

“Nuove prospettive nel management del paziente psichiatrico”

La continuità della cura tra SPDC e territorio: modello di organizzazione.

Walter Di Munzio
Direttore DSM ASL Napoli 2 nord

Cosa è cambiato oggi nella gestione di un DSM

La gestione di un DSM si fonda, tra l'altro, sul perseguimento di tre obiettivi tesi a migliorare la vocazione comunitaria della salute mentale nella comunità di riferimento:

- 1. Continuità delle cure nelle diverse articolazioni organizzative sulla base di specifici PTRI**
- 2. Gestione di programmi di reinserimento lavorativo**
- 3. Sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità**

INSERIMENTO LAVORATIVO /1

Dopo la legge 180 un obiettivo principale della riabilitazione psichiatrica è stato quello di promuovere strategie volte all'inserimento lavorativo.

Aspetti critici delle esperienze italiane nel periodo successivo alla riforma sono stati:

- 1. la mancanza di confronto tra modelli organizzativi,**
- 2. la impossibilità di correlare esiti lavorativi ed esiti clinici,**
- 3. la mancanza di dati locali e regionali confrontabili.**

INSERIMENTO LAVORATIVO /2

Nei servizi di salute mentale spesso non esiste un vero e proprio modello replicabile per l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici.

In particolare nel Meridione, vi è sempre stata una difficoltà in questo senso a causa sia di una prassi maggiormente orientata all'assistenza che di una situazione economica ed occupazionale di partenza già particolarmente carente e critica.

Costi comunque sostenuti a vario titolo per programmi di inserimento lavorativo

Le risorse pubbliche investite per programmi di reinserimento lavorativo sono notevoli, spesso non integrate.

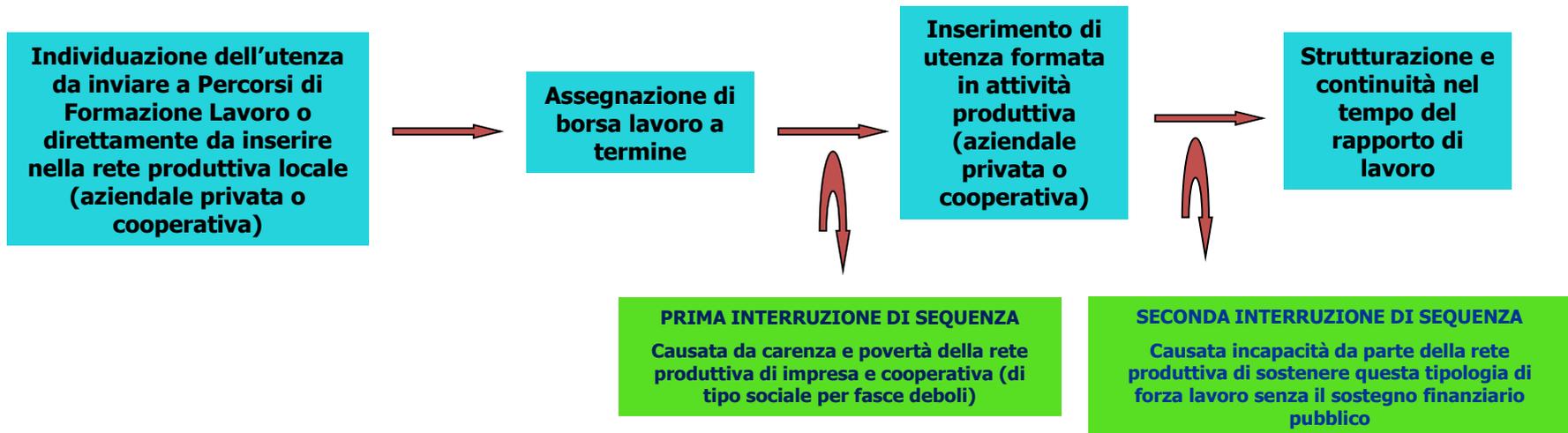
Non sempre questi fondi sono utilizzati in modo proficuo.

Oggi si investe prevalentemente in:

- 1. Borse Lavoro,**
- 2. Contributi da parte dei servizi sociali comunali o territoriali,**
- 3. Incentivi e sgravi fiscali alle imprese,**
- 4. Leggi a favore dei portatori di Handicap (collocamento obbligatorio per soggetti portatori di disabilità, legge 68/99),**
- 5. Leggi a favore della cooperazione sociale per l'occupazione dei soggetti svantaggiati,**
- 6. Pensioni e/o assegni sociali.**

Percorsi di inserimento lavorativo

**Contesto sociale con una rete produttiva attiva capace di includere forza lavoro da fasce deboli
(prevalentemente centro e nord Italia)**



**Contesto sociale deprivato con una rete produttiva attiva incapace di includere forza lavoro
(prevalentemente sud Italia e isole)**

Percorsi di inserimento lavorativo in contesti sociali deprivati e incapaci di includere



Il Management Umanistico: Un modello innovativo di gestione

Il modello è quello della estrema flessibilità del lavoro, finalizzato non allo sfruttamento della forza lavoro, ma ad un adeguamento della produzione a singole Unità Produttive (UP), che organizzino il lavoro sulle specifiche capacità dei loro componenti, tenendo conto delle diverse abilità individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Avendo cura naturalmente di restare sul mercato.

Management Umanistico: *Il dibattito culturale*

Il dibattito su questa nuova concezione del management, tesa al superamento delle teorie di Taylor e del taylorismo, conducono, negli ultimi anni, a riconsiderare l'apporto di ambiti umanistici apparentemente lontani ed estranei, quali la filosofia, la letteratura, il cinema (su questi temi si è discusso molto dal 1997 al 2003, per esempio, sulla rivista **Hamlet**, ma li hanno affrontati anche Trupia, De Masi, Minghetti, Costa e molti altri esponenti italiani del mondo della cultura e del management).

Si traccia così un percorso in cui **arte** e **creatività** fungono da catalizzatori per l'integrazione sociale e organizzativa e per individuare nuove modalità di gestione delle risorse umane innovando fortemente anche la tradizionale cultura d'impresa.

Gestione della Residenzialità basata sui principi del Management Umanistico /1

Il percorso da attivare parte da una posizione

- **“professionale”** basata esclusivamente sul tradizionale supporto degli strumenti terapeutici normalmente in uso (*farmacologici, protocolli di cura psicologici e riabilitativi*)

per approdare ad una posizione

- **“non professionale”** basata su modalità di intervento significativamente non aggressive (*gruppi di auto-aiuto per familiari e utenti, strategie di empowerment*)

riduce il ricorso invasivo e spesso aspecifico a psicofarmaci ad un uso transitorio, mirato a obiettivi clinici rilevanti e per cicli essenziali.

Gestione della Residenzialità basata sui principi del Management Umanistico /2

- Attività strutturate di **addestramento professionale** con Programmi Individualizzati di reinserimento lavorativo;
- Attività **autonome** (per i pomeriggi ed i weekends);
- Attività di **vita quotidiana** (mangiare insieme, fare la spesa, etc.);
- **Gruppo dei familiari** (utilizzando tecniche di self help, di terapia cognitiva, terapia familiare e psicueducazionale secondo Falloon);
- **Gruppo degli ospiti** (utilizzando tecniche di self help, di terapia cognitiva e di terapia familiare).

Gestione della Residenzialità basata sui principi del Management Umanistico /3

OBIETTIVO GENERALE: Miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità mentale, con incremento dell'autonomia, della capacità di produrre, del reinserimento e della partecipazione sociale, con una corrispondente riduzione delle crisi e diminuzione del carico assistenziale e familiare

Gestione della Residenzialità basata sui principi del Management Umanistico /4

- **Selezione e formazione del personale**
- **Selezione degli utenti**
- **Costituzione delle Unità Produttive (UP)**
- **Organizzazione del sostegno e della supervisione clinica**
- **Formazione continua**

La concezione di percorso riabilitativo si fonda sulla idea di sperimentare una promozione di imprenditoria sociale in cui gli attori sono in prima persona i soggetti diversamente abili, messi in condizioni di usare sempre meno il tutoraggio delle tradizionali strutture di supporto

Gli utenti sono valutati attraverso i seguenti strumenti

STRUMENTI DI VALUTAZIONE	COSA VALUTANO
Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI Plus)	Inquadramento diagnostico
Scala di Valutazione della Sindrome Positiva e Negativa (PANSS)	Aspetti clinici e psicopatologici
Test neuropsicologici (RBANS – TOL)	Funzioni cognitive
VF e FPS (VADO)	Funzionamento personale e sociale
Quality of Life Scale (QLS) Heinrichs	Qualità della vita
Questionario ABC utenti e ABC familiari	Analisi, Bisogni e Carico

COSTITUZIONE DELLE UNITA' PRODUTTIVE: IL CASO DI NOCERA

Grazie all'individuazione di settori lavorativi ad alto know-how legati alle caratteristiche strutturali, alle richieste del mercato ed alle tradizioni produttive del territorio di riferimento sono state attivate a cinque Unità Produttive:

- ✓ **U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”**
- ✓ **U.P “Produzioni multimediali – cartoon”**
- ✓ **U.P “People sitter”**
- ✓ **U.P “Produzione limoncello”**
- ✓ **U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”**

COSTITUZIONE DELLE UNITA' PRODUTTIVE

- ✓ **U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”**
- ✓ **U.P “Produzioni multimediali – cartoon”**
- ✓ **U.P “People sitter”**
- ✓ **U.P “Produzione limoncello”**
- ✓ **U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”**

SERVIZI DI SANIFICAZIONE E PULIZIA

Formazione al lavoro di un gruppo di utenti selezionati.

Addestramento teorico e pratico presso la ditta CNS, che si occupa dei servizi di sanificazione e pulizia per la nostra ASL. L'accordo prevede l'affidamento alla cooperativa IUCAN di un monte ore corrispondente ad una o due unità lavorative a tempo pieno. Gli utenti formati saranno destinati dalla stessa cooperativa considerando il livello di formazione, il grado di saturazione e di tolleranza allo stress.

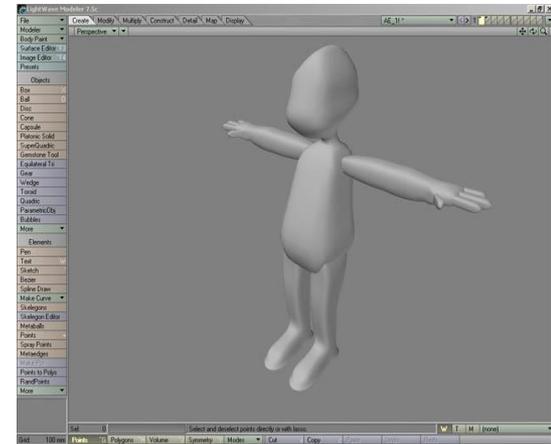
UNITA' PRODUTTIVE

- ✓ U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”
- ✓ **U.P “Produzioni multimediali – cartoon”**
- ✓ U.P “People sitter”
- ✓ U.P “Produzione limoncello”
- ✓ U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”

PRODUZIONI MULTIMEDIALI – CARTOON /1

Progetto finalizzato alla formazione di un gruppo selezionato di utenti per la realizzazione di cartoon destinati ad una campagna di “lotta allo stigma e di educazione sanitaria” perseguita utilizzando la rete del volontariato, i network della comunicazione locale, le scuole e le associazioni culturali

PRODUZIONI MULTIMEDIALI – CARTOON /2



COSTITUZIONE DELLE UNITA' PRODUTTIVE

- ✓ U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”
- ✓ U.P “Produzioni multimediali – cartoon”
- ✓ **U.P “People sitter”**
- ✓ U.P “Produzione limoncello”
- ✓ U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”

PEOPLE SITTER /1

E' stato attivato attraverso le procedure per l'individuazione e la nomina degli "Amministratori di Sostegno" un rapporto strutturato con il Tribunale che autorizzi l'uso delle risorse derivanti da pensioni sociali e di invalidità di utenti cronici per stipulare contratti con giovane utenza dei servizi territoriali in fase di compenso.

Il risultato atteso è la creazione di una relazione in cui i due attori (assistente e assistito) possano trarre benefici nel loro percorso assistenziale e di cura.

PEOPLE SITTER /2

Si è concluso un corso formazione People Sitter.

Il corso è stato aperto agli utenti territoriali che avevano intrapreso un percorso riabilitativo, di almeno tre anni, presso il DSM, ed ha inteso formare una figura professionale con le giuste competenze, in grado di rilevare i bisogni della persona assistita.

La proposta formativa ha focalizzato l'attenzione sull'acquisizione di abilità sociali e comunicative, sull'importanza di cogliere i bisogni della persona, su nozioni di igiene, di primo soccorso, prassi per accedere ai servizi socio-sanitari, nozioni di animazione sociale.

PEOPLE SITTER



Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione
ed il Controllo delle Malattie



Dipartimento Salute Mentale
Direttore : Dr. Walter Di Munzio



Diario di un badante

COSTITUZIONE DELLE UNITA' PRODUTTIVE

- ✓ U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”
- ✓ U.P “Produzioni multimediali – cartoon”
- ✓ U.P “People sitter”
- ✓ **U.P “Produzione limoncello”**
- ✓ U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”

PRODUZIONE LIMONCELLO

Progetto finalizzato all'inserimento di un gruppo selezionato di utenti in una unità produttiva del territorio specializzata nella produzione di liquori e distillati. Il tirocinio formativo e professionale sarà completato all'interno della stessa azienda e remunerato con fondi erogati dai Piani di Zona.

La successiva fase implica la messa a regime della produzione e la connessione con la UP di ceramisti che produrrà le bottiglie e le etichette personalizzate.

COSTITUZIONE DELLE UNITA' PRODUTTIVE

- ✓ **U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”**
- ✓ **U.P “Produzioni multimediali – cartoon”**
- ✓ **U.P “People sitter”**
- ✓ **U.P “Produzione limoncello”**
- ✓ **U.P “Produzioni artigianali ed arredi urbani”**

PRODUZIONI ARTIGIANALI ED ARREDI URBANI /1

Progetto finalizzato alla formazione di utenti per la progettazione e la realizzazione di prodotti artigianali e manufatti per esterni destinati all'arredo urbano. Il progetto prevede la realizzazione di pannelli artistici in ceramica, elementi di arredo urbano fissi (tavoli e panchine decorate, installazioni metalliche divisorie, etc.), segnaletica e totem in materiali vari per comunicazioni al cittadino e per indicazioni ed informazioni turistiche

PRODUZIONI ARTIGIANALI ED ARREDI URBANI /2



Metodologia

- ✓ È stato avviato un percorso che ha consentito di monitorare e confrontare esperienze di inserimento lavorativo
- ✓ Sono in via di definizione percorsi, programmi di formazione, modelli organizzativi e di funzionamento

Obiettivi generali del progetto

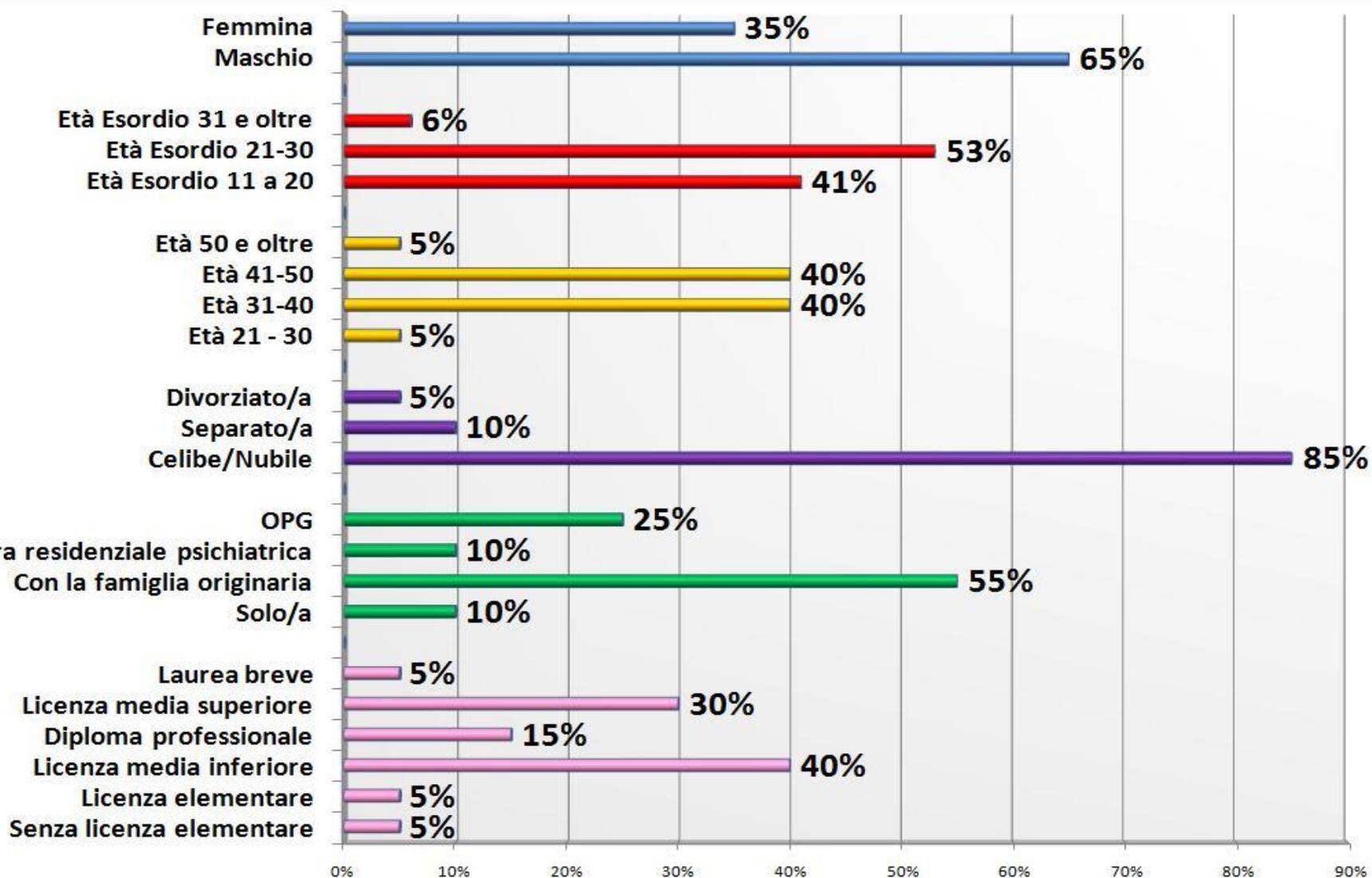
- ✓ Miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità mentale
- ✓ Incremento dell'autonomia, della capacità di produrre e della partecipazione sociale
- ✓ Riduzione delle crisi e diminuzione del carico assistenziale e familiare

Analisi dei dati

L'indagine è stata condotta su un campione di 50 soggetti, di questi l'80% rientra nel raggruppamento F20-29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti, il 20% nel raggruppamento F30-32 Disturbo Bipolare.

L'Analisi quantitativa dei dati è stata effettuata con l'ausilio del software per l'elaborazione statistica (SPSS) che ha permesso l'analisi descrittiva dei fenomeni indagati. Si è effettuato il calcolo delle frequenze di risposta ai singoli *item* di ciascuna scala di valutazione, sottolineando la variazione che le distribuzioni hanno subito nei tre tempi oggetto d'indagine.

Caratteristiche del Campione

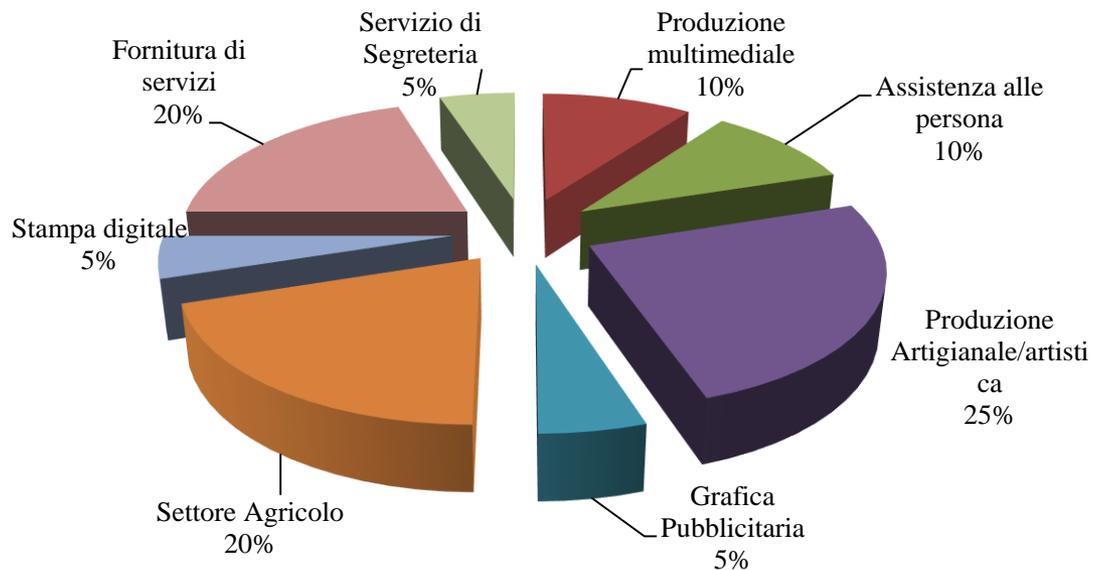


Strumenti d'indagine

	To Inizio Progetto	T1 Dopo 6 Mesi	T2 Fine Progetto
M.I.N.I	X		
ABC UTENTI	X		X
ABC FAMILIARI	X		X
QLS (Heinrichs)	X		X
PANSS	X	X	X
RBANS	X	X	X
TOL	X	X	X
FPS-VADO	X	X	X
QUESTIONARIO PERCORSO DI INS. LAV.	X	X	X

Settori produttivi

Settore produttivo	
Produzione Artigianale/artistica	25%
Settore Agricolo	20%
Fornitura di servizi	20%
Assistenza alle persona	10%
Produzione multimediale	10%
Stampa digitale	5%
Grafica Pubblicitaria	5%
Servizio di Segreteria	5%
Totale	100%



Tipologia contrattuale/Luogo lavorativo

	Cooperativa sociale di tipo B	Cooperativa sociale di tipo A	Privato	Totale
Contratto a tempo indeterminato	5%	0%	10%	15%
Contratto a tempo determinato	30%	0%	0%	30%
Contratto a progetto	10%	5%	0%	15%
Borse lavoro	30%	0%	0%	30%
Formazione	10%	0%	0%	10%
Totale	85%	5%	10%	100%

Conclusioni /1

Gli interventi riabilitativi di reinserimento lavorativo si sono dimostrati efficaci nel:

- ✓ diminuire la durata dei ricoveri ospedalieri;
- ✓ ridurre il tasso di ricadute;
- ✓ migliorare il funzionamento sociale del paziente;
- ✓ ridurre il livello di sintomatologia.

Conclusioni /2

Si sono definite le forme organizzative più efficaci per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro delle persone con disturbo psichico consentendo di:

- ✓ ridurre la variabilità dei percorsi e dei processi assistenziali;
- ✓ fornire spunti per pianificare risposte adeguate ai bisogni dell'utenza;
- ✓ ottimizzare l'assistenza nell'ottica del miglioramento continuo di qualità.

ALCUNI ESEMPI CONCRETI DI RIORGANIZZAZIONE DI UN DSM BASATA SU PRINCIPALI DI INNOVAZIONE MANAGERIALE

ESEMPIO 1: POLO ADOLESCENTI

afferenze dal I° livello di intervento al II° livello di alta specializzazione

I° Livello di intervento

TRIBUNALE dei Minori

DSB
→

Medicina Scolastica
Materno Infantile
Servizio di NPI



Polo Adolescenti
II Livello di intervento
specializzato

Rete sociali dei Comuni e dei PdZ
Mondo della Scuola (tutti i livelli)
Servizi per Adolescenti



Ambulatori Servizi Territoriali UOSM
Altri Servizi Sanitari del SSN
Reti del Volontariato
Associazionismo Familiari e Pazienti



I° Livello di intervento

1 SPDC (Nocera)
4 UOSM distrettuali

Servizio DCA
1 UO di NPIA

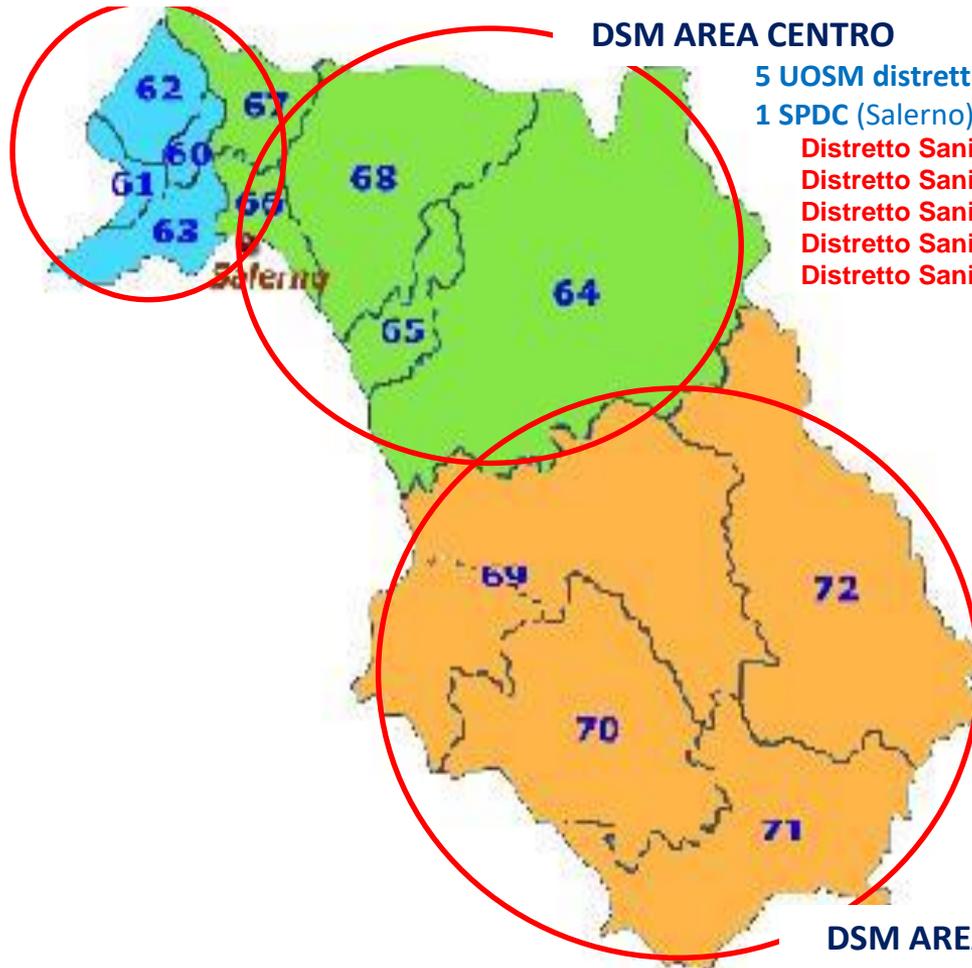
Distretto Sanitario 60 Nocera Inferiore
Distretto Sanitario 61 Angri-Scafati
Distretto Sanitario 62 Sarno-Pagani
Distretto Sanitario 63 Cava-Costa d'Amalfi

DSM AREA NORD

DSM AREA CENTRO

5 UOSM distrettuali
1 SPDC (Salerno)

Distretto Sanitario 64 Eboli - Buccino
Distretto Sanitario 65 Battipaglia
Distretto Sanitario 66 Salerno
Distretto Sanitario 67 Mercato S. Severino
Distretto Sanitario 68 Giffoni Valle Piana



Distretto Sanitario 69 Capaccio/Roccamare
Distretto Sanitario 70a Vallo della Lucania
Distretto Sanitario 70b Agropoli
Distretto Sanitario 71 Sapri-Camerota
Distretto Sanitario 72 Sala Consilina - Polla

5 UOSM distrettuali
1 SPDC (Polla)
1 SPDC (Vallo, in riapertura)

DSM AREA SUD



Strutture e articolazioni funzionali del Polo Adolescenti

1. **Centro diurno** per gli esordi psicotici e intervento riabilitativo precoce



2. **Laboratori** di formazione e addestramento lavorativo

3. **Ambulatorio** e centro diurno specializzato per i D.C.A.



4. **Struttura residenziale sperimentale** per esordi e intervento precoce intensivo

5. **Ambulatorio di alta specializzazione** per infanzia ed adolescenza problematica e patologica



6. **Day hospital** per le acuzie in età evolutiva

7. **Area della Formazione Permanente** per operatori, ospiti e familiari



PERCORSI ASSISTENZIALI E SISTEMA DI INTERAZIONE

UOSM
SerT
UOMI
MMG
Piani di Zona
Sist. Giudiziario
Sist. Scolastico
Università
Associazionismo
Volontariato



AMBULATORIO ADOLESCENTI
Operatori: NPI, psicologo, assistenti sociali,
nutrizionista



PRESA IN CARICO PER ASSESSMENT



ATTIVITA' RIVOLTE AL PAZIENTE
• Accoglienza e analisi della domanda
• Apertura cartella clinica
• Approfondimento diagnostico
• Eventuale trattamento farmacologico



ATTIVITA' RIVOLTE ALLA FAMIGLIA
• Colloquio clinico
• Camberwell Family Interview
• Parental Stress Index
(con entrambi i genitori separatamente)
• Psicoeducazione e/o tp familiare



FORMULAZIONE PTRI e DISCUSSIONE IN EQUIPE



PROGETTO INDIVIDUALIZZATO (PTRI)
• Consultazione NPI
• Consultazione psicologica
• Psicoterapia individuale
• Gruppi psicoterapeutici
• Psicoeducazione familiare e parental training
• Gruppi multifamiliari
• Supporto sociali individuale e di gruppo
• Consultazione e intervento nutrizionale

**NEGOZIAZIONE
CONTRATTO**

**NEGOZIAZIONE
CONTRATTO**

**NEGOZIAZIONE
CONTRATTO**

**NEGOZIAZIONE
CONTRATTO**



CENTRO DIURNO

COMUNITA' ESORDI

DCA

STRUTTURE ESTERNE



Incontri mensili di supervisione e verifica aperti anche ad operatori sterna al DSM e/o di altre agenzie

Esempio 2:

Residenza per Esordi a forte coinvolgimento delle famiglie

OPERATORI SOCIALI
direttamente impegnati nella struttura messi a disposizione dalla ASL, dai Comuni e dalle agenzie sociali del territorio

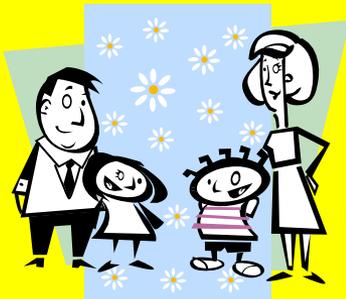


OSPITI
la residenza ospita pazienti giovani con diagnosi di psicosi all'esordio e con specifici PTRI inviati dalla rete di primo livello

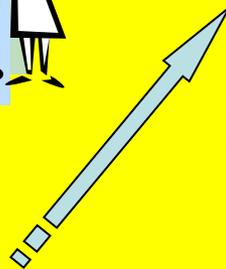
OPERATORI SANITARI
personale dipendente e convenzionato della ASL di supporto alla struttura



RESIDENZA ESORDI



FAMIGLIE
fortemente coinvolte nella gestione diretta della struttura



VOLONTARIATO
associazioni dei familiari e volontariato sociale, contribuisce alla gestione della struttura



**I protocolli e gli obiettivi
dell'esperienza comune di
Pensione Bettina a Vienna e
della Residenza Esordi
progettata e attivata a Salerno**

Principali differenze tra i due Modelli di Residenza

Pensione Bettina di VIENNA

1. **Stuttura Resid. Privata**
(organizzazione no profit)



di conseguenza le prestazioni sono a pagamento e quindi con evidenti limiti di accessibilità e di riproduzione per tutti i pazienti

(anche se i Comuni contribuiscono volontariamente alla spesa e versano parte della retta giornaliera)

2. **Gli operatori focalizzano il loro intervento sugli aspetti clinici e sulle implicazioni relazionali**
3. **Gli esiti attesi per gli ospiti si basano sul loro reinserimento sociale e familiare, sul miglioramento delle relazioni e della capacità di gestire la malattia.**

Residenza Esordi di SALERNO

1. **Stuttura Residenziale Pubblica**
(inserita nel Sistema Sanitario Nazionale)



di conseguenza le prestazioni sono teoricamente accessibili per tutti i pazienti senza alcuna limitazioni di reddito ed il modello è universalmente replicabile nel SSN

2. **Il lavoro è finalizzato agli aspetti clinici e relazionali, ma anche a perseguire risultati in ambito di reintegrazione degli utenti nel mondo del lavoro.**
3. **Gli esiti attesi per gli ospiti si basano sul loro ritorno in famiglia, ma è anche possibile utilizzare le altre opportunità assistenziali previste dal SSN per i DSM**

(Cure domiciliari, Residenze tradizionali sanitarie e socio sanitarie, Comunità, Case famiglia, gruppi di convivenza, etc.)

Perché coinvolgere la famiglia nel trattamento psichiatrico

- **L'esordio della schizofrenia in età giovanile ESIGE il coinvolgimento della famiglia.**
- **La famiglia non sa gestire la condizione di un adolescente normodotato - *non si può pretendere che sappia gestire un adolescente schizofrenico.***



I CONTRATTI



Sono di due tipi:

- 1. Impegni di lavoro e/o di formazione o studio,**
- 2. Impegni di partecipazione attiva al lavoro comune e di collaborazione con l'equipe anche sul piano clinico**

sono negoziati (*leggi personalizzati*) e formalmente firmati dal **Responsabile del Trattamento (RdT)**, da un **Familiare di Riferimento**, e dal **Paziente**.

Costituiscono impegni formali assunti sulla base delle proprie competenze e prevedono anche azioni di sostegno (*gruppi di lavoro*) verso altri ospiti.

In caso di reiterata non osservanza o di gravi comportamenti negativi (uso di droghe, aggressività fuori controllo, altre azioni esplicitamente vietate dal contratto) prevedono la possibilità di allontanamento dalla residenza o il trasferimento in altra struttura della rete assistenziale o in residenza ordinaria.

Doveri dei familiari - contenuti nel contratto

- **Venire in residenza per un tempo concordato ogni settimana e partecipare a diverse attività.**
- **Partecipare ad un gruppo di familiari una volta a settimana di sera per discutere delle esperienze.**
- **Partecipare su richiesta a gruppi di approfondimento anche di altri ospiti della residenza.**
- **Accudire ed eventualmente riaccogliere il paziente durante il weekend.**
(favorire il rientro in famiglia nei weekend)

Doveri dei pazienti - contenuti nel contratto

- **Partecipare ai gruppi di lavoro**
- **Partecipare ad altri gruppi di attività**
- **Rispettare gli impegni assunti**
(contenuti nel PTRI)
- **Rispettare le regole della residenza**
(es.: mantenere ordinate le proprie camere, non assumere droghe né bevande alcoliche, etc.)

Ruoli tradizionali e nuovo ruolo dei familiari dei pazienti psichiatrici

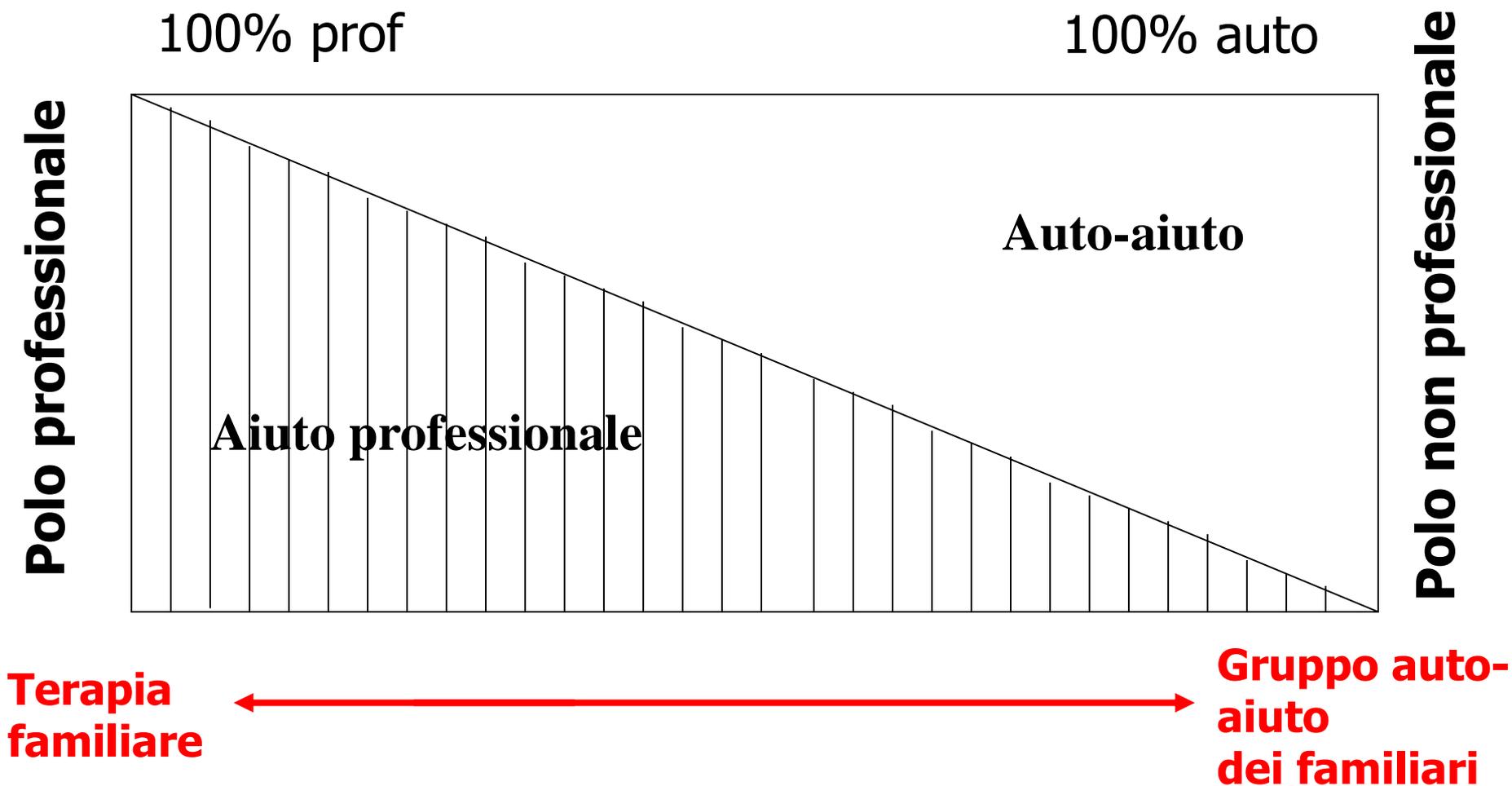
Ruoli tradizionali
negativi

- **Formatore**
- **Trasmittitore genico**
- **Causa della malattia**
- **Vittima della malattia**

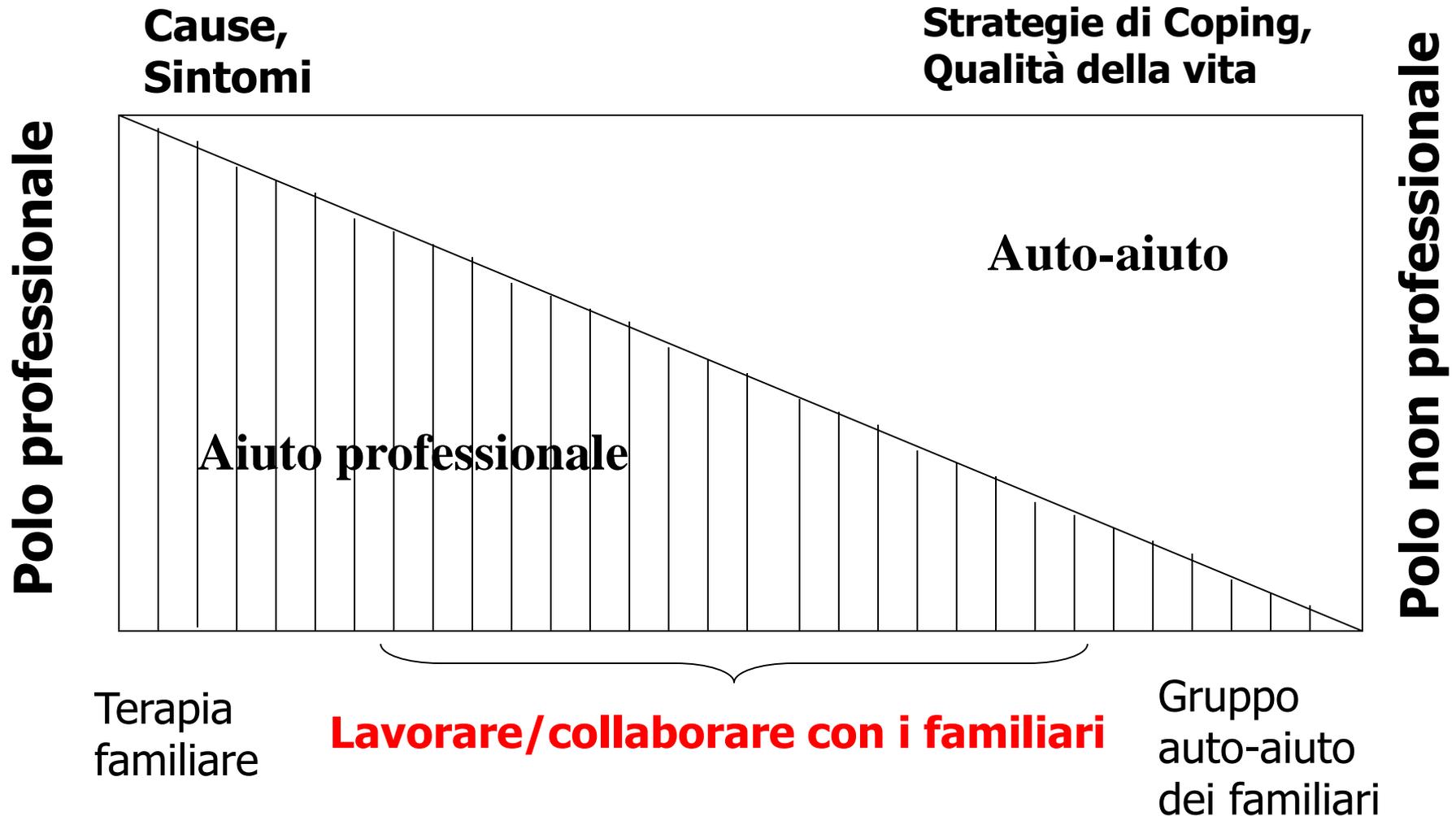
Nuovo ruolo
positivo

- **Collaboratore attivo e creativo per affrontare la malattia mentale**

Famiglia e aiuto professionale / auto-aiuto (1)

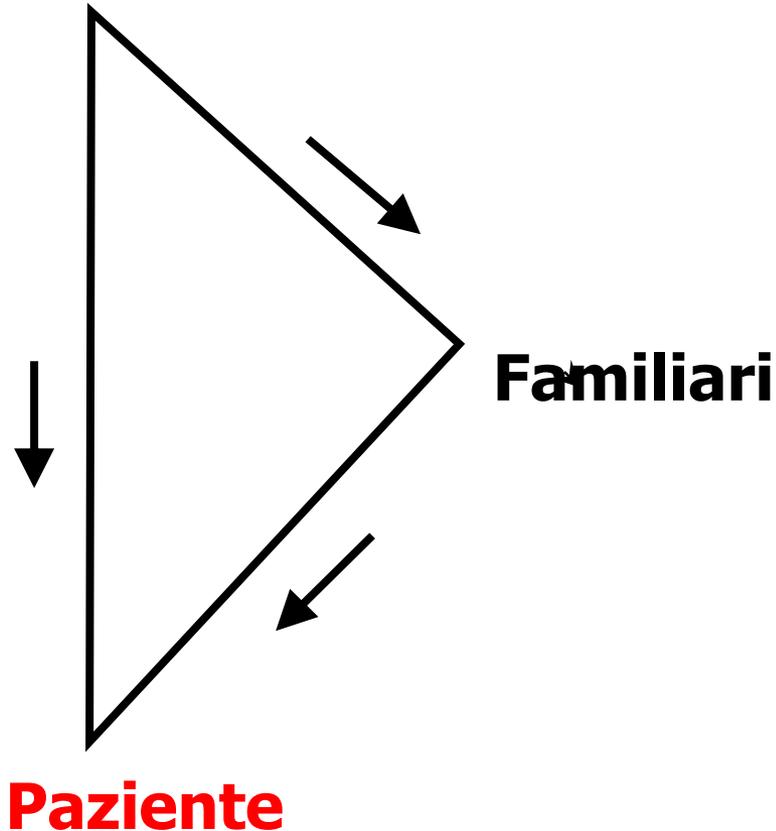


Famiglia e aiuto professionale / auto-aiuto (2)

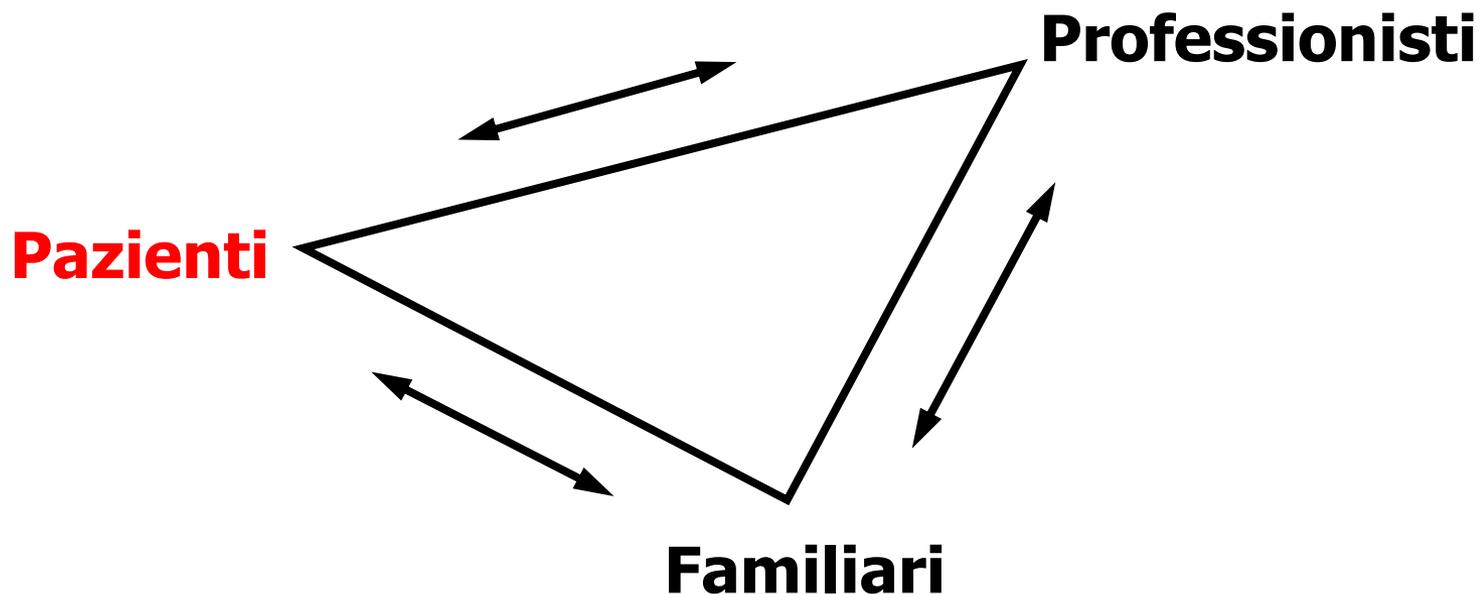


Il legame tradizionale tra pazienti, familiari e professionisti: dominio dei professionisti e gerarchia

Professionisti



Il nuovo legame tra pazienti, familiari e professionisti: cooperazione e partecipazione



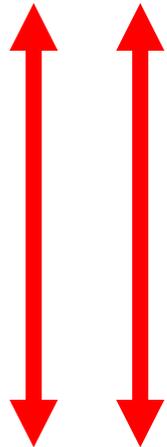
Scopo

Offrire a tutta la famiglia di una persona sofferente di schizofrenia una esperienza per imparare a

- **fronteggiare la schizofrenia**
- **pianificare una vita soddisfacente nonostante la schizofrenia**

Interventi

**Polo
auto-aiuto,
autonomia**



**Polo aiuto
professionale**

- ❖ **Attività autonome**
(pomeriggio, weekends)
- ❖ **Attività di vita quotidiana**
(mangiare insieme, fare la spesa,...)
- ❖ **Gruppo dei familiari**
- ❖ **Gruppo di terapia cognitiva**
“terapia” familiare *(Falloon)*

Cosa imparare: Fattori potenzialmente sotto controllo dei familiari (1)

- **Creare un ambiente privo di pregiudizi**
- **Mantenere un comportamento "coerente"**
- **Creare una situazione di stimolazione ottimale**
- **Mantenere gli obiettivi realistici**
- **Imparare a fronteggiare la fluttuazione della consapevolezza di essere malato e il comportamento imprevedibile**

Cosa imparare: Fattori potenzialmente sotto controllo dei familiari (2)

- **Imparare a fronteggiare le allucinazioni, le illusioni e la passività**
- **Usare al meglio l'aiuto professionale**
- **Ricevere la gratificazione dalla presenza del paziente** (aspetti sani del paziente)

Metodi di apprendimento

- **Psico-educazione**
- **Imparare nella pratica** (Learning by doing)
- **Scoperta guidata**
- **Networking** (“travel party”)
- **Imparare dal modello dello staff**
- **Imparare “per emulazione”** (vicarious learning)

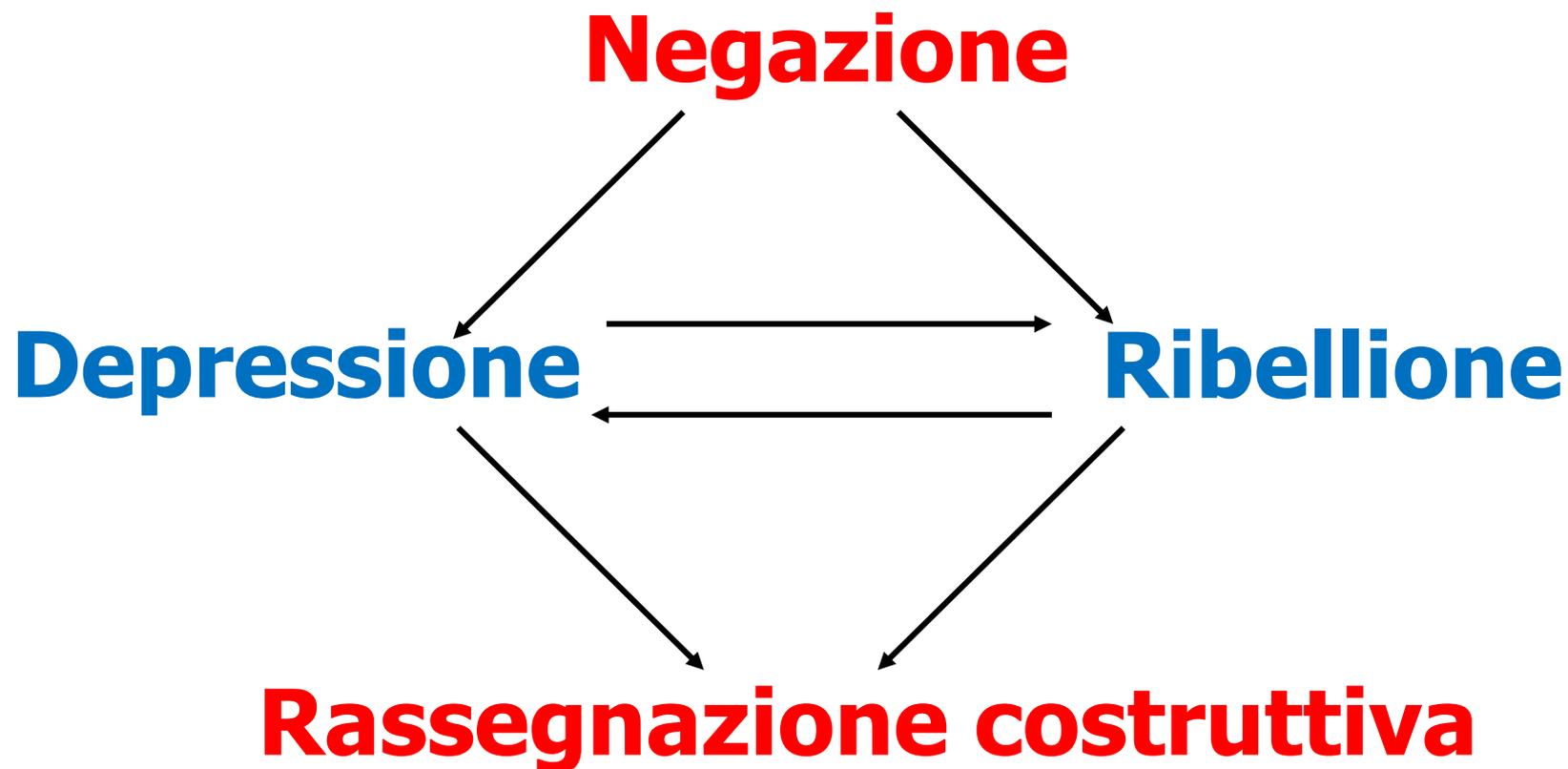
Imparare “per emulazione” (1)

- **Attuare e imparare il comportamento con un membro di un'altra famiglia, casualmente, nella routine quotidiana.**
- **I familiari parlano dell'esperienza fatta con altri familiari, con altri pazienti e con lo staff.**

Imparare “per emulazione” (2)

- ❖ Il familiare è intimamente coinvolto con un paziente di un'altra famiglia.**
- ❖ Il paziente è intimamente coinvolto con un genitore di un'altra famiglia.**
- ❖ Tutti imparano a distinguere il comportamento legato alla malattia da quello legato alla personalità.**

Fasi di accettazione/consapevolezza della diagnosi



Che cosa è efficace nel lavoro con i familiari?

Rinunciare alle prerogative del ruolo professionale

Lavoro in gruppo



Aumento dell'autonomia, della competenza e dell'autostima dei familiari



Riduzione dei sintomi

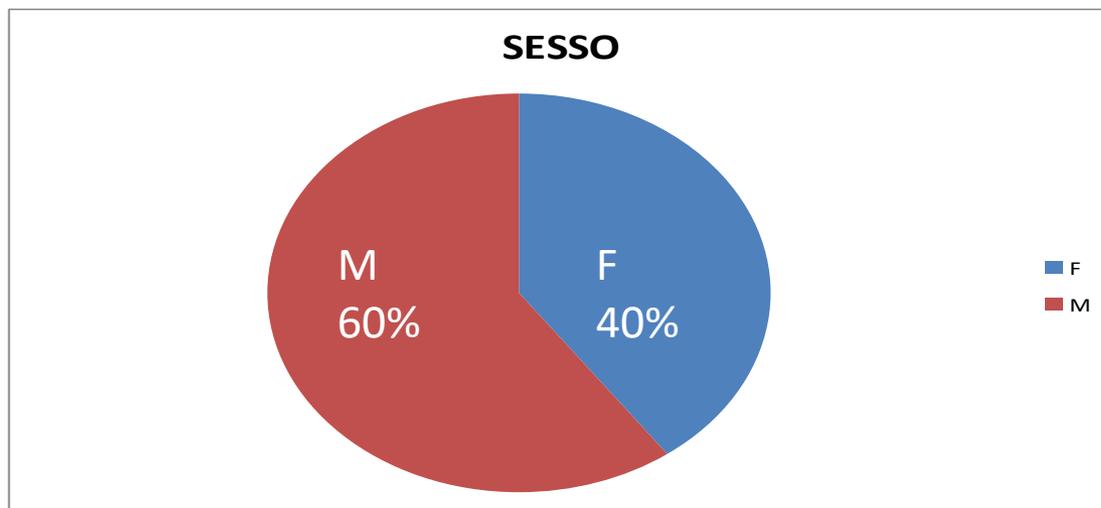
Miglioramento della qualità di vita

Alcuni dati di Attività del Polo / 1

(Dati elaborati dalla Unità di Valutazione e Monitoraggio del DSM)

Pazienti presi in carico dal 1 ottobre 2013 al 31 marzo 2016

- Fascia d'età: 12-24 anni
- **215** utenti di cui **86** femmine (40%) **129** (60%) maschi
- Il livello socio-economico del campione è medio-basso, *(famiglie multiproblematiche e sovente seguite dai servizi sociali).*



Alcuni dati di Attività del Polo /2

(Dati elaborati dalla Unità di Valutazione e Monitoraggio del DSM)

Diagnosi di ingresso

- ❖ Depressione e ansia sociale **20** pz di cui 11 F e 9 M.
- ❖ DSA **28** pz di cui 11 F e 17 M.
- ❖ Disabilità intellettiva **25** pz di cui 3 F e 22 M.
- ❖ Disturbi del comportamento ADHD DOP **62** pz di cui 15 F e 30 M (*spesso in comorbidità*).
- ❖ Psicosi **11** pz di cui 3 F e 8 M.
- ❖ DCA **34** pz di cui 19 F e 15 M.
- ❖ Autolesionismo **3** pz di cui 1 F e 2 M.
- ❖ DOC **7** pz di cui 2 F e 5 M.
- ❖ Autismo pz di cui **7** 1 F e 6 M.
- ❖ Altri **8** con basso rilievo clinico (*disagio con caratteristiche subcliniche, epilessia, 1 caso di disturbo indotto da sostanze*) o in fase di approfondimento diagnostico.
- ❖ Molte comorbidità, frequente uso di cannabinoidi.

Alcuni dati di Attività del Polo /3

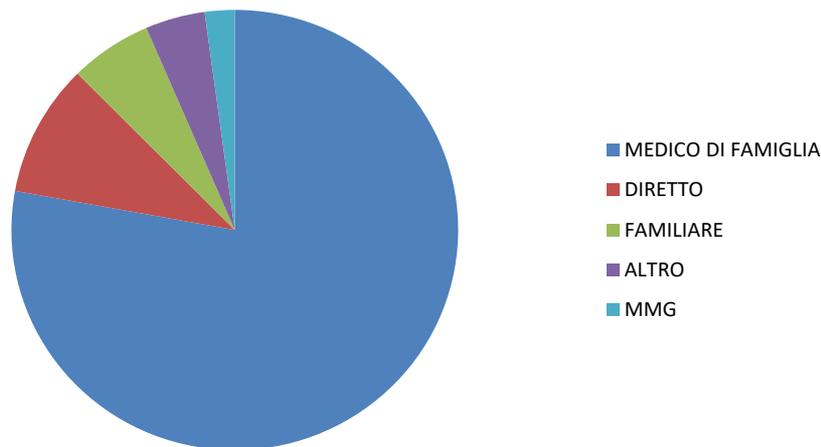
(Dati elaborati dalla Unità di Valutazione e Monitoraggio del DSM)

- 43 pz. su 215 (il **20%**) è ancora in terapia farmacologica.
- I pazienti a cui sono stati prescritti farmaci sono 43, 10 femmine e 33 maschi.
- Gli antipsicotici sono stati prescritti a pazienti con grave e persistente compromissione del contatto con la realtà, gli antidepressivi a pazienti in cui la depressione era complicata da DCA e/o da grave disturbo d'ansia sociale e/o in presenza di altri sintomi rilevanti.
- Nei disturbi del comportamento con tendenza all'acting sono stati utilizzati prevalentemente stabilizzatori dell'umore, antipsicotici tipici e atipici e mai antidepressivi in relazione al rischio di aumento di acting-out.
- Nei casi più gravi i pazienti sono stati ricoverati in SPDC e quelli con contesto familiare e ambientale sfavorevole o respingente (*generalmente quelli - con famiglie - non in grado di rispettare gli impegni assunti*) in Comunità Terapeutica

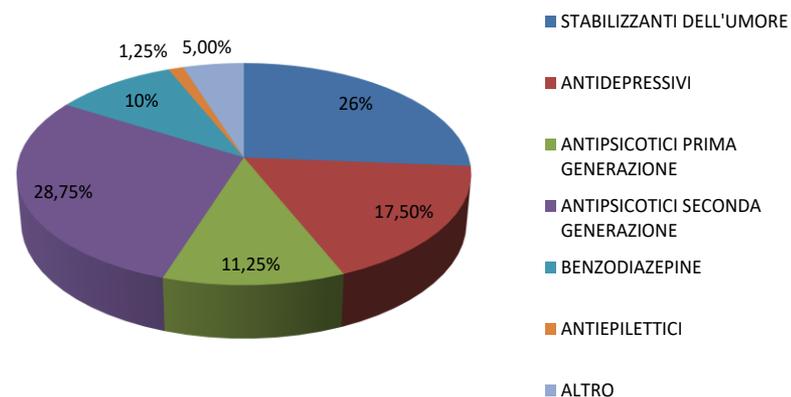
Alcuni dati di Attività del Polo /4

(Dati elaborati dalla Unità di Valutazione e Monitoraggio del DSM)

INVIO



FARMACI



CONSIDERAZIONI RELATIVE ALL'USO DI FARMACI NEL CAMPIONE ESAMINATO

1. Rilievo nell'utilizzo di antipsicotici di II generazione (28%), di Stabilizzanti (26%);
2. Uso prudente degli AD (17%) e di benzodiazepine (10%)
3. Funzione di modulazione dell'umore del comportamento e dell'ideazione nel crocevia affettività-rischio psicotico e discontrollo comportamentale

Considerazioni Conclusive/1

Il lavoro del POLO ADOLESCENTI si fonda su una progettualità che include:

1. Ambulatorio di II livello per l'adolescenza problematica e patologica.
2. Ambulatori e semiresidenze per Esordi e DCA.
3. Residenza e Centro Diurno per la riabilitazione precoce.

Principi ispiratori

- Psichiatria di comunità e buone prassi.
- Precocità degli interventi.
- Forte integrazione operativa con famiglie e privato sociale.
- Saldo governo clinico in équipe multiprofessionale.
- Saldo radicamento sul territorio con integrazione con altre agenzie sociali e sanitarie.
- Attenzione alla Formazione ed all'Addestramento Professionale finalizzato a forme di inserimento lavorativo

Considerazioni Conclusive/2

L'intervento clinico è di II livello ed è rivolto a quei casi complessi non risolvibili nel I livello assistenziale (casi di psicopatologia strutturata).

Si sviluppa in una osmosi continua con diverse committenze che rappresentano la Rete di I livello di impatto assistenziale:

1. Piani Sociali di Zona (aggregazione di Comuni);
2. Ambito del Volontariato e dell'Associazionismo;
3. Area della Giustizia Minorile;
4. Livello clinico: UOSM, UOMI, Sert, MMG e Pediatri oltre al cosiddetto spazio adolescenti di Primo livello (*area condivisa di accoglienza multiprofessionale, ascolto e di educazione alla salute*)

Considerazioni Conclusive/3

OBIETTIVI DI VITA CONTENUTI NEI PTRI

1. Miglioramento della QoL dei giovani pazienti con diagnosi di Esordio Psicotico o altre patologie della fase adolescenziale (non completamente strutturate) rimodulando stili di vita e/o implementando la conoscenza della Schizofrenia e della sua gestione nell'ambito della famiglia e/o delle relazioni di riferimento (rete sociale).
2. Creazione di una rete di "alleanze" esterne.
3. Creazione di una "rete terapeutica" di supporto con operatori specializzati.
4. Monitoraggio prolungato nel tempo teso a consolidare ed a favorire il pieno reinserimento nella ordinaria vita di relazione dei giovani.
5. Rimodulazione dei condizionamenti negativi ambientali.

Considerazioni Conclusive/4

UN ESEMPIO MOLTO NOTO (e particolarmente attuale) DALLA RICERCA SOCIOLOGICA AMERICANA DI VULNERABILITÀ E CONDIZIONAMENTO COMPORTAMENTALE DERIVATO DA UN CONTESTO DI VITA O SITUAZIONALE (sia pur) OCCASIONALE.

Una delle principali conclusioni dell'**Esperimento Carcerario di Stanford** è che il potere pervasivo, benché impalpabile, di una quantità di *variabili situazionali* può avere la meglio sulla volontà individuale di resistere. Lo illustra bene il testo:

Zimbardo Philip G.: L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?, Cortina Raffaello, 2008

L'**esperimento della prigione di Stanford** fu un esperimento psicologico volto a indagare il comportamento umano in una società in cui gli individui sono definiti soltanto dal gruppo di appartenenza.

L'esperimento prevedeva l'assegnazione random, ai volontari che accettarono di parteciparvi, dei ruoli di guardie e prigionieri all'interno di un carcere simulato.

Fu condotto nel 1971 da un team di ricercatori diretto dal professor Zimbardo della Stanford University .

Gli inattesi risultati ebbero dei risvolti così drammatici da indurre gli autori dello studio a sospendere la sperimentazione.

“Il considerare i pazienti e le loro famiglie come alleati nella lotta alla schizofrenia e non solo come clienti ai quali fornire consigli di tipo professionale permette di acquisire un bagaglio di energia e creatività che è essenziale alla realizzazione di un percorso efficace”.

Heinz Katschnig

Territorio della ASL Napoli 2 nord

(abitanti / estensione territoriale / densità popolazione / rapporto)

	Regione Campania	ASL Napoli 2 nord	%
Abitanti	5.861.529	1.028.259	17,54
Estensione territoriale	13.670,95	411,43	3,00
Densità Abitativa	428,8	2.501,8	

Percorso di riorganizzazione e di rilancio del DSM della napoli2nord

Comm.
Aziend.

1. **Valutazione preliminare dell'esistente e recupero di tutte le buone pratiche attive.**

2. **Riorganizzazione e rilancio dei Servizi Territoriali di Salute Mentale e loro centralità in un modello di tipo comunitario rispetto all'insieme dell'offerta prestazionale, implementazione del lavoro di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.**

3. **Riordino del sistema di relazione Pubblico/Privato con progressiva reinternalizzazione di tutti i servizi semiresidenziali e residenziali ancora esternalizzati.**

4. **Adeguamento vecchi protocolli di intesa e firma di nuovi con aree di confine e formalizzazione delle prassi integrate.**

5. **Rilancio di un modello assistenziale H24 anche riorganizzando l'intervento in sedi accorpate e diverse (es. riorganizzazione emergenza notturna e festiva).**

6. **Riorganizzazione della rete ospedaliera sulle indicazioni del nuovo A.A.**

7. **Attivazione di aree ospedaliere territoriali per la gestione non ospedaliera della crisi acuta (Day/Night Hospital nei servizi territoriali, One Day Hospital nelle aree critiche ospedaliere e per le isole).**

8. **Definizione formale (con atto della Direzione Strategica Aziendale) di tutte le procedure assistenziali del DSM e redazione di un Manuale di Funzionamento (MdF) approvato dalla direzione strategica con atto ufficiale.**

9. **Recupero della piena gestione delle risorse finanziarie dedicate (contrattazione del Budget aziendale del DSM e gestione dei fondi aggiuntivi dedicati) riorganizzando allo scopo la componente amministrativa del DSM.**

10. **Attivazione di un GdL di Epidemiologia, Raccolta ed Elaborazione dei Dati di Attività, produzione di Report periodici, sistema di Monitoraggio della gestione dell'assistenza ed Programmi sistematici di MCQ.**

Riorganizzazione del lavoro
Territoriale / Modello Operativo

Riorganizz.
Ospedaliera

Riorganizzazione della Gestione
delle Risorse Finanziarie

AZIONI IN CORSO

Strutture aziendali attivate per consentire la internalizzazione dei servizi semiresidenziali ancora esternalizzati.

1. **S. ANTIMO/1** via Solimene, trasferimento della semiresidenzialità internalizzata area orientale a cominciare dalle strutture «Spartaco», «Pulcinella» e «Gladiatore», gestite dal consorzio «Alfa».
2. **POZZUOLI** via Antonino Pio, allestimento del Centro Diurno di Riabilitazione della UOCSM di Pozzuoli.
3. **GIUGLIANO** via Marchesella, trasferimento residenzialità (terzo piano) e della semiresidenzialità (piano terra) della struttura «La Villa». Al secondo piano insiste già la struttura residenziale «Casa Castrese». Il tutto gestito dalla coop Novella Aurora.
4. **S. ANTIMO/2** via delle Primule 4, allestimento del Centro Diurno di Riabilitazione della UOCSM di S.Antimo, struttura già disponibile.
5. **MUGNANO** via Napoli, allestimento gestione semiresidenzialità internalizzata area occidentale.

Approccio di comunità e operatività integrata



Integrazione operativa con NPIA ed i servizi per Adolescenza del M.I. dei DSB.
(Autismo, DCA, Marginalità etc.)

Integrazione operativa con SerD, Centri Ascolto Disagio Giovanile, Medicina Scolastica e altri servizi territoriali.

Integrazione e collaborazione attiva con TRIBUNALE dei Minori e Servizi Sociali dei Comuni e/o degli Ambiti di Zona

Integrazione operativa con i servizi del sistema curante e di protezione sociale

Integrazione operativa con Presidi Ospedalieri Aziendali.

(SPDC, Consulenze ospedaliere e nei PPSS, Servizi di Psicologia Clinica, Servizi integrati per immigrati, etc.)

Integrazione operativa con SerD, DSB, Ambiti di zona, Altri Enti

(Tribunali, Ambiti, Comuni, Associazioni presenti sul territorio etc. per Consulenze, Servizi di Psicologia Territoriale, Servizi integrati per immigrati, e/o marginalità sociale o disturbi del comportamento)

Integrazione con Famiglie e loro associazioni.

(Programmi di reinserimento sociale e lavorativo, di Educazione alla salute, Sperimentazione nuove forme di residenzialità e di Apprendimento e Formazione sul campo etc.)

Integrazione operativa con i servizi di Geriatria dei DSB.
(settore Handicap, RSA e SIR, etc.)

Integrazione operativa con i servizi di accoglienza e sociali per anziani

(settore Handicap, RSA e SIR, etc.)

Cosa abbiamo fatto nel 2017

Incontri / azioni fatte

- **30.01.2017:** Stati Generali della salute mentale, incontro tra gli operatori e la direzione strategica aziendale di start up per avviare il percorso di riorganizzazione.
- **01.07.2017:** Chiusura del SPDC di Giugliano e ampliamento del SPDC di Frattamaggiore.
- **12.01.2018:** Incontro intermedio di rendicontazione del percorso di riorganizzazione.

Incontri / azioni in corso

- **A. Delibera** 714 del 27/6/2017 - bando di evidenza pubblica per sedi da fittare nella zona est (ex Napoli 2)
- **B. Delibera** 1032 27/9/2017 - bando di evidenza pubblica per sedi da fittare nella zona ovest (ex Napoli 3)
- **C. Delibera** 1211 7/11/2017 - bando di evidenza pubblica per sedi da fittare nella zona insulare (Ischia e Procida)
- **Protocollo di Intesa Aziendale** con il Servizio 118 per l'urgenza Emergenza Psichiatrica notturna e festiva.
- **Acquisizione** di due residenze in cui internalizzare TUTTA la residenzialità psichiatrica e di due semiresidenze

Sono stati autorizzati avvisi pubblici e concorsi per la assunzione di Psichiatri, Psicologi, Assistenti Sociali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Animatori di Comunità, etc.; è stato elaborato un nuovo bando di evidenza pubblica per la gestione delle strutture aziendali da destinare al percorso avviato di internalizzare la rete delle residenze ancora esternalizzata ed in scadenza contrattuale definendo nuove forme di collaborazione ed integrazione operativa pubblico/privato.

Riorganizzazione UOC/SM per le attività di semiresidenzialità

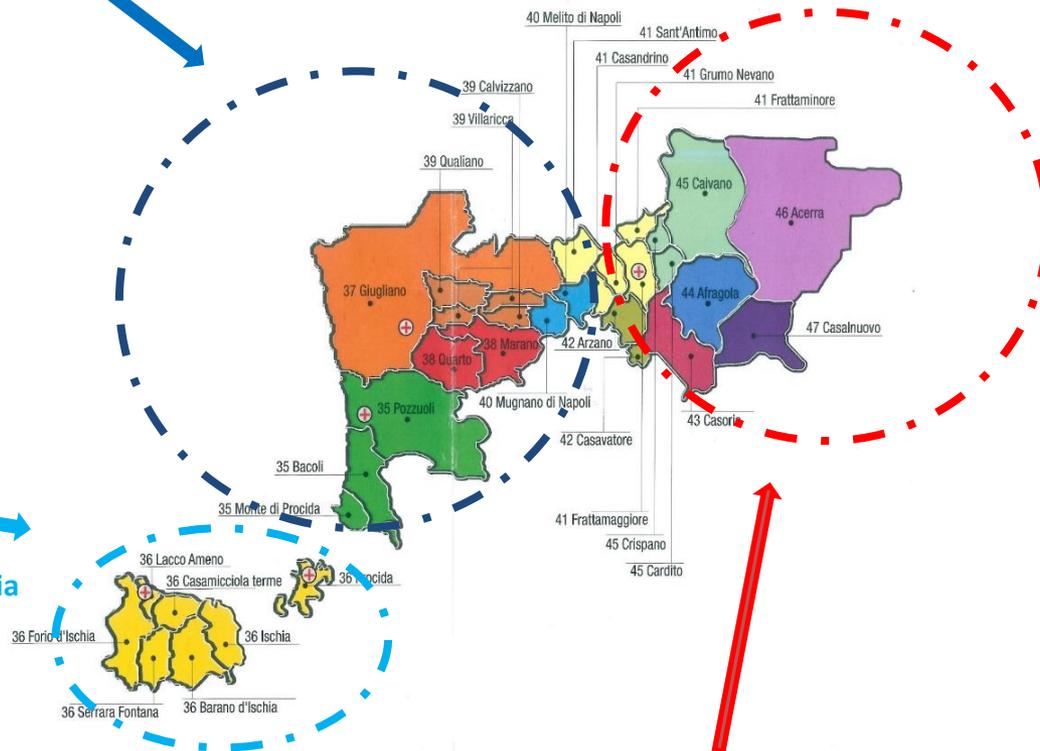
AREA OVEST c/o CDR multidistrettuale di Mugnano

1. UOC-SM 35 di Pozzuoli e 38 di Marano
2. UOC SM 37 di Giugliano (+ 1 Area DH/NH), 39 di Calvizzano e 40 di Mugnano
(prevista in AA e da attivare come terza UOC-SM)

AREA ISOLE c/o CDR di Ischia
Distretto Sanitario 36
(Isola di Ischia e Isola di Procida)

AREA EST c/o CDR multidistrettuale di S. Antimo

1. UOC-SM 41 di Frattamaggiore
2. UOC-SM 43 di Casoria 42, di Arzano e 45 di Cardito
3. UOC-SM 44 di Afragola, 46 di Acerra e 47 di Casalnuovo



POLO ADOLESCENTI:

Afferenze dal I° livello di intervento al II° livello di alta specializzazione

I° Livello di intervento

TRIBUNALE dei Minori

DSB



Medicina Scolastica
Materno Infantile
Servizio di NPIA



Rete sociali dei Comuni e dei PdZ
Mondo della Scuola (tutti i livelli)
Servizi per Adolescenti



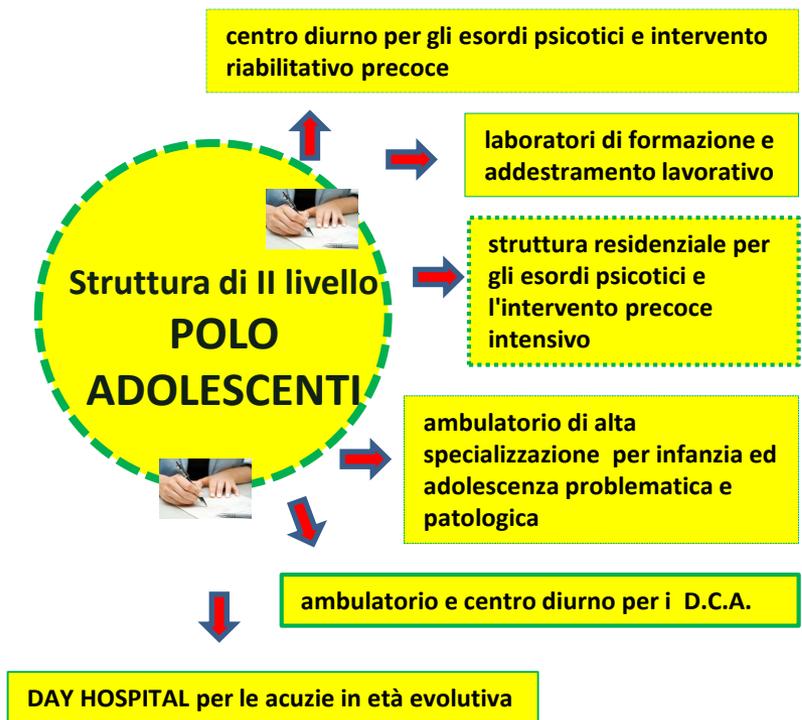
Ambulatori Servizi Territoriali UOSM
Altri Servizi Sanitari del SSN
Reti del Volontariato
Associazionismo Familiari e Pazienti



I° Livello di intervento

Polo Adolescenti: Schema di funzionamento

(Finanziato con Fondi aggiuntivi regionali DCA 134/2016)



AMBULATORI di PSICOGERIATRIA: Afferenze dal I° livello di intervento al II° livello di filtro e smistamento

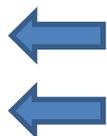
I° Livello di intervento da DSB

Servizi di Geriatria, Centri Anziani, MMB.



FILTRO

**Diagnosi prevalente e Indirizzamento del
percorso terapeutico.**
Ambulatorio di PSICOGERIATRIA del DSM
II Livello di intervento



Rete sociali dei Comuni e dei PdZ
Servizi per Anziani
Associazionismo Familiari e Pazienti



Ambulatori Servizi Territoriali UOSM
Altri Servizi Sanitari del SSN
Reti del Volontariato



I° Livello di intervento da territorio

Prevalente sintomatologia GERIATRICA.
Presa in carico da parte del DSB in continuità
assistenziale o come nuova utenza

Prevalente sintomatologia PSICHIATRICA.
Presa in carico da parte del DSM in continuità
assistenziale o come nuova utenza

Riorganizzazione area ospedaliera come da A.A.: Bacini di affluenza territoriale ai 2 SPDC

La riorganizzazione della rete ospedaliera verte sulla indicazione del nuovo Atto Aziendale di concentrare il lavoro su due SPDC:

1. per l'area OVEST sul SPDC di Pozzuoli
2. per l'area EST sul SPDC di Frattamaggiore

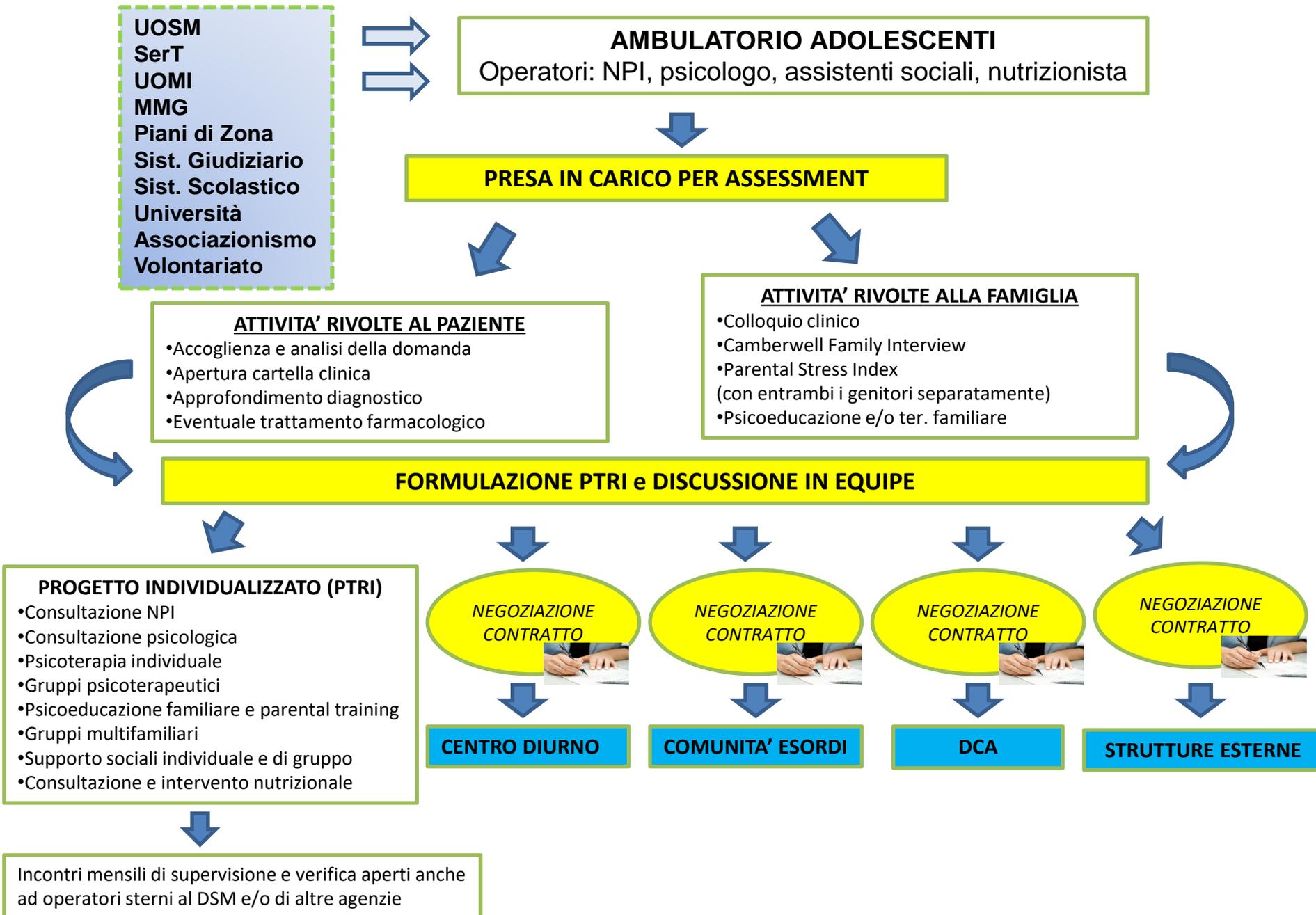
con una forte condivisione decisionale tra le equipe delle UOCSM afferenti e quella della articolazione ospedaliera. Tutte le decisioni organizzative andranno condivise dal responsabile del reparto con i Responsabili /Direttori delle UOCSM afferenti e con avallo finale della direzione del DSM.

Si propongono inoltre almeno due aree di Day/Night Hospital (*o di One Day Hospital*) per le urgenze cliniche e per la riorganizzazione delle Urgenze-Emergenze notturne e festive a forte integrazione operativa con il Servizio di Emergenza 118 aziendale allocate nel territorio di Giugliano e nelle aree critiche dei presidi ospedalieri delle isole.

Tappe di riorganizzazione della componente ospedaliera del DSM

- 1. Incremento della disponibilità di personale: concorsi per assunzione diretta direttamente e/o convenzioni ad hoc (nelle modalità di evidenza consentite).**
- 2. Riorganizzazione dei 2 SPDC previsti dal nuovo Atto Aziendale senza perdita di PL e con attivazione di aree territoriali di DH/NH**
- 3. Definizione di bacini di affluenza sulla base di criteri di accessibilità (abitanti e percorrenza).**
- 4. Organizzazione nei rispettivi ambiti territoriali di 2 presidi H24 (Giugliano e Isole) per la gestione delle urgenze /emergenza gestiti da personale del territorio (Giugliano: Modello “one day hospital”) o da personale ospedaliero con supporto della UOC-SM (Isole: modello OBI).**
- 5. Riorganizzazione della offerta ospedaliera sul territorio del SPDC di Giugliano da dismettere, per consentire un passaggio graduale al disegno organizzativo del nuovo AA.**
- 6. Riorganizzazione della offerta ospedaliera sul territorio delle isole, (organizzazione concepita in attesa del trasferimento in sicurezza nel SPDC di Pozzuoli), con attivazione di aree dedicate nell’ambito della area critica dei PS isolani per la gestione della crisi psichiatrica con la consulenza del personale della UOC-SM in supporto agli operatori del pronto soccorso e della emergenza sanitaria.**

PERCORSI ASSISTENZIALI E SISTEMA DI INTERAZIONE



I CONTRATTI

Sono di due tipi:

- 1. Impegni di lavoro e/o di formazione o studio,**
- 2. Impegni di partecipazione attiva al lavoro comune e di collaborazione con l'equipe anche sul piano clinico**

sono negoziati (*leggi personalizzati*) e formalmente firmati dal **Responsabile del Trattamento (RdT)**, da un **Familiare di Riferimento**, e dal **Paziente**.

Costituiscono impegni formali assunti sulla base delle proprie competenze e prevedono anche azioni di sostegno (*gruppi di lavoro*) verso altri ospiti.

In caso di reiterata non osservanza o di gravi comportamenti negativi (uso di droghe, aggressività fuori controllo, altre azioni esplicitamente vietate dal contratto) **prevedono la possibilità di allontanamento dalla residenza o il trasferimento in altra struttura della rete assistenziale o in residenza ordinaria.**

Residenza Esordi *a forte coinvolgimento delle famiglie*

OPERATORI SOCIALI
direttamente impegnati nella struttura messi a disposizione dalla ASL, dai Comuni e dalle agenzie sociali del territorio

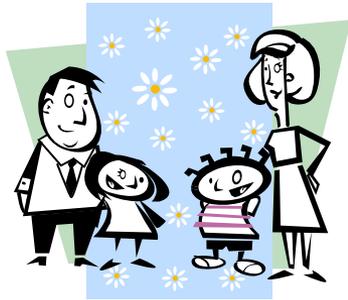


OSPITI
la residenza ospita pazienti giovani con diagnosi di psicosi all'esordio e con specifici PTRI inviati dalla rete di primo livello

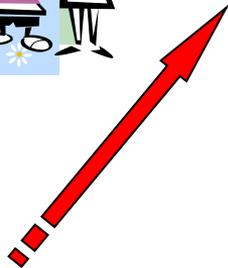


RESIDENZA ESORDI

OPERATORI SANITARI
personale dipendente e convenzionato della ASL di supporto alla struttura



FAMIGLIE
fortemente coinvolte nella gestione diretta della struttura



VOLONTARIATO
associazioni dei familiari e volontariato sociale, contribuisce alla gestione della struttura



RESIDENZA

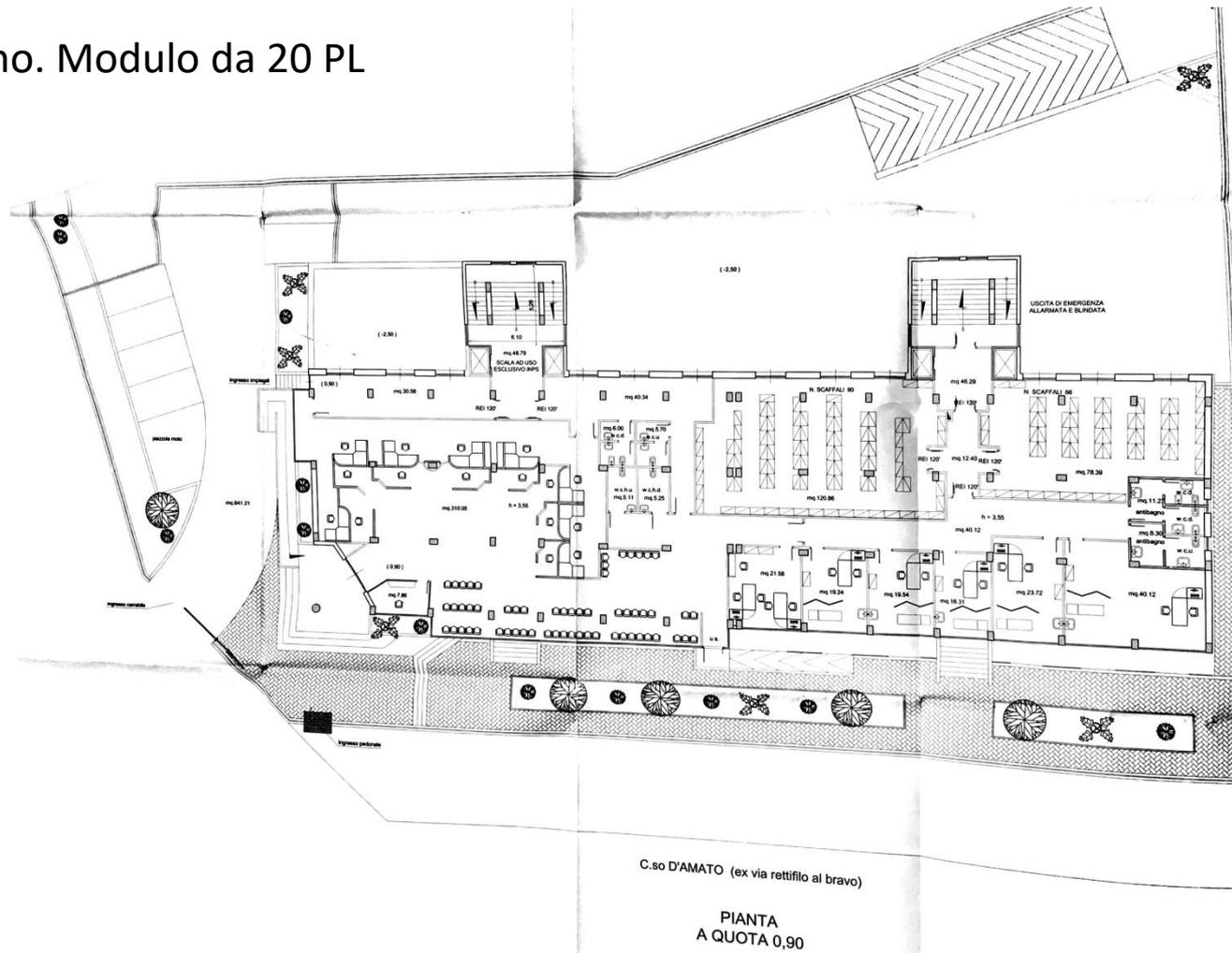
40 PL in zona Orientale a Licola in fase di acquisizione



RESIDENZA

40 PL in zona Occidentale ad Arzano in fase di ristrutturazione

2° Piano. Modulo da 20 PL



LABORATORI

cortile dei mestieri



MINIRESIDENZA

residenza scuola



Metodi di apprendimento

- **Psico-educazione**
- **Imparare nella pratica** (Learning by doing)
- **Scoperta guidata**
- **Networking** (“travel party”)
- **Imparare dal modello dello staff**
- **Imparare “per emulazione”** (vicarious learning)

Imparare “per emulazione” (1)

- **Attuare e imparare il comportamento con un membro di un'altra famiglia, casualmente, nella routine quotidiana.**
- **I familiari parlano dell'esperienza fatta con altri familiari, con altri pazienti e con lo staff.**

Considerazioni Conclusive

OBIETTIVI DI VITA CONTENUTI NEI PTRI

1. Miglioramento della QoL dei giovani pazienti con diagnosi di Esordio Psicotico o altre patologie della fase adolescenziale (non completamente strutturate) rimodulando stili di vita e/o implementando la conoscenza della Schizofrenia e della sua gestione nell'ambito della famiglia e/o delle relazioni di riferimento (rete sociale).
2. Creazione di una rete di "alleanze" esterne.
3. Creazione di una "rete terapeutica" di supporto con operatori specializzati.
4. Monitoraggio prolungato nel tempo teso a consolidare ed a favorire il pieno reinserimento nella ordinaria vita di relazione dei giovani.
5. Rimodulazione dei condizionamenti negativi ambientali.