

MODI E TECNICHE PER ARRIVARE ALLA RESIDENZIALITÀ COMUNE

SEDE: SALA CONVEGNI CENTRO RIABILITATIVO LA TOLDA, VIA PIAVE 72, VARAZZE SV

PERIODO: 04/02/2019 PARTECIPANTI: 100 ECM NR 4

PROFESSIONI ACCREDITATE: MEDICI, PSICOLOGI, EDUCATORI PROFESSIONALI, INFERMIERI, INFERMIERI PEDIATRICI, TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

PROGRAMMA

ORARIO	PROGRAMMA	DOCENTE
8.30 – 09.00	Registrazione	Tutor: Gabriella Brero
09.00 – 11.00	Lezione Magistrale Modi e tecniche per arrivare alla residenzialità comune	Docente: Antonio Maone
11.10 – 13.10	Domande e Presentazione e discussione casi in seduta plenaria	Docente: Antonio Maone Relatore: Vittorio Valenti Moderatore: Milena Meistero
13.10 – 13.30	VERIFICA APPRENDIMENTO	Antonio Maone

CONTENUTI, METODO E OBIETTIVI

La lezione ha come obiettivo esplorare il tema della Residenzialità in ambito psichiatrico onde trovare risposte al bisogno abitativo, assistenziale e riabilitativo, partendo dal presupposto che un posto in cui abitare è un bisogno fondamentale degli esseri umani, compresi gli esseri umani con malattie e disabilità.

LA LEZIONE MAGISTRALE

Il destino a lungo termine dei pazienti della community care generation, che non hanno conosciuto la realtà dell'ospedale psichiatrico ed i cui decorsi sono stati plasmati nell'interazione con i servizi di comunità, rappresenta oggi un problema di dimensioni notevoli ed una sfida per i sistemi di welfare. In tempi dominati dall'esigenza di razionalizzare e tenere sotto controllo la spesa, si verifica la situazione paradossale per cui lo scenario prevalente dell'assistenza è sempre più incentrato sulle soluzioni residenziali, che sono le più costose ed assorbono la maggior parte delle risorse dei servizi psichiatrici (Bonizzato et al, 2000; Grigoletti et al., 2004). Concepite come transitorie, col mandato di ridimensionare la disabilità e "restituire" il paziente alla comunità, esse tendono purtroppo a riprodurre stanzialità, con il rischio già paventato di ricreare forme aggiornate di istituzionalizzazione. Il basso turn-over le rende poi facilmente saturate, e ciò incrementa la domanda, che viene invariabilmente letta ed interpretata come "bisogno" di residenzialità e si traduce in richiesta di ulteriori "posti-letto" e strutture. Eppure abbiamo constatato che i delicati meccanismi nascosti

nelle pieghe del sistema e che verosimilmente contribuiscono a mantenere questa situazione possono essere analizzati e se ne può, in qualche misura, invertire la tendenza.

L'importanza di questa prospettiva è cruciale per le Comunità Terapeutiche: non tenerne conto può comportare il rischio che vengano assorbite nella generale tipologia delle “strutture residenziali”, in cui la funzione si sovrappone alla struttura, come in un continuo e confondente effetto stroboscopico, e in cui il mandato propriamente terapeutico venga costantemente minacciato e fatto tacitamente confluire verso il “compito impossibile” della psichiatria di comunità. Nei trent'anni trascorsi dalla riforma, tale compito sembra essere sotterraneamente “migrato” dai servizi territoriali, ai centri diurni, alla residenzialità, come nel tentativo di dislocarne e procrastinarne la soluzione. Esse perciò necessitano di una definizione più chiara e sostenibile del loro mandato; e ciò può avvenire solo nella misura in cui il sistema di salute mentale nel suo complesso abbandoni la prospettiva segmentale adottando finalmente una visione sistemica a lungo-termine, in cui la Comunità può giocare un ruolo strategico essenziale.

In direzione opposta, anzi proponendosi come antidoto alla prospettiva sopra descritta, sembrano oggi muoversi gli approcci che tentano di ribaltare i paradigmi tradizionali. Essi rientrano, prevalentemente e di fatto, nella cornice teorica della recovery (Anthony, 1993; Farkas, 2007), che sta conoscendo una vasta diffusione ed è ormai inclusa come principio-guida nelle policy di diversi Paesi occidentali, inclusi la Gran Bretagna e gli Stati Uniti (NIMHE, 2004; New Freedom Commission, 2005). Questo termine, come è noto, allude ad una condizione di recupero, ripresa, reintegrazione, piuttosto che alla guarigione clinica¹; si riferisce perciò a pazienti che, malgrado la persistenza dei sintomi e della disabilità, e al di là di esse, possono riannodare i fili di un progetto esistenziale compatibile e sostenibile, e recuperare senso e significato all'esperienza vissuta ed anche alla sofferenza. L'approccio di un servizio recovery-focused non sarà basato, quindi, su obiettivi definiti dai curanti ma piuttosto sarà guidato dall'ascolto delle opinioni dei pazienti e ne terrà conto nella pianificazione degli obiettivi.

Ma c'è un altro risvolto importante di questo diverso orientamento: la comunicazione che il curante rivolge al paziente, nell'ascoltare e nell'indagare il suo punto di vista, sembra contenerne altre due, implicite ma altrettanto rilevanti:

- il riconoscimento dei limiti del servizio nei confronti dei bisogni e delle aspettative dei pazienti e dei familiari;
- la necessità che le esigenze e gli obiettivi espressi dagli utenti tengano conto di tali limiti e siano sostenuti dalla partecipazione responsabile di chi li formula.

Il riconoscimento dei limiti e la condivisione della relativa inadeguatezza possono costituire un utile argine al “compito impossibile” inerente al mandato della psichiatria di comunità, e quindi creare le premesse per una esplicita ridefinizione e rinegoziazione di esso. Inoltre, la compartecipazione di utenti e familiari, con il ruolo di “esigenti” nella formulazione di obiettivi sostenibili a lungo termine, può dare più oggettività e cogenza alla pianificazione delle risorse necessarie ed alla contrattazione di esse con le aziende sanitarie e con le agenzie di welfare.

LE DOMANDE AL DOCENTE Saranno di fondamentale importanza per approfondire gli argomenti trattati e per stimolare un confronto tra le varie esperienze sul campo. I moderatori offriranno il loro contributo per gestire il gruppo dei partecipanti e per coordinare le domande.

LA DISCUSSIONE SUI CASI Darà l'opportunità di approfondire il confronto declinando la teoria e gli esempi portati dal docente alla gestione del quotidiano in comunità e nei CSM. Sarà un'occasione di narrazione, strumento fondamentale per chi lavora in sanità con compiti riabilitativi e sociali, che aiuta a comprendere il caso, stimola nuove

riflessioni e ipotesi di percorso, apre alla pratica del follow-up e dà senso all'agire educativo, all'intervento psicosociale e in generale al ruolo dell'operatore psichiatrico.

Il docente con la collaborazione dei moderatori, potrà così offrire ulteriori approfondimenti teorici e pratici per una riflessione collettiva sulle possibilità e gli sviluppi degli strumenti di intervento psicosociale.

BREVE CURRICULUM DEI RELATORI

Antonio Maone: Medico Chirurgo specializzato in Psichiatria, Psicoterapeuta, Dirigente Medico con incarico di Direzione del UOS "Comunità terapeutica e residenzialità", UOC 2 Distretto DSM ASL Roma 1.

Vittorio Valenti: Psichiatra, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze della ASL 2 di Savona. Collaboratore della rivista "Il Vaso di Pandora".

Milena Meistro: Psicologa, Psicoterapeuta. Master in Criminologia Applicata e Psicologia Giuridica. È direttore della Comunità di Montezemolo, della Residenza per disabili Mondored, oltre che responsabile delle Caup di Savona e di APA Montezemolo. Responsabile della Formazione di CSS.

Direttore scientifico dell'evento: Giovanni Giusto: Medico Chirurgo specialista in Psichiatria, Docente presso la facoltà di Medicina di Genova. Ideatore, fondatore e Direttore Scientifico del Gruppo Redancia, Direttore Sanitario di Villa Perla e della RSA Skipper, Fondatore della Rivista il Vaso di Pandora, Responsabile Scientifico della Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicoterapiche.

Tutor: Gabriella Brero, Educatore Professionale

Responsabile del Progetto: Milena Meistro, Psicologa Psicoterapeuta

Amministratore del Progetto: Simona Masnata