

## ABITARE AUTONOMO PER LA SALUTE MENTALE

### Abitare Autonomo (Supported Housing)

#### PRESENTAZIONE

*“Si può dire che la casa fa parte dei fatti della vita finché appartiene alla naturalezza, invece abitare è una situazione privilegiata, conquistata e a volte sofferta. Una casa veramente vissuta è un progetto di intimità dove gli oggetti, gli odori, le stanze, gli angoli, vengono investiti da un profondo significato individuale. Quindi casa intesa come spazio vissuto; come una buona opportunità per esercitare il potere e il piacere dell'abitare che si realizza nella possibilità di essere contrattuali rispetto all'organizzazione materiale e simbolica degli spazi e degli oggetti e della loro condivisione affettiva con gli altri” (Saraceno 1995).*

*“In ogni dimora, perfino nel castello, il compito primo del fenomenologo è quello di trovare il guscio iniziale... l'essere che ha trovato un rifugio sensibilizza i limiti del suo stesso rifugio ...”*

*“La casa vissuta non è una scatola inerte: lo spazio abitato trascende lo spazio geometrico.” (Bachelard “La poetica dello spazio”, Edizioni Dedalo).*

Queste frasi ben connotano, rispetto alla casa, gli elementi più propriamente umani, esistenziali e formativi profondi e non solo gli elementi geometrici e strutturali seppur molto importanti anche questi.

La parola autonomo deriva dal greco *aytos* e *nomos* e significa “che vive delle proprie leggi”. Vivere in un appartamento autonomo significa quindi avere la possibilità di sperimentare sulla propria pelle il confronto con la Legge pertinente al Sé e al sociale. L'appartamento autonomo è uno spazio di vita dove sperimentare forme di vita autonoma.

L'autonomia del Soggetto/paziente ha a che fare con una forma particolare di libertà che, se correttamente gestita dal paziente e dai suoi testimoni (il Responsabile del progetto e l'équipe di riferimento), può condurre il paziente a forme di individuazione e

di gestione del proprio “poter essere”, “poter esistere in questo mondo”. Ne consegue che il curante (medico psichiatra di riferimento) deve essere disposto a condividere coscientemente forme di libertà e di potere con il “paziente” ed i suoi testimoni.

Il tema della residenzialità per i pazienti psichiatrici è un tema complesso, pertanto ha bisogno di proposte articolate e diversificate. E' allo scopo di incrementare la percentuale di dimissioni che si è pensato di realizzare questo progetto. L'intento è quello di permettere a pazienti psichiatrici, seppur gravi, ma con un decorso clinico stazionario, di accedere a strutture abitative del territorio in una situazione a lungo termine e di “maggior normalità”.

La programmazione infatti tiene conto di:

- ❑ benefici che i pazienti stessi possono trarre da un “nuovo” modo di interagire in diversi spazi e tempi di vita comuni secondo nuove regole condivise e di confrontarsi con le acquisite alcuni di questi pazienti, per esempio, sono in grado di sostenere un'attività lavorativa, farsi da mangiare, tenere in ordine la propria casa, etc.
- ❑ La vita in un appartamento autonomo (dove esercitare le proprie autonomie) è molto più simile ad abitare una propria abitazione; il percorso di inserimento dovrà tenere in considerazione il livello di autonomia e responsabilità del paziente;
- ❑ un percorso terapeutico del paziente che produrrà una dinamica nelle residenzialità interne al DSM, con passaggi dall'alta intensità, verso la media intensità per arrivare alla bassa intensità (appartamento autonomo).

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

### Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 2010-2012

Nel Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale 2010-2012 (allegato al DGR 651 del 9 Marzo 2010) si sottolinea l'importanza di uno sviluppo in rete e un sostegno all'abitare autonomo. In particolare si individua a fianco ed a integrazione delle strutture residenziali formalmente definite nei DSM, la necessità di considerare, incentivare e sostenere nuove modalità nell'affrontare i problemi

dell'abitare che si caratterizzano per un buon livello di autonomia e meglio garantiscono il protagonismo dell'utenza anche con l'apporto di risorse proprie, del privato sociale, delle Aziende Territoriali di Edilizia Residenziale (ATER), della famiglia, favorendo e incentivando le proposte delle famiglie e degli enti che intendono donare o dare in comodato d'uso gratuito abitazioni per gli utenti.

Un approccio al problema della salute mentale orientato alla comunità pone anche la questione di una formazione di "operatori di confine" in grado di operare come interfaccia fra sistema dei servizi istituzionali/formali e l'area delle reti informali della comunità, facendo interagire i due sistemi e creando connessioni e canali di comunicazione ove possa avvenire uno scambio di risorse.

#### Deliberazione della Giunta Regionale n 4080 del 22 dicembre 2000. Progetto Obiettivo per la Tutela della salute Mentale

Nel descrivere la struttura e le funzioni delle equipe psichiatriche, si evidenzia come "l'autonomia delle singole equipe psichiatriche si configura, e risiede, nell'appartenere ad un'area dipartimentale unica, che integra i componenti in una rete di relazioni concordata, e predisposta, per conseguire obiettivi validi e di interesse comune, relativamente alla Tutela della Salute Mentale". L'equipe del DSM deve essere dotata, per quanto concerne le strutture residenziali, di:

- Almeno una CTRP (Comunità Residenziale Terapeutica Protetta), essa è una struttura sanitaria, nella quale l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti e la presenza di personale è garantita 24/24 ore per tutti i giorni della settimana. In queste strutture vengono inseriti pazienti in trattamento prolungato per i quali è necessario un progetto terapeutico riabilitativo e residenziale personalizzato. da verificare periodicamente.
- Due o più CA (Comunità Alloggio) previste per utenti con capacità personali e sociali, tali da consentire loro di vivere autonomamente alcune fasi della giornata senza continuativa presenza di operatori della salute mentale. Le CA prevedono un'intensità soci-assistenziale elevata
- Almeno un Appartamento per due-quattro persone, con intensità adeguata di assistenza socio- sanitaria, con presenza di ADIP

#### DGR n 1616 del 17 giugno 2008

Tale documento contiene gli standard ed i requisiti inerenti l'autorizzazione

dell'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle unità d'offerta che afferiscono all'ambito della salute mentale.

In esso vengono ribadite le strutture residenziali previste per ogni DSM:

- CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta) che risponde alla necessità di un intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera. Sono previsti un modulo ad alta intensità assistenziale (nel trattamento protratto di situazioni di gravità per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero) ed un modulo di attività assistenziale intermedia ( nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo.
- CA, strutture sociosanitarie destinate alla prosecuzione dell'assistenza a favore di persone con problematiche psichiatriche, che presentano parziali livelli di autonomia e necessitano di sostegno nella gestione della propria autosufficienza. Prevedono l'accoglienza e la gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia.
- GAP (Gruppo Appartamento Protetto) il quale accoglie persone con problematiche psichiatriche in situazioni di disagio sociale e abitativo di un appartamento o di una casa. La finalità del GAP è di prevenire l'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria, il supporto lavorativo e l'integrazione nella comunità locale. Il personale di assistenza è presente per 4 ore nei giorni feriali.
- SERVIZI INNOVATIVI E SPERIMENTALI (ambulatori, residenziali e semiresidenziali) per i quali si prevede che le strutture possono essere organizzate limitatamente a talune patologie di particolare rilevanza. A tale scopo è necessario, oltre alla conformità ai requisiti generali previsti
  - Specifico atto formale di istituzione da parte della Az. Ulss
  - Definizione dell'organico necessario
  - Definizione degli aspetti organizzativi e strutturale specifici
  - Eventuale definizione di figure professionali a competenza specifica in relazione ad ambiti particolari d'intervento.

## **OBIETTIVI:**

L'appartamento rappresenta il completamento del percorso riabilitativo per utenti che hanno attraversato le altre forme comunitarie più riabilitative ed assistite, ma può ricevere anche inserimenti di utenti più giovani e mai istituzionalizzati che necessitano di una abitazione a bassa intensità. Può anche diventare l'ultimo gradino abitativo assistito prima del rientro in una abitazione autonoma, là dove ne esistano le possibilità.

Il progetto quindi consente alle persone in difficoltà di riappropriarsi gradualmente della propria vita affiancati da operatori che, in contatto costante con l'équipe referente del caso, facilitano il reinserimento sociale.

Obiettivi specifici:

- Rendere i pazienti autonomi all'interno di un progetto individualizzato all'interno di un contesto territoriale specifico: implementazione e qualificazione dei contatti sociali, saper utilizzare gli spazi ed i servizi della città.
- Progressione verso una vita autonoma (gestione pratica del denaro, gestione di sé, del proprio ambiente, etc): valorizzazione della propria identità personale attraverso interventi riabilitativi di gruppo (interni all'appartamento) ed individuali (attraverso l'équipe del CSM, potenziamento della cura del sé e del proprio ambiente, indipendenza nella vita quotidiana e di relazione.
- Progressione verso il distacco dalla propria famiglia d'origine: (ri) costruzione di soddisfacenti relazioni familiari.
- Sostegno all'abitare, nel suo aspetto privato della casa e in quello pubblico della partecipazione sociale al contesto di vita: apprendimento delle capacità di convivenza sociali, aumento del potere contrattuale.

## **EQUIPE REFERENTE E MODALITA' D'INSERIMENTO:**

Il personale coinvolto è di tipo socio sanitario multi professionale dell'Azienda Ulss e/o del Privato Sociale con il compito di sostenere i pazienti nel loro percorso riabilitativo individuale e di gruppo.

La rete psichiatrica talvolta supplisce alla necessità di un supporto, di un aiuto che viene meno dalla rete informale, essendo accogliente rispetto ad una diversità che spesso la società non tollera.

Il personale è presente nei giorni feriali con orari concordati ed elastici (nei festivi e notturni può essere usato personale reperibile).

Tutte le attività cliniche sono contemplate come se il paziente fosse a domicilio.

La presenza di una figura di fiducia, come quella degli operatori, permette al paziente di non sentirsi abbandonato e gli garantisce un supporto emotivo e pratico in tutte le situazioni quotidiane; in più viene fornito un modello flessibile e personalizzato, un approccio diverso a seconda delle diverse esigenze e criticità.

#### **TARGET PAZIENTI:**

Pazienti clinicamente stabilizzati, portatori o no di cronicità residuali, ma in possesso di sufficienti autonomie per vivere in soluzioni abitative a bassa assistenza.

L'abitare un appartamento autonomo prevede la formazione di un piccolo gruppo formato indicativamente da 3 persone dello stesso sesso e preferibilmente omogeneo per età.

Il gruppo ha l'obiettivo di essere in qualche misura terapeutico. I gruppi di ospiti non sono necessariamente omogenei per quanto attiene i livelli di autonomia raggiunti da ciascun paziente: gli inquilini potranno compensare momenti di difficoltà in modo reciproco, in una forma di auto aiuto.

La gestione del tempo e dello spazio individuale e comune sarà libera e autonoma sia pure all'interno delle regole condivise fra gli ospiti e fra questi e l'èquipe referente.

La gestione clinica del singolo paziente è a carico del CSM. Le eventuali questioni e contrasti che dovessero sorgere fra abitanti dell'appartamento autonomo e vicini di casa saranno affrontati dal personale preposto a monitorare l'appartamento; si sottointende che gli operatori interverranno nella mediazione per quei conflitti determinati da eventuali situazioni cliniche dell'abitante con disagio psichico.

#### **IPOTESI REPERIMENTO ABITAZIONE:**

Si ipotizza che l'appartamento possa essere reperito attraverso diverse fonti. Ad esempio:

- appartamento offerto da privati a fronte di pagamento dell'affitto.
- appartamento di proprietà di un paziente.

- alloggio popolare assegnato all'Azienda Ulss o al Comune.
- alloggio in comodato d'uso dal comune.

#### **ULTERIORI STRATEGIE DI INTERVENTO:**

Al fine di avviare un corretto processo di integrazione rispetto alle regole di vita verranno condivisi con ciascun paziente dei Contratti Sociali Individuali contenenti le norme soggettive, gli obiettivi di vita da raggiungere.

Verrà inoltre condiviso e costruito, ciascuna volta il gruppo venga ricostituito (anche l'uscita o l'inserimento di un nuovo componente il gruppo determina nel sistema un cambiamento importante) un Contratto Sociale di Gruppo che tenga conto delle regole di convivenza.

Entrambi i contratti vanno scritti e sottoscritti.

- Considerato che ogni casa è anche un luogo di elevato rischio di incidenti domestici si ritiene opportuno che periodicamente siano attivati dei momenti di formazione proprio su tale tematica. A tal proposito si ipotizza di coinvolgere con adeguato progetto i Vigili del Fuoco della locale stazione.

- Valutata l'importanza dell'acquisizione delle abilità sociali si ipotizza l'avvio di periodici Corsi di implementazione delle life skills.