

Comunità Marica 1 – Minturno (Latina) Una breve presentazione

La nostra è una Comunità pubblica (ASL Latina) ed è stata aperta nel 1995. Ha una recettività per venti ospiti (residenti) ed altrettanti posti a livello diurno. Il bacino di utenza corrisponde a quello dell'Azienda sanitaria di appartenenza, cioè alla provincia di Latina.

Riguardo al personale, nel 2010 è stato modificato il suo assetto, seguendo le più recenti normative in merito della Regione Lazio. La nostra Comunità, secondo la normativa regionale, risulta essere un Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per trattamenti estensivi. Quindi, dall'aver numerosi infermieri (dieci), siamo passati ad uno staff che prevede educatori professionali ed Operatori sociosanitari. Ci sono pure una coordinatrice oltre a medici psichiatri (2), psicologi psicoterapeuti (2) e ad un assistente sociale. Il numero degli infermieri è ridotto a tre con la loro presenza solo nelle ore diurne).

Una dimensione fondante è rappresentata dal gruppo, anzitutto quello degli operatori. Infatti, c'è stato un gruppo fondatore. Da questo si è passati a quello degli utenti: la capacità di costruzione e manutenzione di questi gruppi risulta cruciale. Direi che c'è abbastanza attenzione ai programmi terapeutici e riabilitativi: psicoterapia, teatro, arte terapia, gestione degli spazi, pulizie, cucina, ecc. Coesistono pure aspetti ergo terapeutici: bigiotteria, preparazione marmellate. E' molto importante considerare che in Comunità è in atto un continuo training relazionale, sia in relazione ad attività strutturate che nelle situazioni informali (aspecifiche).

Di frequente, le persone che arrivano in Comunità avvertono un grosso cambiamento rispetto al modo di vivere che avevano in famiglia oppure in clinica. Spesso le persone sono prima ricoverate in SPDC oppure in una clinica psichiatrica convenzionata di Formia.

Purtroppo, qualsiasi valutazione sul lavoro della nostra struttura, testimonia la difficoltà ad un inserimento reale del paziente a livello sociale e lavorativo, una volta concluso il programma comunitario. Il percorso riabilitativo ha inizio con l'invio ed è profondamente influenzato dalla storia personale (e poi anche clinica, familiare, istituzionale). Esiste una specificità dell'invio che deriva dalle definizioni di ciascuna struttura residenziale previste dalle norme nazionali e regionali vigenti. Le Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitativo per trattamenti comunitari estensivi sono definite come segue: *strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acute, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (L.R.41/03).*

Ricordiamo pure la definizione delle Strutture Residenziali Socio Riabilitative: *strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza. Le S.R.S.R. quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggior autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria.*

L'invio può essere opportunamente differenziato verso le strutture citate. Riteniamo che l'intervento più efficace ai fini di una guarigione personale (recovery) sia atteso nelle strutture terapeutico-riabilitative, laddove è possibile puntare ad un vero e proprio recupero della persona. Ciò può avvenire tanto più se si pensa alla Comunità terapeutica nei primi anni di malattia quando vi sono ancora buone opportunità per il cambiamento.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo va costantemente supportato dall'azione degli invianti sulla famiglia e sul contesto. In tal modo, si cerca di offrire ulteriori potenzialità al cambiamento avvenuto per la persona grazie al percorso comunitario.

Il programma di Comunità terapeutico-riabilitativa (S.R.T.R.) dovrebbe essere così incisivo e significativo per la persona (e per gli altri attori coinvolti) da restare unico e non essere ripetuto.

E' previsto, invece, che dalle S.R.T.R., alla fine del percorso, si possa passare ad una struttura socio-riabilitativa (S.R.S.R.). Infatti, queste ultime rispondono anche ad esigenze sociali, residenziali degli utenti, con la possibilità di un più elevato livello di assistenza (legato al grado di disabilità).

E' frequente, invece, che gli invii in S.R.T.R. non siano formulati correttamente e che vengano proposti utenti con molti anni di malattia ed evidenti disabilità. Altre volte, per motivazioni che non dipendono da un percorso già effettuato in Comunità, lo stesso paziente viene riproposto. In tal modo, oltre alle minori possibilità per quell'utente, l'intero gruppo dei residenti è destinato ad una riduzione delle aspettative ed a vivere dinamiche negative. Ne conseguono risultati precari in termini di reinserimento e viene favorita ancor più la cronicizzazione.

In termini di sistema, una maggior attenzione a questi temi (invio alle strutture intermedie, collaborazione, reinserimento sociale e lavorativo), risulta cruciale anche nell'ambito della prassi quotidiana del Centro di Salute Mentale. Il lavoro di equipe dovrebbe consentire di cogliere i tempi giusti per mettere in atto scelte diverse ed idonee al cambiamento possibile per quella determinata persona. Ci pare

di osservare, invece, che siano frequenti i casi in cui gli interventi non siano coordinati con conseguente significativa riduzione di efficacia.

Il progetto di “appartamenti protetti” in tre centri della nostra provincia (già previsto per diciotto pazienti con delibera e gara d’appalto) è stato rinviato sine die. E’ di comune osservazione, invece, che vi siano molti utenti che potrebbero abbandonare le strutture comunitarie ed essere utilmente inseriti in appartamenti che siano caratterizzati da un grado intermedio di assistenza. Iniziative in tale ambito sono da considerare prioritarie in tutto il territorio provinciale in quanto in grado di creare nuove sinergie e posti di lavoro (progetti co-condotti con il privato sociale) ed arginare il fenomeno della porta girevole nelle Comunità.

All’interno dell’Unità Operativa, è condivisa la necessità di una formazione continua. Molti operatori sono alle prime esperienze in ambito comunitario. Allo stesso tempo, si coglie l’occasione per ribadire la necessità di un’adeguata supervisione (ora assente).

In merito alle attività semiresidenziali, esse vanno senz’altro ampliate e rese disponibili ad un maggior numero di utenti. Infatti, riteniamo utile che esse coesistano con quelle delle strutture residenziali. Si crea, infatti, un costante confronto e supporto tra “interno” ed “esterno”.

Il Centro diurno, di per sé, va sempre più finalizzato a mettere in atto programmi preformativi che possano rappresentare un passaggio importante per gli utenti verso l’impegno formativo e lavorativo.