

RESIDENZIALITÀ / NON -RESIDENZIALITÀ

VEL VEL ◦ AUT AUT ?

Alternative ◦ complementari ?

Stefania Borghetti

Roma , 14 giugno 2019

Conferenza Nazionale per la Salute Mentale

Stefania Borghetti presidente Sirp Lombardia

QUALCHE NUMERO

POSTI LETTO IN PSICHIATRIA IN LOMBARDIA AL MAGGIO 2016

- 47 SPDC LOMBARDI (media di 14 LETTI X 47) 658
- SR PSICHIATRICHE PRIVATE A CONTRATTO 2276
- SR PSICHIATRICHE PRIVATE (ACCREDITATE) NON A CONTRATTO 362
- SR PUBBLICHE A CONTRATTO 1647
- RESIDENZIALITA' LEGGERA 589

TOTALE POSTI LETTO 5532

(di cui in SR 4874)

(DATI Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

QUALCHE ALTRO NUMERO

PAZIENTI PRESENTI NEI 12 OP PUBBLICI LOMBARDI AL 31.12.1996

- **BERGAMO 155**
- **BRESCIA 237**
- **CASTIGLIONE 135**
- **CODOGNO 159**
- **COMO 415**
- **CREMONA 92**
- **LIMBIATE 321**
- **MANTOVA 154**
- **MILANO 127**
- **SONDRIO 83**
- **VARESE 290**
- **VOGHERA 147**

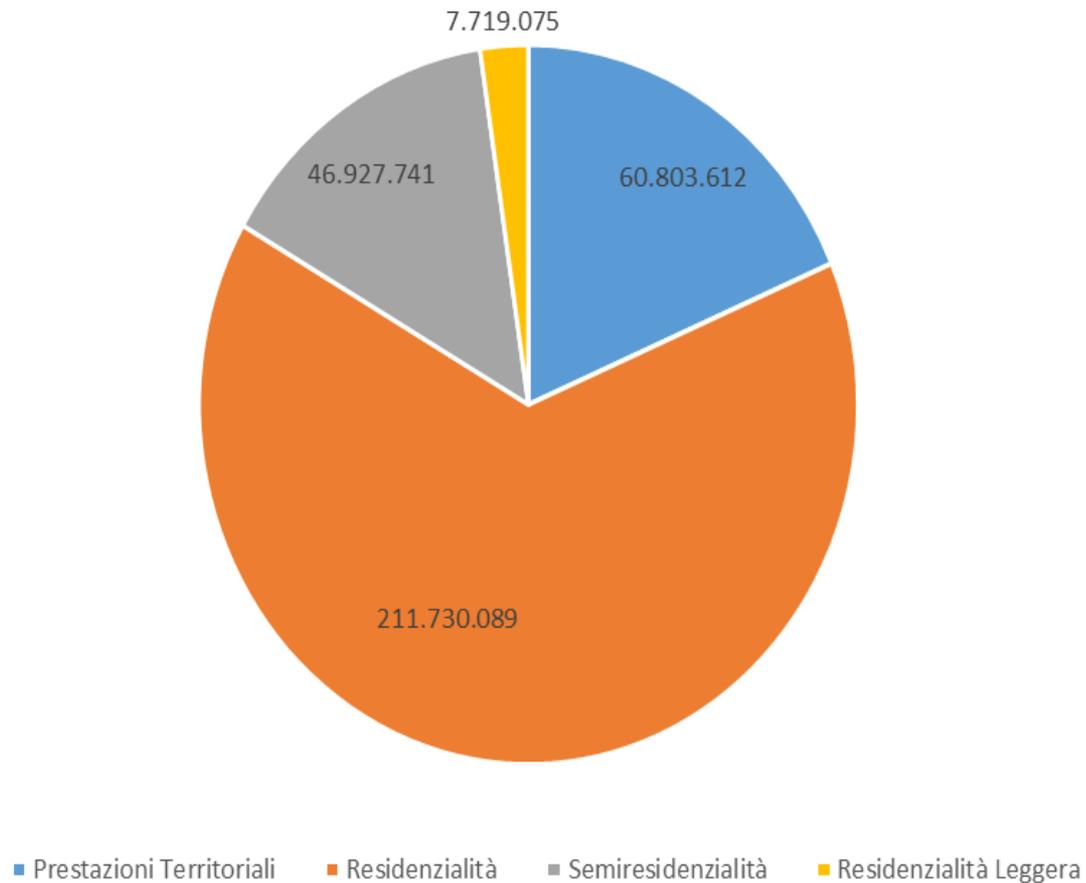
TOTALE POSTI LETTO 2315

(DATI Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

SPESA 46/SAN 2016

(DATI Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

Regione Lombardia - Prestazioni Psichiatriche erogate nel 2016



STANDO AI NUMERI – E NON SOLO – ABBIAMO UN PROBLEMA

- N. “posti letto” più che raddoppiati rispetto a quelli del 31.12.1996 (= “manicomio diffuso” ?)
- 2/3 della spesa sanitaria per la psichiatria in “**posto letto**”
- Spesa sanitaria per la psichiatria già esigua (in Italia il 3,5% della spesa sanitaria , in Quebec il 9%)
- I servizi territoriali non residenziali sono allo stremo (un medico in CSM lombardo può dover seguire anche più di 400 utenti)
- I **tempi** di permanenza nelle CT spesso vanno oltre i tempi stabiliti dai LEA del gennaio 2017 in merito alla assistenza residenziale
- Dal 2007 al 2016 in Lombardia : incremento dei posti letto “residenziali” da 35.9/100.000 a 47.8/100.00. Il 66% dei letti collocati in alta protezione (Barbato, Civenti, D’avanzo : Community residential facilities: .A ten Year comparison in Lumbardy , Health Policy 121, 2017)

**MA : BASTA UNA LETTURA QUANTITATIVA DEL FENOMENO
PER TIRARE LE SOMME ? NO**

ALCUNI (ALTRI) INDICATORI QUALITATIVI DI DERIVA NEO-ISTITUZIONALIZZANTE DELLE SR

- Tempi di permanenza indefiniti , infiniti o non condivisi
- Chiusura delle SR al “fuori”
- Scollamento tra percorsi in SR e percorsi territoriali
- Non curanza delle dimensioni soggettive ed intime dei pazienti
- Incuria dei luoghi
- Non formazione, autoreferenzialità e burn- out degli operatori
- Mancanza di obiettivi specifici condivisi e di monitoraggio sulla qualità dei percorsi
- Scarsa/nulla democraticità
- Mancanza di formazione su specifiche tecniche riabilitative

PER RIFUGGIRE DA OGNI SEMPLIFICAZIONE E RIDUZIONISMO DICOTOMICO (= LE CT SONO “BUONE O CATTIVE ? ”)

Primo: E' NECESSARIO RI-PARTIRE DAI BISOGNI DEI PAZIENTI

Esistono utenti dai **bisogni complessi** che hanno la necessità terapeutico-riabilitativa di entrare **percorsi intensivi e complessi ed integrati** espletabili **solo** nell' ambito della residenzialità , per un dato tempo

Es :

1. utenti con **disturbi di personalità** che devono uscire dal loro “contesto” per lavorare su difficoltà relazionali nel quotidiano rapporto con operatori ed utenti
2. utenti che necessitano di **percorsi terapeutico-riabilitativi intensivi ed integrati** che si inscrivono in una quotidianità relazionale e riabilitativa

Secondo: E' necessario chiedersi "quali le cause della deriva" ?

1. **Povertà delle risorse** e scarsa qualità/monitoraggio dei percorsi di cura nei **servizi " non residenziali"**
2. **Scarsa qualità e monitoraggio** del lavoro nelle SR
3. **Scarsità risorse** per inserimenti lavorativi ed housing sociale
4. **Scollamento** tra SR e territorio
5. **Non rispetto dei tempi** (oltre un tempo massimo , l'utente è " fuori" dalla sua vita e vitalità)
6. **Redditività** del posto letto (!)
7. Commistione tra residenzialità intesa come **luogo di vita " a lungo termine"** (diritto/bisogno di alcuni utenti) e residenzialità intesa come **" luogo terapeutico"** a tempo determinato

Dunque

Il problema non è solo – o tanto – rincorrere la riduzione dei posti letto o le “ALTERNATIVE” ALLE SR , quanto chiedersi :

1. Quali sono i **bisogni** specifici dei pazienti che possono essere soddisfatti **solo** in residenzialità ?
2. Attraverso quali **fattori terapeutici specifici** ed esclusivi della residenzialità ?
3. Per quali **tempi minimi** ? (= DOSE MINIMA EFFICACE !)
5. Quali gli **effetti iatrogeni** e quali le **derive** delle SR ?
6. Quali gli **antidoti** ?
7. Come garantire che il percorso in comunità sia **solo una parte** – efficace – dei percorsi di cura delle persone all’intero dei servizi e della comunità in senso lato ?
8. “Che fare” delle **strutture non terapeutiche** ?

Alcuni fattori specifici delle ct

- La ct offre una **dimensione ambientale e temporale definita** con una architettura terapeutica ed organizzativa specifica diversa dall'ospedale e dalla casa ...
- L'**esperienza grupitale** è il metodo di lavoro fondamentale per attivare la vita psichica dei pazienti e per apprendere dall'esperienza ...
- Il **metodo comunitario** favorisce la costruzione della **soggettività** attraverso un dispositivo grupitale e la condivisione della **quotidianità**
- dalla cura del corpo e degli spazi comuni , alla preparazione del cibo , alle attività espressive e riabilitative che predispongono al lavoro , alle amicizie ...
- L'impostazione organizzativa è basata **sulla partecipazione e collaborazione di tutti i membri** , operatori e pazienti , coinvolti in prima persona ...

(tratto da "Comunità terapeutiche e residenziali per adulti . Indicazioni di Buone Prassi e Linee di Indirizzo" Mito & Realtà , 2019)

Alcuni antidoti alla neo-istituzionalizzazione

1. Monitoraggio dei tempi di permanenza
2. Condivisione di progetti terapeutico-riabilitativi integrati e in continuità con servizi territoriali e “comunità umana”
3. Permeabilità al “fuori” (il mondo , la “comunità umana”)
4. Obiettivi stabiliti e condivisi con l’utente ed i familiari
5. Continuità con i servizi territoriali
6. Rispetto della soggettività ed intimità
7. Cura dei luoghi
8. Collaborazione e partecipazione alla vita comunitaria (utenti ed operatori)
9. Formazione , supervisione , manutenzione dei gruppi curanti e del loro benessere
10. Distinzione tra comunità come luogo di vita e comunità come luogo di cura

**Dunque : non si tratta tanto di cercare “alternative” ,
quanto di utilizzare la residenzialità :**

- unicamente per le sue **specificità terapeutiche**
- unicamente per gli **utenti** che presentano bisogni specifici “ da residenzialità” (esistono ...)
- unicamente per i **tempi minimi** necessari
- unicamente in **raccordo costante** con i servizi territoriali
- unicamente come parte – a tempo - di un **percorso “di comunità”** che **esiste prima , durante e dopo la permanenza in struttura residenziale**
- unicamente **per effettuare progetti terapeutico-riabilitativi senza separazioni rispetto al “fuori”**
- primariamente per **aumentare il potere/possibilità di contrattazione** dei più deboli all’interno della rete dei più “forti”

**QUESTI SONO GLI ANTIDOTI ALLA
NEO-ISTITUZIONALIZZAZIONE**