

La riabilitazione psichiatrica nel percorso residenziale

Parma, 22 novembre 2010

Pietro Pellegrini

Piano della presentazione

- Aspetti teorici della riabilitazione
- Definizioni
- Punti riferimento
- Riabilitazione: funzioni, attività, strutture
- Dalle pratiche alle teorie
- Percorsi residenziali
- La valutazione
- Riflessioni

La riabilitazione: aspetti teorici

- Storia e terminologia
- Riabilitazione (psichiatrica, psicologica, psicosociale, sociale, giuridica)
- Abilitazione, Educazione, Insegnamento
- Recupero, Adattamento
- Autonomia
- Socializzazione
- Inserimento, Integrazione, Inclusione
- Recovery (ripresa, guarigione sociale)

Cenni di storia

- L'Ospedale psichiatrico
- Due riferimenti:
- Le Comunità Terapeutiche inglesi (Tom Main, Maxwell Jones ecc.)
- La Politica del "Settore" (un territorio definito viene affidato ad una singola equipe)

Storia

- Ma anche:
- Psicoanalisi, psicoterapie, la relazione, dinamiche gruppali
- Scoperta degli psicofarmaci
- Contesto sociale e famiglie
- La stagione dei diritti
- Lo sviluppo del Welfare state

Definizioni OMS (1980)

- Malattia: condizione fisica o mentale percepita come deviazione dallo stato normale di salute e descrivibile in termini di sintomi o segni (es. danno cerebrale)
- Menomazione: corrisponde al danno strutturale o funzionale determinato dalla malattia (es. paralisi)
- Disabilità: perdita o restrizione delle prestazioni ed attività sociali causate dalla menomazione (es. incapacità di provvedere alla cura di sé)
- Handicap: costituisce lo svantaggio conseguente alla menomazione o disabilità che limita l'individuo nell'interazione con l'ambiente (es. impossibilità a fare le scale ed uscire di casa se non c'è l'ascensore)

Aspetti critici

- Non linearità
- Le disabilità psichiche non sono stabili
- Evoluzione nel tempo delle disabilità (es. nella schizofrenia la sequenza è: relazioni, lavoro, casa, cura di sé , Yablensky)
- Su di esse agiscono vari fattori (terapie, abbandono ecc.)
- Visione solo negativa con scarso rilievo alle risorse personali, familiari del contesto e alle potenzialità evolutive

Definizioni OMS (1999 -2001)

- ICHD2,ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- Rappresenta gli Stati Funzionali associati alle Condizioni di Salute
- Lo scopo è quello di fornire un modello di riferimento per la descrizione del funzionamento e delle disabilità, in quanto condizioni di salute
- Funzionamento e disabilità sono termini ombrello che coprono tre dimensioni:
- Funzioni e struttura del corpo
- Attività :esecuzione di un compito o di un'azione
- Partecipazione: il coinvolgimento di un individuo nelle situazioni di vita in relazione alla condizione di salute , funzione, struttura del corpo, attività, fattori contestuali

Definizioni II

- “Queste dimensioni di elementi correlati alla salute sostituiscono i termini usati precedentemente (“menomazione”, “disabilità”, “handicap”) e allargano il loro significato per includervi elementi “positivi”

Definizioni III

- Legge 180 e 833 del 1978
- Progetto O. Salute Mentale 1998-2000
- C) Prevenzione terziaria ovvero riduzione delle conseguenze debilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite l'attivazione di risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza

Definizioni IV

- Interventi prioritari
- C) integrazione nei piani terapeutico-riabilitativi dell'apporto di altri servizi sanitari, dei MMG, servizi socio assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda attività lavorative, l'abitare e i c.d. beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali)

Definizioni V

- G) Sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo auto aiuto di familiari o di pazienti e di cooperative sociali specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo.
(P.O Salute Mentale 1998-2000)

Definizioni VI

- Riabilitazione “insieme delle attività svolte in un DSM che tendono alla massimizzazione delle opportunità del paziente psichiatrico e alla minimizzazione degli effetti disabilitanti della cronicità tramite 1 – il trattamento dei sintomi residuali del disturbo mentale, 2- le attività sul contesto volte a ridurre o eliminare i fattori ambientali di cronicizzazione e ,3- lo sviluppo e la valorizzazione delle abilità personali della persona” (doc. Regione Emilia Romagna, 2002)

Un nuovo termine: “fragilità”

- Persone “fragili”. Fragile da “frango” che significa rompere, rompersi sotto pressione
- Un criterio operativo. Fragilità come “provocata dall’incapacità di sistemi biologici a vari livelli (dalla cellula alla persona) di conservare l’omeostasi” (Fried, 1992)
- La “fragilità” non è sinonimo di disabilità ma si avvicina a vulnerabilità, predisposizione (genetica, da fattori traumatici evolutivi, ambientale).

Quindi

- La riabilitazione psichiatrica necessita di punti di riferimento

Punti di riferimento

- La Persona
- La Patologia (disease) e il “vissuto” della patologia (illness) e della salute
- Il Funzionamento Psicosociale
- Le risorse personali, le aspettative e i rischi
- Il contesto di riferimento: famiglia, rete sociale, il contesto informale
- Consapevolezza e adesione alle cure
- Benessere soggettivo e la soddisfazione
- Qualità della vita
- Filosofia della vita, spiritualità e mete esistenziali

Punti di riferimento

- Definizione di salute mentale: “Stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità”. (OMS, 2001)
- Salute mentale quindi come bene individuale, relazionale e sociale

Punti di riferimento

- **Concetto di Recovery:** Condurre una vita produttiva e soddisfacente anche in presenza delle limitazioni imposte dalla malattia mentale. E' lo sviluppo personale ed unico, di nuovi significati e propositi man mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale (Antony, 1993)

Un approccio critico

- Comprendere quali sono i punti di riferimento del pz, famiglia
- Modelli e valori sociali di riferimento
- Risorse e norme del sistema di welfare
- Rischi dell'assistenzialismo
- Etica (della responsabilità e autodeterminazione)

Riabilitazione intesa come:

- Funzioni abilitative e ri-abilitative
- Attività (pratiche) specifiche di riabilitazione
- Strutture organizzative della riabilitazione
- Filosofia riabilitativa; vocazione riabilitativa

Dalle pratiche alle teorie

- In psichiatria vengono effettuati interventi psicologici/psicoterapici e farmacologici volti a modificare il “mondo interno” della persona che poi agirà nel mondo reale per risolvere i propri problemi psico-sociali (affettivi, relazionali, lavorativi, abitativi ecc.)
- Quando, per molteplici ragioni, si apre anche la necessità di interventi diretti nel “mondo esterno”, nell’ambito delle relazioni di vita, della socializzazione, della formazione - lavoro , dell’alloggio si parla di interventi sociali, psicosociali, riabilitativi, abilitativi, inclusivi

Definizioni

- Le pratiche richiedono una definizione di:
- Setting (tempo, spazio, atteggiamento)
- Soggetti/oggetti
- Modelli teorici di riferimento
- Modalità operative, definizione di problemi, valutazione, obiettivi, metodologie (contratti, ecc.), verifiche

Setting (spazi): non c'è un solo luogo per la riabilitazione

- Sedi formali
- Strutture del DSM (Residenze, semiresidenze, Centri Salute Mentale, SPDC), Terzo settore (Coop, Comunità ecc.)
- Alloggi protetti, casa (riabilitazione domiciliare)
- SILD, enti di formazione professionale, coop
- Sedi informali: Associazioni, circoli, auto aiuto associazioni, ecc. e nell'ambito delle consuete attività sociali (luoghi di lavoro, scuola, spazi culturali ecc.)
(Riabilitazione in situazione)

Piano attuativo salute mentale 2009-11 Regione Emilia R.

- Sistema di Comunità in questo ambito: il sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi, assistenza domiciliare, promozione della salute , le attività di prevenzione
- Integrazione socio sanitaria
- Sistema di Cura

Piano attuativo 2009-11: modello d'intervento

- Presa in cura. La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il *core della missione dei CSM (secondo)* i principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione; (quindi la riabilitazione ha come premessa la presa in cura)

Piano attuativo

- governo dei percorsi ospedalieri e residenziali esterni al CSM. Il CSM deve responsabilizzarsi per contenere all'indispensabile gli accessi in SPDC
- favorire la territorializzazione degli inserimenti residenziali
- garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente

Piano attuativo

- favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del case management;
- ricomprendere all'interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato; (progetto multiprofessionale, integrato)

Piano Attuativo

- spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della riabilitazione *in vivo*, interpretando in questo modo il concetto di domiciliarità e ricomprendendo in questi anche interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale;
- adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell'utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'empowerment ed alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;

Piano Attuativo

- favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto, l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione professionale;
- adottare un approccio ben formalizzato e rispettoso dei diritti di informazione e di scelta della persona in tutti i casi in cui si renda necessario ricorrere a provvedimenti direttivi/coercitivi, limitandoli al necessario;
- incentivare la funzione di consulenza, collegamento

Terapia e riabilitazione

- Classicamente si susseguono nel tempo: diagnosi, terapia e riabilitazione
- La riabilitazione come lavoro contestuale, alla diagnosi, alla terapia all'interno di un'unità di tali livelli. In questo senso, la riabilitazione non attiene solo alle Residenze, ma deve essere presente, come ottica, in tutte le attività. L'attenzione alle componenti psicosociali è costante in tutto il processo
- Gli interventi psicosociali (riabilitativi, abilitativi) come interventi precoci ancora prima che si possa avere una diagnosi precisa e una terapia certa. (La riabilitazione precoce)

Il percorso residenziale

- Normativa nazionale
- Normativa regionale
- Differenze normative e forte disomogeneità (quali-quantitativa) delle strutture
- L'accREDITAMENTO

Normativa nazionale

- Progetto Obiettivo DPR 10/11/1999
- Decreto LEA Strutture residenziali 2008
- Definizione di strutture residenziali: “strutture extraospedaliere che accolgono per l’intero arco delle 24 ore soggetti che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o socio riabilitativi “

Normativa nazionale

- Prestazioni terapeutico riabilitative
- Prestazioni socio riabilitative

Normativa nazionale

- Prestazioni terapeutico riabilitative
- INTENSIVE: pz in fase post acuzie che richiedono interventi intensivi e programmi di reinserimento sociale. Personale 24 ore
Durata max degenza 18 mesi
- ESTENSIVE: pz. con problemi cronici durata max 36 mesi (prorogabili). Tipo 1 personale 24 ore; tipo 2 personale 12 ore

Normativa nazionale

- Prestazioni socio-riabilitative
- Soggetti parzialmente autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non è definita la durata max. dell'ospitalità.
- Tipo 1 personale nelle 24 ore; Tipo 2 personale nelle 12 ore

Strutture Emilia Romagna

- Rete OSPEDALIERA SPDC e SPOI (TSO solo in SPDC). Assistenza e accessibilità nelle 24 ore tutto l'anno
- Rete residenziale SANITARIA
- RTI (residenze a trattamento intensivo): assistenza sanitaria infermieristica (psichiatra di solito reperibile) e permanenza max di 1 mese prorogabile con motivazioni scritte a 2 mesi

Strutture in Emilia Romagna

- RTP (Residenze a Trattamento Protratto): assistenza infermieristica di almeno 12 ore/die e permanenza di 180 giorni prorogabili ad un max di 1 anno
- RSR (Residenze Socio Riabilitative): assistenza infermieristica di almeno 6 ore/die e permanenza di 18 mesi fino ad un massimo di 36 mesi

Strutture in Emilia Romagna

- Residenze SOCIO-SANITARIE
- Gruppi appartamento con massimo 6 ospiti.
Livelli assistenziali alti (24 ore), medi (12 ore), bassi (6 ore) o fasce orarie.
- Comunità Alloggio hanno più di 6 posti fino ad un massimo di 20. Livelli assistenziali alti (24 ore) o medi.
- Alloggi protetti con portineria, o con visite periodiche

Strutture in Emilia Romagna

- Strutture socio sanitarie: permanenza secondo progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, con verifiche periodiche ma senza scadenza (prorogabile sine die)
- L'ammissione nelle strutture socio sanitarie avviene su richiesta dello psichiatra e dopo valutazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)

Strutture in Emilia Romagna

- I Centri diurni Per i pazienti con psicopatologia che implica una forte disabilità primaria (ad es.: schizofrenia ad esordio precoce ed a prevalenti sintomi negativi con compromissione cognitiva) si richiede infatti soprattutto la predisposizione di un ambiente molto protettivo ed accogliente che sappia valutare finemente le capacità residue ed il grado di stimolazione idoneo a ripristinare un processo di apprendimento e sviluppo emotivo senza costituire stress fonte di ricaduta o esacerbazione sintomatologica.

Strutture Emilia-Romagna

- Per i pazienti con prevalente disfunzionalità relazionale-sociale ma meno compromessi da sintomi residuali di tipo negativo o disturbi dell'apprendimento, il centro diurno può, in alcune fasi della malattia e del percorso terapeutico-riabilitativo, assumere il significato di luogo in cui attualizzare relazioni personali in un contesto supportivo e comprensivo, in grado di mediare con il contesto sociale più generale. (cooperative, associazioni ecc.)

Considerazioni

- Punti comuni alle normative:
- Permanenza “a termine” nelle strutture Sanitarie (max 36 mesi)
- Ospitalità sine die nelle strutture Socio sanitarie
- Graduazione della presenza sanitaria che si riduce nelle strutture socio sanitarie per lasciare spazio ad altre figure
- E' adeguato per i pz più gravi?

Considerazioni

- La normativa privilegia il termine Residenza (risiedere a termine tra ospedale e territorio) rispetto a Comunità
- Comunità (radice comune a comunione, comunismo, commissione, commistione, comprendere) (interesse collettivo?)
- Residenza (centralità individuale?)
- Comunità Alloggio mentre non si parla di Comunità Terapeutica

Considerazioni

- Le Residenze a Trattamento Protratto a Socio riabilitativo possono essere Comunità Terapeutiche?
- Comunità: insieme di persone
- Caratteristiche delle comunità (educativa, religiosa, militare ecc.)
- Elementi comuni alle diverse Comunità: regole di convivenza, relazioni, fenomeni gruppali, possibili dipendenze, regressioni

Considerazioni

- Perché Terapeutica?
- Perché in grado di modificare il funzionamento mentale, funzionamento, il comportamento, le capacità di autodeterminazione e la qualità della vita
- Come? Mediando i rapporti del soggetto rispetto all'esterno, protezione, sicurezza, fino a isolamento e chiusura. Ristrutturazione delle relazioni

Considerazioni

- Favorendo la c.d. “terapia d’ambiente” utilizzando la quotidianità per la cura di sé, mediante assegnazione di compiti, decisioni “democratiche” ecc.
- Gruppi di discussione
- Gruppi di terapia
- Auto mutuo aiuto
- Attività abilitative
- Attività formative e lavorative

Considerazioni

- Centralità della Relazione
- Interventi specialistici
- Terapie
- Psicoterapie
- Interventi riabilitativi psico-sociali a partire dalla valorizzazione delle risorse dell'ospite che viene responsabilizzato rispetto a salute, gestione della patologia, vita in struttura

Considerazioni: valori

Altruismo, reciprocità, rispetto	Rivalità, competizione, imposizioni
Cooperazione	Individualismo
Condivisione	Egoismo
Umiltà	Presunzione, superbia
Frugalità	Spreco
Austerità	Consumismo
Connessione	Isolamento
Beni relazionali	Beni economici e di consumo
Sapere essere, fare	Apparire
Comunità solidale	Comunità frammentata

Considerazioni

- Dare senso all'esperienza anche la più aliena
- Espellere come rifiuto le esperienze altre fino a teorizzare che vi siano vite di “scarto” (che non vale la pena vivere)

Prerequisiti

- Non ci può essere riabilitazione se non ci sono:
- Accoglienza, rispetto delle diversità
- Opportunità e comprensione
- Libertà e fiducia
- Responsabilità e senso di sicurezza
- Apertura al rischio (condiviso)
- Apertura al futuro

Residenze e Comunità Psichiatrica

- La Residenza si pone in forte continuità con il lavoro territoriale
- La Comunità per quanto collegata alla rete territoriale determina un periodo, un'esperienza unica, di nuove possibili scoperte.
- Psichiatrica: perché destinata a pz. con disturbi mentali? perché usa strumenti che agiscono sul funzionamento mentale?

Domande

- Psichiatrico è molto generico?
- Vecchi e nuovi mix di pazienti?
- Distinzioni per categorie diagnostiche?
- Centralità dell'individuo?
- E le dinamiche gruppali?
- Comunità come “famiglie istituzionali”?

Miti

- La C.T è chiusa
- Miracolosa
- Non chiede sforzi
- E' la casa per sempre
- Dipendenza affettiva
- Nostalgia

Miti e realtà

- La crisi delle comunità in Inghilterra
- Costi, finanziamenti
- Efficacia
- Dipendenza. Bisogni di lungo termine
- Necessità di fare fronte alla disgregazione sociale dei pz. (povertà, disoccupazione, assenza di alloggi)
- Diversa tipologie di pazienti
- Risposte specifiche cliniche e sociali

Indicazioni per le RTI

- Pz in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto collaboranti, aderenti al trattamento
- In grado di autodeterminarsi, di utilizzare un contesto aperto, responsabilizzazione
- Rischio di suicidio non acuto
- Assenza di patologie internistiche acute da richiedere l'ospedalizzazione

Offerta RTI “Santi”

- Scheda d’invio, informazione e accordo
- Inquadramento diagnostico dei disturbi mentali. Psicodiagnostica
- Psicofarmacoterapia (prescrizione, assunzione, educazione, compliance)
- Continuità con il programma del CSM che potrà essere rivisto e aggiornato
- Inquadramento delle dinamiche familiari e proposta di interventi

Offerta RTI “Santi”

- Valutazione e diagnosi dei disturbi somatici e i studio interazioni delle molteplici patologie e terapie. Invio a specialisti e percorsi appropriati
- Co-formulazione di un programma riabilitativo (assi casa, lavoro, relazioni) da sviluppare nel territorio o in regime semiresidenziale
- Formulazione di un programma per prevenire le ricadute coinvolgendo pz e familiari, medico di mmg e servizi

Offerta in RTI

- Proposta di un ruolo di paziente “competente” in grado di collaborare alla propria salute, alla terapia, al programma
- Invito dei pz. collaborare per la gestione della vita della struttura
- Libertà “contrattata” e responsabilità
- Le dinamiche grupppali
- Definizione del limite e del termine alla degenza
- Importanza dell’auto mutuo aiuto

Offerta in RTI

- Modello medico psichiatrico
- Modello psicologico relazionale
- Psicoterapia
- Sostegno e psicoterapia della famiglia
- Componenti abilitative riabilitative
- Valutazione delle risorse e dell'offerta sociale.
Interventi psicosociali (attivazione di risorse sociali formali e informali)

Considerazioni critiche

- Se non è possibile identificare un solo luogo della riabilitazione (Perris) occorre tenere conto che il sistema interno dei servizi non è mai isomorfo rispetto alla società
- Il processo riabilitativo non è lineare
- Idealmente i risultati devono essere stabili e trasferibili ma spesso i risultati sono instabili e poco trasferibili
- In molti casi è preferibile la riabilitazione “in situazione”
- Il setting deve dare stabilità e prevedibilità
- La rottura della rete sociale e affettiva e la perdita di ruolo avvengono precocemente
- Rischi iatrogeni (regressione, dipendenza ecc.)

Setting (tempo)

- Modelli di presa in cura:
- Longitudinale (“lunga durata”, per tutto il tempo necessario)
- “A termine” (Minimal psychiatry, Rothschild)
- Verifiche periodiche (implicite/esplicite)/Senza verifiche
- Globale (tutti gli aspetti della vita) compresi familiari, contesto ecc. da parte di un solo servizio.
- Circoscritta ad aree ben precise (abilità di base, gestione disturbi, alloggio, lavoro, relazioni sociali ecc.)
- Integrata diversi soggetti/servizi collaborano con competenze precise, esplicite e verificabili e responsabilizzazione di utente, familiari e contesto

Setting (atteggiamento)

- Agli operatori è richiesto un atteggiamento empatico, attivo, partecipe, non valutante, inclusivo, fiducioso, moderatamente ottimistico, non drammatizzante. Aspettative degli operatori: sono correlate con gli esiti (Ciompi)
- Relazione individuale o grupppale in genere mediata dall'azione (fare insieme) in situazioni abituali della vita.
- “Stimolazione ottimale”; rischi di sovrastimolazione, sottostimolazione
- “Distanza ottimale”: rischi di eccessivo coinvolgimento-collusione, freddezza-distacco, ottimismo eccessivo - pessimismo (nichilismo). Resistenza-resilienza

Equipe

- Equipe multiprofessionali (integrazione professionale) Lavoro con altri enti e istituzioni (Integrazione istituzionale), rete informale, familiari
- Ruolo del case manager
- Allo psichiatra è richiesta non solo la capacità di curare il pz, lavorare con la famiglia ma di coordinare il gruppo di lavoro, interagire con la rete ed il contesto

Soggetto/i, Oggetto/i

- Paziente
- Famiglia
- Istituzioni
- Società

Paziente I

- Malattia (processo organico) e le menomazioni (sintomi del processo morboso) sarebbero oggetto della terapia
- Disabilità (ridotta capacità di compiere azioni specie in ambito sociale) e l'Handicap (condizione di svantaggio) sarebbero oggetto della riabilitazione

Paziente II

- Wing identifica:
- Impedimenti Premorbose (che risentono di educazione, abilitazione, promozione sociale)
- Impedimenti Primari (dovuti ai disturbi psicopatologici) che risentono della terapia e di riabilitazione specifica
- Impedimenti secondari (conseguenze indirette della patologia che risente della riabilitazione psico-sociale e sociale)

Paziente III

- Personalità
- Sintomi positivi (deliri, allucinazioni) es. peggiorano con la sovrastimolazione
- Sintomi negativi (apatia, abulia, deficit ecc. Crow, Andreasen) risentono poco della terapia farmacologica, possono migliorare con interventi psicologici e riabilitativi
- Parti “sane” (non psicotiche) – Parti “malate” (psicotiche)

Paziente IV

- Lavorare sulle parti sani tendendo a minimizzare quelle malate.
- Lavorare su entrambe tendendo conto dell'importanza e dell'influenza che le parti malate possono avere su abilità e comportamenti (Zapparoli)
- Lavorare partendo da un accurata anamnesi, diagnosi e assessment. Valutazione multiprofessionale

Paziente V

- Bisogni fondamentali dell'uomo (Fromm)
- Bisogno di Identità
- Bisogno di Appartenenza (Essere con)
- Legame con le radici (abitare lo spazio)
- Andare verso una meta (progetto, divenire nel tempo)
- Bisogno di creatività

Paziente VI

- Definire e misurare i Bisogni
- Esistono specifici strumenti come ad es.:
- CAN
- HoNos
- Non predefinire le risposte, partire dal pz, dalle sue risorse, deficit, non proiettare le proprie aspettative o rilanciare quelle della famiglia. Lavorare sulle aspettative e sulle risorse del pz, famiglia e contesto

Paziente VII

- Valutare le indicazioni
- Possibili rischi iatrogeni
- Condizioni minime, conoscere la quotidianità (noia, deserto esistenziale e relazionale ecc.)
- Creare relazione e fiducia di base
- Esplorare la motivazione, vantaggi secondari dei disturbi, le resistenze, aspettative
- Riconoscere le risorse, comprendere i fallimenti
- Costruire obiettivi, metodi, progetti e “contratti” personalizzati. Definire percorsi

Rapporto: Patologia- Disabilità

- Le disabilità dipendono da:
- Personalità premorbosa e strategie di adattamento (coping)
- Le disabilità insorgono precocemente nelle prime fasi di malattia non curata (fino 2 -4 anni)
- Cambiano durante le fasi acute/crisi (spesso in peggio, a volte sono “occasioni” di cambiamento). L’influenza delle cure
- Si aggravano dopo ogni scompenso acuto
- Peggiorano lentamente nel tempo
- Le forme “resistenti”

Disabilità e fattori psico sociali

- La disabilità e la cronicità dipendono anche da:
- fattori psicologici (esperienze soggettive di inadeguatezza, fallimento , Spivak) persistenza del sintomo, paziente “designato” Selvini)
- fattori sociali (“stigma”, assenza di opportunità, privazione di diritti, mancanza di accoglienza, scarsa conoscenza delle leggi,degli strumenti)

Famiglia, istituzioni, contesto

- Collaborazione è fondamentale per gli esiti (aspettative familiari, Emotività Espressa, diagnosi precoce, compliance ecc.)
- Istituzioni: relazione fra aspetti terapeutici riabilitativi, controllo sociale, cronicità, Sindromi istituzionali, iatrogenesi. Stabilità e cambiamento istituzionale
- Contesto: lotta allo “stigma”, diagnosi precoci, politiche di accoglienza e integrazione- politiche di esclusione. Aumentare “il capitale sociale “
- La Community

Modelli di intervento

- Approccio Specifico (su aspetti della patologia, es. TEACCH Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children o Terapia Psicologica Integrata per la schizofrenia)
- Approccio Globale e normalizzante (es. VADO) “non c’è differenza di fondo tra insegnare l’acquisizione e il recupero di abilità ad un paziente psichiatrico e ad una persona “normale”
- Approcci “Integrati”
- Approcci “misti”

Teorie di riferimento

- Cognitivo comportamentale: Psicosociale di Spivak, Social Skill Training, Problem Solving, Programma CLT, Terapia psicologica integrata, Token Economy, Training Assertivi
- Psicopedagogia, psicoeducativi (Leff)
- Teorie sistemiche (Watzlawick, Selvini)
- Teorie psicomodinamiche (Ciompi, Pazzagli, Zapparoli)
- Modelli di psico-sociali (Mosher)
- Modelli Combinati

Insegnamenti generali

- Stabilire una relazione di fiducia (nell'altro, in sé)
- Valutare il funzionamento psicosociale, la diagnosi clinica ha un'importanza limitata (non predittiva),bisogni, risorse, resistenze, rischi.
- Comprendere il significato dei deficit per il mondo interno del paziente (difese, adattamento, resistenze) e il vissuto della patologia
- “Adottare come supremo principio terapeutico la formulazione di obiettivi espliciti e concreti da stabilire, mediante una trattativa, sotto forma di contratto (individualizzato) approvato da tutti coloro che lavorano con il paziente, equipe terapeutica, familiari ed altre persone coinvolte” (Ciompi, 1994) (consenso, negoziazione della cura, co- costruzione dei percorsi)
- Ottimizzare la terapia farmacologica e psicoterapia, lavoro con la famiglia
- Preservare le relazioni valide esterne sociali

Insegnamenti I

- Non confermare le aspettative negative
- Non prospettare soluzioni “miracolose”
- Responsabilizzare e non sostituirsi a paziente e familiari (rischio inversione dei ruoli)
- Stimolazione ottimale in base alle condizioni cliniche (che sono variabili)
- I processi non sono lineari (es. malattia-disabilità) e agli esordi, psicoterapia e reintegrazione nei ruoli sociali possono essere efficaci
- Definire il setting, formalizzare e documentare

Insegnamenti II

- Dare priorità alle abilità utili alla cura di sé e nelle relazioni interpersonali, sociali
- Comprendere obiettivi, bisogni, speranze e limiti della persona
- Avere pazienza, costanza, ma anche flessibilità, creatività e ironia. Forza delle aspettative di operatori e familiari
- Il supporto dei familiari è efficace nel prevenire ricadute e migliora gli esiti
- “Ogni interazione è potenzialmente riabilitativa” (forza dei contesti informali, associazioni di utenti, auto aiuto)
- Importanza delle esperienze di “reciprocità”
- E’più importante “come si fa” e con quali obiettivi rispetto al “cosa si fa”
- Valutare e condividere i rischi (“ se non si rischia, non accade mai nulla”, Mosher) e prevedere come gestirli
- Verifiche periodiche

Insegnamenti III

- Sviluppare la resilienza (capacità di una struttura di resistere agli urti senza spezzarsi). E' un concetto dinamico che esprime l'interazione fra fattori di protezione (interni ed esterni) e vulnerabilità
- “Recovery” ripresa, recupero del senso dell'esperienza di sofferenza e di malattia: ritrovamento, ri-significazione, presa di coscienza, partecipazione. Intesa anche come “guarigione sociale”

Insegnamenti: la valutazione

- Valutazione di:
- Approcci e tecniche riabilitative
- Servizi e programmi
- Risultati dei servizi e programmi
- Progetti riabilitativi individualizzati
- Risultati dei progetti individualizzati
(Burti,2003)

Griglia per la valutazione delle attività riabilitative (Farkas, 1989)

Mission		Politiche	Procedure	Attività
Processo	Diagnosi			
	Progetto			
	Interventi			
Ambienti	Rete			
	Contesto			

Legenda

- Mission: obiettivi generali dell'approccio riabilitativo, teorie di riferimento, modalità operative
- Processo: è costituito da tre ambiti: diagnosi (risorse, funzionamento psico-s.), progetto individuale, interventi
- Ambiente: Rete (ambito dei rapporti naturali, famiglia, quartiere, servizi ecc.) Contesto (valori, cultura, stile relazione)
- Politiche si riferiscono alle ipotesi teoriche di base
- Procedure
- Attività (interventi concreti)
- Documentazione: linee guida, manuali, progetti individualizzati, sostegno famiglie, cartelle, scale ecc.

Valutazione

- Esistono diversi strumenti per:
- Valutare la psicopatologia
- Valutare il Funzionamento Globale
- Valutare Bisogni, Abilità e definire Obiettivi
- Valutare la Soddisfazione soggettiva dell'utente, dei familiari, degli operatori
- Valutare la Qualità della vita

Valutazione (Ciompi 1987)

	Asse Casa
1	Reparto H. Chiuso
2	Reparto H. Aperto
3	D.H. O Night H.
4	Comunità A. protetta
5	Casa fam. protetta
6	Abitazione semipr.
7	Abitazione propria

	Asse Lavoro
1	Nessun lavoro
2	Atelier ter. Occup H
3	Atelier ter.del lavoro
4	Laborat Spec lav H
5	Officina Laborat. Est
6	Lavoro norm. semip
7	Lavoro normale

Una proposta di Asse casa PR

1	SPDC, OPG, Carcere o Comunità alternative
2	Residenze T. Intensivo, Casa di cura
3	Residenze Trattamento Protratto
4	Residenze Trattamento Socio-riabilitativo
5	Comunità Alloggio/ Gruppo appartamento 24h
6	Gruppo Appartamento 12 h
7	Gruppo Appartamento con ass. dedicata <6h
8	Alloggio individuale con assistenza CSM
9	Alloggio con famiglia primaria
10	Alloggio proprio

Una proposta di Asse lavoro PR

1	Totale inattività
2	Temporanea inattività e richiesta di lavoro
3	Attività presso Strutture San. dove risiede
4	Attività in CD / Strutture San. dove non risiede
5	Borsa lavoro soc. esterna
6	Corsi di formazione
7	Progetto ind. Lavorativo presso Coop
8	Borsa lavoro
9	Lavoro regolare part-time
10	Lavoro regolare tempo-pieno

Valutazione Lavoro (Ciompi)

1	Rendimento lavorativo quantità
2	Rendimento lavorativo qualità
3	Comportamento nel lavoro Presenza
4	“ ” Puntualità
5	Ritmo di lavoro
6	Concentrazione
7	Ordine e pulizia
8	Costanza

Valutazione Lavoro

9	Adattamento a nuovo compito	
10	Iniziativa	
11	Interesse	
12	Rel. sul lavoro: contatto con colleghi	
13	Contatto con i superiori	
14	Autonomia	
15	Stile di relazione	
	Istruzioni: punteggio da 1 a 6	
	Calcolare punteggio tot. e profilo	

Valutazione lavoro

- La scala, compilata dall'operatore, consente di avere un punteggio totale (min. 15 max 90.)
- Consente di avere un profilo
- Consente di avere tre grandi aree: Rendimento (item 1 -2); Comportamento nel lavoro (item 3-11); Relazioni sociali (item 12-15)
- Può essere compilata dallo stesso utente (autovalutazione)

Valutazione comportamenti sociali

1	Autonomia sociale Nutrirsi	
2	Vestirsi	
3	Abitare	
4	Utilizzo mezzi di trasporto	
5	Gestione del denaro	
6	Cura della salute fisica	
7	Conoscenza diritti e doveri sociali	
8	Capacità di osservare convenzioni sociali	
9	Assunzione di modi di fare diplomatici	
10	Attività sociali: interessi	

Valutazione comportamenti sociali

11	Iniziativa sociale	
12	Motivazione	
13	Quantità Rel. Sociali: contatti con singoli	
14	Contatti con gruppi	
15	Soddisfazione al contatto	
16	Qualità Rel. Sociali: comprende le necessità altrui	
17	Stabilità relazioni	
18	Soddisfazione complessiva	
	Punteggio da 1 min. a 6 max	

Valutazione comportamenti sociali

- Viene compilata dall'operatore. Dà un punteggio complessivo (min. 18 max 108)
- Da un profilo e 4 grandi aree: Autonomia Sociale (item1-9), Attività Sociali (item10-12), Quantità delle relazioni sociali (item 13-15) e Qualità delle relazioni sociali (item 15-18)
- Può essere autosomministrata

Presente e futuro

- “La fine dell’intrattenimento” (Saraceno, 1995)
- Promozione dei diritti fondamentali e di cittadinanza, tutela della dignità e centralità della relazione con la persona
- Empowerment (potere) Recovery (ripresa, guarigione)
- Auto mutuo aiuto di utenti e famiglie
- Autogestione (supportata-assistita)
- Modelli di buone pratiche per gli utenti e le famiglie (chi fa , cosa, perché, come, quando, dove, con quali risultati)
- Dare senso ed espressione alle diverse abilità
- La comunità “competente”, “inclusiva” e i contesti informali
- Attività di advocacy, Lotta allo “stigma”

Presente e futuro I

- Dalla riabilitazione all'intervento precoce, dal mito dell'autonomia all'inclusione, dal modello riparativo a quello preventivo
- Gli interventi psicosociali possono essere preventivi, precoci, riabilitativi
- Prevenzione, nuovi problemi: uso di sostanze, dist. Personalità, anziani ecc
- Come affrontare i casi "resistenti", che deteriorano,
- Come affrontare la relazione con la giustizia (OPG, ecc.)

Presente e futuro II

- Esplicitare i processi e le pratiche
- Valutare gli esiti (dei singoli interventi, a lungo termine)
- Obiettivi, Metodi e strumenti
- Attività e progetti individualizzati
- Servizi e Contesto (pregiudizi e opportunità)
- Rischi delle attività: cronicità, "un mondo a parte"? "Voglia di manicomio"? Ruolo critico delle strutture
- Lavorare nelle attività: professionalità e vocazione (Beruf), rapporti con professionisti esterni, volontari, familiari ecc. Competenze tecniche e etica.
- Come costruire relazioni tra dentro e fuori: la rete.

Presente e futuro III

- Aspetti specifici dell'attività (cosa si fa)
- Aspetti generali (come si fa) con quali obiettivi, nelle diverse fasi del disturbo (che sempre più utenti e famiglie vogliono conoscere e "gestire")
- Interazione / integrazione tra interventi psicosociali, farmaci, psicoterapie
- Accredimento: qualità, procedure, prodotti, progetto, documentazione
- La valutazione: metodi e strumenti
- I bisogni degli operatori: rispetto, formazione, motivazione
- L'integrazione è possibile senza una politica sociale di accoglienza?
- Interventi psicosociali come prevenzione
- Riabilitazione psichiatrica e psico sociale: contatti e diversità
- La cultura dell'umiltà

Presente e futuro IV

- La relazione fra servizi sanitari e sociali
- La distinzione tra Curing (trattamenti sanitari) e Caring (sostegno alle persone) può essere inutile e dannosa. Integrazione come risposta?
- Sviluppare innovazione: es. portinerie sociali, facilitatori sociali, sostegni tel e reperibilità, sms.
- Fronteggiare cambiamenti sociali (invecchiamento, solitudine, famiglie fragili ecc)
- Promuovere la salute mentale di tutti.
- Rispetto dei diritti naturali (vita, alimentazione, salute ecc.)

Presente e futuro: le risorse

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato che l'Italia, rispetto ai 25 paesi dell'Unione Europea, ha un budget per l'assistenza psichiatrica che è meno del 5% in Italia contro una media europea del 7,25%.
- Avere più risorse non significa di per sé avere servizi migliori (Saraceno)



Conclusioni

- “Mantenere i pazienti nella comunità piuttosto che prepararli per la comunità” (Stein, 1980) è risultato più efficace
- Appartenere alla comunità, “nuove povertà”
- La ricchezza della diversità: quando un Comune perde un cittadino con disturbi mentali diventa più povero perché “Ciascuno appartiene all’altro” (Nelson Mandela)
- Quali attori per il futuro?

Elogio degli operatori

- “come ogni disciplina anche il saper resistere richiede un allenamento costante. (..) Quando ti sei fatto il fiato invece puoi affrontare ogni maratona”
- Dario Fo, 2007. Premio Nobel 1997.

Bibliografia: per saperne di più

- Vaccaro AG. Abilitazione e riabilitazione, Mc Graw-Hill
- Saraceno B. La fine dell'intrattenimento, Etas Libri
- Brenner HD. Terapia Psicologica Integrata, Mc Graw Hill
- Roder CLT Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico, Mc Grow - Hill
- Edward J. Intervento precoce nelle psicosi, Centro Scientifico Ed.

Bibliografia

- Morosini PL. VADO Valutazione di abilità e definizione di obiettivi, Edizioni Erickson
- Ba G. Metodologia delle riabilitazione psicososociale, F. Angeli
- Contini G. Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica Centro Scientifico Ed.
- Liberman PL La riabilitazione psichiatrica, Pensiero Scientifico Ed.

Bibliografia I

- Maone Centri Diurni. Dalla riabilitazione all'intervento precoce, CIC ed.
- Hume C. La riabilitazione dei pazienti psichiatrici, Raffaello Cortina Ed.
- Siani R. Strategie di psicoterapia e riabilitazione, Feltrinelli
- Ciompi L. La logica affettiva, Feltrinelli
- Perris C. Psicoterapia del paziente difficile, Metis Ed.

Bibliografia II

- OMS ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Erikson
- Zapparoli G.C Psichiatria Oggi Bollati-Boringhieri
- Cerati G. La fantasia al lavoro Bollati Boringhieri
- Scala A. Ri-abitare il mondo. Fondamenti per una riabilitazione psicosociale. Edizioni Spazi della Mente

Bibliografia III

- Carozza P. Riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni. Aspetti clinici e organizzativi Ed. Franco Angeli
- Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Ed. Franco Angeli
- Di Berardino C. L'approccio multimodale nella riabilitazione psichiatrica, Mc Graw Hill
- Barbieri L. Problem solving nella riabilitazione psichiatrica , Erikson

Bibliografia IV

- Kennedy J. A. Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione. Raffaello Cortina Ed.
- Thornicroft G. Tansella Per una migliore assistenza psichiatrica Cic Ed. Int.
- Terapia Psicologica Integrata (IPT) Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico Mc Graw-Hill