

La riabilitazione nel DSM di Ravenna

I presupposti

La scelta dell'AUSL di Ravenna di rivedere le modalità di funzionamento delle aree operative del DSM è nata dalla volontà di superare i seguenti punti critici:

- Mancanza di omogeneità della presa in carico
 - Massiccio ricorso alla residenzialità del privato sociale accompagnato quasi da delega in bianco
 - Frequente delega al sociale del monitoraggio e del supporto degli inserimenti sociali e lavorativi degli utenti
 - Manicomializzazione delle strutture residenziali aziendali
-

Il modello organizzativo

La scelta aziendale, rafforzata dal pressante stimolo esercitato dalle associazioni dei familiari, si è concretizzata nella organizzazione del DSM in tre U.O. trasversali:

- U. O. CSM
 - U.O. Emergenza-Urgenza
 - U.O. Riabilitazione Psichiatrica
-

U.O.C. Riabilitazione psichiatrica

Motivazioni tecniche

■ **Menomazione**

La “menomazione” si riferisce all’impatto della malattia mentale sulla dimensione neurobiologica degli individui e si manifesta con i sintomi.

■ **Disfunzione**

La disfunzione è l’incapacità di compiere le attività e i compiti richiesti da una normale vita quotidiana.

■ **Disabilità**

La “disabilità” è l’incapacità di assolvere ai compiti richiesti dai ruoli considerati normali per gli esseri umani.

■ **Svantaggio**

Lo svantaggio è la mancanza delle opportunità che consentono agli individui di condurre una vita autonoma.

OMS(1980)

La riabilitazione psichiatrica è l’unico intervento di dimostrata efficacia **su tre delle quattro** principali conseguenze della malattia mentale

U.O.C. Riabilitazione psichiatrica

Motivazioni "storiche"

Massiccio ricorso alla residenzialità, con aumento annuo esponenziale dei pazienti inviati sia nelle residenze a gestione diretta sia in quelle gestite dal privato sociale.

- Esito atteso: il mantenimento dello stato di stabilizzazione
 - Tipologia utente inviati: pazienti senza speranza
 - Permanenza a tempo indeterminato, scollegata da esiti e obiettivi
 - Identificazione della riabilitazione con le attività condotte nelle strutture (indicatore di processo confuso con l'indicatore di esito)
 - delega in bianco alle strutture del privato sociale (scarse e discontinue azioni di monitoraggio sugli esiti e sulla qualità del trattamento);
 - Concetto di posto letto, vitto e alloggio e non di processo e/o trattamento
 - la progressiva deresponsabilizzazione degli operatori, ridotti ad essere spesso pure presenza fisiche di controllo o di compagnia all'interno delle residenze.
-

U.O.C. Riabilitazione psichiatrica

Competenze

- Autonoma area aziendale dotata degli strumenti necessari per l'avvio di percorsi finalizzati al riapprendimento, da parte degli utenti, delle abilità necessarie per la vita quotidiana e per l'espletamento di ruoli validi nella comunità.
 - Ad essa è stato demandato il coordinamento, a livello aziendale, delle strutture preposte alla riabilitazione psichiatrica e l'assunzione delle iniziative necessarie per generalizzare lo sviluppo, nell'ambito del DSM, di una cultura e di una prassi orientate verso processi di guarigione.
-

Dalle mura al servizio di riabilitazione

Superamento dell'identificazione della riabilitazione con le mura delle strutture che diventano

- setting di attuazione del processo riabilitativo per l'acquisizione di ruoli sociali validi (erogazione di un trattamento).
 - luogo di permanenza temporanea
-

Residenza = setting di trattamento

- setting per l'attuazione delle prime cinque fasi del processo riabilitativo
 - sviluppo di un rapporto di partnership con l'utente
 - sviluppo della disponibilità al cambiamento,
 - definizione dell'obiettivo riabilitativo
 - valutazione del funzionamento
 - insegnamento delle abilità
 - e di interventi di supporto ai programmi di inserimento negli ambienti reali della comunità.
-

Parole chiave della ridefinizione delle residenze

- Temporaneità
 - Cambiamento
 - Successo, anche apparentemente irrilevante
 - Motivazione
 - Non accettazione di delega
 - Coinvolgimento nel piano di trattamento
 - Orientamento sull'esito
 - Non autosufficienza del sistema dei servizi
-

Presenza in carico riabilitativa

La presenza in carico riabilitativa è **assumersi** la **responsabilità** degli interventi sulle più importanti disfunzioni che l'utente manifesta nelle principali aree di vita (lavoro, cura di sé, abitazione, famiglia, vita sociale e ricreativa). Ne consegue che gli operatori dell'equipe riabilitativa

- formulano il piano di trattamento individuale
 - forniscono supporto per tutto il tempo necessario negli ambienti reali
 - lavorano in stretto contatto e sinergia con gli operatori sociali.
-

Operatore unico e formazione

Operatore unico in riabilitazione significa che tutti gli operatori hanno la medesima funzione e omogenei strumenti di intervento. L'enfasi viene posta sugli esiti e sui comportamenti efficaci per raggiungerli, a prescindere dalle qualifiche professionali

Ruolo del privato sociale nella rete dei servizi riabilitativi

Ridefinizione del rapporto con il privato sociale

- il privato sociale deve entrare a far parte di una rete di servizi aziendali in cui, **ribadita la titolarità e la responsabilità primaria del sistema pubblico**, assume a proprio carico l'esercizio delle funzioni e dei compiti ad esso espressamente demandati dall'inviante ;
 - all'U.O. di riabilitazione psichiatrica compete il compito di monitorare i piani di trattamento individuali elaborati in sinergia con l'équipe della struttura e di valutare periodicamente i risultati conseguiti.
 - Si deve pervenire ad una più puntuale differenziazione tra strutture che si assumono a proprio carico l'onere di offrire servizi riabilitativi - in maniera integrata con l'U.O. di riabilitazione psichiatrica - da quelle che assolvono funzioni di natura socio-assistenziale
-