapeutica e criteri d'invio : come le aspettative e le culture/saperi dei servizi possono influenzare gli invii e l'uso delle risorse.**
- Cocconi ha offerto una puntuale descrizione delle varie tipologie di strutture residenziali nella riabilitazione in psichiatria in provincia di Parma e delle modalità di accesso alle stesse. Ha sottolineato l'importanza della continuità assistenziale.
- Ha evidenziato come la domanda che afferisce ai CSM attualmente sia cambiata ed in particolare di come le **patologie** si presentino sempre di più come **miste** e di come l'uso di sostanze sia spesso presente anche se in utenti dei servizi psichiatrici. Ritiene questa una delle sfide con cui dovremo confrontarci in futuro che dovrà portare ad un ripensamento nel rapporto tra il Ser.T. e la psichiatria.
- **Come ripensare la rete dei servizi alla luce di "patologie miste"**, di una cosiddetta zona grigia, della vulnerabilità in aumento come **caratteristica del disagio della società postmoderna** tra mentale e sociale?



- Ivano Verderi e Chiara Ghizzoni chiedono se ci troviamo in una **situazione paradossale** in quanto “**ieri**” era caratterizzato da un’utenza con maggiori risorse e percorsi comunitari con tempi piuttosto lunghi (24 mesi) mentre “**oggi**” a fronte di un’utenza più problematica i tempi sono più ridotti. Evidenziano inoltre come il Ser.T. di Langhirano inserito in un territorio a grande sviluppo socio-economico, presenta un tipologia di utenza con poche situazioni di marginalità sociale per le quali il ricorso ad un progetto comunitario diventa la soluzione più idonea.

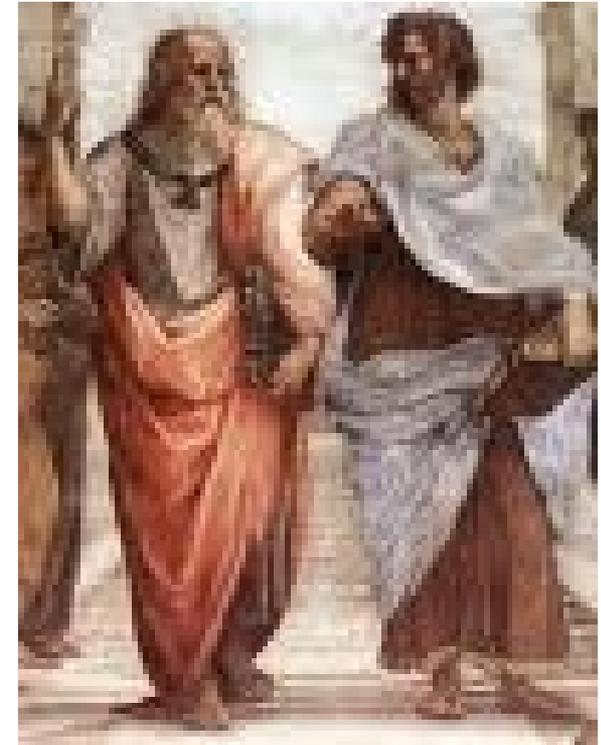


- Cinzia Artoni ha presentato l'attività dell'équipe carcere, che è un vero e proprio Ser.T. all'interno del carcere, dall'ingresso all'eventuale progetto di invio in comunità, spiegando la necessità della certificazione dell'attualità della tossicodipendenza a tal fine. Ha inoltre evidenziato la **tendenza dei Magistrati nel preferire gli inserimenti comunitari ai percorsi sul territorio** suscitando vari interventi da parte dei partecipanti. Sono emerse varie domande di chiarimento e si è ripreso una riflessione sull'ipotesi della costituzione di una **sezione attenuata**.



- Si è inoltre parlato dell' uvm come opportunità di discussione dei casi complessi.

- Gli incontri oltre alla **partecipazione attiva** di tutti i membri dei focus ed una modalità sempre costruttiva hanno evidenziato una ricchezza e un patrimonio di competenze, di esperienze, saperi, capacità riflessiva che deve essere esplicitato, condiviso, diffuso, fatto circolare e valorizzato.
- Quello percorso fino ad ora pensiamo sia **un primo step di una formazione sul campo in progress** che possa quindi riprendere e sviluppare alcuni dei temi, delle criticità emerse per ora solamente enucleate ma che necessitano di un approfondimento, per favorire un processo di cambiamento della rete dei servizi attraverso l'empowerment di tutti gli operatori, alla luce delle trasformazioni sociali in atto re-interpretando in un'ottica di welfare di comunità il principio permanentemente valido dell'universalità del welfare



- Riteniamo che questo tipo di percorso sia possa integrare al percorso regionale REX, che possa stimolare le riflessioni circa l'ipotesi e l'opportunità di costituzione dell'Area Vasta e che, in futuro, possa offrire spunti nell'ambito della ricerca e del confronto scientifico.
- In tale prospettiva il percorso 2010, dopo l'odierno convegno, si concluderà con il **6° incontro: Mercoledì 1 dicembre 2010**. L'incontro conclusivo sarà aperto a tutti gli operatori e ai responsabili dei servizi interessati, per una restituzione del lavoro svolto.

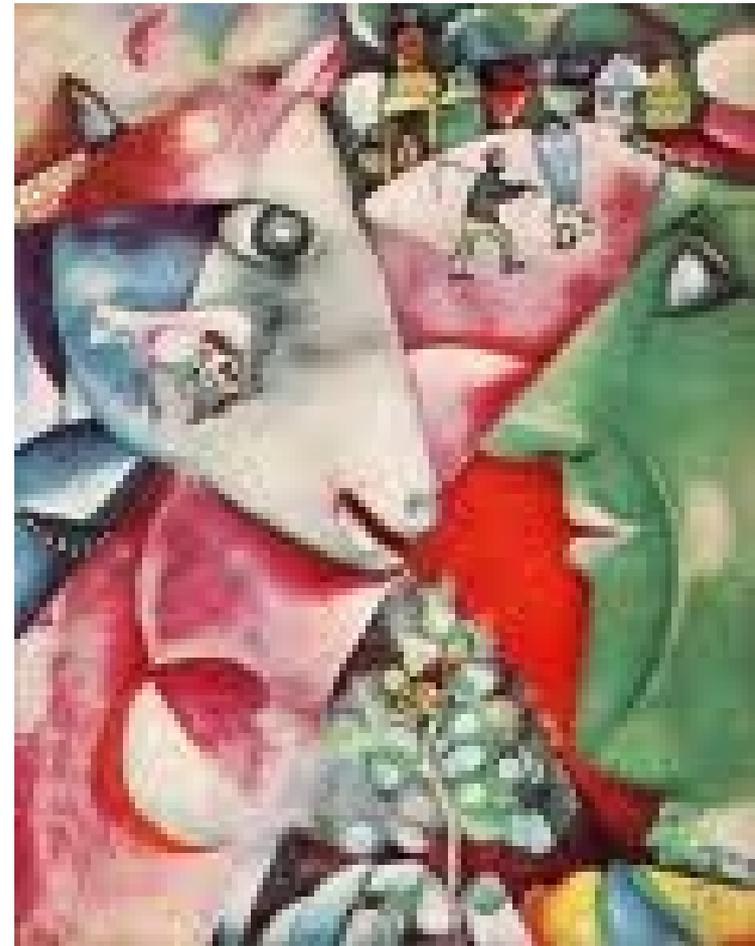


“ci sono voluti più di due millenni da quando gli antichi greci inventarono il concetto di paidèia perché l’idea di “formazione continua” si trasformasse da ossimoro (una contraddizione in termini) in pleonasma (come burro burroso o ferro metallico)... questa importante trasformazione è avvenuta in tempi recenti... con il passaggio dai missili balistici ai missili intelligenti... i missili intelligenti, a differenza dei loro più anziani cugini balistici, *imparano in corso d’opera*... quello che è meno evidente... è l’abilità di *dimenticare* istantaneamente quello che si è appreso prima”
(Z. Bauman)



- “Il fatto di imparare a svolgere bene un lavoro mette gli individui in grado di governarsi e dunque di diventare bravi cittadini. L’uomo pratico è in grado di giudicare se lo Stato è ben costruito, perché comprende le regole della costruzione. Il lavoro ben fatto è quindi anche un modello di cittadinanza consapevole. L’attitudine al fare, comune a tutti gli uomini, insegna a governare noi stessi e a entrare in relazione con altri cittadini su questo terreno comune.”

(R. Sennett)



*"La crisi più seria che la civiltà moderna è destinata
ad affrontare riguarda il modo di trasformare
le informazioni in conoscenza"*

Carlos Fuentes

