

“Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica “

Introduzione

Come è noto, il Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” così definiva le strutture residenziali: *“Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come chiaramente indicato nel precedente Progetto Obiettivo, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipativi, all’interno di specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa”*. Più recentemente, il Ministero della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, ha proceduto a differenziare l’offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità, approvando in Conferenza unificata il 17 ottobre 2013 il documento specificamente dedicato alle strutture residenziali psichiatriche in età adulta (Conferenza Unificata, 2013. Vengono identificate tre tipologie di strutture residenziali in relazione sia al livello di intervento terapeutico-riabilitativo, sia al livello di intensità assistenziale. La durata dei programmi è definita nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP).

Criticità del modello del continuum residenziale

Le strutture residenziali in Italia sono in massima parte organizzate secondo il cosiddetto “modello del *continuum*”, sviluppato nel periodo immediatamente successivo alla chiusura degli OP, secondo cui le persone dovevano passare gradualmente dagli ospedali, a reparti per subacuzie, a strutture residenziali meno “sorvegliate”, strutture intermedie, gruppi-appartamento, per raggiungere finalmente l’indipendenza abitativa. Tuttavia, questo modello non è riuscito nella maggior parte dei casi a portare le persone verso una vita indipendente e ha intrappolato molte persone in piccoli ambienti residenziali separati dai contesti di vita. Ciò è dovuto anche alla confusione tra la funzione abitativa e quella assistenziale. Le principali ricerche condotte a livello nazionale e internazionale hanno consentito di identificare almeno 5 principali ostacoli nel fornire ai pazienti che vivono in strutture residenziali le competenze necessarie per vivere in modo indipendente ed essere reintegrati nella comunità (Martinelli *et al.*, 2022; Killaspy *et al.*, 2017):

1. durata della permanenza nelle strutture residenziali superiore rispetto alle indicazioni;
2. basso tasso di occupazione lavorativa;
3. risposta inadeguata ai bisogni legati all’autogestione;
4. isolamento sociale e dipendenza del paziente dal personale;
5. scarsità di pratiche orientate alla *recovery* e rischio di istituzionalizzazione e transistituzionalizzazione.

Modello del Place and train

Al modello del continuum residenziale, da alcuni decenni, si è aggiunto il modello del Place and Train. Questo ultimo presenta robusti dati di evidenza e mira a sostituire il precedente in diversi ambiti: nell’abitare supportato (supported housing) nelle pratiche di inserimento lavorativo (IPS). Si declina privilegiando progetti terapeutico riabilitativi fortemente personalizzati, utilizzando sovente la metodologia derivata dal Budget di salute.

Obiettivi formativi:

Iter formativo nel DSM coinvolge le diverse UOC. Il problema della residenzialità psichiatrica interessa gli utenti, i familiari, le équipes del CSM, degli SPDC e delle Strutture Residenziali. L’evento, partendo dall’analisi delle criticità eventualmente riscontrate in ambito locale, mira a elaborare bozze di proposte alternative che si occupino della descrizione di modelli di Supported Housing e gestione del Budget di Salute.

Responsabili Scientifici Dr. Pietro Nigro (Direttore SPDC Putignano) Dr.ssa Felicia Russo (Psichiatra SPDC Putignano)	Segreteria scientifica Maria Tauro Tracy Loperfido Vito De Mola
--	---