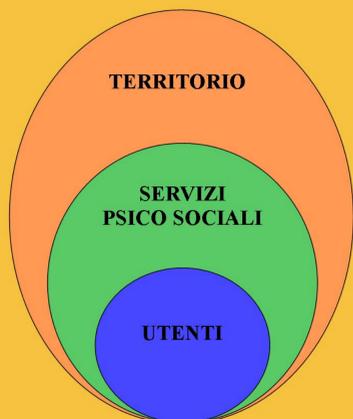




**PROGRAMMI RIABILITATIVI RIVOLTI A SOGGETTI AFFETTI DA GRAVI DISTURBI PSICHICI:
PER IL REINSERIMENTO E IL MANTENIMENTO AL DOMICILIO
PER IL POTENZIAMENTO DELLE AUTONOMIE SOCIALI E QUOTIDIANE
PER IL RADICAMENTO NEL CONTESTO TERRITORIALE DI APPARTENENZA**

Autori: Claudio T. Pagani, Franca Tagliabue, Andrea Valmassoi, Eleonora Scaglia, Valeria Bianchi, Cinzia D'Autilia, Marco Pasinetti - A.O. "Luigi Sacco" Milano



OBIETTIVI

- percepire il progetto come occasione di socialità e arricchimento per il quartiere nel suo complesso e per la rete dei servizi
- superare lo stigma sociale del paziente psichiatrico e le dinamiche di esclusione e timore
- disporre di una nuova risorsa per affrontare i bisogni di sostegno domiciliare
- condividere nuove strategie metodologiche
- usufruire di un programma progressivo per obiettivi, prima di impegnarsi nella conduzione autonoma dell'appartamento
- acquisire capacità di auto organizzazione nella gestione dell'abitazione in una sorta di tirocinio di autonomia
- rinforzare il senso delle connessioni affettive ed utilitaristiche tra le persone, le famiglie e i gruppi sociali

CANDIDATI ALL'INTERVENTO: a) utenti inseriti in strutture residenziali per i quali si prevede il rientro a domicilio o in case appositamente individuate b) utenti dei CPS a rischio di istituzionalizzazione da supportare al domicilio c) utenti che vivono ancora in famiglia, nella fase di sganciamento e autonomizzazione.

STRATEGIA E METODOLOGIA

Focus del progetto è aiutare i pazienti in carico ad acquisire o riappropriarsi di capacità di autogestione riguardo alla sfera dell'abitare, imparando a relazionarsi con le reti sociali informali anche slegate dai servizi psichiatrici e rinforzando il senso di responsabilità e le capacità di riconoscere ed esprimere i propri bisogni e desideri. L'assetto organizzativo del progetto prevede una specifica equipe ad esso dedicata che si affianca alle attività dei servizi del DSM (graf. 1 e 2). Le soluzioni attivate per gli interventi sono calibrate sulle necessità e preferenze degli utenti, secondo modalità non rigide e standardizzate ma flessibili e ricche di opzioni. Per ogni persona inserita nel programma viene predisposto un progetto individualizzato concordato con l'equipe curante e viene definito il protocollo per il case manager e la valutazione dell'intervento.

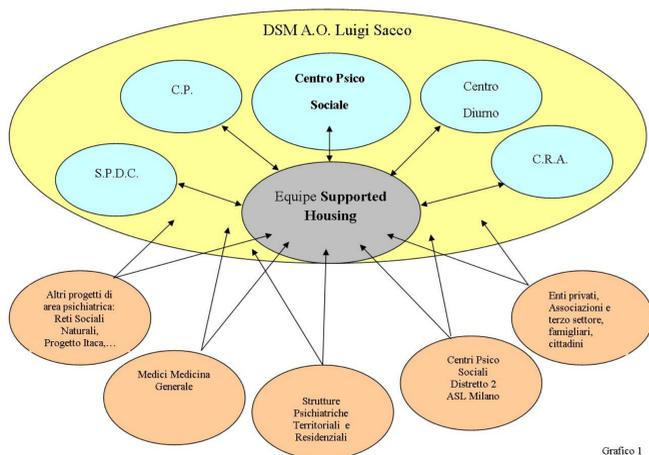


Grafico 1

Il CPS mantiene il ruolo di gestione clinica e complessiva degli utenti, delegando all'equipe del "supported housing" alcuni compiti specifici.

Per il monitoraggio dell'esperienza strumenti privilegiati sono la videoregistrazione e l'International Classification of functioning, disability and health (ICF).

I grafici 3 e 4 si riferiscono ai fattori ambientali (ICF, parte 3) che costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui i pazienti inseriti nel progetto conducono la loro esistenza. All'interno di questo contesto si possono identificare delle barriere e dei facilitatori. I due grafici, che confrontano la situazione di 10 pazienti a febbraio 2009 e 8 mesi dopo, mostrano che il numero totale dei facilitatori è aumentato (da 14 a 20), mentre è lievemente diminuito in percentuale il riferimento alle barriere.

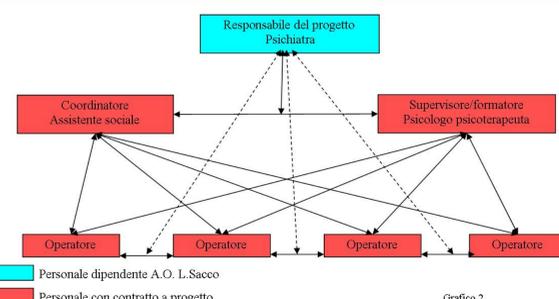


Grafico 2

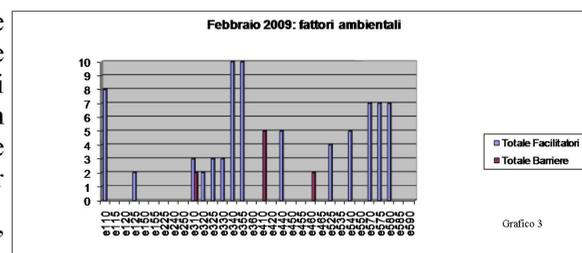


Grafico 3

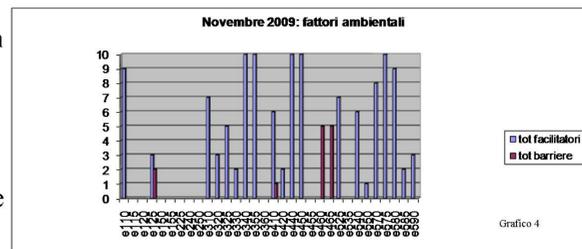


Grafico 4

Alcuni codici: e355 Operatori sanitari, e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità, e320 Amici, e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta e460 Atteggiamenti della società

RISULTATI E CONCLUSIONI

Nel corso del progetto, da giugno 2008 a marzo 2010, sono stati presi in carico 23 pazienti, con una media settimanale di 4 ore di intervento a paziente.

Dei 4 utenti provenienti dalle CP, 3 vivono ormai stabilmente fuori dalle comunità, due nella propria abitazione e uno in appartamento della rete di residenzialità leggera, uno è seguito nel suo rientro a domicilio dal CRA.

I pazienti in carico al CPS continuano a vivere nelle proprie abitazioni e l'andamento dei ricoveri segnala un complessivo calo dopo l'inserimento nel progetto.

La pratica del Supported Housing ha inoltre sinora consentito: verso i pazienti

una presa in carico territoriale flessibile e intensiva; l'attivazione di un sostegno ad hoc, anche per brevi periodi, in base al progetto individualizzato; la promozione di momenti di aggregazione e condivisione, al di fuori dei servizi psichiatrici; l'aiuto nella gestione e utilizzo del denaro; il continuo monitoraggio dei bisogni e il rispetto delle scelte delle persone coinvolte; il supporto nelle crisi; l'utilizzo di risorse non sanitarie nella comunità locale, verso i servizi

di ampliare l'offerta dell'intervento riabilitativo sui pazienti più compromessi; di ridurre il numero di ricoveri in SPDC e CP; di ridurre il tempo di permanenza medio dei pazienti in comunità, verso il contesto territoriale

di migliorare le capacità di accoglienza e vicinanza della comunità verso il paziente; di riconoscere l'equipe nella sua funzione di mediatore tra le istanze del paziente e quelle della comunità. stessa

Per informazioni: pagani.claudio@hsacco.it

Bibliografia: ●Burns T, Fim M, (2003), *La presa in carico intensiva sul territorio*, Il pensiero scientifico Ed. ●Mozzi G, Ammendola C (2009), *abitare*, Terre di Mezzo Ed. ●Chilvers R, Macdonald GR, Hayes AA, *Supported housing for people with severe mental disorders*, The Cochrane library, 2008 Issue 3 ●Priebe S, *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six european countries*, BMJ 2005; 330 ●O'Hara A, *Illness: update of a report to the President's new freedom commission*, Psychiatric Services, July 2007, Vol. 58 ●Macpherson R, Shepherd G, Edwards T, *Supported accommodation for people with severe mental illness: a review*, Advances in psychiatric treatment, 2004 vol. 10 ●Hopper K, Barrow S, *Two genealogies of supported housing and their implications for outcome assessment*, Psychiatric Services, January 2003, Vol. 54 ●Burns T, Jocelyn C, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M, *Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression*, BMJ 2007; 335 ●Burns T, Jocelyn C, Becker T, Drake R, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rossler W, Tomov T, Busschbach J, White S, Wiersma D, *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*, Lancet 2007; 370