

I Terna Nord

III Incontro presso la CT “Villa Santa Maria” di Campomorone (GE)

06 novembre 2012

Partecipanti:

Mito & Realtà:

- Marta Vigorelli, presidente dell'associazione
- Paola Cesari, per il report

Comunità Terapeutica “Il Porto”:

- Marta Abbondanza, psicologa e governante della casa
- Luca Freiria, psicologo, psicoterapeuta Unità casa Madre
- Giovanna Migliardi, psicologa Unità casa madre
- Marco Lussi, educatore Unità casa madre
- Mara Mettola Tirocinante Unità Casa Madre
- Cecilia Vaccarino, psicologa Unità Rustico (ex scuderie)
- Silvia Cerrone, psicologa Unità rustico (ex scuderie)
- Patrizia Giannini, psicologa, psicoterapeuta, responsabile del Servizio Accettazione

Comunità Protetta “Cascina Cantalupa”:

- Roberta Pierleoni, IP
- Carmine Pasquale Pismataro, psichiatra
- Cecilia Ranieri, educatrice
- Marco Pace, educatore

Comunità Terapeutica “Villa Santa Maria”:

- Giuseppina Contri, direttore sanitario
- Mara Franchini, coordinatore
- Simon Finocchietti, psicologo
- Alessia Romeo, educatrice

Partendo dai profondi cambiamenti sia interni che esterni della comunità ospitante, sono riemersi in maniera molto rilevante i temi legati al rapporto delle comunità con i servizi territoriali e sul mandato che ogni parte della rete porta con sé al momento della presa in carico del paziente, sottolineando l'importanza del confronto offerto dal visiting.

Si ripropongono anche le questioni legate alla formazione, alla ricerca e alle modalità di progettazione del percorso riabilitativo, sempre in un'ottica di valutazione dell'influenza che può avere l'inclusione della struttura in un sistema pubblico.

Cambiamenti attuali e loro conseguenza sul lavoro delle comunità.

Dopo le iniziali difficoltà nell'inclusione della struttura residenziale genovese in una realtà di paese e superate le iniziali diffidenze, la comunità Villa Santa Maria riporta come in questo momento la piccola cittadina rappresenti una grande risorsa per il lavoro di comunità, una sorta di operatore aggiunto, grazie anche al lavoro svolto dall'assessore alla Sanità, oggi sindaco del paese, che ha fatto da apripista per il lavoro di integrazione e inclusione.

La comunità risulta essere di proprietà di FIDES Medica S.p.A., in società con Fenasco (del gruppo REDANCIA), i contratti dei dipendenti strutturati riguardano una parte degli operatori OSS e degli educatori, mentre gli infermieri, gli aiuti IP e il personale di cucina fa capo a una cooperativa scelta dalla proprietà.

La proprietà e la Direzione Generale hanno influito attivamente nei cambiamenti dei diversi Direttori Sanitari, così come per i cambiamenti delle normative che hanno portato, soprattutto in questo ultimo periodo, a contatti assidui e riunioni con la comunità genovese.

La recente modifica della normativa ligure ha portato ad una modifica nelle ore di presenza degli operatori socio sanitari (diminuzione del monte ore) mentre sono aumentate le ore di presenza degli infermieri, e quelle degli educatori; ogni paziente ha una microequipe di riferimento composta da un Infermiere Professionale, un aiuto IP, un educatore, un medico e uno psicologo.

La differenza nelle richieste fatte oggi alla comunità combaciano con lo spostamento delle necessità che hanno portato ad enfatizzare il ruolo della riabilitazione, oscurando quello

dell'accudimento, che fino a qualche anno fa sembrava il mandato principale della comunità, dove ci sono pazienti, anche se pochi, residenti dal '94, ovvero dall'apertura della stessa.

Attualmente Villa Santa Maria risulta convenzionata unicamente con l'ASL 3 (Genova), senza la possibilità di inserimenti privati; la carenza di strutture residenziali sul territorio genovese hanno fatto sì che i 40 posti disponibili a Villa Santa Maria venissero considerati, almeno fino ai cambiamenti recenti, un po' come un deposito.

Come riportato dalla comunità genovese, la differenza di tempi per i progetti terapeutici riscontrata rispetto al Porto e a Cascina Cantalupa, rappresenta una novità e un motivo di confronto, così come la sottostante differenza di invianti rappresenta una differenza che ha in sé vantaggi e svantaggi.

Come emerso anche nel precedente incontro, la convenzione con l'ASL o l'inclusione nel DSM di un ospedale pubblico, fanno sì che la comunità risenta meno delle pressioni legate alla saturazione dei posti letto, mentre dall'altro lato Villa Santa Maria riporta come ci sia una pressione complementare legata alla difficoltà di rifiutare inserimenti anche se a volte sono presenti dubbi sulla compatibilità dei pazienti proposti con un percorso riabilitativo comunitario.

Tutte riportano come spesso l'aspetto economico legato alle tariffe giornaliere sia motivo di influenza negativa sui progetti riabilitativi e sulla cura; ad esempio per quanto riguarda la comunità milanese, viene riportato un abbattimento della retta nel caso in cui venga superato il tempo del progetto precedentemente concordato con l'ASL. Il Porto sottolinea come ci siano contrattazioni quasi giornaliere con le ASL per quanto riguarda le tariffe mentre le ristrettezze economiche della regione Liguria hanno ulteriormente abbassato le rette giornaliere, fino a portare a dimissioni forzate e non pensate di pazienti per trasferirli in strutture meno costose ma non sempre adeguate.

Strumenti psicodiagnostici utilizzati a confronto

La comunità genovese si trova inoltre in fase di rinnovo dell'accreditamento che ha portato ad una revisione degli strumenti e della modulistica riguardante l'inserimento dei pazienti; si è provveduto ad una formazione interna che ha permesso di ripensare allo strumento precedentemente usato (VADO) integrandolo con altri strumenti, che permettessero una

condivisione del progetto e della sua formulazione da parte di tutta l'equipe.

Vengono oggi utilizzate tre parti del VADO; a circa un mese dall'ingresso del paziente viene somministrata dall'operatore di riferimento l'intervista VGF, che indaga quattro aree principali del funzionamento (igiene personale, comportamenti disturbanti, comportamenti prosociali e capacità relazionali).

In seguito si provvede alla compilazione del PTR, con il coinvolgimento della microequipe; il progetto riabilitativo si articola su aree e risulta leggermente modificato rispetto a quello del VADO, con l'obiettivo di lavorare su un'area per volta, partendo dalla più problematica.

Vengono riportati insieme alle risposte al VGF anche i pt del BPRS (somministrato dallo psichiatra), delle scale K e delle scale del VADO (compilate dagli psicologi).

Si provvede ad una revisione semestrale dei risultati raggiunti, del funzionamento e degli obiettivi.

Viene sottolineata tuttavia una forte mancanza di condivisione del progetto con il servizio inviante che spesso allega alla proposta di inserimento soltanto una relazione clinica senza alcun supporto testistico; a questo proposito il Porto enfatizza il ruolo centrale dell'aspetto diagnostico in quanto risulta discriminante per i nuovi inserimenti mentre risultava meno centrale prima, facendo sì che la comunità via via si ripensasse sulla base delle diagnosi predominanti.

A questo proposito la comunità genovese riporta la mancanza di uno strumento, nella batteria standard, che permetta di discriminare un ritardo mentale anche lieve dalle conseguenze a livello cognitivo di una patologia psichiatrica; viene così suggerito l'uso della WAIS-R in quanto discriminante sul livello di funzionamento premorbo.

Cascina Cantalupa utilizza come strumenti diagnostici la BPRS, la SANS, la SAPS, l'asse K e il QTR (derivato dal VADO); inoltre è stata presa in considerazione l'introduzione della scala HONOS, che indaga il funzionamento, i sintomi e le potenzialità riabilitative. Questa, nonostante sia poco sensibile alle variazioni minime risulta di facile compilazione e molto attendibile, mentre per eventuali dubbi diagnostici la comunità milanese si rivolge spesso a tirocinanti o personale esterno mantenendo il DSM come riferimento per eventuali approfondimenti riguardanti aspetti diagnostici più specifici.

La comunità torinese al riguardo descrive una batteria psicodiagnostica standard utilizzata che comprende strumenti volti ad individuare principalmente aspetti caratteriali (TSI, BPRS, SCID, AQ, SQ, BIS 11, MIN), di fondamentale importanza visto il focus del Porto

dove c'è un numero esiguo di pazienti psicotici; mentre strumenti come la WAIS e il Rorschach vengono utilizzati solo in caso di eventuali dubbi diagnostici, ove possibile.

Vengono inoltre utilizzate delle scale per il follow-up, che ogni sei mesi valutano aree quali: la qualità della vita, la regolazione emotiva, la consapevolezza della malattia e i Goal; questo permette di avere un confronto costante tra aspettative legate agli obiettivi e la realtà, fungendo da metro di misura che spesso ha portato a ritarare e ripensare agli obiettivi raggiungibili e attesi, modificando il lavoro terapeutico e rendendo le aspettative più realistiche e quindi raggiungibili.

La possibilità di una ricerca e di un confronto costante è rappresentata al Porto dalla presenza di una unità specifica per la diagnostica e la ricerca che dal 2008 permette di integrare il lavoro terapeutico con una ricerca costante.

Emergono delle difficoltà da parte del Porto sugli aspetti testistici più legati alla parte riabilitativa, ben compensati dalla comunità genovese con l'utilizzo del VADO mentre la stessa Villa Santa Maria riporta carenze legate agli aspetti psicodiagnostici, punto di forza invece per il Porto.

A seguito di questa evidenza e complementarità delle risorse presenti, Mito & Realtà sottolinea come sia **a questo proposito, importante promuovere lo scambio e l'utilizzo di strumenti comuni che permettano di coprire eventuali carenze delle singole comunità e soprattutto di portare ad una batteria e a modalità comuni permettendo un confronto immediato.**

L'inserimento del paziente come momento fondamentale

Viene sottolineata l'importanza del momento dell'inserimento del paziente nella comunità e tutti sembrano essere d'accordo sulla necessità di creare una normativa ad hoc per questo delicato momento di passaggio; infatti le diverse comunità riportano differenti modalità che sono il riflesso sia di esigenze interne che di necessità imposte dall'esterno.

La comunità genovese solitamente accoglie il futuro ospite per un pranzo inizialmente, poi per un'intera giornata e successivamente si procede all'effettivo inserimento; nonostante questo spesso l'urgenza o le singole necessità modificano questa procedura, che non arriva mai ad essere stabile. Cascina Cantalupa invece riporta un procedimento simile che chiama ambientamento, che tende ad essere stabile e uniforme per i pazienti.

Tuttavia emerge la questione sui costi legati a questi momenti di avvicinamento alla comunità che sono di solito a carico delle strutture non essendo riconosciuti da alcuna normativa.

Il Porto a differenza delle altre due comunità è passata dall'accoglienza del paziente per pochi giorni ad un mese di accoglienza/valutazione, riconosciuto già come ingresso, al termine del quale si stabilisce l'idoneità del paziente al percorso comunitario e alla struttura. Questo permette un rapporto più chiaro e trasparente con i servizi e una copertura delle risorse necessarie a questo tipo di valutazione, che porta con sé un forte investimento da parte dell'equipe, in quanto già riconosciuto come ingresso effettivo.

Rapporto con i servizi territoriali risorse e limiti

Come emerso più volte nel corso degli incontri, il rapporto con i servizi e il territorio rappresentano sia un limite che una risorsa.

L'argomento viene introdotto dalla comunità Villa Santa Maria che descrive come la Commissione Inserimenti si riunisca 2 volte al mese, alla presenza dei vari DSM e dei DS delle comunità presenti sul territorio, per inserire i pazienti nelle liste di attesa delle varie strutture; a questo proposito si evidenzia come gli invianti spesso non collaborino nella formulazione del progetto terapeutico e ci sia una condivisione di questo, portando con sé una conseguenza di difficile gestione. Infatti, a fronte di un inserimento in lista di attesa di nuovi pazienti, ci sia un vuoto nel progetto alla dimissione, creando così delle difficoltà nella conclusione del percorso comunitario dei pazienti e quindi nella disponibilità di nuovi posti.

Vengono inoltre stabilite le urgenze dei casi in carico ai servizi, con un'indicazione da parte del medico curante di quale sia la comunità più indicata per quello specifico paziente.

Attualmente il territorio genovese fa fronte a due emergenze, rappresentate da una parte dalla chiusura di un SPDC, e dall'altra dall'imminente dismissione degli OPG.

Viene in particolar modo evidenziata la difficoltà costituita dalla fascia di età dai 16 ai 22/25 anni, in quanto sensibile ai differenti modelli di intervento dei servizi prima e dopo la maggiore età, che spesso portano a sminuire l'importanza, con il passaggio ai CSM, delle diagnosi precedenti.

Il tema che emerge è quello del rapporto con i servizi rispetto al loro ruolo di reperimento di

risorse, in quanto spesso, anche a fronte della ricerca da parte della comunità delle possibili opzioni per il proseguimento del percorso terapeutico, c'è una fatica da parte dei servizi territoriali (CSM/CPS) a procedere con le richieste di inserimento che può essere fatto solo dal servizio che risulta avere in carico il paziente; le assistenti sociali sono spesso poche e sovraccaricate di lavoro e questo porta alla tendenza riscontrata da tutte le comunità, alla delega da parte dei servizi che sembrano non mantenere vivo il pensiero rispetto al percorso di un paziente inserito in una struttura residenziale.

Anche se i tempi di permanenza nelle comunità sono spesso decisi e conosciuti dai servizi, il momento della dimissione diventa un momento delicato, che lascia spesso alle strutture residenziali come unica alternativa una contrattazione dei tempi molto serrata e che assume le caratteristiche di un gioco forza.

Questo porta a conseguenze dannose per i pazienti in quanto le risorse per una dimissione preparata e strutturata vengono disperse, spesso i termini vengono prolungati rendendo inutile il lavoro fatto per la preparazione all'uscita dalla comunità.

In particolare il territorio genovese lamenta la mancanza di strutture a media/bassa intensità terapeutica che rendono difficile un passaggio fluido ad un percorso verso l'autonomia; anche se ci si sta muovendo in questa direzione le strutture nate con queste caratteristiche non sono convenzionate, e la partecipazione per l'inserimento in comunità a bassa intensità per i pazienti risulta essere eccessiva.

Cascina Cantalupa evidenzia come questa rappresenti una scelta antieconomica, in quanto a fronte delle minori spese richieste nella residenzialità leggera, si continua a preferire un atteggiamento familiaristico più dispendioso in termini economici, lasciando pazienti che potrebbero proseguire il percorso in comunità ad alta intensità terapeutica.

Nonostante venga introdotto il tema della ricerca di finanziatori privati dal Porto, Villa Santa Maria sottolinea come, essendo una struttura di proprietà di una S.p.A., anche la ricerca di finanziamenti diventa difficile.

Il risultato sembra essere il mantenimento di una logica manicomiale, dove mancano sia le risorse che un pensiero più ampio sul progetto terapeutico che porti ad una totale o parziale autonomia del paziente.

Il Porto propone, come strategia per affrontare la sensazione di impotenza che spesso le comunità sentono rispetto al rapporto con i servizi e al reperimento delle risorse, di assumere un ruolo attivo nel ridimensionamento degli obiettivi raggiungibili nei tempi

previsti dai percorsi terapeutici, che diventano sempre più corti e serrati.

Una taratura attiva e indipendente dalle richieste fatte dai servizi sui tempi e sugli obiettivi realisticamente raggiungibili, senza subire le richieste di tempi e progetti spesso poco verosimili dei servizi rispetto alle aspettative nei confronti delle comunità e del lavoro terapeutico da loro svolto.

Villa Santa Maria riporta come queste sensazioni siano particolarmente accentuate dal committente unico, in questo caso l'ASL 3, in quanto sembra essere una forzatura ad accettare qualsiasi tipo di inserimento.

Mito & Realtà rimarca l'importanza di creare una nuova forma mentis che sposti l'atteggiamento delle comunità verso la ricerca di soluzioni creative che sopperiscano alla presenza di un welfare povero (ad es. cercando risorse private, attraverso il volontariato, coinvolgendo la direzione).

A questo proposito anche il Porto evidenzia l'importanza di una costante analisi dei bisogni dell'ambiente esterno, e delle risorse presenti, in modo da mantenere un ruolo attivo e muoversi all'esterno cercando di colmare i vuoti presenti nel territorio.

La formazione tra pubblico e privato

La comunità genovese riporta difficoltà nei punteggi riguardanti la formazione, in quanto spesso risulta essere esterna e quindi interferisce con le attività della comunità in quanto porta a modifiche dei turni e spesso al mancato riconoscimento delle ore come parte integrante del lavoro di comunità. Un'alternativa potrebbe essere rappresentata dalla formazione interna, già sperimentata da una struttura del gruppo appartenente alla stessa amministrazione, che però non dà accesso ai crediti ECM.

Attualmente la comunità prevede una supervisione mensile da parte di un esterno.

A questo proposito Casina Cantalupa riporta come nel contratto di lavoro dei dipendenti strutturati pubblici che fanno capo al S. Paolo sia previsto un monte ore annuo per la formazione, non previsto invece per i collaboratori esterni, che copre le ore di formazione grazie ad un fondo per la formazione che viene stabilito di anno in anno.

Il Porto prevede invece un'copertura parziale o totale a seconda degli anni, per i crediti ECM di tutti i dipendenti, con una particolare attenzione alla formazione degli psicologi che

risulta essere, come emerso anche nel primo incontro, privilegiata.

Mentre per quanto riguarda la formazione interna e le supervisioni, sono stabilite:

un sostegno professionale per ogni equipe mensile, non sui casi clinici ma sulle dinamiche di equipe e sul lavoro in comunità, dove vengono affrontati anche eventuali conflitti, psicodinamicamente orientato e senza un tema prefissato;

tre riunioni plenarie all'anno che coinvolgono tutte le equipe per un confronto più ampio e una visione dello stato attuale;

una supervisione sui casi clinici mensile per ogni equipe, spesso con il coinvolgimento dell'inviante ove possibile. Il supervisore può variare di volta in volta e può essere rappresentato a volte da altre figure professionali (avvocato, magistrato, ecc.);

intervisione o incontri con professionisti diversi esterni (giudici, magistrati, ecc.)

due/tre convegni annuali organizzati dalla comunità alla quale i dipendenti possono partecipare;

è prevista una partecipazione, quando possibile, sulle quote dei dipendenti che partecipano a formazioni particolari;

sono inoltre previste una quantità di ore per la formazione scolastica (ad es. scuola di specializzazione) per tutte le figure professionali e delle giornate di incontro su temi specifici (sessualità, sicurezza, dispercezioni uditive) che coinvolgono operatori e pazienti, ma che possono risultare destabilizzanti per i pazienti e quindi rappresentano momenti delicati.

Durante le attività di formazione le attività della comunità vengono modificate o sospese, e viene sottolineato come i pazienti dimostrino un abbassamento delle richieste a fronte della comprensione dell'importanza di questi momenti per gli operatori; rimane ancora aperta la questione se comunicare al paziente la discussione del suo caso in supervisione, soprattutto quando questo comporta la presenza dell'inviante e quindi un possibile incontro tra paziente e operatore del servizio.

Vengono sottolineate a questo proposito le differenze nelle possibilità sulla formazione delle strutture pubbliche e private; da una parte infatti le prime hanno spesso un riconoscimento maggiore per quanto riguarda la formazione, prevista anche da contratto mentre tendenzialmente, anche se non in tutti i DSM, si predilige una formazione che sia scientificamente supportata. Dall'altro lato nel privato, a fronte di una maggiore libertà nel

filone di formazione che si predilige, non sempre si ha lo stesso riconoscimento e la stessa libertà nel riconoscimento della formazione come parte integrante e fondamentale del lavoro terapeutico in comunità.