

***Nuove competenze per un sistema di servizi di salute mentale orientato alle evidenze e al recovery***

Paola Carozza DSM Ravenna

Fermo 4 Aprile 2014

# Le grandi sfide

- **Ridisegnare i servizi sui principi del recovery e sull'inclusione sociale**
- **Implementare servizi sostenuti dall'evidenza scientifica.**
- **Prevenire il più possibile la disabilità intervenendo precocemente**
- **Integrare i servizi di salute mentale con altre agenzie socio-sanitarie**

# Dalle acquisizioni scientifiche all'organizzazione dei servizi

- Contributi delle neuroscienze > fondamenti scientifici dei trattamenti psicosociali EB
- Modello biopsicosociale > diagnosi funzionale integrata con la diagnosi psichiatrica
- Revisione delle funzioni del comparto
- Revisione delle funzioni degli psichiatri

## Quale “riabilitazione” nelle fasi precoci di malattia

- Modello del continuum vs Modello degli ambienti supportati
- Sviluppo di abilità vs supporto al mantenimento di abilità
- Focus sulle disabilità cognitive (in primis cognizione sociale)

# Modello del continuum

- Valutazione della gravità della disabilità ed enfasi sulla vulnerabilità
- Lunga preparazione dei setting riabilitativi
- Gradualità = non si passa ad un funzionamento complessivo se non si è dimostrato di avere successo nel livello precedente

# Modello del continuum (limiti)

- Non è possibile prevedere con esattezza né il successo degli inserimenti negli ambienti reali né l'apprendimento nel tempo delle abilità deficitarie, tramite i programmi effettuati nei setting istituzionali.
- I setting naturali consentono di apprendere una vasta gamma di abilità e di comportamenti in misura molto maggiore dei setting istituzionali.
- I setting istituzionali spesso rinforzano alcuni comportamenti desocializzati e deficit di abilità.
- Non si possono riprodurre situazioni reali nei setting istituzionali.

# Modello degli Ambienti Supportati

- Gli ambienti supportati devono essere collocati in ambienti reali e i ruoli che vi si svolgono devono essere validi .
- La collocazione nell'ambiente si attua in tempi relativamente brevi e gli interventi di supporto e di insegnamento delle abilità sono attuati solo successivamente alla collocazione lavorativa, abitativa o scolastica (Bond, 1992; Bond, Dincin, 1986).
- Il modello degli ambienti supportati non costringe gli utenti ad evolvere gradualmente secondo un *continuum* e senza dover per forza aumentare il proprio livello di funzionamento per accedere ad un altro ambiente.
- La collocazione rispecchia le preferenze dell'utente.

# Diagnosi psichiatrica e diagnosi funzionale

**La diagnosi psichiatrica scaturisce dalla valutazione dei**

- **I sintomi (valutazione psicopatologica)**

**La diagnosi funzionale scaturisce dalla valutazione di:**

- **Il funzionamento negli ambienti di vita (esercizio di abilità)**
- **La vulnerabilità allo stress**
- **Il contesto familiare**



# **Attività sequenziali del processo riabilitativo**

- Superamento delle resistenze al cambiamento
- Definizione dell'obiettivo riabilitativo
- Valutazione del funzionamento
- Insegnamento delle abilità
- Generalizzazione delle abilità
- Erogazione dei supporti

# Ridefinizione delle funzioni del professionisti della salute mentale

Ridefinizione delle funzioni del  
comparto e dei medici

Implementare i

trattamenti psicosociali

EB richiede una differente

relazione tra l'utente e

l'operatore

## Relazione accoglitiva/ relazione orientata agli esiti

- **Relazione accoglitiva. Obiettivi:**
  - Accogliere, accettare, far sentire a proprio agio, condividere i vissuti, manifestare empatia, accettare la diversità

Rischio: dipendenza a vita, mantenimento dello status quo
- **Relazione orientata agli esiti. Obiettivi:**
  - Aiutare le persone con disabilità psichiatrica ad emanciparsi dl sistema dei servizi e a cambiare la loro vita

# Relazione didattica : insegnante/terapeuta

Quando gli operatori insegnano le abilità sociali essi sono insegnanti/terapeuti e con gli insegnanti condividono alcune caratteristiche:

- Capaci di creare un'alleanza
- In grado di sintonizzarsi con i bisogni individuali di ogni studente
- Capace di dare rinforzi positivi
- Chiari e specifici nel comunicare
- Autenticamente interessati ad ogni studente
- Entusiasti nel lavorare con persone con malattia mentale
- Capaci di seguire procedure dettagliate ma anche di adattarle ai limiti e alle richieste delle diverse situazioni
- Capaci di monitorare i progressi dei pazienti

# Relazione orientata al recovery: da operatore esperto a “coach” o “personal trainer”

## Passaggio .

- da uno staff che è sentito lontano, perchè considerato in una posizione “esperto ” che ha una “autorità”
- a qualcuno che si comporta più come un “personal coach o trainer” che
  - mette a disposizione le proprie abilità e conoscenze
  - mentre nel contempo impara dagli utenti , da chi è esperto attraverso l’esperienza (Robert & Wolfson, 2004)

# Quali nuove competenze per gli psichiatri

- **Orientamento alla persona**
  - «L'orientamento alla persona implica che gli individui sono più di quanto essi dimostrano nel limitato e coartato ruolo di «pazienti» o di « coloro che ricevono i servizi » .
- **Coinvolgimento della persona**
- **Crederne nel potenziale di crescita**
- **Favorire l'autodeterminazione /scelta**
- **Essere flessibili**
  - permettere alle persone di regredire, di essere recuperate quando abbandonano e di provare ancora più e più volte .
- **Saper lavorare in team e accettare il contributo delle altre figure professionali**

# Gli assistenti sociali e il social recovery

- Il social recovery è il grado di inclusione sociale raggiunto dalle persone con malattia mentale
- Le funzioni degli assistenti sociali della salute mentale sono fondamentali per aprire percorsi e reperire risorse che favoriscono il social recovery e la fase di generalizzazione delle abilità



# Il ruolo della famiglia nel processo riabilitativo

La presa in carico riabilitativa implica il coinvolgimento nel trattamento del sistema familiare in cui l'utente è inserito, compresi i fratelli, alla luce dell'evidenza secondo la quale maggiore è la cooperazione tra gli operatori e la famiglia, più efficace sarà il supporto fornito da questa al proprio congiunto nel raggiungimento degli obiettivi

# Principali esigenze delle famiglie

- **Essere compresi** dai professionisti nella loro esperienza di convivenza con una persona con grave malattia mentale.
- **Ricevere accurate e tempestive informazioni** sulla malattia mentale, in modo da conoscere l'esperienza che il loro caro sta affrontando
- **Ricevere accurate e tempestive informazioni** sul funzionamento dei servizi e su come utilizzarli.
- **Ricevere accurate e tempestive informazioni** sulle strategie utili per fronteggiare la malattia del congiunto e l'impatto che essa produce su di loro

# Principali esigenze delle famiglie

- **Essere coinvolte** nell'erogazione dei servizi per il loro congiunto.
- **Acquisire abilità specifiche** per affrontare particolari evenienze (comportamenti incongrui, crisi, recidive, etc.)
- **Informare le famiglie** dell'importanza che esse rivestono nel trattamento del loro congiunto e dei cambiamenti da affrontare mano a mano che il loro congiunto evolve
- **Valorizzare la collaborazione** con le famiglie. Se si rinforza la sinergia con i familiari, ritenendoli a tutti gli effetti validi partner, gli esiti riabilitativi saranno raggiunti più velocemente e più facilmente

# Principi di base per il lavoro con le famiglie

- **Comprendere i sentimenti espressi dalle famiglie** Le famiglie spesso descrivono rapporto con gli operatori della salute mentale espulsivo, superficiale e difensivo frustrante e indifferente.
- **Essere chiari sui limiti dei propri interventi** . Spiegare ai familiari la natura della disabilità, i limiti degli interventi e l'intensità dell'impegno che si deve approfondire per garantire il raggiungimento dei risultati, aiuta le famiglie a coltivare aspettative realistiche.
- **Evidenziare i punti di forza delle famiglie** riconoscendo le loro abilità e spiegando loro come possono essere utili nell'espletamento di nuovi ruoli.
- **Supportare gli operatori nel rapporto con le famiglie** La modalità collaborativa di rapporto con le famiglie può porre gli operatori davanti a richieste che superano le loro capacità di risposta, con la creazione di un notevole carico di stress.

Prendersi cura delle conoscenze, delle abilità e delle attitudini del personale

## **Formazione trasversale all'intero DSM**

**(CSM, SDPC, Riabilitazione Psichiatrica, DP, Neuropsichiatria Infantile, Privato Sociale e SILL)**

**Obiettivo: aumento delle competenze professionali del personale, con particolare riferimento**

- alla conoscenza e all'applicazione di **trattamenti psicosociali E.B. (SST, DBT, Psicoeducazione familiare, Illness Management)**
- alla conoscenza di **indicatori di recovery.**

# Prendersi cura delle conoscenze, delle abilità e delle attitudini del personale

## **Teoria**

- Lezioni frontali (teoria) 147 ore annuali come media
- Gruppi di studio condotti da operatori

## **Pratica (job training)**

- Supervisioni mensili a 10 servizi
- Supervisioni di video che riproducono situazioni di lavoro
- Funzione di coaching dei responsabili di servizio e dei coordinatori infermieristici

## **Formazione dei formatori**

- Creazione di un gruppo di professionisti interno al servizio dotato di «expertise» che svolge funzioni didattiche, di supervisione e di coach

Alcuni problemi che emergono nel processo di implementazione dell'evidenza e dei principi del recovery

- Resistenza a cambiare le proprie pratiche
- Resistenza ad adottare un metodo scientifico
- Resistenza dovuta a pregiudizi verso la malattia mentale
- Ostacoli dovuti al modello organizzativo

# Resistenza a cambiare le proprie pratiche

Di solito, nel settore psichiatrico, la resistenza al cambiamento è motivata dalle seguenti ragioni (Essock et al., 2003):

- I risultati scientifici non sempre possono essere utilizzati per rispondere ai reali e complessi bisogni degli utenti, quanto invece può esserlo la **“saggezza clinica”** derivante dalla propria esperienza .
- Anche se nessuno è soddisfatto della qualità dei servizi di cui attualmente disponiamo, gli operatori temono che il cambiamento sia solo **“cambiamento di facciata”**, specialmente quando l’innovazione è legata a leader inaffidabili e di passaggio.
- Le EBP non possono affrontare i problemi del mondo reale, essendo applicate a campioni di pazienti che sono diversi da quelli che usualmente sono seguiti dai servizi .



# Resistenza ad adottare un metodo scientifico

- Timore che le tecniche causino una sorta "ingessatura metodologica " che soffoca la componente umana, la creatività e la flessibilità .
- Il convincimento che il possesso di tecniche omologhi i servizi e li renda uguali per tutti, negando i bisogni e le caratteristiche individuali .
- Difficoltà di trasferire un lavoro per certi aspetti **idealizzato**, perchè essenzialmente basato sulle componenti umane, in uno **misurabile**.
- Tendenza all'**astrazione**, alla **personalizzazione** e alla **generalizzazione**, con scarsa attenzione ai dati obiettivi .
- Difficoltà a **individuare** e a **valutare** i risultati.

# Resistenza dovuta ai pregiudizi nei confronti della malattia mentale

- Il convincimento che le persone con serie disabilità mentali **non sono capaci** di apprendere abilità
- **Pessimismo** sulla loro abilità di crescere.
- Il convincimento che la malattia mentale **distrugge** i desideri, gli obiettivi, i sogni e le prospettive.

# Resistenze dovute all'organizzazione

- Mandato generalista vs bisogno di sistematicità, coerenza e continuità
- Eccesso di compiti burocratici ed amministrativi soprattutto a carico della dirigenza
- Funziona ancillare del personale non medico e difficoltà ad assumere un ruolo di coach o trainer
- Modello prevalentemente centrato sulla figura medica che spesso oberata di casi finisce per lavorare quasi come in una catena di montaggio (visitificio)