Il budget di salute nel DSM DP Ravenna

Bologna 18 Aprile 2013

Analisi di sistema

Il budget di salute si è declinato all'interno di una radicale revisione del modello organizzativo e metodologico del DSM DP avviata dall'analisi della funzione delle strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, promossa nel 2007 nel DSM di Ravenna tramite l'istituzione dell'UOC di Riabilitazione Psichiatrica

Criticità del sistema

- Massiccio ricorso alla residenzialità, consistente in un aumento annuo esponenziale del numero delle persone con disabilità psichiatriche, il più delle volte considerate “senza speranza”, inviate sia nelle residenze a gestione diretta sia in quelle gestite dal privato sociale.

- Delega in bianco al privato da parte del servizio pubblico a, in quanto le azioni di monitoraggio sugli esiti e sulla qualità del trattamento da parte di quest’ultimo scarse o discontinue.

- Inappropriatezza degli inserimenti (pazienti psichiatrici inseriti in strutture per disabili e in case protette per anziani)

Criticità del sistema

Progressiva “manicomializzazione” delle strutture residenziali e semiresidenziali aziendali sia pubbliche che private:

- permanenze degli utenti a tempo indeterminato
- tendenza all’infantilizzazione dei pazienti
- la riabilitazione psichiatrica è legata ad una struttura muraria; non è una metodologia centrata sul recov ery nei luoghi di vita, lavoro e studio della persona;
- sostanziale marginalità del ruolo degli operatori con l’assunzione un ruolo puramente “alberghiero”
- conduzione di attività afinalistiche e scisse dagli obiettivi personali ;
- rette non correlate agli esiti e alla qualità del servizio, ma a parametri del tutto arbitrari.

Appartamenti abilitanti o disabilitanti?

Gli appartamenti «protetti» (il termine è già di per xè indicativo di uno specifico paradigma) sono alla fine diventati contesti di fatto disabilitanti.

I punti critici sono:

- Eccesso di ore di presenza degli operatori rispetto ai bisogni degli utenti
- Acquisizione da parte delle micro èquipe di un ruolo sostitutivo alla famiglia, agli amici e ai referenti sociali in generale
- Luoghi dove non viene richiesto a volte neanche il minimo livello di funzionamento (esercizio di abilità), assunzione di responsabilità, esercizio della scelta, assunzione di iniziativa. I

Criticità del sistema

- Prassi, improntata prevalentemente alla gestione delle acuzie e alla dimensione biologica dell'utente: esito stabilizzazione dei sintomi

- Ridurre la frequenza, l'intensità e la gravità dei sintomi non necessariamente implica contrastare la disabilità, la desocializzazione e la disconnessione della persona dalle attività, dalle relazioni e dai ruoli che connotano l'identità psichica e sociale degli esseri umani.

Azioni di sistema

- Definizione della vision del DSM e revisione della funzione del CSM

- Formazione di tutto il personale del DSM DP secondo un paradigma teorico orientato a: evidenza scientifica e principi di recovery

- Revisione della funzione delle residenze e delle semiresidenze. a gestione diretta e nelle strutture gestite dal privato sociale facenti capo al DSM di Ravenna

- Superamento del sistema misto di gestione pubblico/privato nei Centri Diurni e Residenze

- adozione di strumenti di valutazione soggettiva (bisogni/interessi degli utenti) e oggettiva (obiettivi/esiti

Azioni di sistema

- Revisione radicale della metodologia di inserimento lavorativo supportato (supported employment) nell'area della cooperazione sociale e del SIIL ai fine di ridurre il tasso di fallimenti da parte degli utenti.
- Implementazione del modello organizzativo «Programmi inter UO e interservizi» cemtrati sul destinatario
- Revisione della funzione dei setting abitativi (modello del supported housing)
- Introduzione dei concetti di "operatore unico"
- Iniziative nei confronti delle Associazioni del Familairi e dellle singole famiglie

Vision del DSM DP

- Aiutare le persone con disabilità psichiatrica a permanere nel loro contesto di vita cercando di raggiungere il miglior funzionamento psicosociale possibile compatibilmente con i deficit funzionali, la psicopatologia persistente e le ricadute.

- Ciascuna componente del DSM DP (CSM, SPDC, Residenze, CD, Sert UONPIA) deve perseguire tale obiettivo coerentemente con la funzione specifica che riveste ed è solo un segmento del più complessivo processo di cura, strettamente correlato a tutti gli altri.

Funzione CSM

- Il CSM può essere il *setting* di molteplici approcci, condotti sia individualmente sia in gruppo, alcuni dei quali considerati EBP, dimostratisi efficaci sui sintomi negativi e cognitivi, sulle disabilità e le disfunzioni, sullo stigma interno, sulla dipendenza dai servizi, sulla bassa efficacia personale e sulla fragilità dell' *internal locus of control.*

- Genericamente, i principali servizi forniti da un CSM sono tutti accomunati dall'essere interventi supportivi, resi efficaci da una serie di fattori, tra i quali prevalente è il coinvolgimento e l'impegno personale degli psichiatri e di altre figure professionali.
-

Residenza/semiresidenza = setting di trattamento

- setting per l'attuazione delle prime cinque fasi del processo riabilitativo secondo il modello di Boston
  - 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 comunita.

Funzione degli appartamenti

Gli appartamenti d'appoggio aziendali devono rappresentare la fase propedeutica alla ricerca di un normale appartamento condominiale. Nello specifico gli appartamenti a bassa intensità assistenziali devono svolgere le seguenti funzioni:

- Acquisizione ed esercizio di abilità della vita quotidiana e di convivenza.
- Setting per favorire il bisogno di strutturare in termini di normalità le giornata tramite l'acquisizione di un ruolo lavorativo, educativo e/o l'organizzazione del tempo libero
- Setting per consolidare esperienze di successo relazionali tali da motivare il paziente al successivo passaggio (normale abitazione in un condominio)

Risorse sociali

Le risorse:

- favoriscono i processi di guarigione attraverso l'espletamento di ruoli sociali.

- rappresentano lo strumento principale per l'ultima fase del processo di riabilitazione psichiatrica, ossia quella dell'applicazione negli ambienti reali della comunità delle abilità apprese nei programmi riabilitativi (generalizzazione delle abilità).

Risorse sociali

- persone (sindaci, amministratori, datori di lavoro, insegnanti, condomini, istruttori sportivi, membri di associazioni, amici, pari, etc)
- posti (abitazioni, posti di lavoro, centri sportivi, corsi di formazione, luoghi ricreativi),

Azioni nel settore abitativo

- Acquisizione dagli Enti Locali di alloggi a basso costo inseriti in normali condomini con i quali avviare le dimissioni di utenti dalle strutture aziendali e contenere gli inserimenti residenziali

- Costituzione di un èquipe dedicata (10 operatori coordinati da un coordinatore infermieristico)

- Protocollo di intesa con il Comune di Ravenna per concedere ogni anno un appartamento di due posti alle persone con disabilità psichiatrica extra graduatoria

- Acquisto di ore di educatore tramite convenzioni con Cooperative Sociali per progetti di supporto domiciliare di diversa intensità (quotidiano, bi/trisettimanale), finalizzato al mantenimento del ruolo abitativo

Modello degli ambienti supportati

Farkas (1999) , Drake, Bond, Dincin, Becker (2001)

- Gli ambienti supportati devono essere collocati all'interno della comunità (scuole, posti di lavoro, abitazioni normali) e i ruoli che vi si svolgono devono essere rispondenti alle regole sociali correnti.
- Gli utenti sono accolti non per pietà o per paternalismo, ma per il ruolo che hanno deciso di svolgervi e che è a loro richiesto.
- Sono erogati supporti flessibili e continui nell'ambiente reale per periodi non inferiori a 18 mesi.
- Il monitoraggio della performance dell'utente ha un ruolo centrale.

Modello degli ambienti supportati

Farkas (1999) , Drake, Bond, Dincin, Becker (2001)

- Gli utenti sono incoraggiati a frequentare i gruppi di supporto per la risoluzione delle problematiche incontrate.
- 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.

Vivere in un appartamento e' un processo di cambiamento

Vivere in un appartamento significa acquisire

un ruolo sociale valido. Ciò comporta

affrontare **cambiamenti di**

comportamento o di stile di vita

Prima dell'ingresso nell'appartamento

- Lavoro sulla motivazione
- Training di abilità generali

Formazione ed esiti

- Non attribuire importanza alla formazione degli operatori, significa sottovalutare quanto l'esito riabilitativo delle persone con disabilità psichiatriche venga influenzato dalla professionalità del personale con cui esse interagiscono (Anthony, Farkas, Cohen, Gagne, 2002).
- Prevalenza di formazione rivolte ai singoli (il più delle volte la figura medica)
- Prevalenza di formazioni "astratte", che molto spesso si concretizzano in corsi completamente sganciati dalla realtà pratica

Competenze basilari del personale

- Come fare una valutazione multidimensionale del paziente
- Come costruire una relazione fidata ed affidabile con il paziente e mantenerla duratura.
- Come evitare atteggiamenti paternalistici, colpevolizzanti o moralistici con i pazienti e con le famiglie.
- Come contrastare le resistenze del paziente al contatto umano e al cambiamento dei suoi comportamenti e stili di vita.
- Come affrontare i sintomi resistenti ai farmaci.

Competenze basilari del personale

- Come insegnare le abilità e sostenere il paziente nei ruoli sociali.
- Come affrontare le crisi con approcci psicosociali, oltre che farmacologici.
- Come affrontare le disfunzioni comunicative e comportamentali delle famiglie e potenziare il loro ruolo nel processo di guarigione
- Come riconoscere gli esiti di recupero della salute mentale
- Come integrarsi con le altre figure curanti e lavorare secondo il modello del *team* multidisciplinare.

Formazione aziendale personale semiresidenze /residenze aziendali, equipe appartamenti supportati e del privato sociale (2007/2011)

- Le motivazioni del notevole investimento sulla formazione degli operatori sono da ricercare nella_
  - **ricognizione effettuata in tutte le strutture aziendali e in quelle gestite dal privato sociale** che hanno messo in luce rilevanti ***deficit formativi*** e un sostanziale ***avvilimento*** della figura del riabilitatore, scaduto in una profonda crisi di identità.

- Il percorso formativo si è avviato nel 2007 ed è stato finalizzato all' **aumento delle competenze professionali del personale**, con particolare riferimento alla conoscenza e all'applicazione di **interventi psicosociali E.B.** e alla conoscenza di **indicatori di recovery**.

- 146 giornate di formazione ripetute in tre distretti (Ravenna , Lugo, Faenza) per un totale di 1022 ore

FORMAZIONE trasversale congiunta tra tutte le UU.OO del DSM di Ravenna (2011 a tutt'oggi)

Numero personale coinvolto**: 300 persone : tutte le categorie professionali operanti nel DSM compresi gli OOSS**

UU.OO. coinvolte**: tutte (CSM, SDPC, Riabilitazione Psichiatrica, DP, Neuropsichiatria Infantile ONPIA, Operatori del Privato Sociale e del SIIL);**

Intensità dell'intervento formativo:

- 21 giorni di 7 ore ciascuno, ripetuti nei tre distretti (Ravenna, Lugo, Faenza) per un totale di **147 ore di formazione** ;
- **90 incontri di supervisione** sul posto di lavoro (14 servizi) espletati mensilmente al fine di supportare il personale a mettere in pratica parte delle procedure dei principali trattamenti psicosociali E.B. per un totale **di 300 ore** ; le supervisioni sono effettuate dalla direzione del DSM, dai dirigenti delle strutture semplici e complesse e dai coordinatori infermieristici

- Obiettivo : **aumento delle competenze professionali del personale**, con particolare riferimento alla conoscenza e all'applicazione di **interventi psicosociali E.B.** e alla conoscenza di **indicatori di recovery**.

Formazione continua per la leadership (Responsabili UOC e UOS, Coordinatori Infermieristici)

- Favorire il mantenimento della motivazione degli operatori nei confronti del proprio lavoro.
- Definire chiaramente gli obiettivi e le prospettive future dell'organizzazione.
- Promuovere la crescita e l'evoluzione del gruppo.
- Sviluppare un clima di fiducia reciproca e di mutuo - aiuto.
- Fornire supporto .
- Promuovere un assetto organizzativo coerente con il mandato istituzionale.
- Favorire la formazione permanente.
- Definire parametri per valutare l'adeguatezza del personale al mandato affidato

Dati

- Numero di posti in appartamento: 30 di cui 15 con un livello medio di supporto, 15 con un livello intensivo di supporto

- Numero di pazienti che hanno usufruito di tali appartamenti dal 2008 : 80 su 160 pazienti residenti nelle residenze pubbliche e private

Risultati

Finora, i risultati raggiunti dal programma di supported housing sono i seguenti :

- Tutti I pazienti sono stati in grado di vivere indipendetemente nei loro apppartamenti e di mantenerrli per più di 24 mesi (criterio operativo di Liberman)
- Non so sono verificati episodi di conflittualità con il vicinato
- Dall'avvio del programmma di suppoted housing, solo tre pazienti hanno avuto ricadute ma sono rientrati in appartamento dopo una breve ospedalizzazione .

Resistenze da pregiudizi

- l'idea che le persone con gravi disabilità psichiatriche non siano in grado di scegliere ruoli ed ambienti adeguati e che non desiderino cambiare in senso migliorativo la propria situazione
- pessimismo circa la loro capacità di apprendimento e di crescita.
- L'idea che la malattia distrugge i desideri, obiettivi, sogni e prospettive
- Assimilazione tra sintomi e sentimenti

Resistenze culturali

- **Timore che tecniche, procedure, esiti provochino una sorta di "ingessatura metodologica" che azzera la componente umana, la creatività e la flessibilità.**

- **Difficoltà a trasformare un lavoro per certi spetti idealizzato, perché sostanzialmente basato su componenti umane ad uno misurabile.**

- **Disabitudine a pensare in modo concreto e pragmatico e tendenza all'astrazione ella generalizzazione.**

- **Disabitudine all'osservazione dei dati oggettivi e tendenza all'opinionismo non basato sui fatti**

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)
- Necessità di trovare nuove forme di assistenza per la popolazione in carico da molti anni e che non ha raggiunto il recovery funzionale al fn di orientare i servizi all'intervento precoce.

Criticità

- Circa Il 30% delle persone ospitate da anni negli appartamenti aziendali non è riuscita a superare comportamenti di dipendenza e di delega
- Gli operatori fanno fatica ad imparare funzioni di coach o di trainer
- Gli appartamenti non sono sufficienti per i bisogni degli utenti