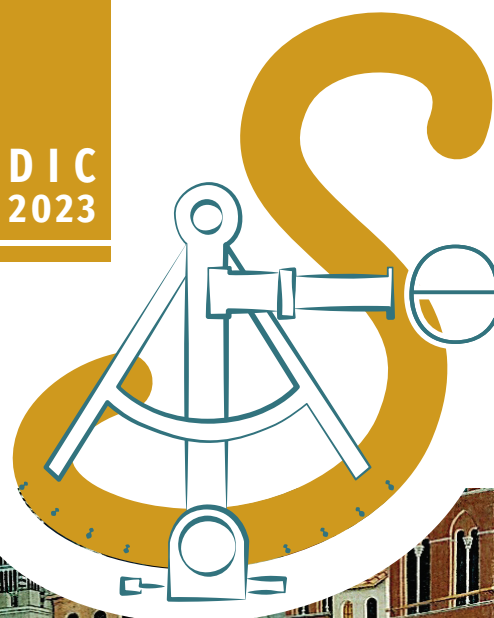


DIC
2023



estante 13

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



Qualità e appropriatezza nella residenzialità

Integrazione con il territorio e residenzialità leggera

La sostenibile leggerezza della residenzialità ■ Dalle mura al setting di cura ■ La Comunità residenziale oggi ■ Valutazione inserimenti residenziali e semiresidenziali in Emilia-Romagna ■ Qualità e miglioramento nella residenzialità ■ Quale ruolo del budget di salute nei percorsi di residenzialità leggera? ■ Customer satisfaction come indicatore e promotore della qualità dei percorsi ■ Fattori sociali e appropriatezza dei ricoveri psichiatrici dei minori ■ Appropriatezza nella residenzialità per minori ■ Dal ricovero al territorio con biglietto di sola andata ■ Il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve con ricovero in ambito sanitario ■ Il dialogo delle emozioni in struttura ■ Centro Salute Mentale e inserimenti residenziali psichiatrici ■ Quale residenzialità per i giovani? ■ Il cerchio verde... forma nuova dell'abitare ■ Housing per l'inclusione e la prevenzione della marginalità sociale ■ Abitare supportato e co-housing ■ Appartamenti supportati tra residenzialità e territorio

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato esecutivo

Teo Vignoli
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Rimini
Alessio Saponaro
*Regione Emilia-Romagna, Settore Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*
Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato scientifico e di redazione

Luca Brambatti, *NPIA, AUSL Piacenza*
Stefano Costa, *NPIA, AUSL Bologna*
Dorella Costi, *Direzione Generale AUSL Reggio Emilia*
Giancarlo Gibertoni, *DSM-DP Modena*
Simona Guerzoni, *Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena*
Marco Menchetti, *Università degli Studi di Bologna*
Luana Oddi, *SerDP, AUSL Reggio Emilia*
Monica Pacetti, *CSM Forlì, AUSL della Romagna*
Maria Teresa Paladino, *Regione Emilia-Romagna*
Antonio Restori, *DSM DP, AUSL Parma*
Cristina Sorio, *DSM-DP, AUSL Ferrara*

Comitato consultivo

Massimo Rossetti, *F.F. Direttore DSM-DP Piacenza*
Pietro Pellegrini, *Direttore DAISM-DP Parma*
Gian Maria Galeazzi, *Direttore DSM-DP Reggio Emilia*
Fabrizio Starace, *Direttore DSM-DP Modena*
Fabio Lucchi, *Direttore DSM-DP Bologna*
Alba Natali, *Direttore DSM-DP Imola*
Paola Carozza, *Direttore DAISM-DP Ferrara*
Antonella Mastrocola, *F.F. Direttore DSM-DP Ravenna*
Michele Sanza, *Direttore DSM-DP Forlì-Cesena*
Andrea Tullini, *Direttore DSM-DP Rimini*

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi
tel. 051 5277072
claudia.nerozzi@regione.emilia-romagna.it
Paolo Ugolini
cell. 334 6205675
paolougolini.studiosociologia@gmail.com

Sito web SESTANTE

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante>

Foto di copertina:

Ambrogio Lorenzetti, *Allegorie e effetti del Buono e del Cattivo Governo in città* (particolare, 1338-1339), Palazzo Pubblico di Siena

Grafica e impaginazione:

www.stilgrafcesena.com

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 13 è stato curato da:

Dorella Costi (AUSL RE)
Giancarlo Gibertoni (CSM MO)
Paolo Ugolini (Direttore SESTANTE)
Teo Vignoli (SerDP RN)

La sostenibile leggerezza della residenzialità

Teo Vignoli, Dorella Costi,
Giancarlo Gibertoni, Paolo Ugolini

“Tutti abbiamo bisogno di qualcuno che ci guardi”
(Tratto da *l’insostenibile leggerezza dell’essere*,
Milan Kundera, 1984)

La variabilità dei percorsi residenziali per i pazienti con problemi di salute mentale o dipendenza patologica è altissima, per motivi storici, culturali, politici e, purtroppo solo in ultima analisi, scientifici, poiché coesistono istanze riabilitative con istanze di custodia e di tutela. Consapevoli di questa complessità la *mission* di questo numero di SESTANTE è quella di indagare gli elementi di appropriatezza e di qualità dei percorsi esistenti, per evidenziare da un lato i punti di forza del sistema attuale e dall’altro le nuove tendenze e le sfide aperte rispetto alle esigenze sempre più articolate che si manifestano in questa fase del trattamento riabilitativo.

Gli articoli proposti toccano tutti i concetti chiave che ruotano attorno al Dipartimento Salute mentale e Dipendenze Patologiche in Emilia-Romagna: qualità, appropriatezza, accreditamento, riabilitazione, autonomia, budget di salute, stigma, recovery, integrazioni residenzialità-territorio, sociale-sanitario, AUSL-terzo settore. Tutti questi temi emergono e riempiono le pagine di questo numero perché, che si tratti di accoglienza di minori o di pazienti adulti, con malattia mentale o con dipendenza patologica, la residenzialità rappresenta contemporaneamente una delle fasi più intensive della *stepped care* prevista dal nostro Dipartimento ed una grande sfida nel raggiungimento della massima autonomia e del massimo *recovery* possibile, grazie all’attivazione delle risorse dell’individuo e dei contesti relazionale, sociale e dei servizi.

1. L’elaborazione dei dati che emergono dal saggio della RER, che viene confermata dalla survey specifica sulla realtà di Cesena, evidenzia la presenza di una notevole differenziazione dei percorsi in moduli specialistici e specifici, che rappresenta una ricchezza del sistema, ma rileva anche alcune criticità, costituite principalmente dalla eterogeneità dell’utilizzo delle strutture nei vari contesti territoriali e la persistenza di tempi di permanenza superiori a quelli ottimali, indice del fatto che il fenomeno della istituzionalizzazione non sia ancora completamente debellato.

Rif.
Teo Vignoli, medico,
Direttore UO SerDP Rimini/AUSL della Romagna
333 3912174
teo.vignoli@auslromagna.it

2. La due letture magistrali ci permettono approfondire lo stato dell'arte sui percorsi riabilitativi rispettivamente di tipo psichiatrico e nell'ambito delle dipendenze patologiche: nella prima Paola Carozza si sofferma sul concetto chiave del *recovery* che rappresenta una delle chiavi di innovazione dei percorsi perché comprende la centratura sul paziente e non sull'istituzione, l'attenzione tanto al processo quanto all'esito e include le dimensioni cliniche, personali, sociali e funzionali; nella seconda Biagio Sciortino sottolinea l'importanza e la criticità di fenomeni emergenti, come l'epidemia di cocaina e il disagio psichico degli adolescenti e si interroga sulla necessità di dare risposte rapide ai bisogni, includendo sempre di più la famiglia nel percorso e immaginando un continuum tra prevenzione, cura e riabilitazione.
3. Un tema che attraversa tutto il numero è quello del rapporto tra sociale e sanitario: da un lato i fattori sociali rischiano di influenzare i ricoveri psichiatrici, in particolare nei minori, aumentandone di fatto il rischio di inappropriatazza, come sottolineato dallo studio bolognese, e dall'altro la permanenza nei percorsi di tipo comunitario è spesso motivata da fattori sociali più che sanitari, rendendo poco appropriati i tempi del trattamento. In questo numero vengono riportate numerose esperienze che tentano di trovare soluzioni a queste problematiche e che propongono diversi stili di residenzialità leggera, che possono rappresentare un fattore di fluidità della rete di cura, ponendosi a ponte tra ricovero e territorio in fasi di criticità per pazienti adolescenti, come nel caso della struttura GenZ di Modena, o possono costituire la cerniera, spesso indispensabile, tra un percorso residenziale in comunità riabilitativa e il recupero della totale autonomia sul territorio, come nel caso degli appartamenti supportati di Ravenna, o ancora rappresentare una forma di abitare facilitato come nel caso dell'esperienza della Comunità Alloggio e dei Gruppi Appartamenti che costituiscono il "cerchio verde" nella organizzazione a *stepped care* di Piacenza, o infine possono definire una proposta innovativa di residenzialità "aperta" per specifiche fasce di pazienti per cui è necessario fin da subito rendere meno "pesante" il setting come gli adolescenti con disturbi psichiatrici nella residenzialità breve di Lugo.
In questo solco si trova anche il riferimento, molto spesso presente nei saggi, e specificamente trattato in un approfondimento, al *Budget di Salute*, come strumento ineludibile di integrazione socio-sanitaria orientata a permettere una integrazione con il territorio e una ripresa della maggior autonomia possibile, che mantiene i desideri e le esigenze del paziente al centro dell'agire e del pensare.
4. Un altro tema che viene discusso è quello dell'integrazione tra i nodi del sistema di cura al fine di superare le barriere che ancora in parte esistono nel fluire dell'utente da un ambito ambulatoriale ad uno di ricovero ad uno residenziale e viceversa, rispetto al quale vengono riportate alcune esperienze virtuose come quella del trattamento alcolologico intensivo di Parma e quella della struttura residenziale per minori di San Polo di Torrile/Parma.
5. Un sfida aperta, trasversale a tutti i contributi di questo numero, è quella della valutazione, che prende le forme da un lato dell'accreditamento istituzionale, inteso come strumento di autovalutazione e di monitoraggio istituzionale della Regione Emilia-Romagna dei criteri di qualità dei servizi, e dall'altro assume le molteplici possibilità di valutazione degli esiti dei percorsi residenziali e degli specifici trattamenti che vengono eseguiti. Su questo trovano spazio molte esperienze che vanno dall'utilizzo di scale di valutazione clinica nell'esperienza della Comunità di Fornò, all'utilizzo di scale che valutano nello specifico il funzionamento e la disabilità nell'esperienza del *cohousing* di Ferrara, all'indagine sulla *customer satisfaction* come indice di valutazione e di miglioramento nelle comunità della Papa Giovanni XXIII di Rimini, per arrivare al saggio su *housing first* e *co-housing* di Modena che identifica esiti indiretti, come la riduzione dei ricoveri, il miglioramento dei rapporti con i famigliari etc. come indicatori di *outcome*.

Appare evidente come ci sia un grosso sforzo di rinnovamento all'interno del sistema della residenzialità in Emilia-Romagna, che passa dal definire l'appropriatezza dei trattamenti, all'identificare nuove soluzioni per ottenere una reale integrazione socio-sanitaria, dall'accettare la sfida della valutazione dell'efficacia e della sostenibilità dei percorsi proposti, allo stabilire una rete fluida e integrata con l'intera rete dei servizi. A fronte di questo è altrettanto chiaro che i livelli di eterogeneità sono ancora elevati, e che la discussione e la progettazione sono ancora nel pieno dello svolgimento: speriamo che questo numero di SESTANTE possa rappresentare un tassello di questo processo di miglioramento!!

Dalle mura al setting di cura

Per una riabilitazione residenziale orientata all'evidenza e alla recovery

Paola Carozza

ABSTRACT

La Direzione dell'Assessorato alla Salute della RER ha dato mandato alle Aziende Sanitarie di avviare una radicale revisione dell'attività delle residenze pubbliche e private, alla luce di alcuni fenomeni involutivi, evidenziatisi negli ultimi decenni: tempi di permanenza lunghi e permanenza a vita in alcuni casi, programmi aspecifici più finalizzati all'assistenza che alla riabilitazione psichiatrica, coesistenza di persone portatrici di bisogni diversi (riabilitativi vs assistenziali) senza differenziazione dei programmi, personale con formazione aspecifica e attenzione al paziente, ma non al suo contesto (famiglia, comunità di riferimento). Affrontare tali criticità comporta il reindirizzare la residenzialità alla luce dei principi dell'evidenza (acquisizione di un metodo accreditato e valutazione degli esiti) e della recovery nella sua accezione multi direzionale (miglioramento del funzionamento personale e sociale, della qualità di vita e della frequenza e dell'intensità dei sintomi), passaggio che a sua volta implica sistematizzare alcune specifiche aree dell'attività residenziale. Nel presente articolo viene illustrato cosa si intende per evidenza e per recovery in questo settore e come ridefinire alcune aree di attività residenziale, soggette ai suddetti fenomeni involutivi e da attenzionate da parte di tutte le istituzioni coinvolte (DSMDP, AUSL, Regione).

3

Premessa

Da ormai due decenni il campo della salute mentale si trova a dovere affrontare una serie di percorsi sfidanti, quali: ridesegnare i servizi sui principi della recovery e dell'evidenza scientifica, prevenire il più possibile l'instaurarsi della disabilità e promuovere percorsi di inclusione sociale. Poiché la revisione dell'attività svolta nelle strutture residenziali, pubbliche e private, non può eludere tali sfide, prima di entrare nello specifico è opportuno soffermarsi sinteticamente su di esse, a partire dal chiedersi cosa significa introdurre nella Psichiatria di Comunità, e quindi anche nella residenzialità, un approccio Evidence Based Medicine. Da molti anni ci si sta interrogando se gli interventi offerti dai servizi di salute mentale possano essere basati sull'evidenza scientifica, così come per tutte le altre

Rif.
Paola Carozza, *psichiatra*,
Direttore UOC SPT Ovest DAISMDP Ferrara
347 6730306
p.carozza@ausl.fe.it

discipline sanitarie. A parere di chi scrive l'EBM è una pratica dialettica¹ che forza i professionisti a giustificare le proprie conoscenze e scelte, rispondendo alle seguenti domande: "Quale è l'evidenza che supporta la decisione? Perché si sta prendendo questa decisione? Quali sono i presupposti dell'azione conseguente? Quali risultati si vogliono ottenere?". Interrogarsi sui temi suddetti è uno stile di lavoro altamente etico e particolarmente importante in psichiatria, perché mette alla prova i convincimenti personali e le mode a cui si ricorre quando la diagnosi e i trattamenti non sono supportati da una chiara conoscenza della patofisiologia. Ma se le nostre pratiche non possono essere valutate sulla base della loro coerenza con la patofisiologia, lo possono essere sulla base della loro efficacia. Questo è il contributo etico della EBM alla psichiatria, che potrebbe proteggere i pazienti dai danni di interventi non sottoposti ad una rigorosa critica. Un secondo interrogativo è il significato attribuito alla *recovery* quando affrontiamo il settore della residenzialità. La risposta è semplice: né più e né meno di quello che si è cercato di attribuirgli finora, superando la dicotomia tra *recovery* come esito e *recovery* come processo, affermando la sua natura multidimensionale e misurandolo su diverse aree. Nello specifico, si parla di *recovery clinico*, quando ci riferiamo ai sintomi, alle ricadute e all'aderenza terapeutica; di *recovery funzionale*, quando ci riferiamo al funzionamento sociale e personale; di *recovery soggettivo*, quale percorso di trasformazione del sé in seguito all'impatto con la malattia, e di *recovery sociale*, come processo che le persone fanno quando raggiungono un significativo e positivo senso di appartenenza alla comunità (Lieberman, 2012; Vita et al., 2018; Maone e D'Avanzo, 2015). Per quanto poi riguarda il contrastare la disabilità, bisogna innanzitutto chiarire che essa non è una diagnosi ma concerne l'impatto funzionale della malattia mentale e le barriere che deve affrontare chi ha un disturbo psichiatrico. La disabilità si instaura quando quest'ultimo interagisce con un ambiente che ostacola il suo diritto all'uguaglianza la possibilità di fruire di pari opportunità. Tale tema introduce la quarta sfida, ossia quella di promuovere percorsi di inclusione sociale, importanti non solo per motivi etici e solidaristici, ma anche perché consentono di realizzare l'ultima fase del processo riabilitativo (generalizzazione delle abilità) consistente nel trasferimento delle abilità apprese "*in vitro*" nei contesti di vita reale, ossia "*in vivo*". Infatti, anche se i training di abilità sociali e di strategie di coping riducono i sintomi e migliorano il funzionamento e la qualità della vita, la mancanza di generalizzazione compromette la formazione delle competenze e fa estinguere progressivamente quelle non esercitate *in vivo* (abitazione, lavoro, scuola, luoghi di socializzazione). Pertanto, perché sia raggiunta la *recovery*, è necessario che il percorso di cura ad un certo punto si

"esternalizzi" negli ambienti di vita dove misurare l'esito finale della riabilitazione, ossia l'acquisizione e il mantenimento di un ruolo sociale valido.

Chi scrive è convinto che i suddetti orientamenti devono far parte integrante della revisione del significato e degli obiettivi dell'attività residenziale. Diversamente, tutti gli sforzi per evitare che le residenze diventino solo una mera collocazione logistica *sine die* per i "pazienti senza speranza" rischiano di non raggiungere il loro obiettivo.

Indirizzare l'attività residenziale alla suddetta vision significa prima di tutto superare il concetto di "struttura riabilitativa" e l'identificazione della riabilitazione psichiatrica con le costruzioni murarie², a favore dell'acquisizione di una sua precisa identità culturale e metodologica. Ciò significa transitare dal concetto di "mura" al concetto di "setting di cura", intendendo per questo la cornice all'interno della quale si fissano i presupposti per svolgere un processo terapeutico, quale è il processo riabilitativo. In tale accezione, la riabilitazione psichiatrica non è più un particolare tipo di inserimento diurno, residenziale, lavorativo o un'attività aspecifica e generica, ma una metodologia di intervento con valenza generale che, come tale, può essere utilizzata in tutti i programmi che si propongono di accrescere l'articolazione sociale, a prescindere dalla sede in cui vengono realizzati.

L'attuazione dei principi esposti comporta il riassetto di una serie di aree di intervento dell'attività residenziale (Tab. 1).

- Valutazione degli esiti e criteri di inserimento
- Obiettivi di cura
- Tempistiche degli inserimenti
- Strategie e criteri per la dimissione
- Strutturazione del progetto interno ed esterno
- Integrazione con l'inviante
- Criteri per misurare la qualità delle strutture residenziali

Tab. 1 – Aree di intervento dell'attività residenziale da riqualificare

Note

- 1 Capacità di svolgere un ragionamento con logica ineccepibile, ricchezza di argomentazioni, riferimenti accreditati e forza persuasiva, al fine di pervenire ad un confronto proficuo (e anche scontro inevitabile) tra posizioni diverse.
- 2 L'inflazione del termine "struttura" e la resistenza a adottare il termine "programma", sia per le residenze che per i CD, ne sono un esempio.

1. Valutazione degli esiti

Valutare gli esiti di un paziente significa verificare se le terapie effettuate hanno migliorato i sintomi, il funzionamento psicosociale, lo stato di benessere soggettivo e la qualità di vita. Nello specifico della residenzialità, tale operazione comporta:

1. Precisare chiaramente gli esiti attesi dei pazienti accolti nei setting riabilitativi e gli esiti attesi dei pazienti accolti nei setting sociosanitari;
2. Ridefinire il ruolo delle diverse tipologie di strutture, sia quelle gestite direttamente dai DSM-DP sia quelle del privato sociale, operante nell'ambito di rapporti contrattuali con l'azienda;
3. Individuare specifici parametri per selezionare i pazienti eleggibili per il trattamento riabilitativo, con esito di dimissione a breve e a medio termine, dai pazienti destinati ad un trattamento intensivo assistenziale, con esito di permanenza a lungo termine, se non a vita.

Rispetto al terzo punto, ci sono diversi criteri che possono essere utilizzati per identificare le due tipologie di pazienti (Carozza, 2014; Rotter, 1966; Corrigan, 2012): il livello di supporto ottimale per un funzionamento quotidiano accettabile, il grado di identificazione con la diagnosi (*self-stigma*), il livello di dipendenza da soggetti esterni (*locus external of control*), il numero e la durata di precedenti istituzionalizzazioni in contesti de - socializzanti, la qualità e frequenza dei contatti familiari e sociali, il grado di insoddisfazione delle proprie condizioni di vita (motivazione al cambiamento), il grado di vulnerabilità allo stress, la presenza di supporti significativi, in generale, e della famiglia in particolare.

Gli indicatori di esito riabilitativo dovrebbero focalizzarsi sui cambiamenti dei comportamenti, delle attività quotidiane e dello status sociale, misurati negli ambienti reali della comunità, su un esito generale di funzionamento (lavorare a tempo pieno, sposarsi, avere amici) o su una specifica abilità (iniziare una conversazione, esprimere sentimenti, gestire il denaro).

2. Obiettivi di cura

Quando si parla di obiettivi di cura da perseguire in un setting residenziale riabilitativo ci si deve riferire prima di tutto al *functional recovery*, ossia all'aumento del funzionamento psicosociale, tale da consentire lo svolgimento di ruoli validi *in vivo*, la progressiva riduzione del sostegno professionale e l'aumento della capacità di autodeterminazione, fino alla dimissione e alla destinazione allocativa in normali appartamenti, integrati nella comunità, con diversi livelli di supporto.

La tipologia degli obiettivi degli inserimenti residenziali dipende prevalentemente da quale riabilitazione si offre,

distinguendosi quest'ultima in riabilitazione precoce (obiettivi a breve termine), riabilitazione primaria (obiettivi a medio termine) e riabilitazione secondaria (obiettivi a lungo termine) (Ruggeri & Meneghelli, 2016; Liberman, 2013; Carozza, 2010). Nella Fig. 1 sono descritte le caratteristiche della riabilitazione primaria e secondaria, dato che la riabilitazione precoce si riferisce agli esordi e solitamente non si attua nelle strutture residenziali.

3. Tempistiche di inserimento

Le tempistiche di permanenza di un paziente in un programma residenziale dipendono da una serie di variabili di cui tener conto fin dall'avvio del progetto. Tra le principali ricordiamo: le competenze del personale; la possibilità di usufruire di risorse esterne (abitazioni, posti di lavoro, contesti socializzanti e ricreativi); la stesura di un contratto di cura, condiviso con il paziente e la famiglia e riesaminato periodicamente con entrambi; la capacità dei pazienti di apprendere abilità; l'efficacia degli interventi per la motivazione al cambiamento; la disponibilità di figure significative supportive; la definizione dell'obiettivo personale del paziente; l'intensità e la qualità del supporto dei servizi; la sinergia e l'integrazione tra l'équipe inviante e l'équipe della residenza; l'efficacia del lavoro di destigmatizzazione nei contesti esterni e il sostegno offerto dai servizi ai referenti sociali.

4. Contrastare la dipendenza e avviare da subito il processo di reinserimento sociale

Nel processo di revisione dell'attività residenziale è necessario anche definire alcune strategie, efficaci nel contrastare i fenomeni di dipendenza istituzionale e le lunghe permanenze (Goffman, 2013; Valentino, 2005). Prima di tutto deve esistere, fin dall'inizio dell'inserimento residenziale, un piano di trattamento riabilitativo da inserire nel contratto di cura, con obiettivi, esiti e indicatori di esito ben chiari. Inoltre, deve essere definito tempestivamente l'obiettivo personale, in modo che il paziente cominci il trattamento riabilitativo già avendolo condiviso con l'inviante. A seconda della tipologia dell'obiettivo personale, deve poi attivarsi, anche qui fin dall'inizio del programma, l'individuazione/reperimento delle risorse esterne, ribadendo con il paziente e familiari la "temporaneità" della permanenza. Infine, deve essere costante l'attenzione a contrastare lo sviluppo di fenomeni di dipendenza, come la tendenza alla passività e alla delega di azioni per le quali non si è persa la competenza, il convincimento di essere incapace e invalido e la perdita di abilità da disuso. In altre parole, bisogna impedire che il paziente si aspetti sempre che qualcun altro agisca per lui e trasformare il setting residenziale in una palestra per l'apprendimento e l'esercizio

Riabilitazione primaria	Riabilitazione secondaria
L'inserimento negli ambienti reali della comunità è abbastanza veloce. Il training riabilitativo è condotto per max 2 anni, per esitare nella generalizzazione delle abilità all'esterno, con erogazione dei supporti <i>in vivo</i> e continuazione dell'esercizio di competenze nell'ambiente reale	Il training riabilitativo negli ambienti simulati è attuato sistematicamente ed è a lungo termine. Le abilità vengono generalizzate attraverso compiti semplici e di breve durata nei contesti sociali. I supporti devono esser più intensivi
La motivazione al cambiamento è presente fin dall'inizio del trattamento e viene ulteriormente sviluppata attraverso un'analisi dei vantaggi e degli svantaggi dello stato attuale rispetto quello desiderato	La motivazione al cambiamento è più difficile da sviluppare e viene sollecitata progressivamente attraverso piccole esperienze di successo, che fanno prendere atto del possesso di una abilità dopo che è stata applicata. La ripetizione di piccoli successi e la loro rielaborazione a posteriori cominciano ad erodere il convincimento dell'incapacità e dell'impossibilità di cambiare, aumentando gradualmente i livelli di efficacia personale e fiducia in se stessi
La rappresentazione cognitiva dei ruoli sociali è più conservata, per cui l'obiettivo riabilitativo globale - riacquisizione di ruoli sociali validi - può essere concordato con i pazienti fin dalle prime fasi del processo riabilitativo	La rappresentazione cognitiva dei ruoli sociali è meno conservata, anche per la permanenza in ambienti deprivati e passivizzanti, che hanno estraniato la persona dai contesti reali, appannati o dimenticati nelle loro principali caratteristiche
I deficit cognitivi sono meno gravi; pertanto, l'apprendimento delle abilità è più facile e veloce	I deficit cognitivi sono più stabilizzati e sono necessari interventi specifici (rimedio cognitivo)
Si utilizzano setting gruppali, focalizzati sulla discussione di temi specifici (lavoro, famiglia, abitazione, cura di sé, amicizia, abitazione, ecc.), sull'esercizio di funzioni cognitive, sull'apprendimento di abilità di coping per la gestione della malattia e delle ricadute e sullo sviluppo di consapevolezza degli indicatori di guarigione. Le attività di gruppo si svolgono quotidianamente e sono della durata di almeno 45 min	Si utilizzano setting gruppali prevalentemente a mediazione strumentale (spesa-cucina, giardinaggio, falegnameria etc.) e gruppi per l'organizzazione delle attività giornaliere. In entrambi, si applicano strategie per migliorare le funzioni cognitive e comunicative. La scelta di utilizzare gruppi a mediazione strumentale protegge tali pazienti di ripetuti insuccessi, probabili se si chiedesse loro di funzionare in setting gruppali più complessi. Le attività di gruppo, inizialmente di massimo mezz'ora, aumentano di durata a mano a mano che i deficit cognitivi si colmano.
L'enfasi è posta sull'ottenimento e sul mantenimento di un valido ruolo sociale negli ambienti di vita della comunità.	L'enfasi è posta sul re/apprendimento e l'impiego delle singole abilità nei setting istituzionali o in quelli esterni per l'esecuzione di attività inizialmente semplici che diventano via via più complesse (<i>scaffolding</i>).

Fig. 1 - Riabilitazione primaria e secondaria
 Fonti: Ruggeri et al., 2016; Liberman, 2013; Carozza, 2010.

continuo di abilità. Infine, è fondamentale che anche i familiari mantengano una prospettiva esterna per il loro congiunto e continuino ad investire nel rapporto con lui, evitando il più possibile che il ben noto e purtroppo frequente deterioramento delle relazioni con il membro "malato" non sia l'alibi per consegnarlo definitivamente alle istituzioni.

5. Attività da sviluppare nel setting residenziale

Da quanto finora affermato, le residenze riabilitative sono uno dei setting di cura dove si attua il processo riabilitativo. Quest'ultimo è articolato in una serie di strategie sequenziali o parallele, tutte finalizzate a sostenere il paziente nel suo processo di recovery (Anthony et al., 2004). La prima è "Agganciare l'utente", avvalendosi di tecniche per stabilire

la partnership, di semplici compiti e di piccoli successi. Contestualmente, bisogna motivare la persona al cambiamento, dato che la riabilitazione psichiatria è un percorso trasformativo. A tal fine, si utilizzano interventi motivazionali e feedback positivi (rinforzo anche di progressi minimali). Altre strategie fondamentali sono: stabilire l'obiettivo di guarigione, valutare il funzionamento (abilità necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo) e attuare gli interventi per l'apprendimento delle abilità (trattamenti psicosociali *Evidence Based*). L'ultima strategia del processo riabilitativo è la generalizzazione della abilità, ossia il trasferimento nei contesti di vita della abilità apprese nei contesti sanitari. Gran parte delle suddette strategie sono mediate da attività che nel processo riabilitativo, si ricordi, sono un mezzo e non un fine!

6. Il ruolo dell'inviante

Il ruolo dell'inviante è fondamentale perché il trattamento riabilitativo residenziale raggiunga i risultati desiderati. Infatti, il mantenimento della relazione terapeutica con lo psichiatra ambulatoriale e della relazione d'aiuto con il case manager è fondamentale per non «perdere» il paziente quando interrompe i trattamenti nei setting residenziali, essendo spesso gli unici contatti che egli continua ad accettare. D'altro canto, qualora si senta pronto a riprendere il programma riabilitativo e in tale proposito sia supportato dall'équipe inviante, ci saranno molte più probabilità che tale decisione permanga nel tempo. Inoltre, la costanza della relazione con l'équipe inviante consente al paziente di non associare un passaggio evolutivo, quale l'inizio di un nuovo trattamento, ad una perdita delle relazioni significative che, se avvenisse, gli confermerebbe che il nuovo percorso è svantaggioso, inducendolo a non intraprenderlo (Spivak, 1987).

Altra funzione dell'inviante è stendere un contratto di cura con il paziente e i suoi familiari (compresi i fratelli) prima dell'inizio del programma e insieme all'équipe della residenza, dove evidenziare obiettivi ed esiti di cura, interventi, professionisti coinvolti e rispettivi ruoli, comportamenti negoziabili e non negoziabili, modalità e frequenza delle verifiche degli esiti tra tutti i soggetti coinvolti nel programma.

Alla dimissione, devono essere sempre espletati uno o più incontri con il paziente e la sua famiglia, dove sono presenti sia l'équipe inviante sia l'équipe della residenza, in cui vengono validati i miglioramenti, evidenziate le aree ancora disfunzionali su cui continuare a lavorare e trasmesse ai referenti del servizio territoriale le principali informazioni sugli interventi effettuati e su come sono stati raggiunti gli esiti, in modo che sia chiaro come procedere nel trattamento. È molto importante che venga costruito e mantenuto un

rapporto sinergico tra l'équipe inviante e l'équipe della residenza durante tutto il processo riabilitativo. Entrambe devono aver chiaro quali sono gli obiettivi sui quali si sta operando e ognuno dei professionisti coinvolti deve essere consapevole che fa parte di un sistema dove le azioni dell'uno hanno una ripercussione sulle azioni degli altri, compreso il paziente e il suo contesto. In altre parole, bisogna rinforzarsi e supportarsi vicendevolmente, sviluppando una cooperazione che non sia di facciata. Si è rivelato utile definire un *network manager* che tenga le fila tra il servizio inviante e la residenza, che trasmetta a tutti le informazioni, possibilmente in modo sistematico e tempestivo, e che organizzi periodicamente incontri tra i due gruppi di lavoro, il paziente, la famiglia (compresi i fratelli) e le altre figure significative per la revisione del piano di trattamento.

Conclusioni

La revisione della vision e della mission nelle strutture residenziali porta inevitabilmente a fare una serie di chiarezze, finora strategicamente evitate, e di cambiamenti culturali e organizzativi. In primis, si andrà a definire una volta per tutte in che cosa consiste la riabilitazione psichiatrica e quale è la sua differenza dall'intervento assistenziale. Nel nostro Paese la riabilitazione psichiatrica è ancora trattata con superficialità, assimilata di volta in volta ad un generico fare, ad attività afinalistiche e uguali per tutti i partecipanti, a strutture murarie (CD e residenze), che per il solo fatto di essere "territoriali" diventano di default "riabilitative", e a inserimenti lavorativi ben lontani dal famoso "ruolo valido" tanto raccomandato. Bisogna purtroppo riconoscere che nella salute mentale l'approccio riabilitativo, diversamente dalla riabilitazione fisica, non ha mai avuto la dignità di una tecnica misurabile nei suoi risultati e necessitante di preparazione e di professionalità, e per troppi anni è stata l'intervento per tutte le stagioni, utilizzata camaleonticamente in contesti che avevano tutt'altra finalità e da soggetti con competenze e formazione lontane da quelle richieste. Come scrive Anthony (2003), spesso si è assistito allo "sviluppo di setting psichiatrici non tradizionali dove però venivano utilizzate tecniche psichiatriche tradizionali attuate da personale formato in modo tradizionale". Inoltre, il processo avviato dalla Regione Emilia-Romagna solleva il tema cruciale della valutazione degli esiti. A questo proposito, in nessuna altra branca, come in quella della psichiatria, si è tralasciato di mettere al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e di valorizzare, nel contempo, il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari, al fine di garantire i migliori risultati possibili in termini salute. Analogamente, in nessuna altra branca della medicina si è stati tanto

allergici all'impiego di metodologie e strumenti, quali le Linee guida, le raccomandazioni, i trattamenti manualizzati e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, presupposti indispensabili per la valutazione degli esiti. Infine, il problema della competenza professionale del personale. Oggi i nuovi bisogni richiedono nuove conoscenze, nuove abilità e nuove attitudini, per cui massima deve essere l'attenzione agli operatori che quotidianamente affrontano la sfida comportata dalla malattia mentale. Oggi è quanto mai importante occuparsi della loro motivazione e del loro benessere. Non bisogna, infatti, sottovalutare quanto gli esiti di salute mentale nelle persone affette da disturbo psichiatrico dipendano in gran parte dalla motivazione e dai livelli di competenza professionale del personale, a prescindere dalla loro categoria professionale, e che "i pazienti senza speranza sono frutto di operatori senza speranza perché lasciati soli e privi di strumenti" (Spivak, 1987). Tutto ciò significa riportare al centro dell'attenzione dei sanitari le persone che si affidano ai servizi. Per troppo tempo le energie sono state dirette a come far sopravvivere le istituzioni, anche in presenza di interventi visibilmente inefficaci, e a rinforzare bizantini meccanismi di automantenimento dei sistemi, che hanno aumentato a dismisura la dimensione burocratica del lavoro assistenziale. È tempo di concentrarsi su una coraggiosa revisione qualitativa dell'offerta di cura. E forse il percorso avviato nel settore residenziale può essere la strada giusta.

Bibliografia

- Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. (2004), *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd edition. Center for Rehabilitation; Trustees Boston University.
- Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P. (1996), The Impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Carozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli, Milano.
- Carozza P. (2014), *Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona*. Franco Angeli. Milano.
- Corrigan P., Rao D. (2012), On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*;57(8):464-9.
- Goffman, E. (2003), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, traduzione di Franca Ongaro Basaglia, collana «Biblioteca», Einaudi.
- Gruenberg E.M. (1967), The social breakdown syndrome: some origins. *Am J Psychiatry*, 123 (12):1481-9.
- Gruenberg E.M., Turns M.D, Segal S.P., Solomon S. (1972) Social breakdown syndrome: environmental and host factors associated with chronicity. *Am J Public Health Jan*; 62(1):91-4.
- Lieberman R.P. (2013), *Il recovery dalla disabilità*. (Eds) A. Svetini. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Vita A., Dall'Osso L., Mucci A. (a cura di), (2018), *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Psichiatria clinica (Vol. 1)*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Kopelowicz A., Lieberman R.P. (1994), Self-management approaches for seriously mentally ill person. *Directions in Psychiatry*, vol. 14, No. 17.
- Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), (2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rotter J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80: 1-28.
- Ruggeri M., Meneghelli A. (2016), *Le prime fasi della psicosi*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Sorio C., Pasetti P., Orlando A. (2017), *Valutazione di esito nei percorsi assistenziali di pazienti in trattamento in strutture residenziali accreditate della provincia di Ferrara*, in Biancheri R., Cervia S., La costruzione della salute nel welfare sociosanitario. University Press. Pisa.
- Spivak M., (1987), Introduzione alla riabilitazione sociale: Teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Riv. Sperm. Freniatria* - Vol. CXI - N. 3 - Pagg. 522-574.
- Valentino N. (2005), *Istituzioni post-manicomiali*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Zubin J., Spring B. (1977), Vulnerability-A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 86, No. 2, 103-126.
- Zubin J., Steinhauer S.R., Condray R. (1992), Vulnerability to Relapse. *Schizophrenia. British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), 13-18.

La Comunità residenziale oggi

Dalla crisi al cambiamento

Biagio Sciortino

Introduzione

Le Comunità Terapeutiche non possono più essere viste come delle strutture protette, isolate, in cui il paziente è chiuso al suo interno attendendo che un qualche cambiamento avvenga casualmente, non serve “isolare” la persona dal sistema sociale da cui proviene e nel quale tornerà ad esserne parte attiva, ma oggi vanno viste come una chiara ed evidente “realtà di relazione”, dinamica ed aperta alle esperienze esterne, con le quali interagiscono quotidianamente.

Infatti è proprio attraverso le attività terapico-relazionali, che si esperiscono all’interno dei programmi riabilitativi delle Comunità, che nasce proprio l’idea dello stare “assieme”, della condivisione delle esperienze di vita, come nella “Comune” di tipo francese.

La relazione è terapeutica, ed è un’azione efficace e straordinaria per superare quel disagio e quella solitudine individuale che oggi le persone, ed i nostri giovani, vivono. La Comunità è un luogo di vita, di scambio, di confronto sulle fragilità personali e dei malesseri dell’uomo. Il dolore che essi portano dentro le strutture non può essere visto come qualcosa di cui aver paura, ma viene rimodulato e “lavorato” assieme alla persona ed alla sua famiglia.

Nelle Comunità moderne il sistema terapeutico abbraccia a pieno regime anche la prima fase della prevenzione, proprio attraverso gli altri servizi territoriali di prossimità con i quali sono strettamente connesse: il lavoro su strada (R.D.D. e R.D.R.), o gli “ambulatori ambulanti” o i centri di ascolto ed orientamento ambulatoriali e semi-residenziali.

Questa strategia operativa territoriale fa parte di una stessa rete o catena di sostegno.

1. La centralità delle relazioni

Le Comunità residenziali da sempre incarnano perfettamente quel luogo dove viene rielaborato e co-costruito con il paziente un percorso di vita, ed una parte fondamentale di questa proiezione al cambiamento passa dall’azione del “prendersi cura” dell’ambiente di vita in cui è inserito.

Il bello esteriore trasmette una bellezza interiore ed una purezza, che nei pazienti è stata cancellata dalla “polvere dell’indifferenza”!

Rif.
Biagio Sciortino, *psico-pedagoga*,
Presidente Nazionale *lintercear*
(Coordinamento nazionale dei coordinamenti regionali
enti accreditati per le dipendenze)
Centro terapeutico “Casa dei Giovani” di Bagheria - Palermo
392 9987502
biagiosciortino@casadeigiovani.it

Oltre alla cura del luogo terapeutico, da sempre motore delle Comunità, oggi la terapia clinica individuale e quella dei gruppi di auto-mutuo-aiuto sono elementi importanti dei percorsi riabilitativi residenziali.

Un altro tassello di cambiamento personale lo si ottiene attraverso delle tecniche che oggi sono diventate elementi imprescindibili della cura, come: percorsi laboratoriali, di rieducazione relazionale ed affettiva, al teatro, allo psicodramma, per passare anche ai corsi di formazione professionale.

Infatti l'aspetto del reinserimento socio-lavorativo diventa essenziale per un ritorno integrato al contesto di vita della persona, ciò per evitare che si possa ritrovare in una società che non riconoscendo il suo cambiamento, lo accompagnerebbe nuovamente verso una condizione di "invisibilità", ciò decreterebbe la morte della relazione e della motivazione della persona.

La rabbia, l'aggressività, la riluttanza alle regole, vengono letti dai terapeuti delle Comunità essenzialmente come l'espressione della difficoltà del paziente a vivere facendosi carico del proprio dolore e delle proprie fragilità.

La Comunità è un luogo di cura, ribadisco ancora una volta, ma è soprattutto un luogo in cui ci si prende carico della persona nella sua totalità. Le dipendenze sono la manifestazione di un disagio di vivere che la persona palesa, rendendosi trasparente, in modi diversi.

Tutti abbiamo bisogno di relazioni umane vere, le dipendenze da sostanze e quelle comportamentali, oggi sono indistinguibili le une dalle altre, vanno a braccetto nel nostro vivere quotidiano.

2. Poli-diagnosi e nuovi fenomeni di dipendenza adolescenziale e giovanile

L'utilizzo di sostanze stupefacenti è un problema di "salute globale" in aumento costante che causa significative conseguenze a livello mentale, fisico e sociale (EMCDDA 2020).

Infatti, l'O.M.S. identifica e definisce la dipendenza da sostanze psicotrope inquadrandola, in modo specifico, come una malattia che ha un andamento cronico e recidivante, e che spinge la persona ad assumere la sostanza a dosi sempre crescenti per trarre il beneficio temporaneo dato dagli effetti e le sensazioni del piacere provato.

La sostanza, quindi, diventa centrale nella vita quotidiana della persona, divenendo l'elemento fondante del suo essere, influenzando pesantemente l'ambiente in cui agisce e vive.

La Comunità terapeutica diventa uno snodo cruciale per una efficace presa in carico, sia individuale che familiare nell'idea che la dipendenza sia curabile e non rappresenti un processo irreversibile. Purtroppo, le persone che vivono

un'esperienza comunitaria, definiscono la dipendenza come una "soluzione" al loro disagio esistenziale e relazionale, di cui purtroppo oggi la nostra società sembra non accorgersi. Possiamo comunque affermare, sempre dai dati che emergono nelle Comunità, che la maggiore "tensione emotiva" nei ragazzi si accumula e si sviluppa nell'ambito familiare. Per tale motivo nel sistema Comunità è importante coinvolgere l'intero nucleo di appartenenza, e quindi la famiglia. Il cambiamento dell'individuo, inevitabilmente, mette in crisi e trasforma le relazioni della famiglia producendo a cascata effetti positivi, oltre che una nuova consapevolezza della problematica tossicomane.

Un dato allarmante che oggi si evince dalle esperienze delle Comunità, ed evidenziatosi soprattutto nell'ultimo decennio, è la frequente sovrapposizione tra disturbi da uso di sostanze e diagnosi psichiatriche:

- circa il 25% delle persone con dipendenza patologica da sostanze presenta anche un disagio mentale.
- oltre il 70% dei soggetti che usa sostanze evidenziano disturbi della personalità.

Le Comunità rappresentano ancora oggi un luogo dove si può rielaborare un percorso di vita, e lavorando con gli anelli più deboli del sistema socio-familiare si può sicuramente intervenire alla radice delle fragilità umane.

3. Interventi e strategie terapeutiche

Vorrei evidenziare come nelle strategie terapeutiche di approccio alle problematiche tossicomane, le Comunità terapeutiche in quest'ultimo decennio si sono evolute offrendo diversi servizi aggiuntivi, che oggi ricoprono un ruolo strategico nel trattamento terapeutico, e contribuiscono a costituire l'offerta riabilitativa complessiva per il paziente. Il percorso terapeutico residenziale trova la sua fase di avvio con la presa in carico iniziale dal Servizio Pubblico (Ser.D., C.S.M. ed altri), che in sinergia con gli Enti del terzo settore accreditati avviano un intervento di rete strutturato.

Nel momento della presa in carico congiunta, gli operatori specializzati mettono in atto azioni mirate ad individuare l'intervento psicologico e pratico-comportamentale più adeguato ai bisogni dei pazienti, condividendo con gli stessi l'intero processo riabilitativo.

Grande attenzione è rivolta alle famiglie dei portatori di sintomo, sia prima che durante l'inserimento in Comunità, agendo direttamente sulle dinamiche familiari attraverso interventi psicoterapici ispirati al modello sistemico.

Oggi nelle Comunità Terapeutiche Italiane il trattamento riabilitativo è incentrato su di un approccio che è caratterizzato dalla:

- Sequenzialità, le varie fasi del processo terapeutico si susseguono in relazione ai bisogni del paziente.
- Multidimensionalità, vengono prese in considerazione le

varie dimensioni che concorrono al determinismo del problema.

- Multidisciplinarietà, occorre approcciarsi alla problematica tossicomane attraverso modalità cliniche e formative diverse.
- Integrazione ed Interazione, attraverso azioni di monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti in itinere.
- Integrazione multi-etnica e multi-culturale, a tutti i pazienti deve essere garantita la loro identità etnica e culturale all'interno del quadro più generale del percorso riabilitativo in cui si trovano inseriti.

Occorre sottolineare come l'approccio e la presa in carico della persona avviene attraverso due ambiti disciplinari significativi:

- I. Approccio Sanitario: farmaco-terapeutico, psicodiagnostico, psicoeducativo e riabilitativo.
- II. Approccio caratterizzato dal sostegno all'individuo, alle sue relazioni nel contesto familiare e sociale allargato.

Infine desidero descrivere sinteticamente ciò che si può fare oggi nelle nostre Comunità:

1. Laboratori multidisciplinari: come teatro, musica terapia, alfabetizzazione affettiva, psicodramma, percezione del sé e dell'altro, giardinaggio, falegnameria, ceramica, recupero scolastico, supporto universitario, corsi di formazione professionale.
2. Gruppi Educativi, Terapeutici e Clinici: come colloqui psicoterapeutici individuali, gruppi di auto-mutuo-aiuto, gruppi plenari tra pazienti e famiglie, colloqui educativi, analisi delle dinamiche relazionali, laboratori esperienziali mirati a piccoli gruppi.
3. Supporto familiare.
4. Iniziative di ricerca attiva di inserimento lavorativo (in fase avanzata del cammino terapeutico).
5. Attività culturale ed educative che propone il territorio dove risiede la Struttura residenziale

Nelle Comunità esistono comunque un insieme di regole generali, che ispirandosi ai principi della sana convivenza tra le persone, agiscono come "facilitatori relazionali" dei "cammini" terapeutici ed educativi personalizzati.

Le varie fasi dell'azione terapeutica e delle relative metodologie viene rimodulata costantemente dalle Equipe di professionisti e dai responsabili dei Servizi Pubblici coinvolti, in un confronto paritetico e condiviso che coinvolge lo stesso paziente.

Oggi in funzione dell'evoluzione dell'uso di sostanze psicoattive, che è in continuo cambiamento, in virtù anche dell'abbassamento dell'età di consumo, dalla trasformazione sociale degli assuntori, le Comunità Terapeutiche oggi offrono percorsi brevi per creare una accoglienza residenziale immediata (capace, ad esempio, di arginare e

contrastare l'abuso del crack), percorsi a media durata e poi anche percorsi a lunga durata terapeutica, percorsi di reinserimento socio-lavorativo (come gruppi appartamento ed altro).

4. Modalità di accesso e presa in carico precoce

Alle Comunità terapeutiche accreditate al S.S.N. si accede attraverso i Servizi Pubblici territoriali di riferimento del paziente. Le modalità di primo contatto con i centri di ascolto ed orientamento avvengono attraverso i seguenti canali:

1. Servizi Pubblici.
2. Servizi di prossimità RdR e RdD.
3. Aree e educative delle Case Circondariali (soggetti con pendenze giuridiche).
4. Attraverso un'azione volontari del soggetto o della famiglia.

È evidente come una reale convergenza e reciprocità dei Servizi Pubblici e del privato sociale accreditato, come le Comunità, portano a:

- Valorizzare l'intero sistema terapeutico, riducendo lo stigma del soggetto.
- Costituire una lettura condivisa dei bisogni del paziente.
- Agevolare l'integrazione delle varie offerte di intervento e di percorsi collaterali.
- Accresce la possibilità di accesso ai servizi ad un target più ampio di utenti.

Quindi oggi nel trattamento delle dipendenze, è diventato strategico attivare servizi basandosi sempre di più sulla cooperazione tra il pubblico ed il privato sociale accreditato, di co-costruire momenti di co-progettazione sugli interventi terapeutici più idonei.

A prescindere dalle aree di invio, oggi ritardare la presa in carico e l'avvio di una cura ambulatoriale o residenziale, peggiora inevitabilmente il quadro clinico del paziente, la condizione della malattia e soprattutto la situazione socio-economica con notevoli ricadute sul sistema famiglia, creando un disagio ed una sofferenza che difficilmente potrà avere una battuta di arresto.

Quindi la vera scommessa del futuro per le Comunità terapeutiche ed i servizi connessi sarà la riduzione dei tempi di presa in carico.

L'ultima frontiera emergenziale tra i giovani è senza dubbio il dilagare di nuove sostanze psicoattive derivate dalla cocaina come il crack, che è riuscito a riempire le piazze di tutte le città italiane, con basso costo e facilità di reperimento.

Questo fa sì che i giovani fruitori distruggano la loro vita ad una velocità sbalorditiva per la dirompenza del craving che induce a una conseguente compulsività nel reperire la sostanza. È quindi fondamentale ridurre i tempi di latenza, evitando la cristallizzazione del consumo: rispondere

rapidamente alle richieste di aiuto, attraverso un intervento terapeutico sostenibile alle necessità della persona vuol dire avviare un trattamento “precoce” che oggi si può inquadrare anche nei soli momenti di ascolto attivo.

Conclusioni

In uno stato democratico è auspicabile e fondamentale garantire alla persona il diritto alla Cura in tutto il territorio nazionale, favorendo la libertà di scegliere il percorso riabilitativo più idoneo alle sue esigenze e soprattutto in tutto il territorio nazionale.

Occorre infine intervenire con azioni chiare e forti per “dorsalizzare” il sistema delle dipendenze, fornendo idee innovative e portanti, non è più pensabile lavorare solo sull'emergenzialità, perché altrimenti ogni azione terapeutica sarà sempre caratterizzata nel “rincorrere” i bisogni della persona.

Voglio concludere con una frase che mi ritorna spesso in mente di J.P. Sartre:

“Ciò che non è assolutamente possibile per l'uomo è non scegliere, anche quando decidiamo di non scegliere facciamo una scelta” e con un'immagine di un quadro di H. Matisse, “La danza”, nel quale si trovano persone che danzano e si stringono le mani in cerchio. Questa immagine per me racchiude il senso della vita e della Comunità Terapeutica: la condivisione reciproca che si trasmette attraverso il contatto umano e la gioia di “stare insieme”.

Bibliografia

Alfio Luchini, (2014), *Società, Consumi, Dipendenze*. Edizione F. Angeli, Milano. L. Grosso, F. Rascasso, (2014), *Atlante delle dipendenze*, F. Angeli, Milano.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), *European Drug Report Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Valutazione inserimenti residenziali e semiresidenziali in Emilia-Romagna

Punti di forza e aree di miglioramento

Alessio Saponaro, Maristella Salaris, Roberto Muratori,
Sandra Ventura, Fabia Franchi

ABSTRACT

Nel 2022 la spesa della Regione Emilia-Romagna per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, è stata di € 144.048.406, pari al 54,3% del totale della spesa sostenuta dai Servizi di Salute Mentale adulti, nonostante siano stati erogati ad una piccola parte di utenti. Di fronte a un tale investimento economico, è subentrata la necessità di un altrettanto investimento sull'efficientamento del sistema affinché producesse interventi di qualità, orientati alla recovery e alla piena ripresa delle condizioni di vita delle persone. Il saggio presenta il monitoraggio della stessa Regione (marzo 2023) sui periodi di permanenza degli assistiti in struttura. L'analisi ha evidenziato una situazione nella quale i trattamenti residenziali sono molto superiori alle indicazioni previste dalle norme nazionali o regionali, ponendo anche una questione sulla qualità delle cure erogate, oltre all'impatto, non secondario, sulla spesa sostenuta dalle AA.UU.SS.LL.. I dati derivanti dai sistemi informativi e il confronto con i professionisti hanno posto in luce diversi punti sui quali il saggio pone attenzione per azioni di miglioramento future a breve, medio e lungo termine. (differenze territoriali, permanenze prolungate, utilizzo improprio di strutture sanitarie per necessità assistenziali, basso livello di utilizzo di strumenti standardizzati di assesment e di outcome).

Introduzione

Gli interventi nelle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria infanzia e adolescenza rappresentano oggi una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Nel corso degli anni vi è stato un progressivo e articolato processo di crescita culturale, metodologica, clinica e assistenziale con l'intento di progettare interventi sempre più efficaci e in grado di rispondere ai bisogni clinici e assistenziali degli assistiti. L'offerta di interventi, di tipologia di strutture è oggi

Rif.
Alessio Saponaro, sociologo
Dirigente Area Salute Mentale
Dipendenze patologiche e salute nelle carceri
Regione Emilia-Romagna
051 5277478
alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

ampia, articolata e complessa; si va dalle Residenze psichiatriche a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) o Residenza per Trattamenti Riabilitativi a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva) o strutture per l'Osservazione e diagnosi (COD), sino ad arrivare a quelle socio-sanitarie orientate a rispondere a bisogni di cure continuative e di lungo periodo. Tra l'altro questo è un obiettivo fortemente sollecitato in diverse indicazioni e strumenti a livello nazionale, come ad esempio il *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale* (PANSM) o il documento *"Le strutture residenziali psichiatriche"*, entrambi emanati in Accordo Conferenza Unificata nell'anno 2013.

Vi è un elemento – non oggetto di questo articolo – che richiede particolare attenzione, e che ha mosso anche la necessità di attivare uno specifico gruppo di lavoro a livello regionale. La spesa per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubblici e privati nel 2022 è stata di € 144.048.406, pari al 54,3% del totale della spesa sostenuta dai Servizi di Salute mentale adulti. Di fronte a un tale investimento economico, vi è la necessità di un altrettanto investimento sull'efficientamento del sistema, affinché produca interventi di qualità, orientati alla recovery e alla piena ripresa delle condizioni di vita delle persone. Già da questo dato è possibile affermare che, almeno per quanto riguarda la Salute mentale adulti, i costi per le strutture residenziali rappresentano la più importante voce di spesa, nonostante siano erogati a una piccola parte di utenti dei Servizi.

A questo si aggiunga che vi sono molte osservazioni da fare in merito all'efficacia degli inserimenti residenziali; *"perdura pertanto una diffusa insoddisfazione sull'attuale sistema delle strutture residenziali, ritenuto scarsamente idoneo al perseguimento della recovery personale e sociale, e fondato su un concetto di "continuum assistenziale" riferito alle diverse strutture"*¹.

All'inizio del 2023 è stata avviata un'attività di monitoraggio finalizzata ad approfondire alcuni aspetti relativi al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i servizi del DSM-DP, in particolare Salute mentale adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, Dipendenze patologiche. La rilevazione è stata effettuata ad un solo giorno puntuale, il 1 marzo 2023, rilevando per ogni tipologia di strutture, il numero di pazienti inseriti per Servizio e la durata del trattamento.

1. Tipologia di strutture

A livello nazionale vi sono documenti che definiscono chiaramente le strutture residenziali.

Per la salute mentale le strutture residenziali psichiatriche vengono distinte per i diversi livelli di intensità assistenziale, intervento terapeutico-riabilitativo e il grado di autonomia

degli assistiti². In particolare, sono individuate tre tipologie di strutture residenziali:

- **SPR1** - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, che corrispondono a quelle che in Regione Emilia-Romagna sono state definite come residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) – Programma post-acuzie.
- **SPR2** - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, che in Regione Emilia-Romagna corrispondono alle residenze per trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva).
- **SPR3** - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi con diversi livelli di intensità assistenziale a seconda della presenza del personale socio-sanitario nelle 24 ore giornaliere, nelle 12 ore giornaliere o per fasce orarie. In Emilia-Romagna questa tipologia di strutture si è tradotta nelle comunità diurne per la salute mentale, le comunità alloggio per la salute mentale e i gruppi appartamento h24 .

Per le dipendenze la durata e la tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali sono chiaramente definite nell'Accordo CU *«Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti»* del 1999 e nel DM Lea del 2017. In particolare, sono definiti:

- Trattamenti specialistici, per persone con dipendenza patologica e concomitante di disturbi psichiatrici o altre problematiche o che richiedono particolari interventi.
- Trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, e reinserimento sociale.
- Trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa.

In merito alle strutture per minori, vi sono due delibere della Regione Emilia-Romagna che rappresentano la struttura portante dell'intervento residenziale. La prima è la delibera di Giunta regionale 1904/2011, ad oggetto *"Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari"*, che qualifica il sistema degli interventi che vengono attivati a protezione e sviluppo dei minori, definendo i requisiti strutturali e organizzativi di ogni tipologia di comunità finalizzato a garantire un intervento educativo qualificante che fornisca

Note

- 1 ISS, *Op. cit.*, pag. 31.
- 2 Ministero della Salute, *Le strutture residenziali psichiatriche*, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013.

risposte adeguate ai bisogni dei minori. È in questa deliberazione che troviamo definite le diverse tipologie di strutture oggi esistenti in Regione. Inoltre, con la DGR 911/2017 sono stati precisati i “Requisiti Specifici per l’accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza”, in particolare per le strutture residenziali o semiresidenziali sanitarie.

Dalla rilevazione puntuale effettuata al 1° marzo 2023 risultavano 5.271 assistiti totali inseriti presso strutture residenziali/semiresidenziali sanitarie o sociosanitarie del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (d’ora in poi DSM-DP) a fronte di oltre 170 mila soggetti trattati dai diversi servizi dipartimentali. I risultati presentano un quadro che offre, seppur necessariamente non esaustivo in quanto rappresentativo di una rilevazione puntuale, prospettive e considerazioni diverse sul mondo della residenzialità, sulle tendenze in essere e sui bisogni assistenziali in atto. Da quanto emerge (vedi Tab. 1) sono due gli elementi generali da considerare, soprattutto in merito al notevole utilizzo di:

- Strutture Sanitarie Residenziali³: con 1.528 assistiti rappresenta il 29% del totale degli inserimenti, a prescindere dai servizi invianti.
- Strutture Socio-Sanitarie Residenziali: con 2.464 persone inserite rappresenta il 46,7% del totale degli assistiti in struttura.
- In termini percentuali meno rilevanti risulta la numerosità degli inserimenti nelle Strutture Semiresidenziali Sanitarie⁴ o socio-sanitarie. A questa tipologia di strutture verrà dedicato successivamente un approfondimento.

In generale, il 55,4% degli utenti in trattamento presso strutture residenziali o semiresidenziali, risulta inserito in strutture sociosanitarie e la restante quota (44,6%) in strutture sanitarie, seppur con differenze significative tra i vari servizi.

Rispetto a questo panorama complessivo, la maggioranza degli inserimenti in struttura risulta a carico dei Servizi di Salute mentale adulti (vedi Tab. 2), che con 3.424 utenti,

ricopre il 65% del totale degli inserimenti effettuati in tutto il DSM-DP. Seguono a gran distanza e sugli stessi valori le Dipendenze patologiche (924 assistiti, 17,5%) e la NPIA (923 assistiti, 17,5%).

È interessante evidenziare come gli inserimenti in strutture extra Regione (de-territorializzazione) sono abbastanza contenute, almeno rispetto alla totalità di inserimenti effettuati, favorendo in tal modo il positivo ingresso della persona nel proprio contesto di vita. In totale sono 75 inserimenti, la maggior parte dei quali posizionati nei Servizi di Salute mentale adulti (n. 47), mentre limitati sono per la NPIA (n. 18) e per le dipendenze (n. 10).

Servizio	N	%
Salute mentale	3.424	65,0
Dipendenze	924	17,5
NPIA	923	17,5
Tot. utenti inseriti	5.271	100,0

Tab. 2 – Totale utenti inseriti in strutture residenziali o semiresidenziali per tipologia di servizio (Valori assoluti e %) Fonte: Rilevazione RER 2023

Tipologia di residenze	DSM-DP	Val. %
Strutture Residenziali Sanitarie	1.528	29,0
Strutture Semiresidenziali Sanitarie	819	15,5
Strutture Socio-Sanitarie Residenziali	2.464	46,7
Strutture Socio-Sanitarie Semiresidenziali	460	8,7%
Totale RER	5.271	100,0

Tab. 1 – Utenti inseriti in strutture residenziali (CSM, SerDP, NPIA, rilevazione puntuale al 1 marzo 2023, VA e % sul totale) Fonte: Rilevazione RER 2023

Molti fattori determinano la tipologia di strutture utilizzate. Dal livello assistenziale richiesto, delle caratteristiche anagrafiche degli assistiti, (soprattutto legate all’età), alle specificità della diagnosi, ma non di meno, ad elementi connessi con l’accreditamento delle strutture o le normative che regolano il settore.

Le Dipendenze Patologiche si caratterizzano per inserimenti prettamente sanitari (63,7% del totale), sia in strutture specialistiche, (come ad esempio le doppie diagnosi, i centri di osservazione e diagnosi o le madri-bambino) che per le strutture terapeutiche riabilitative o pedagogiche riabilitative. Poco rappresentativi (6,6%) sono gli inserimenti in strutture semiresidenziali, mentre quasi un quarto (24,5%) sono gli inserimenti in strutture socio-sanitarie.

Tutt’altro scenario è dato dagli inserimenti in struttura per la Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza. Non stupisce la bassissima quota di inserimenti in strutture sanitarie, sia per

Note

- 3 Residenze a Trattamento Intensivo, Residenze a Trattamento Protratto, Residenze a Trattamento Estensivo, Comunità pedagogiche/terapeutiche per le dipendenze, Strutture Specialistiche (doppia diagnosi, madre/bambino, ecc.) per le dipendenze
- 4 Centro Diurno psichiatrico, Day Hospital psichiatrico territoriale, Day Service psichiatrico, Comunità pedagogico/terapeutico semiresidenziali per tossicodipendenti

il numero basso di posti letto presenti in Regione, sia per la necessità di individuare altre soluzioni in caso di necessità sanitarie. Molto differente è la quota di minori inseriti in strutture socio-sanitarie (61,1%); sono per lo più inserimenti in strutture educative per i minori, in accordo a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale 1102/2013 e 1904/2011. Interessante anche la quota di assistiti minori in strutture sociosanitarie semiresidenziali (22,2%).

La Salute Mentale Adulti, come evidenziato in precedenza, si differenzia sostanzialmente dagli altri servizi, sia per quantità di inserimenti sia per tipologia di strutture utilizzate. Un quarto degli inserimenti (25,8%) riguarda le strutture per post acuzie, quali le RTI, o le strutture riabilitative sanitarie. Interessante anche il buon livello di inserimento in strutture semiresidenziali sanitarie (19,2%). Sicuramente l'ambito che caratterizza notevolmente la Salute mentale sono gli inserimenti in strutture socio-sanitarie (48,9%), diversamente articolate.

Si tratta di numeri importanti per la residenzialità cosiddetta "leggera": 2.924 assistiti inseriti in queste strutture alla rilevazione puntuale, di cui 1.881 per la salute mentale adulti, ancora una volta con numeri elevati, 769 per la NPIA e 274 per le dipendenze.

Per la Salute mentale adulti nel 44,8% si tratta di inserimenti in Gruppi Appartamento/Appartamenti protetti che vedono interessati più di un quinto dei pazienti inseriti nelle strutture sociosanitarie. Un elemento positivo in quanto caratterizza la necessità di collocare la persona in contesti di vita più leggeri orientati alla valorizzazione alle soluzioni abitative supportate, che puntano verso un percorso di progressiva *recovery*, che "evidenziano il valore innovativo dell'abitare assistito e la sua attualità come modello esportabile in diversi contesti"⁵. Da evidenziare come i Servizi di Salute mentale adulti utilizzano, nel 35,1% dei casi, strutture per anziani o disabilità. Nel dettaglio, nel 23,7% dei casi sono utilizzate strutture per anziani come Casa-

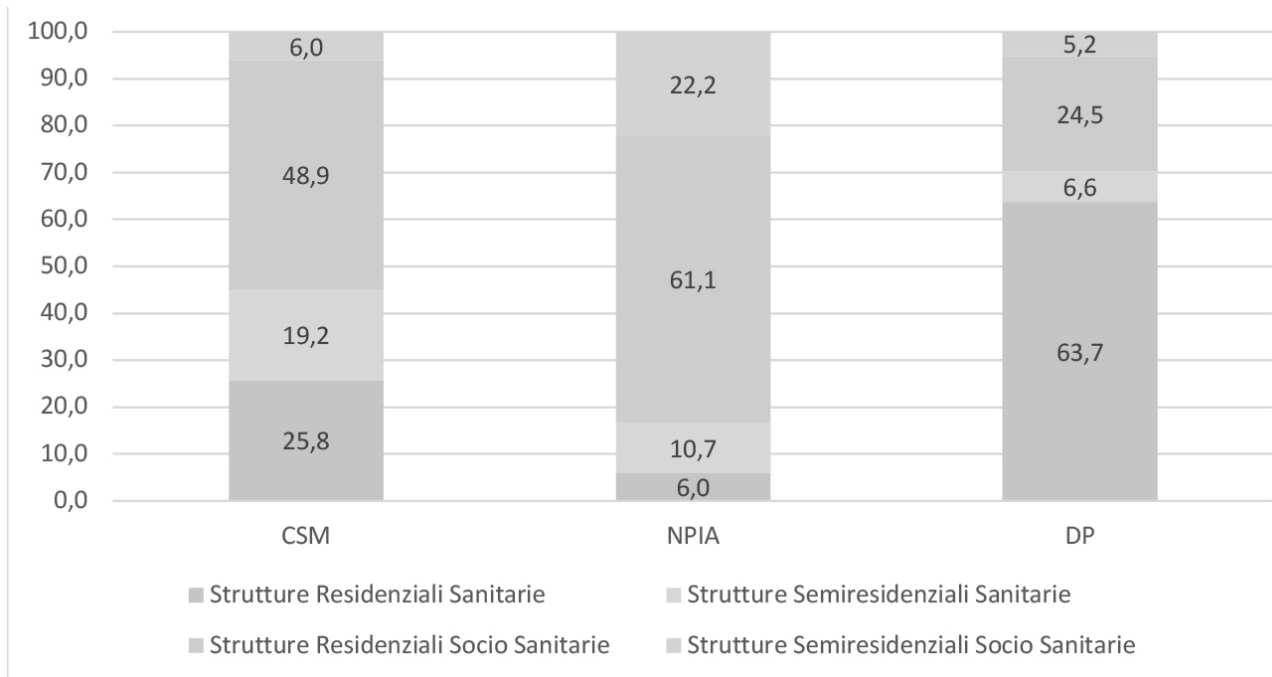


Fig. 1 – Distribuzione degli utenti inseriti in strutture residenziali per tipologia di Servizio (CSM, SerDP, NPIA, rilevazione puntuale al 1 marzo 2023, valori %).

Fonte: Rilevazione RER 2023

Come evidenziato, l'inserimento nelle strutture sociosanitarie merita una particolare trattazione. Diversamente dalle strutture sanitarie, non vi sono standard di riferimento rispetto alla durata di degenza; non solo la tipologia offerta dalla struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con quote variabili di attività di assistenza e risocializzazione a seconda che si tratti di un h24, h12 o h6.

Residenza per anziani non autosufficienti, Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani/Casa Protetta/Comunità Alloggio per Anziani). In un altro 11,4% dei casi, sono

Note

5 Scattoni M.L. (a cura di), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, Rapporti ISTSAN 23/9, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2023, pag. IV.

utilizzate strutture per la disabilità, come Centro Socio-Riabilitativo Residenziale, Gruppo Appartamento, Centro Socio-Riabilitativo Diurno, Residenza Protetta.

La NPIA ha una forte caratterizzazione sulle strutture previste dalla DGR 1904/2011 «Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari». Il 89,8% degli inserimenti nel periodo considerato sono state concentrate in questo tipo di strutture.

2. Tempi di permanenza in struttura

Un indicatore in grado di definire e descrivere adeguatamente la qualità dell'intervento nelle strutture residenziali è dato dalla durata della permanenza nelle strutture degli assistiti, poiché in tal modo si definiscono, o si limitano, "processi di re-istituzionalizzazione o trans-istituzionalizzazione in cui esse assumono la funzione di case per la vita, limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente"⁶.

Tipologia struttura/intervento residenziale	CSM	NPIA	DP	Totale	DSM-DP
Gruppo appartamento/Appartamento protetto per la salute mentale/Comunità Alloggio per la Salute Mentale	44,8	-	4,8		29,3
Strutture per Anziani	23,7	-	15,0		16,7
Strutture per la Disabilità	11,4	1,6	1,5		8,3
Gruppo appartamento/appartamento protetto dipendenze patologiche	4,9	-	54,4		8,2
Comunità Educativa residenziale/semiresidenziale	1,2	46,5	0,8		13,1
Centro Diurno Socio-Occupazionale	7,6	0,1	16,1		6,4
Casa-famiglia/Comunità Casa-famiglia	2,4	15,7	0,4		5,7
Comunità per gestanti e madri con bambino	0,2	15,9	0,4		4,3
Comunità educativo-integrata residenziale/semiresidenziale	-	11,7	1,1		3,2
Comunità Diurna per la salute mentale	2,2	-			1,4
Centro diurno per minori	-	4,2			1,1
Strutture Residenziali extra regione per la Salute Mentale Adulti	0,9				0,6
Strutture Residenziali extra regione per la NPIA	-	1,2			0,3
Strutture Residenziali extra regione per le Dipendenze	-	0,3	0,4		0,1
Altre (Alloggi con Servizi, Comunità di Pronta Accoglienza, Centro Residenziale Seconda Accoglienza - Adulti/Centro Residenziale Bassa Soglia - Adulti, ecc.)	0,7	0,7	5,1		1,3
Totale %	100	100	100		100
Totale v.a.	1.881	769	274		2.924

Tab. 3 – Percentuale assistiti inseriti in strutture socio-sanitarie suddivisi per tipologia di struttura. RER al 01-03-2023
Fonte: Rilevazione RER 2023

Nel dettaglio, vi è un alto utilizzo della Comunità Educativa per minori, residenziale o semiresidenziale (46,5%) (intervento educativo professionale che accoglie minorenni e prevede, in casi di necessità, la possibilità di attivare ulteriore personale), Comunità per gestanti e madri con bambino (15,9%), Casa-famiglia/Comunità e Casa-famiglia (15,7%) e Comunità educativo-integrata residenziale/semiresidenziale (11,7%).

Infine, le dipendenze si caratterizzano per gli inserimenti in Gruppo appartamento/appartamento protetto dipendenze patologiche (54,4%) e, in misura nettamente inferiore, nel Centro Diurno Socio-Occupazionale (16,1%), entrambi orientati verso l'acquisizione di autonomia delle persone.

La durata degli inserimenti residenziali ha sempre rappresentato un problema, soprattutto per le strutture psichiatriche. Nell'ultimo report nazionale del Sistema informativo di Salute mentale adulti del 2022 risulta che in Italia un inserimento residenziale abbia la durata media di 1.086 giorni, con una rilevante variabilità tra le Regioni, si va da 536 giorni a 2.646 giorni (la Regione Emilia-Romagna, con 1.018 giorni, è vicina alla media nazionale pari a 1.086)⁷.

Note

⁶ ISS, op. cit. pag. 2.

⁷ Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. Anno 2022, Roma, 2023.

Proprio per la sua particolarità, la durata degli inserimenti nelle strutture residenziali è stata affrontata in diversi contesti, allo scopo di definire uno standard di riferimento – quasi mai soddisfatto ad oggi dalle Regioni – e un livello di qualità degli interventi. Si prenda ad esempio quanto definito nel documento del Ministero della Salute *Le strutture residenziali psichiatriche del CU 17 ottobre 2013*⁸ o nel DM Decreto sui LEA del 2017.

Un primo livello di analisi è dato dalle strutture residenziali intensive (RTI), il cui trattamento, proprio per la specificità della struttura, dovrebbe rientrare entro i 30 giorni, (con possibilità di proroga per ulteriori 30 giorni).

Dalla tabella emergono alcune considerazioni. La prima è che il numero di inserimenti in strutture intensive ha una elevata variabilità tra le AUSL, non vi è nessuna relazione/standard in merito agli inserimenti sulla popolazione.

Dipartimento	Tot. inseriti	di cui inseriti oltre 30 gg	di cui inseriti oltre 60 gg	di cui inseriti oltre 30 gg (%)	di cui inseriti oltre 60 gg (%)
Piacenza	19	8	6	42,1	31,6
Parma	63	19	12	30,2	19,0
Reggio E.	72	22	8	30,6	11,1
Modena	76	30	10	39,5	13,2
Bologna	72	23	15	31,9	20,8
Imola	7	1	1	14,3	14,3
Ferrara	35	29	26	82,9	74,3
Ravenna	26	9	6	34,6	23,1
Forlì-Cesena	21	10	2	47,6	9,5
Rimini	30	17	6	56,7	20,0
RER	421	168	92	39,9	21,9

Tab. 4 – Pazienti inseriti in Residenze Trattamento Intensivo (RTI) per numero di giorni di inserimento (VA e %)
Fonte: Rilevazione RER 2023

Dipartimento	Tot. inseriti	Pazienti inseriti > 1 anno	Pazienti inseriti > 2 anni	Pazienti inseriti 5 anni e oltre	Pazienti inseriti > 2 anni (%)	Pazienti inseriti 5 anni e oltre (%)
Piacenza	49	27	26	12	53,1	24,5
Parma	39	26	14	8	35,9	20,5
Reggio E.	35	11	5	2	14,3	5,7
Modena	56	15	4	1	7,1	1,8
Bologna	128	77	58	31	45,3	24,2
Imola	27	20	8	4	29,6	14,8
Ferrara	31	22	15	4	48,4	12,9
Ravenna	33	18	16	9	48,5	27,3
Forlì-Cesena	33	12	9	3	27,3	9,1
Rimini	35	25	20	16	57,1	45,7
RER	466	253	175	90	37,6	19,3

Tab. 5 – Pazienti inseriti in Residenze Trattamento protratto (RTE/RTP) per numero di giorni di inserimento (Valori assoluti e %)
Fonte: Rilevazione RER 2023

Non di meno, la Regione Emilia-Romagna con alcuni provvedimenti di accreditamento ha regolato la durata della permanenza nelle strutture residenziali sanitarie con propria deliberazione n. 1830 del 9 dicembre 2013.

Note

8 Ministero della Salute, *Le strutture residenziali psichiatriche*, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013.

In definitiva, gli inserimenti probabilmente sono per lo più legati alla struttura dell'offerta locale che non ad una specifica programmazione del bisogno.

In secondo luogo, vi è una altissima variabilità in merito alla durata dei trattamenti residenziali; rispetto ad una media regionale di 21,9% dei trattamenti che va oltre i 60 giorni previsti come limite massimo, si va dal 9,5% del Dipartimento di Forlì-Cesena al 74,3% del Dipartimento di Ferrara.

La durata degli inserimenti in strutture riabilitative (RTE/RTP) ha come standard un anno, eventualmente prorogabile a 2 in base a determinate condizioni cliniche o bisogni particolari degli assistiti; la percentuale di persone oltre ai due anni dovrebbe rappresentare un'eccezione, ma invece si registrano periodi estremamente elevati di permanenze oltre questa soglia. A livello regionale il 37,6% degli assistiti permane oltre i due anni di riferimento, anche in questo caso con una variabilità consistente tra le AUSL: si va dal 7,1% del Dipartimento di Modena al 57,1% del Dipartimento di Rimini. La situazione diviene ancora più complessa se si considerano anche coloro che permangono in struttura oltre i 5 anni (19,1% degli inserimenti), durata eccessiva se si considera la funzione di una struttura volta alla riabilitazione. La differenza tra i Dipartimenti è sicuramente rilevante.

Nei Servizi per le dipendenze la variabilità tra le AUSL appare molto meno marcata rispetto agli altri Servizi del DSM-DP. Da notare che i Centri Osservazione e Diagnosi, che hanno una durata media di 90 giorni, raramente superano il limite dei 180 giorni (8,7%). Diversa è la situazione per le strutture specialistiche, che sono di tre diverse tipologie: Doppia diagnosi e Madre bambino, hanno una alta quota di persone oltre 1 anno di trattamento residenziale (52,1%), che cala in forme sostanziali per gli inserimenti oltre 2 anni (16,7%).

La stessa dinamica si riscontra per le strutture terapeutiche, mentre per le strutture pedagogiche vi è un'alta quota di inserimenti oltre i due anni (29,2%).

Tipologia di struttura e limite indicatore	%
COD - Pazienti inseriti oltre 180 gg	8,7
Specialistiche - inseriti oltre 1 anno	52,1
Specialistiche - inseriti oltre 2 anni	16,7
Terapeutiche/Pedagogiche - inseriti 1-2 anni	26,4
Terapeutiche/Pedagogiche inseriti oltre 2 anni	12,9
Strutture Socio-Sanitarie inseriti 1-2 anni	24,8
Strutture Socio-Sanitarie inseriti oltre 2 anni	29,2

Tab. 6 – Inserimenti nelle residenze o semi residenze per le dipendenze oltre i criteri definiti dalle indicazioni nazionali o regionali (Valori %)

Fonte: Rilevazione RER 2023

Conclusioni

La programmazione della Regione Emilia-Romagna si basa su principi di qualità e appropriatezza, basate, su informazioni derivanti dall'attività dei Servizi delle Aziende USL.

La sintesi dei dati sopra illustrati, ha mostrato una situazione nella quale i trattamenti residenziali sono di gran lunga superiori alle indicazioni previste dalle norme nazionali o regionali, ponendo anche una questione sulla qualità delle cure erogate, oltre all'impatto, non secondario, sulla spesa sostenuta dalle AUSL.

I dati derivanti dai sistemi informativi e il confronto con i professionisti hanno dimostrato come in Regione Emilia-Romagna vi siano diversi punti da attenzionare:

- differenze territoriali rilevanti in merito all'utilizzo delle strutture residenziali;
- elevata durata della permanenza in strutture residenziali sanitarie, soprattutto per le strutture riabilitative;
- un eccessivo utilizzo delle strutture sanitarie per obiettivi assistenziali più che riabilitativi, spesso dovute alla mancanza di alternative assistenziali;
- accesso nelle strutture residenziali sanitarie di pazienti "anziani" e poche possibilità di inserimento per i giovani che trovano ostacoli maggiori a un trattamento riabilitativo in residenza;
- basso livello di utilizzo di strumenti standardizzati di *assessment* e di *outcome* sia per definire le priorità e l'appropriatezza degli inserimenti, sia per la valutazione dei risultati ottenuti con il trattamento riabilitativo.

Tante sollecitazioni sono emerse dai dati riportati nelle analisi, come dal confronto con i professionisti, con i Direttori delle Unità operative e dei DSM-DP, nonché indicazioni della Direzione Generale regionale, che hanno portato la Regione Emilia-Romagna a definire un programma strategico che la vedrà impegnata per i prossimi anni. Più che altro sarà una sfida, un'attenta analisi della situazione regionale e locale, orientata a fornire nuovi orientamenti.

In particolare, l'attenzione è posta su alcuni aspetti:

- *Re-istituzionalizzazione*: evitare nuovi processi di istituzionalizzazione nelle strutture residenziali, soprattutto per le sanitarie, che portano a un utilizzo delle strutture sanitarie più che altro a rispondere ad un bisogno e obiettivi assistenziali, e non riabilitativi.
- *Ridefinizione delle strutture*: dopo più di 13 anni dalla definizione dei criteri di accreditamento delle residenze sanitarie occorre porsi il problema se le strutture rispondono ai nuovi bisogni riabilitativi e assistenziali per gli assistiti.
- *Valutazione outcome*: riprendere la funzione valutativa dei Servizi, al fine di strutturare interventi che abbiano una provata efficacia sul percorso riabilitativo degli assistiti.

- *Nuovi strumenti*: la Regione Emilia-Romagna ha puntato e punta particolarmente sul Budget di salute finalizzato alla recovery, al riappropriarsi della propria dimensione di vita degli assistiti, soprattutto nella fase finale del percorso in strutture residenziali. Le stesse strutture residenziali, pubbliche e private, devono appropriarsi dello strumento del Budget di salute e di altri nuovi ed efficaci strumenti innovativi di inserimento comunitario dei cittadini.

Co-autori

Maristella Salaris, *sociologa, SerDP Rimini/AUSL Romagna e collaboratrice Regione Emilia-Romagna*

Roberto Muratori, *Direttore UOC Psichiatria/ Bologna Est/AUSL Bologna e collaboratore Regione Emilia-Romagna*

Sandra Ventura, *funzionario Regione Emilia-Romagna*

Fabia Franchi, *Responsabile Settore Assistenza Territoriale/Regione Emilia-Romagna*

Bibliografia

Barbato A., D'Avanzo B., Harvey C., Lesage A., Maone A., *Editorial: from residential care to supported housing. Front Psychiatry*. 2020 Jun 12;11:560. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00560.

Basso L., Boggian I., Carozza P., Lamonaca D., Svetini A., *Recovery in Italy: An update, International Journal of Mental Health*, 45 (1), 2016, 71-88.

D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904, «Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari».

Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

DGR 911/2017, "Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza".

Martinelli A., Killaspy H., Zarbo C., et al., "Quality of residential facilities in Italy: satisfaction and quality of life of residents with schizophrenia spectrum disorders". *BMC Psychiatry* 2022;22: 717.

Ministero della Salute, «Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti», Conferenza Unificata 21 gennaio 1999.

Ministero della Salute, *Le strutture residenziali psichiatriche*, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013.

Ministero della Salute, *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)*, Conferenza Unificata 24 gennaio 2013.

Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. Anno 2022, Roma, 2023

Scattoni M.L. (a cura di), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, Rapporti ISTAT 23/9, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2023.

Starace F., *La salute mentale nelle Regioni - Disuguaglianze di Sistema*. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica; 2021. (Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, SIEP. n. 7/2020).

Vigorelli M., Martini S., Surace S. *Ruolo dell'accreditamento tra pari nelle comunità residenziali: l'esperienza del Visiting in Italia*. NRSP Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2015;12.

Qualità e miglioramento nella residenzialità

*Accreditamento istituzionale salute mentale e dipendenze
patologiche in Emilia-Romagna*

A cura di
Dorella Costi

Intervista a **Lucia Bortoluzzi**

Dirigente biologo, Responsabile Area Coordinamento Organismo Tecnicamente Accreditante – Direzione cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna, dal novembre 2021.

Precedentemente in servizio presso IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna con il ruolo di: dirigente biologo presso il Laboratorio Centralizzato, biologa ricercatrice presso l'Istituto di Oncologia "F. Addarii", Responsabile Qualità e Formazione della stessa Azienda e Responsabile Formazione di Area Vasta Emilia Centro.

21

Dorella Costi 1. Potrebbe farci un breve excursus sul percorso di accreditamento della Regione Emilia-Romagna?

Lucia Bortoluzzi 1. Il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie in Regione Emilia-Romagna ha preso avvio nel lontano 1998 con la LR n. 34, in base alla quale le strutture sanitarie pubbliche e private, in possesso dell'autorizzazione e che intendessero erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale, dovevano ottenere preventivamente l'accreditamento, titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti contrattuali. La verifica del possesso dei requisiti di accreditamento era affidata dalla Regione all'Agenzia Socio-Sanitaria Regionale (ASSR) che provvedeva all'esame della documentazione richiesta e fornita dalla struttura e ad effettuare le visite di verifica, avvalendosi di valutatori qualificati. Tali valutatori sono stati formati dall'Agenzia stessa attraverso uno specifico percorso finalizzato a integrare le competenze tecnico-professionali già possedute con le basi teoriche e gli strumenti per l'esecuzione dell'attività di audit secondo i principi del sistema di gestione per la qualità, in particolare secondo i riferimenti delle Norme ISO. L'accreditamento rilasciato dalla Regione aveva validità di quattro anni dalla data della concessione. Successivamente è stata emanata la DGR 327/2004 che conteneva i Requisiti Generali (requisiti di carattere organizzativo applicabili a tutte le strutture sanitarie, esplicitati in 10 capitoli) e Requisiti Specifici per

Rif.
Dorella Costi,
Direzione sanitaria AUSL di Reggio Emilia
328 3607305
dorella.costi@ausl.re.it

molte discipline ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture e dei professionisti. L'esperienza maturata negli anni di applicazione della normativa regionale ha consentito di valutare le strutture sanitarie pubbliche e private, includendo progressivamente differenti e molteplici tipologie di ambiti sanitari e favorendo un percorso di sviluppo continuo della qualità.

DC 2. Nell'oggi sono state recepite le modifiche introdotte nel sistema di accreditamento dall'Intesa Conferenza Stato-Regioni (n. 32/2015) improntate al superamento delle differenze nei percorsi di Accreditamento tra Regioni e PA con un modello che prevede 8 criteri? Cosa ha significato per la Regione Emilia-Romagna?

LB 2. Le modifiche normative a livello nazionale hanno comportato anche in Emilia-Romagna una modifica della normativa regionale, con l'introduzione di un nuovo modello che prevede 8 Requisiti Generali (in sostituzione dei vecchi 10 capitoli):

1. Sistema di gestione delle strutture sanitarie.
2. Prestazioni e servizi.
3. Aspetti strutturali.
4. Competenze del personale.
5. Comunicazione.
6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza.
7. Processi di miglioramento e innovazione.
8. Umanizzazione.

I Requisiti Generali si applicano non più ai Dipartimenti e alle Strutture Organizzative Complesse, ma alla Direzione aziendale della struttura; a livello di Unità Operative si valuta la ricaduta delle strategie e dei processi aziendali, oltre che la rispondenza ai Requisiti Specifici per disciplina.

Questo nuovo modello garantisce un maggiore coinvolgimento della leadership aziendale nello sviluppo di tutti i processi generali in coerenza con i requisiti del modello di accreditamento.

La LR n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" ha formalizzato quanto sopra, oltre ad aver introdotto la funzione del Coordinatore Regionale dell'Auto-rizzazione e Accreditamento e a definire le funzioni dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA).

In materia di accreditamento vanno inoltre segnalati la riduzione dei tempi di concessione e di rinnovo, la durata dell'accreditamento (estesa da 4 a 5 anni); inoltre sono stati introdotti sistemi di monitoraggio delle strutture accreditate mediante indicatori sia di valutazione dell'attività che dei risultati.

Dal 2018 al 2019 si sono realizzate le visite di rinnovo delle Aziende UU.SS.LL. e Aziende Ospedaliere della Regione ER

mediante l'applicazione dei nuovi requisiti generali, con il coinvolgimento delle direzioni aziendali e di tutte le strutture in staff e line; a tutt'oggi, il modello trova applicazione in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione ER.

Va sottolineato che il nuovo modello non si pone più, dopo circa un ventennio dai primi passi verso l'accreditamento, l'obiettivo di valorizzare la documentazione prodotta ad evidenziare il rispetto dei requisiti, quanto piuttosto quella di valutare se e quanto le decisioni prese e i processi messi in atto hanno consentito un reale miglioramento dei risultati.

DC 3. E rispetto al tema della salute mentale e delle cure psichiatriche?

LB 3. Le Residenze Sanitarie Psichiatriche sono state equiparate alle strutture ospedaliere con attività di tipo psichiatrico e classificate in relazione all'intensità e alla durata del progetto riabilitativo.

Nel 2013, con la DGR n. 1830, sono stati ridefiniti i requisiti specifici per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Psichiatriche con la seguente articolazione:

- Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI)- Programma post-acuzie.
- Residenza per trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva).
- Modulo residenziale per trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali a breve termine a carattere intensivo (RTR - intensiva).

La realizzazione delle visite di accreditamento nelle residenze psichiatriche, ha visto la progressiva applicazione del nuovo modello dei Requisiti Generali integrati con i Requisiti Specifici con lo scopo di favorire un ruolo più rilevante della leadership a sostegno del miglioramento e dell'innovazione, sia mediante i processi direzionali sia mediante i processi di supporto. Infatti, tutti i requisiti generali che riguardano i vari temi (dalla pianificazione alla rendicontazione, dalla dichiarazione delle attività svolte agli impegni presi con l'utenza, dalla gestione delle infrastrutture a quella delle risorse umane e delle relative competenze, dai processi di ricerca a quelli di miglioramento e innovazione, fino alla valorizzazione di temi come l'appropriatelyzza delle cure, la gestione del rischio e l'umanizzazione), rappresentano elementi che vengono gestiti a livello direzionale ma che poi devono trovare riscontro puntuale e coerente nei processi di lavoro. In pratica, per ciascun requisito si ricerca l'applicazione dei principi del PDCA (pianifico, faccio, controllo e agisco) che rappresentano il cosiddetto ciclo del miglioramento continuo piuttosto che il mero controllo della presenza di documenti e procedure.

In strutture come le residenze psichiatriche, poi, alcuni requisiti acquistano una maggiore rilevanza, considerata la

tipologia di utenza: la necessità di mettere in atto e valutare periodicamente i risultati relativi all'appropriatezza della presa in carico e alla qualità organizzativa e professionale dei processi assistenziali e gestionali, la predisposizione e rivalutazione condivisa dei piani terapeutici individuali, la multiprofessionalità richiesta nei processi di diagnosi e cura, i rigorosi standard richiesti per l'assistenza sanitaria in termini di personale e competenze specifiche, le procedure per l'accesso e la continuità assistenziale, la delicata gestione della documentazione sanitaria e del consenso al trattamento, l'individuazione degli elementi di rischio connessi con le attività svolte e con la complessità di cura dei pazienti; non ultimo, gli aspetti dell'umanizzazione che nella salute mentale e nelle dipendenze patologiche acquisiscono valore e importanza di grande rilievo.

DC 4. Può dirci alcuni punti di forza e alcuni punti di debolezza del sistema accreditamento e miglioramento dei processi assistenziali a livello di Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'Emilia-Romagna?

LB 4. Il processo di Accreditamento istituzionale nei processi assistenziali a livello dei DSM-DP non si discosta dal valore che riveste in tutte le altre tipologie di strutture sanitarie, trattandosi di uno strumento di:

- miglioramento e regolazione delle strutture, pubbliche o private, che intendono erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale nel sistema dell'offerta delle cure;
- impegno verso i cittadini in quanto richiede la declinazione dei servizi erogati e la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) degli stessi e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e dei processi di cura/assistenza;
- garanzia dell'equità (a tal proposito si cita la Direttiva UE n. 24 del 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera).

Il punto di debolezza che mi pare di poter ravvisare, anche qui, come in tutte le strutture sanitarie, è la difficoltà, ancora evidente, di improntare il proprio sistema di gestione in coerenza con le recenti novità introdotte a livello nazionale e regionale (nuovi requisiti generali), passando da una mera logica di rispondenza a requisiti mediante evidenze documentali a una logica di sviluppo di un sistema aziendale improntato alla chiara definizione delle responsabilità e al raggiungimento degli obiettivi correlati con la sicurezza delle cure e alla soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti nei processi sanitari.

DC 5. A che punto è il sistema di accreditamento in Emilia-Romagna e a livello nazionale?

LB 5. Come anzidetto, l'iniziale definizione e gestione del complesso sistema di Autorizzazione e Accreditamento che demandava alle Regioni il compito di definire i requisiti, le procedure e le modalità di verifica e controllo ha comportato negli anni una differente evoluzione dei percorsi normativi e l'adozione di diverse modalità di implementazione.

Grazie alle indicazioni scaturite dalla già citata Intesa Conferenza Stato Regioni del 2015 si è giunti alla definizione di

1) Requisiti «essenziali» comuni a tutti i sistemi regionali di Accreditamento Istituzionale.

2) Modalità di valutazione omogenee sul territorio nazionale.

3) La creazione da parte del Ministero della salute di un Tavolo Istituzionale (TRAC) per la Revisione periodica del sistema di Accreditamento Nazionale. Questo TRAC, composto da rappresentanti di Ministero, AGENAS, Regioni e Province Autonome ha predisposto un documento nel quale sono individuate caratteristiche comuni per l'accREDITamento istituzionale, basato sulla ricognizione dei manuali adottati ed in uso nelle Regioni e sull'analisi di sistemi di accREDITamento internazionali. Tutte le Regioni hanno pertanto recepito le indicazioni di tale documento per revisionare il proprio sistema di AccREDITamento e operare un processo di armonizzazione e di condivisione dei requisiti, dell'oggetto dell'accREDITamento e delle procedure di gestione.

Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna, i contenuti dell'Intesa sono stati recepiti con la DGR 1943/2017 che, come detto, ha introdotto gli 8 criteri e relativi requisiti ed evidenze.

DC 6. Un ulteriore contributo all'armonizzazione dei sistemi di Accreditamento nelle Regioni e Province Autonome deriva anche dall'istituzione degli Organismi Tecnicamente AccredITanti (OTA), tale organismo da chi è valutato?

LB 6. Esiste un sistema di audit degli OTA finalizzati a valutare la loro rispondenza a requisiti predefiniti a livello nazionale nell'ottica di allineare principi, obiettivi e modalità di lavoro. Gli audit sono condotti da Valutatori nazionali, formati attraverso uno specifico percorso formativo a livello nazionale.

Nel giugno 2023, l'OTA della Regione Emilia-Romagna è stato verificato da una Commissione di Valutatori Nazionali che hanno espresso una valutazione largamente positiva su tutti gli items valutati, valorizzando le diverse attività svolte e gli strumenti messi in atto per garantire un'ottimale gestione del processo di verifica.

Allo stato attuale, a livello nazionale e regionale, è in atto un ulteriore processo di revisione del sistema di AccREDITamento in conseguenza della necessità di recepire il DM 19

dicembre 2022 *“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”* che ha introdotto delle altre importanti innovazioni circa le modalità di valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate.

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e l’Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Emilia-Romagna, visto l’impatto che questo DM comporterà nel sistema dei Requisiti Generali di Accreditamento delle strutture sanitarie, sono attualmente impegnati nel recepimento delle indicazioni di questo Decreto denominato *“Decreto Concorrenza”*.

DC 7. Vi è qualcosa che vorrebbe aggiungere rispetto a quanto detto nelle domande precedenti?

24

LB 7 Secondo la mia esperienza, prima dal punto di vista di una realtà aziendale, ora da quello del contesto regionale, è auspicabile e necessario l’impegno continuo, a tutti i livelli, per far sì che l’Accreditamento non sia visto più come un mero adempimento “burocratico” che si traduce in un riconoscimento da parte della Regione, e che si rafforzi invece la convinzione che si tratta di un potente strumento di miglioramento.

L’occasione che il processo di accreditamento dà alle strutture che richiedono l’Accreditamento, è anche quello di fare prima un’autovalutazione sui requisiti, occasione estremamente utile e preziosa per “leggersi” criticamente evidenziando i propri punti di forza e mettendo in atto delle azioni di miglioramento rispetto a quelli che evidenzia come punti di debolezza. Il successivo confronto con i Valutatori regionali in fase di verifica è altrettanto importante perché rappresenta un momento di dialogo e di interlocuzione da cui possono scaturire ulteriori aree di miglioramento e sviluppo per l’organizzazione valutata. I due momenti di autoverifica e di verifica di terza parte, se opportunamente condotti e integrati tra loro, possono determinare effetti notevoli in termini di rafforzamento delle capacità gestionali e operative a tutti i livelli dell’organizzazione sanitaria, e di possibilità di offrire al cittadino-utente, servizi e prestazioni sanitarie sempre più rispondenti alle loro esigenze e sempre più improntate alla qualità e sicurezza delle cure.

Quale ruolo del budget di salute nei percorsi di residenzialità leggera?

Un paso doble tra budget di salute e servizi residenziali in Emilia-Romagna

Patrizia Ceroni, Donatella Marrana

ABSTRACT

Viene di seguito descritto il possibile intreccio tra il modello della residenzialità sociosanitaria e quello del Budget di Salute (BdS), punto di riferimento della programmazione regione Emilia-Romagna in ambito sociosanitario, ripercorrendone il percorso normativo e tracciando una ipotesi di evoluzione, secondo il modello del BdS che mette sempre al centro della progettazione la persona, considerata soggetto protagonista del proprio progetto di vita a partire dai propri desideri, obiettivi, bisogni.

25

1. Quasi un' introduzione...

Ormai oltre 40 anni fa l'Organizzazione Mondiale per la Sanità sottolineava come i determinanti sociali svolgano un ruolo di primo piano in tema di salute. La situazione socio-economica, il contesto politico, l'istruzione, le condizioni generali di vita e di lavoro, i fattori psicosociali, la coesione sociale, l'alimentazione e gli stili di vita, sono fondamentali per la salute ed il benessere personale e sociale. Ne consegue la necessità di affrontare il tema della salute e del benessere, in quanto diritti umani fondamentali, considerando sempre la persona nella comunità in cui vive.

Come suggerisce il "Chronic care model" anche nei suoi sviluppi più recenti, la cronicità, i disturbi ad andamento protratto, le "fragilità" possono sempre essere gestiti a domicilio, a prescindere dalle condizioni di gravità e complessità. Occorre però innovare il sistema di cura, realizzando un "welfare di prossimità" che raggiunga, attraverso lo sviluppo di reti formali e informali e l'uso di nuove tecnologie, la casa della persona, vera "casa della salute".

Per quanto attiene ai disturbi mentali gravi e complessi si è da tempo resa evidente la minore efficacia della riabilitazione "di transizione", che prevede il passaggio da contesti più protetti e con più elevata assistenza a quelli con assistenza più bassa fino all'autonomia, rispetto all'approccio "in situazione". Il primo modello di intervento, infatti, comporta una difficoltà al trasferimento ed alla generalizzazione delle

Rif.
Patrizia Ceroni, *Medico Psichiatra*
Direttore UOC Programmi Psicopatologici
e Governo Clinico DAISMDP, AUSL Parma
338 7944910
pceroni@ausl.pr.it

Donatella Marrama, *Medico Psichiatra*
Direttore UOC SMA Modena Centro, DSM-DP AUSL Modena
338 4088838
d.marrama@ausl.mo.it

competenze acquisite in ambiti protetti, che può determinare processi di desocializzazione ed invalidazione che vanno ad aggravare la cronicità. L'intervento riabilitativo non va pertanto considerato come l'esito di abilità da acquisire in setting dedicati, ma considerato sempre come coesistente alla persona, in termini di diritto alla partecipazione, che si esprime attraverso abilità che necessitano di supporti e protezioni, comprese le opportune modifiche dei contesti, rispetto a spazi, tempi, relazioni e attività, per renderli quindi adatti ad includere la persona, con funzionamenti e abilità non sempre tipiche. Solo in tal modo, l'individuo può diventare risorsa, in grado di dare un apporto responsabile, anche se supportato, alla vita sociale e produttiva della comunità. Solo così si può collegare il programma di cura e il progetto di vita per incidere positivamente sulla qualità della vita della persona, con un approccio capacitante fondato sul consenso e la volontarietà, sulla reciprocità e la sua partecipazione attiva, per cui sono fondamentali il suo punto di vista, la sua lettura dei problemi e le sue preferenze, contrastando ogni deriva verso la desocializzazione e l'emarginazione.

Tra le pratiche innovative che operano sulla base delle evidenze sopra descritte, si colloca il Budget di Salute (BdS). Il BdS è orientato in senso preventivo e si configura come intervento abilitativo precoce, volto ad aumentare la contrattualità, *"il negozio invece dell'ozio"* (Saraceno 2022), il miglioramento della qualità della vita investendo sulle motivazioni della persona, mediante una elevata personalizzazione degli interventi costruiti insieme e "su misura", in relazione alle scelte sensibili relative alla qualità del percorso di vita, in particolare relative al *"dove, con chi, come vivere e cosa fare"*.

2. Qualche passo indietro...tra residenzialità psichiatrica e Budget di Salute

La riforma psichiatrica, attuata con la Legge 180 ed ulteriormente definita con la Legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 ha sancito sul piano giuridico i cambiamenti intervenuti in Italia nell'approccio alla malattia mentale. Gli anni successivi alla riforma, tuttavia, sono stati caratterizzati da una carente azione di indirizzo, specialmente nel settore dell'organizzazione dei servizi, seppure tra gli anni 60 e 90 con le dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico avessero iniziato a configurarsi le prime esperienze spontanee di comunità, fattorie e appartamenti, che in gran parte diventavano anche luoghi di vita.

Con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" si è riattivato il processo di riforma, con l'indicazione di arrivare alla costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi,

mirando al definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico mediante l'attuazione di programmi finalizzati ad una nuova sistemazione dei degenti.

L'azione di indirizzo è stata ulteriormente rafforzata dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000", caratterizzato da indicazioni precise sulla "missione" dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, sugli obiettivi di salute e sugli interventi che prioritariamente dovevano essere realizzati: interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale. Nel documento è stata delineata una prima definizione delle strutture residenziali, intese come strutture extra-ospedaliere in cui viene svolta una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo, tra di loro differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario nell'arco delle 24 ore. Nel documento veniva precisato che non andavano intese come soluzioni abitative per la vita.

Tuttavia, già le rilevazioni condotte dagli studi Progress nel 2003 e dal Gruppo di lavoro AGENAS-GISM nel 2012, oltre a mettere in evidenza una significativa variabilità nell'organizzazione e nel funzionamento delle strutture residenziali psichiatriche nelle varie Regioni, registravano la tendenza alla lunga permanenza dei pazienti in residenze che vengano definite proprio «case per la vita».

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM, 24 gennaio 2013), ha affrontato la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità a livello nazionale.

La documentazione raccolta nella rilevazione del 2012, integrata dalle indicazioni del PANSM, è stata utilizzata per la redazione di un documento di riferimento, denominato "Le strutture residenziali psichiatriche" (2013) che ha definito le caratteristiche della residenzialità psichiatrica dando indicazioni per l'accreditamento. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati ed al livello di intensità assistenziale presente, sono state individuate tre tipologie di struttura residenziale, di cui le prime due attengono all'area sanitaria con chiara indicazione del tempo di degenza previsti mentre la terza tipologia sociosanitaria è rivolta agli «interventi socio-riabilitativi, differenziata in base al personale socio-sanitario presente nelle 24 ore in Comunità alloggio e Gruppo appartamento, per cui non vengono definiti tempi di permanenza.

In Emilia-Romagna con la DGR 1830 del 2013 sono quindi stati declinati i Requisiti specifici per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Psichiatriche, mentre, in ambito socio-

sanitario, le Comunità alloggio richiedono esclusivamente autorizzazione al funzionamento secondo i criteri della DGR 1423/2015 e i Gruppi appartamento sono soggetti solo a comunicazione di avvio attività.

Nel 2009, a seguito della rivalutazione dei pazienti inseriti nel segmento sociosanitario richiesta dalla Regione Emilia-Romagna (RER), che rileva un significativo livello di inappropriata, valutato intorno al 40%, e di scarsa soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, è stato individuato un primo Programma regionale di BdS, con l'indicazione di favorire in ambito locale sperimentazioni nell'ambito della domiciliarità assistita e la riconversione in questo ambito di almeno il 10% delle risorse del sistema sociosanitario.

Anche a seguito dell'impulso della Consulta della Salute Mentale, la RER ha quindi approvato la DGR 1554/2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute" e nel 2016 ha istituito il Tavolo Regionale "Inclusione sociale e Budget di Salute" che ha contribuito ad elaborare il documento "Esito del Gruppo di lavoro per l'innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute", inviato ai Sindaci ed ai Direttori Generali AUSL dalla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare e dalla Associazione Nazionale Comuni Italiani della RER (PG/2020/0006560 del 08/01/2020). Il documento consiste in una proposta di riclassificazione delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie: accanto alla residenzialità già normata a livello nazionale e regionale sono state definite per la prima volta le "Abitazioni per BdS-Asse habitat", appartamenti che ospitano fino ad un massimo di 4 persone, titolari ciascuna di PTRI con un progetto BdS attivato con i servizi sanitario e sociale; di proprietà di soggetti pubblici, enti del terzo settore o privati cittadini come la persona stessa o la sua famiglia.

La proposta ha mirato a garantire una migliore diversificazione dell'offerta nell'area dell'abitare grazie a soluzioni in grado di perseguire l'inclusione sociale, attraverso il modello del Budget di Salute, già nella fase iniziale del progetto, e non come esito di una fase successiva di restituzione alla comunità, da realizzarsi altrove.

Sempre nel 2019 ha preso il via, attraverso la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della RER, in collaborazione con l'ISS, il Progetto nazionale "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute", promosso dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, con l'obiettivo di valorizzare, in un'ottica di potenziamento, il modello BdS a cui hanno aderito tutte le Regioni e Province Autonome e da cui sono scaturite le Linee Programmatiche Nazionali per la realizzazione del BdS, approvate in Conferenza Unificata Stato Regioni nel 2021.

Questi gli elementi individuati come qualificanti il BdS:

- si rivolge alla persona, con bisogni complessi sia sociali che sanitari, con la finalità di favorirne la permanenza nel domicilio prescelto
- è a governo e coordinamento pubblico, per garantire diritti/doveri di cittadinanza diritto alla salute e all'abilitazione
- si fonda sull'approccio capacitante e deve prevedere il contributo della persona stessa, perché questa partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, consapevolmente investendo nel progetto le proprie risorse anche economiche
- si basa sulla costruzione del PTRI, elaborato sulla base della valutazione multiprofessionale e multidimensionale che prenda in considerazione l'area clinica, il funzionamento psicosociale, bisogni risorse, sia personali sia della comunità, qualità della vita, motivazione al cambiamento e gradimento, in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, ed esplicitando azioni e obiettivi da raggiungere nelle diverse aree: casa/habitat, formazione/lavoro, socialità/affettività.
- parte integrante è la sottoscrizione di un accordo con la persona, esplicitando gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti, compreso il monitoraggio e la verifica che devono essere coordinati dal *case manager* definito.

Il recente CCM 2022-24, promosso dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, ha previsto un ulteriore progetto, attualmente in corso, di sperimentazione dell'applicazione delle Linee programmatiche del Budget di salute in ambito nazionale, coordinato dalla RER insieme all'ISS, con l'obiettivo di arrivare a valutazioni di esito oltre che di verifica della qualità dei progetti BdS.

3. Per librarsi nel presente sognando il futuro... le abitazioni per Budget di salute e le residenze come servizi di comunità

Il modello del BdS può rappresentare il riferimento per una nuova forma di residenzialità, reinterpretando la cosiddetta "residenzialità leggera", non riduttivamente intesa come un minor impegno assistenziale orario, ma co-progettata insieme alla cooperazione sociale sulla base degli elementi qualificanti sopradescritti.

Può essere utile portare un'esperienza esemplificatrice. Raccogliendo lo stimolo regionale, nel 2018 il DAISMDP di Parma ha realizzato con la Cooperativa Sociale Avalon del Consorzio Solidarietà Sociale un progetto sperimentale di riconversione di un gruppo appartamento GA 24 h che si articola in due moduli integrati. Un "gruppo di convivenza-hub" per 4 persone che fa esplicito riferimento alle "abitazioni per BdS-Asse habitat" con 12 ore diurne di intervento per 7 giorni la settimana sulla base del PTRI di cui è titolare ogni singola persona, finalizzato prevalentemente ad attività volte

a rafforzare le autonomie personali di ciascuno nell'area dell'abitare, ma anche azioni volte a favorire l'inserimento lavorativo, la socialità e l'inclusione nel territorio. Nelle restanti ore è prevista reperibilità/pronta disponibilità. Il nucleo abitativo funziona come *hub* per altre persone, che vivono in prossimità dell'alloggio nel quartiere, da soli o in *cohousing*, ciascuna titolare di BdS con PTRI che prevede azioni specifiche in una o più delle tre aree di intervento, che possono in parte integrarsi con le attività offerte all'interno del progetto "gruppo di convivenza". A cinque anni dall'avvio della sperimentazione, il giudizio appare positivo. In particolare, il progetto innovativo ha consentito di ottenere la personalizzazione dei singoli progetti riabilitativi all'interno del gruppo di convivenza, favorendo un esito evolutivo per 2 persone ospiti, avviate a percorsi di maggiore autonomia attraverso il *cohousing* e l'abitare indipendente, sostenuti con BdS sulla base dei PTRI rimodulati, e di attivare fino a 8 progetti "satelliti" con BdS al gruppo di convivenza. Da tutte le persone con progetto BdS è stato raccolto un grado alto di soddisfazione. Positiva anche la collaborazione con il Gestore coinvolto nella co-progettazione complessiva e nella valutazione d'esito, accompagnato in un percorso di formazione congiunta all'approccio riabilitativo orientato al *recovery*.

Le potenzialità del modello BdS nel contribuire ad innovare il modello residenziale sociosanitario, rendendolo più flessibile e adattabile ai bisogni delle persone in cura ai servizi che negli anni sono mutati, pensando anche solo ai giovani adulti con problematiche comportamentali, ai percorsi giudiziari ed alle persone con disturbi del neurosviluppo, si possono tradurre nella spinta a orientarne la funzione in Servizi di Comunità, pensati per collegare la casa della persona come primo luogo di cura ed i servizi territoriali, promuovere le opportunità di inclusione lavorativa e sociale, anche attivando la rete informale di vicinato e del volontariato, diventando servizi di prossimità.

Il riferimento è l'approccio "*One health*" con un orientamento alla *recovery* che richiede di andare oltre la logica prestazionale in favore di una presa in cura di/nella/con/ tramite la comunità, della persona e della sua famiglia, assicurando diversi livelli di intensità di cura plurimodali e integrati, in grado di connettere gli interventi di prossimità con quelli altamente specialistici, come quelli ospedalieri, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza di tutti gli interventi, dove i servizi riabilitativi devono essere capacitanti, in grado di superare logiche di intrattenimento e cronicizzanti. La persona, sempre parte della comunità, è considerata la prima risorsa, protagonista del programma di cura e titolare del progetto di vita.

Il modello delle residenze sociosanitarie come servizi di comunità si configura come rete che comprende un servizio di riferimento che funziona da hub attivo sulle 24 ore, con alloggi per accoglienze temporanee di un massimo di 6

persone, anche presso alloggi vicini; all'*hub* si agganciano sul territorio di riferimento progetti BdS per casi complessi, di diversa intensità in funzione dei singoli PTRI e per i quali viene garantita la reperibilità al bisogno, con attività previste su tutti gli assi di intervento sopraelencati, che possono prevedere, a titolo esemplificativo e non esaustivo: percorsi per l'abitare in autonomia e sicurezza nel contesto in cui la persona vive, presso la propria abitazione, oppure in *cohousing*, in appartamenti privati o messi a disposizione dal Comune o altri Enti, avvalendosi anche interventi di *Home care technology*; attività di orientamento e facilitazione finalizzata all'inclusione sociale, alla cultura, allo sport ed alle attività artistiche, alla cura dell'ambiente; programmi formativi in collaborazione con Enti di formazione e attività di supporto alla ricerca ed al mantenimento del lavoro competitivo (IPS). Ma anche: attività di auto-mutuo-aiuto per le persone ed i loro familiari; facilitazione all'accesso ai punti di incontro presso sedi vicine della comunità sociale; attivazione di servizi di portineria e azioni di vicinato nel quartiere; eventuale apertura di un alloggio multiservizio, ad esempio per studenti e anziani autonomi.

Osservazioni conclusive

La residenzialità psichiatrica sociosanitaria ripensata attraverso il modello del BdS, colloca al centro del sistema la persona, unica e irripetibile, portatrice di valori, convinzioni e scelte individuali, mira alla ricostruzione ed alla valorizzazione dei sistemi di welfare familiare e comunitario, con l'obiettivo di incrementare il capitale sociale ed il benessere di comunità, migliorare la qualità della vita delle persone ed ottimizzare l'uso delle risorse e delle competenze del territorio rispetto ai loro bisogni, in netto contrasto con ogni tendenza neoasilaria ma anche opponendosi alla deriva della stabilizzazione cronicizzante come obiettivo di cura e di vita. Un approccio che richiede nel territorio una condivisione di sistema ampia, che chiama in gioco anche gli Enti Locali e le realtà del privato locale, che potrebbe trovare idonee modalità attuative nei percorsi di co-progettazione e co-programmazione con il Terzo settore, cui va riconosciuto il ruolo di promotore di relazioni e di partecipazione a vantaggio di un rinnovato welfare di comunità.

Bibliografia

- Rapporto ISTISAN 23/9 (2023), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, a cura di Maria Luisa Scattoni per il Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica".
- Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R., C. Soncini (a cura di) (2019), *Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di salute esperienze in Emilia-Romagna*, Verlag, Merano.
- Starace F. (2011), *Manuale pratico per l'integrazione Sociosanitaria*. Carocci, Roma.
- Saraceno B. (2022), *Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale*. DeriveApprodi.1
- Santuari A., (2022), *Il Budget di salute e la presa in carico delle persone fragili*. F. Angeli, Milano.

Customer satisfaction come indicatore e promotore della qualità dei percorsi

Risultati in 17 strutture residenziali della Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini

Paolo Ugolini, Simona Olivadoti, Massimo Neri,
Giovanni Salina, Luca Scarponi, Raffaella Valente

ABSTRACT

Il saggio presenta un'ampia ricerca sulla soddisfazione degli ospiti delle 17 strutture residenziali, area dipendenze patologiche, della Comunità Papa Giovanni XXIII; la ricerca aziona conferma quel processo di miglioramento della qualità che tiene in alta considerazione la soddisfazione dei suoi ospiti anche interpretando gli indicatori di soddisfazione (struttura e organizzazione, rapporto con gli operatori, capacità di incidere sulla tossicodipendenza, soddisfazione complessiva) come ipotetici indicatori "proxi" di outcomes. Dall'analisi complessiva delle informazioni (scale Likert e domanda aperta) vengono riassunte nelle conclusioni diverse indicazioni di miglioramento sia come qualità dell'assistenza che come funzionamento complessivo del sistema.

*Non giudicare ogni giorno dal raccolto che raccogli,
ma dai semi che pianti
(Robert Luis Stevenson)*

Introduzione

La Regione Emilia-Romagna con la nuova normativa relativa al tema dell'accreditamento (DGR n. 1943/17 e LR n. 22/19) ha ridato nuova linfa al processo che l'aveva vista protagonista a livello nazionale fin dai primi anni duemila. Questa normativa si fonda maggiormente su un termine "valutazione" all'interno di 4 fasi oggetto di verifica istituzionale da parte dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) che garantisce la terzietà della valutazione e le sue interrelazioni con la Direzione Generali in materia di sanità.

1. Valutazione «documentale» (Istruttoria amministrativa e tecnica).
2. Valutazione di Sistema (Requisiti generali)
3. Valutazione specifica sui processi clinico-assistenziali (Requisiti specifici)
4. Monitoraggio continuativo delle performance complessive (Indicatori). In riferimento a questo punto, il criterio 8 dei

Rif.
Paolo Ugolini, *sociologo della salute*,
Consiglio Direttivo Società Italiana Sociologia della Salute
334 6205675
paolougolini58@gmail.com

Requisiti Generali di Accredimento “Umanizzazione” sottolinea “L’organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza nell’ottica della centralità del paziente”; al suo interno, un sottoparagrafo specifica “Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti”.

Nel 2022 e ad inizio 2023 sono stati realizzati due step formativi con target i Direttori e i Responsabili Qualità delle strutture della “Comunità Papa Giovanni XXIII” (di seguito Comunità PGXXIII) di Rimini nell’area delle dipendenze volto a trasmettere e rinforzare la cultura dell’accreditamento, non come controllo, ma come momento di valutazione e miglioramento/innovazione, organizzativo e clinico, che il cambiamento dei bisogni, sia degli ospiti che degli operatori, necessitavano.

In questo quadro è stata condivisa, progettata e realizzata la ricerca customer satisfaction degli ospiti di cui andiamo a presentare i risultati dei dati raccolti ed elaborati a luglio 2023.

1. Una importante nota metodologica e campione ricerca

Rilevare la soddisfazione dei propri utenti significa avere a disposizione una gamma molto ampia di informazioni, che diventano elementi fondamentali per il raggiungimento di un buon livello qualitativo del servizio offerto (Rizzo, Tritto, 2005) e per attivare azioni di miglioramento e/o di innovazione. Attraverso la pratica “dell’ascolto” dei bisogni, l’istituzione o l’associazione può monitorare i processi di qualità che vanno a comporre il grado di soddisfazione del servizio offerto. L’implementazione di un processo di soddisfazione dell’utente è un obiettivo prioritario di chi vuole conseguire un buon livello di qualità non solo dell’assistenza, ma anche nel funzionamento complessivo del sistema.

Questionario: validità e attendibilità

L’aspetto metodologico della costruzione degli strumenti valutativi e delle modalità di somministrazione riveste un ruolo fondamentale nel campo della valutazione di un servizio. Le interviste strutturate rappresentano lo strumento più frequentemente utilizzato per lo svolgimento delle indagini e prevedono contatti diretti con gli utenti che forniscono le informazioni oggetto della ricerca (Corbetta, 1999). La stesura del questionario rappresenta un’attività particolarmente delicata, in quanto la sua corretta preparazione consente di evitare buona parte dei potenziali errori. Da un proficuo scambio di punti di vista, bisogni, obiettivi e competenze tra il committente e i ricercatori, è stato, quindi, rielaborato un questionario validato ed utilizzato dalla Regione Emilia-Romagna (Casalboni-

Saponaro, 2005) di 23 affermazioni, più un indicatore complessivo sulla soddisfazione generale nei confronti della struttura. Per ogni affermazione ogni ospite ha fornito un proprio accordo o disaccordo su una scala Likert che va da 1 (completamente in disaccordo) a 6 (totalmente d’accordo). Tutte le singole affermazioni hanno concorso a descrivere quattro diverse aree di valutazione (oltre ad una parte socio-demografica):

1. Struttura e organizzazione della comunità.
2. Rapporto con gli operatori.
3. Capacità della struttura di risolvere il problema della dipendenza.
4. Valutazione rispetto alla comunità in generale.

A questi items seguiva una domanda qualitativa relativa ad eventuali suggerimenti sul come migliorare la qualità della struttura. Il questionario è stato testato presso la struttura Comunità PGXXIII di Longiano.

Per favorire l’attendibilità delle risposte, il ricercatore (sociologo esterno alla Comunità PGXXIII) si è recato nelle sedi delle diverse strutture per somministrare personalmente il questionario, senza la presenza del direttore responsabile e degli operatori. Non solo, i questionari compilati sono stati riconsegnati direttamente dagli ospiti in cartelle anonime a garanzia ulteriore dell’anonimato dell’intervistato.

Campione

La fase di raccolta dati è stata svolta tra aprile e giugno 2023, coinvolgendo 17 Comunità Terapeutiche dislocate tra Emilia-Romagna (14), Lombardia (1), Veneto (1) e Piemonte (1).

In totale sono stati intervistati 212 soggetti; nei risultati qui presentati sono esclusi i missing (chi non ha risposto alla singola domanda), per cui le percentuali sono calcolate, di volta in volta, sul totale di chi ha risposto a quella specifica domanda.

Le elaborazioni sono state effettuate con il software SPSS (Statistical Package for the Social Science) trasformando tutte le domande in variabili numeriche; i punteggi delle scale Likert sono stati raccolti in 1-2 (in disaccordo), 3-4 (intermedio), 5-6 (totalmente d’accordo), per avere una maggior capacità di lettura dell’opinione o atteggiamento o comportamento dichiarato.

Il campione intervistato è risultato essere per l’80% di sesso maschile, la metà del campione (49%) ha conseguito la licenza della scuola secondaria di primo grado e il 5% ha una laurea; l’11% è di nazionalità straniera.

Maggiore variabilità è riscontrata nelle fasce d’età, andando dai più giovani di 18 anni, fino a utenti di 69 anni, con una prevalenza superiore al 50% nella fascia d’età 31 - 50 anni; l’età media del nostro campione è di 40,2 anni (vedi Tab. 1). Il 64% degli intervistati era seguito dalla Comunità da meno di un anno; il 51% è in struttura perché inviato dal SerDP (un

20% ha scelto la Comunità indipendentemente dal SerDP). La maggioranza del campione si trova in struttura per problemi legati alla droga, a seguire per dipendenza da alcol (21%) e un 2% per problemi legati alla dipendenza da gioco d'azzardo.

Degli intervistati il 47,2% al momento di entrare in comunità risultava non occupato.

	=<30	31 a 50	=>51	Totale
Maschi	24% (v.a. 35)	55% (v.a. 79)	21% (v.a. 30)	100% (v.a. 144)
Femmine	33% (v.a. 12)	39% (v.a. 14)	28% (v.a. 10)	100% (v.a. 36)

Tab. 1 – Composizione del campione per genere ed età
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

	In Disaccordo % (v.a.)	Intermedio % (v.a.)	D'accordo % (v.a.)	Mediavalutazioni complessive (media 3,5)	v.a.
1. Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento della comunità sono chiare (orari, regole, compiti, ecc.)	6,3% (13)	22,2% (46)	71,5% (148)	4,9	207
2. Gli orari della comunità sono adeguati alle mie esigenze	14% (29)	35,3% (73)	50,7% (105)	4,3	207
3. È semplice fissare o spostare un appuntamento con gli operatori della comunità	16,3% (34)	28,7% (60)	55% (115)	4,4	209
4. I locali (uffici, corridoi, ambulatori) sono confortevoli	7,6% (16)	30,6% (64)	61,8% (129)	4,7	209
5. I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la privacy	19,5% (40)	34,1% (71)	46,6% (97)	4,0	208
6. Gli spazi e la qualità delle attività ricreative sono adeguati	9,6% (20)	33% (69)	57,4% (120)	4,5	209
7. La mensa è pulita e ben organizzata	3,8% (8)	27,1% (57)	69,1% (145)	4,9	210
8. Eventuali scelte o necessità alimentari sono rispettate	10,5% (22)	21% (44)	68,5% (144)	4,8	210
9. La stanza dove dormo è confortevole e accogliente	7,7% (16)	25,5% (53)	66,8% (139)	4,9	208
10. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie condizioni di salute e sulle mie terapie	3,9% (8)	25,6% (53)	70,5% (146)	5	207
11. Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura	11,5% (24)	29,3% (61)	59,2% (123)	4,6	208
12. Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto e ascoltato dagli operatori	9% (19)	22% (46)	69% (145)	4,8	210
13. Gli operatori mi aiutano a mantenere l'adesione al Progetto Terapeutico nella sua evoluzione	7,6% (16)	25,8% (54)	66,6% (139)	4,9	209
14. Gli operatori hanno creato e mantengono un collegamento con un operatore di riferimento del SerDP di provenienza	11,6% (23)	25,7% (51)	62,7% (124)	4,7	198
15. Mi sento rispettato dagli operatori	6,6% (14)	21,5% (45)	71,9% (151)	4,9	210
16. Ho fiducia negli operatori che mi seguono	9,1% (19)	18,7% (39)	72,2% (151)	4,9	209
17. La quantità degli incontri che la Comunità organizza con i miei famigliari è soddisfacente	21,5% (42)	24,1% (47)	54,4% (106)	4,2	195
18. La qualità degli incontri che la Comunità organizza con i miei famigliari è soddisfacente	17,1% (33)	22,3% (43)	60,6% (117)	4,9	193
19. La Comunità mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno	6,6% (14)	26,7% (55)	67,3% (142)	4,7	211
20. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a migliorare la mia salute	5,3% (11)	22% (46)	72,7% (152)	4,9	209
21. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a uscire dalla dipendenza	8,2% (17)	20,2% (42)	71,6% (149)	4,9	208
22. Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questa Comunità in caso di bisogno	11% (23)	16,7% (35)	72,3% (151)	4,9	209

Tab. 2 – Valore percentuale e assoluto di ogni singolo item della scala Likert
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

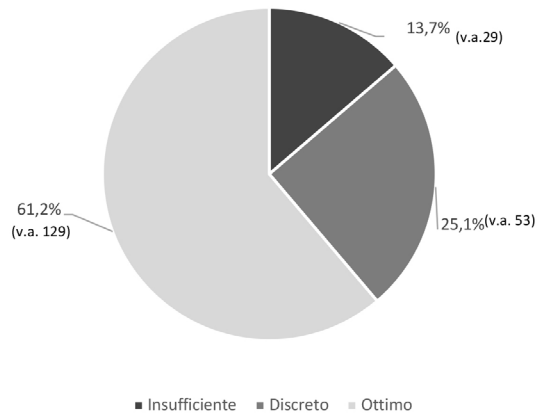
2. Risultati: analisi singoli items

I risultati emersi dalla ricerca evidenziano una soddisfazione medio-alta. La nostra valutazione inizia dall'analisi dei risultati delle singole scale Likert che avevamo impostato nel questionario, come si può vedere dalla Tab. 2, in cui sono presenti percentuali e valore assoluto di ogni singolo item e la media finale (scala da 1 a 6, media ponderata 3,5) sempre di ogni singolo item.

Soddisfazione utenti	Grado di qualità assegnata
Struttura e organizzazione delle Comunità	4,6
Rapporto con gli operatori	4,7
Capacità della struttura di risolvere il problema della dipendenza	4,9

Tab. 3 – Livello di soddisfazione per macro aree
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

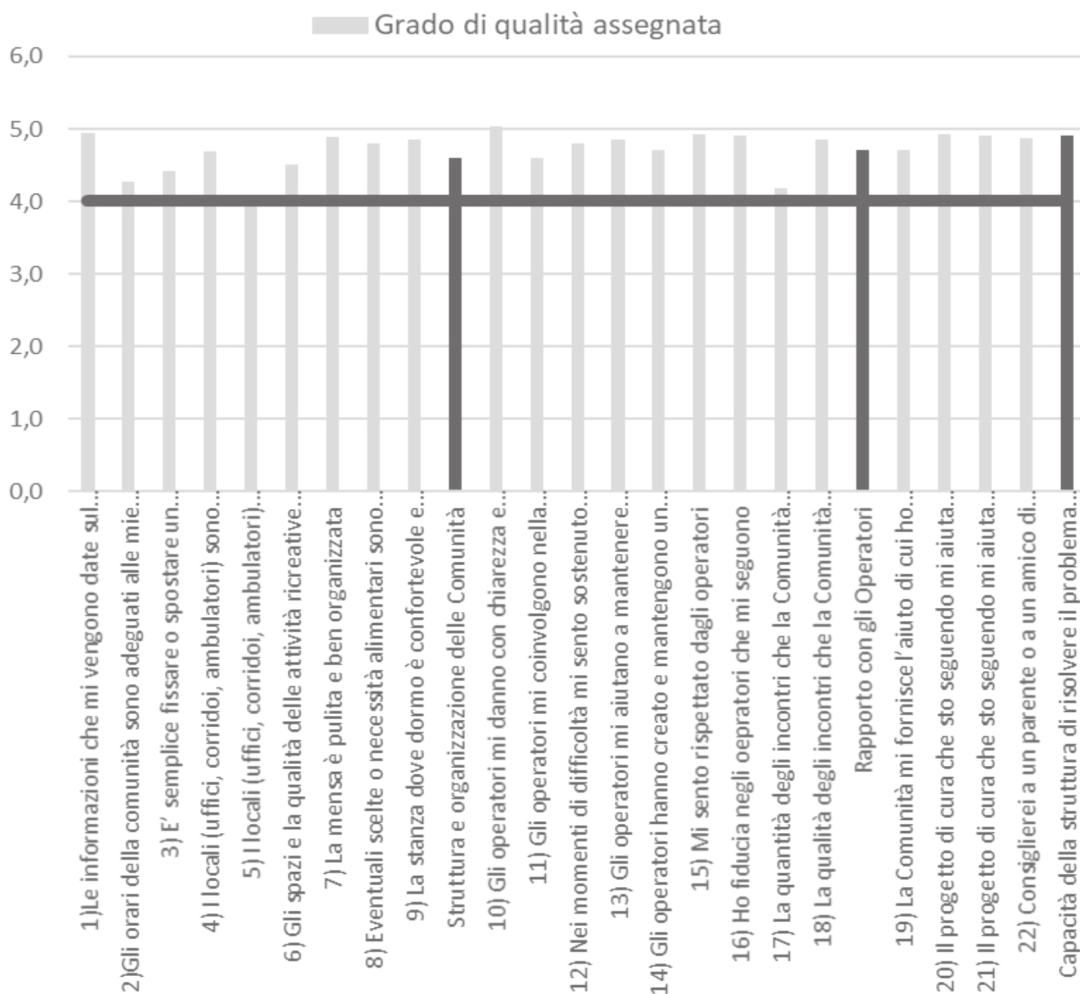
Valutazione complessiva



Graf. 2 – Quanto si ritiene complessivamente soddisfatto di questa comunità

Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

32



Graf. 1 – Livello di soddisfazione per singoli items
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

I due item con una media più bassa sono il tema della privacy (item 5) e il tema della quantità di incontri con la famiglia (item 17). Da evidenziare come questo ultimo dato, opponendosi alla massima valutazione dell'item 18, relativo alla valutazione della qualità degli incontri con la famiglia, sottolinei l'esigenza di far corrispondere ad una valida gestione del recupero della bontà delle relazioni familiari anche una risposta al bisogno degli utenti di incrementarne la consistenza, attraverso incontri più frequenti.

Dall'analisi dei risultati emerge che la valutazione complessiva, delle diverse aree indagate (Struttura e organizzazione,

Rapporto con gli operatori e Capacità della struttura di risolvere il problema della dipendenza) riporta valori medio-alti, rispettivamente 4,6, 4,7 e 4,9 (Vedi Tab. 3) dove 3,5 è il punteggio medio.

Se analizziamo la soddisfazione dell'area riguardante la struttura e l'organizzazione delle Comunità, gli items che raggiungono la maggiore soddisfazione riguardano la confortabilità, la qualità delle informazioni sul funzionamento delle strutture, organizzazione e pulizie delle mense, la confortevolezza delle stanze dove dormono. La scala Likert con la media più bassa (4.0) riguarda, invece, la

<i>Fasce d'età</i>	Insufficiente % (VA)	Discreto % (VA)	Ottimo % (VA)	Tot % (VA)
=< 30	16,3% (8)	28,6% (14)	55,1% (27)	100% (49)
31 - 50	11,7% (11)	26,6% (25)	61,7% (58)	100% (94)
=> 51	12,5% (5)	20,0% (8)	67,5% (27)	100% (40)
Totale	13,7% (24)	25,1% (47)	61,2% (112)	100% (183)

Tab. 4 – Quanto si ritiene complessivamente soddisfatto di questa comunità per fasce d'età
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

	Insufficiente % (VA)	Discreto % (VA)	Ottimo % (VA)	Tot % (VA)
Maschi	13% (20)	22% (34)	65% (102)	100% (156)
Femmine	18% (7)	38% (15)	44% (17)	100% (39)
Totale	13,8% (27)	25,1% (49)	61,1% (119)	100% (195)

Tab. 5 – Quanto si ritiene soddisfatto di questa comunità per genere
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

	Insufficiente % (VA)	Discreto % (VA)	Ottimo % (VA)	Tot % (VA)
Licenza scuola secondaria di primo grado	14,15% (15)	20,75% (22)	65,09% (69)	100% (106)
Diploma o Maturità	12,35% (10)	27,16% (22)	60,49% (49)	100% (81)
Laurea	27,27% (3)	36,36% (4)	36,36% (4)	100% (11)
Totale	14,14% (28)	24,24% (48)	61,62% (122)	100% (198)

Tab. 6 – Quanto si ritiene soddisfatto di questa comunità per titolo di studio conseguito
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

	Insufficiente % (VA)	Discreto % (VA)	Ottimo % (VA)	Tot % (VA)
< 2 mesi	29% (9)	6% (2)	65% (20)	100% (31)
Da 2 mesi a 1 anno	11% (11)	29% (28)	59% (57)	100% (96)
> 1 anno	10% (7)	27% (19)	63% (45)	100% (71)
Totale	14% (27)	25% (49)	62% (122)	100% (198)

Tab. 7 – Quanto si ritiene soddisfatto di questa comunità per periodo di permanenza
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

	Insufficiente % (VA)	Discreto % (VA)	Ottimo % (VA)	Tot % (VA)
Droghe	15% (22)	28% (40)	57% (81)	100% (143)
Alcool	15% (6)	12% (5)	73% (30)	100% (41)
Altro	0	27% (4)	73% (11)	100% (15)
Totale	14% (28)	25% (49)	61% (122)	100% (199)

Tab. 8 – Quanto si ritiene soddisfatto di questa comunità per tipo di dipendenza
Fonte: nostra elaborazione su dati di ricerca, 2023

privacy che si ha nei vari locali della struttura. Il giudizio espresso dagli utenti nei confronti del rapporto con gli operatori risulta essere 4,7, con un range di risposte che vanno dal 4.2 al 5, quest'ultimo valore lo si raggiunge nella domanda sulla chiarezza che hanno gli operatori con gli utenti rispetto al percorso terapeutico, seguito da un 4.9 sul ruolo degli operatori nel supportare l'adesione al progetto e nel sentimento di fiducia e di rispetto. Il valore più basso si evidenzia nella quantità degli incontri che la comunità organizza con le famiglie (come si diceva, questo dato, è rinforzato dal valore massimo rispetto alla dimensione qualitativa degli attuali incontri).

In linea con quanto già emerso nel blocco precedente, anche l'area legata alla capacità di risolvere il problema della dipendenza, l'efficacia, riporta il valore medio più alto con un valore di 4,9.

La valutazione relativa alle diverse affermazioni della Likert è molto alta in tutte le affermazioni, con un valore pari a 4,9. (Graf. 1).

3. Risultati: approfondimento analisi item soddisfazione complessiva

La valutazione della soddisfazione complessiva alla comunità in generale da parte degli intervistati (voto da 1 a 10) risulta essere ampiamente positivo: 61,2% (ottimo, voto da 10 a 8), 25,1% (discreto, voto da 7 a 6), 13,7% (insufficiente, voto da 5 a 1). (Graf. 2).

Dall'incrocio di questo dato con le fasce d'età la popolazione tra i 31 e i 50 anni è la fascia più soddisfatta (58 soggetti su 183 che hanno risposto alla domanda, pari al 32%); la fascia con una valutazione più insoddisfatta sono i giovani sotto i 30 anni (vedi Tab. 4).

Dall'incrocio col genere si evidenzia una maggior criticità delle femmine (Tab. 5); questo apre una riflessione valutativa sia generale che per singola struttura della Comunità PGXXIII. Una delle caratteristiche maggiormente analizzate in studi sociologici è il titolo di studio; il nostro campione è rappresentato per più della metà (53%) da soggetti con licenza scuola secondaria di primo grado, tra questi, la maggioranza ha dato valutazione ottima. I meno soddisfatti sono i laureati (Tab. 6); per correttezza di informazione va, però

precisato che i laureati sono solo il 5,5% del nostro campione. Un altro aspetto che sicuramente può influire sulla valutazione generale di un servizio è il tempo di permanenza nella struttura; quasi un 30% di soggetti che sono in struttura da meno di due mesi si ritengono insoddisfatti della medesima (Tab. 7).

Rapporto tra dipendenza da droghe o alcool e livello di soddisfazione non presenta differenze significative (Tab. 8).

4. Proposte di miglioramento/innovazione dall'analisi della domanda aperta

L'analisi del dato raccolto nella domanda aperta dopo le scale Likert, ci fornisce importanti informazioni su cosa propone l'ospite per migliorare la propria e altrui soddisfazione; l'ipotesi che ci guida è quella che maggior soddisfazione corrisponda a maggior efficacia del programma terapeutico attivato dalla struttura residenziale (seppur senza nessuna correlazione diretta con l'*outcome*). Con l'item 23 "Complessivamente quanto si ritiene soddisfatto di questa Comunità", abbiamo una media su una scala da 1 a 10 pari a 7,56 su un totale di risposte di 177 ospiti. Se accorpriamo le risposte abbiamo il 62,2% con voto ottimo, 25,1% con voto discreto, 13,7% con voto insufficiente.

L'implementazione di un buon processo di soddisfazione dell'utenza è un obiettivo molto importante per chi vuole conseguire un buon livello di qualità dell'organizzazione, non solo rispetto all'assistenza ma anche nel funzionamento complessivo del sistema comunità residenziale.

L'analisi di una ricerca qualitativa con un campione così ampio evidenzia spesso affermazioni opposte nella soggettività degli intervistati. Non è nostra intenzione fare una analisi quantitativa ma mettere in evidenza delle tendenze, delle ipotesi di potenziali miglioramenti dal lato degli utenti, in una cornice di miglioramento/innovazione della Comunità PGXXIII.

4.1 Empowerment strutture e organizzazione

Quasi duecento proposte in quest'area; per cui difficile fare sintesi; da una lettura complessiva emergono alcuni desiderata prevalenti:

- Favorire maggior contatto con la realtà circostante alla struttura residenziale, intesa sia come opportunità socio-

culturali, sia come conoscenza del territorio (in primis risorse professionali e servizi socio-sanitari). Viene anche sottolineato il favorire maggior attività di volontariato da parte degli ospiti all'esterno della struttura.

- Avere in ogni struttura due quotidiani: i) uno informativo relativo ad avvenimenti storici e di cronaca sia del mondo che locali (Corriere della sera); ii) uno sportivo (Gazzetta dello sport). Due copie per permetterne un utilizzo ampio nei momenti di pausa. Collegato a questo, avere almeno due serate per vedere film, se possibile scelti insieme.
- Favorire maggior attività sportiva sia in struttura che all'esterno nelle palestre del territorio sempre nell'ottica di avere più occasioni di relazioni e di inserimento sociale.
- Rendere maggiormente compatibile il tempo personale (ad esempio lettura, hobby, riposo) con quello comunitario, a partire dalla seconda e terza fase del programma terapeutico.
- Creare ed organizzare attività formative rispetto al mondo del lavoro (coinvolgere le risorse del territorio, professionisti in pensione, anche come risorse relazionali).
- Pensare all'ipotesi di ridurre i tempi di permanenza nella struttura (qualcuno ipotizza un anno e mezzo) per non perdere i rapporti positivi con la realtà di provenienza.
- Rendere più protagonisti gli utenti nelle scelte delle attività serali e del tempo libero.

4.2 Empowerment rapporto con gli operatori

Come si accennava in apertura, ci sono ospiti che chiedono più incontri individuali, altri, al contrario, più incontri di gruppo. Da una lettura complessiva possiamo evidenziare alcune richieste prevalenti:

- Definire ulteriormente gli obiettivi del percorso terapeutico, e monitorarne l'avanzamento con gli stessi utenti e i loro familiari. Questo punto viene spesso richiamato insieme al ruolo e alle funzioni del SerDP che ha fatto l'inserimento, e che condivide e finanzia il percorso (questo è ancora più vero in Emilia-Romagna con il progetto REX).
- Personalizzare maggiormente il percorso terapeutico sia come valutazione anamnestico diagnostica che terapeutica di ogni singolo ospite.
- Implementare la qualità e la quantità degli strumenti terapeutici per affrontare le crisi che sono parte integrante del percorso. Questo punto è spesso collegato alla richiesta di avere più relazioni terapeutiche significative e più colloqui con gli operatori all'interno della Comunità.
- Favorire la presenza di figure psicologiche che affianchino quelle educative (qualcuno propende per una figura per ogni struttura con un ruolo specifico).
- Aumentare il tasso nel rapporto educatori/ospiti. Maggior presenza di volontari del servizio civile.
- Dare più identità ai diversi ruoli e funzioni presenti nell'organigramma sia della Comunità PGXXIII che come

singola struttura residenziale (alcuni ospiti lamentano dimenticanze degli educatori nel rapporto con UEPE o con il SerDP).

4.3 Capacità della comunità di risolvere il problema delle dipendenze patologiche

- Evitare di inserire nella stessa struttura ospiti con patologie psichiatriche (doppia o tripla diagnosi) con ospiti con problematiche ordinarie.
- Favorire maggior presenza o consulenze più frequenti con psicologi e/o psichiatri che si integrano con gli educatori.
- Favorire un miglior rapporto/contatto con il SerDP di provenienza, anche nella prospettiva futura di reinserimento nel proprio contesto di vita.
- Prevedere, in un'ottica preventiva e dissuasiva, incontri periodici sulle sostanze stupefacenti, compreso l'alcol.
- Separare gli ospiti giovani da quelli storici o con età avanzata.
- Favorire percorsi terapeutici meno lavorativi per alcune tipologie di utenti, ad esempio quelli più fragili.

4.4 Empowerment rete familiare e rete amicale

Una parte non secondaria delle risposte nella domanda aperta sono relative alla famiglia in primis, ma alla stessa rete socio-affettiva.

- Favorire più contatti telefonici e anche più incontri con i propri familiari; invito a pensare a modalità di incontro nuove ed innovative nella loro organizzazione.
- Incontrare i genitori in un pranzo fuori dalla struttura.
- Mantenere legame anche con amico/a se ritenuto/a una figura sana e positiva.
- Poter usare il cellulare per mantenere o ravvivare le relazioni con familiari o amici; questo dopo il primo anno in struttura.

Osservazioni conclusive

Siamo consapevoli di quanto sia complessa la rilevazione della percezione della qualità di un servizio/struttura residenziale per la mutevolezza dei suoi significati e per le differenze di giudizio che i soggetti valutanti possono esprimere. L'elemento, a nostro parere rilevante, è aver aperto la valutazione dal lato dell'utenza (come richiesto dalla normativa sull'accreditamento della Regione Emilia-Romagna) come strumento utile per la programmazione dell'attività delle strutture residenziali della Comunità PGXXIII. A questo saggio valutativo seguirà un Report complessivo che raccoglierà i dati sia generali che specifici di ognuna delle 17 strutture intervistate.

Una nota non secondaria: un direttore o un operatore della Comunità PGXXIII, nel suo ruolo "terapeutico educativo" già è depositario di stimoli e proposte che quotidianamente arrivano dagli ospiti, l'importante è saperli poi tradurre in

progetto di “governo” o di “governo-esercizio”. Se ci limitiamo a singoli items delle scale Likert, le domande che hanno avuto valori più bassi sono la n. 5 (privacy dei locali) e la n. 17 (quantità di incontri con la famiglia); il rapporto con la famiglia è interessante perché vengono sottolineati la quantità di incontri non soddisfacente, dall'altra viene molto positivamente valutata la qualità degli stessi (questi ultimi due dati emergono anche nella domanda aperta).

L'area della relazione tra operatori ed ospiti è quella che ha avuto la maggior attenzione da parte degli intervistati a conferma del fatto che il lavoro riabilitativo con i pazienti con dipendenza patologica passa in primis dalla costruzione di una buona relazione d'aiuto; ampie sono anche le valorizzazioni delle competenze professionali: massimo valore quantitativo sia nell'item relativo alle info chiare e complete che gli operatori danno sulle terapie e sulla salute degli ospiti, sia nei due item relativi a rispetto e fiducia. Ultimo, ma non meno importante, è stata sottolineata l'importanza dell'aiuto a mantenere l'adesione al progetto terapeutico.

Dall'analisi complessiva delle informazioni sia dalle scale Likert che dalla domanda aperta possiamo riassumere alcune indicazioni di miglioramento che ci sembrano salienti:

- i. Miglior attenzione alla definizione e personalizzazione del progetto terapeutico rispetto alle caratteristiche individuali del soggetto. Questo rimanda anche ad un rapporto più stretto con il SerDP, sia come relazione anamnestica-diagnostica e nell'invio, sia nel monitoraggio del percorso terapeutico.
- ii. Maggior coinvolgimento degli ospiti e della famiglia nelle varie fasi del percorso terapeutico-riabilitativo intrapreso.
- iii. Diversificazione degli strumenti terapeutici, specie per le frequenti e naturali crisi; collegata a questo, la richiesta di figure psicologiche all'interno della struttura o consulenze esterne con figure psico-psichiatriche dei SerDP (azione di miglioramento potrebbe anche essere quella di una formazione congiunta tra educatori della Comunità PGXXIII e psicologi-psichiatri del SerDP medesimo).

Co-autori

Simona Olivadoti, sociologa della salute, consulente presso Ministero della Salute e ATS Città Metropolitana di Milano

Massimo Neri, sociologo, responsabile Qualità, ambito dipendenze Comunità PGXXIII

Giovanni Salina, infermiere, Co-Coordinatore ambito dipendenze Comunità PGXXIII

Luca Scarponi, educatore professionale, Co-Coordinatore ambito dipendenze PGXXIII

Raffaella Valente, statistica, educatore professionale, collaboratrice PGXXIII

iv. Invito a separare gli ospiti giovani da quelli “storici” o soprattutto da quelli con doppia/tripla diagnosi (questo solo dalle domande aperte).

v. Favorire un maggior rapporto quali quantitativo con la famiglia di origine (alcuni propongono anche con gli amici “sani”); telefonate o video-chiamate (o altro) lungo il percorso possono essere sia una ulteriore risorsa terapeutica, sia un aiuto facilitante il reinserimento dopo le dimissioni.

vi. Maggior contatto con la realtà del Comune dove ha sede la struttura residenziale come conoscenza del territorio/servizi presenti, come opportunità socio-culturale, come opportunità formativa e relazionale (servizi/associazioni pubblici e privati, produttivi e non).

In conclusione, come strategia operativa futura, si potrebbe pensare che il questionario di valutazione utilizzato, migliorato e diversificato in alcune sue parti, potrebbe essere somministrato anche agli educatori/operatori della Comunità PGXXIII allo scopo di dare ulteriormente voce al secondo lato del triangolo equilatero della qualità totale, sempre nell'ottica del miglioramento continuo.

Sarebbe inoltre interessante immaginare una progressione di questo studio di tipo prospettico al fine di verificare una ipotesi stimolante che presenta un rationale forte e cioè se la *customer satisfaction* possa essere considerato un indicatore proxy di ritenzione in trattamento, di conclusione del trattamento e quindi, in ultima analisi, di esito.

Bibliografia

Casalboni D., Saponaro A., 2005, *Come gli utenti valutano un servizio tossicodipendenze. Cinque anni di dati a confronto a Rimini*, in Ugolini P., Qualità e outcome nelle dipendenze, F. Angeli, Milano.

Cinotti R., Cipolla C., 2003, *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini*, F. Angeli, Milano.

Corbetta P., 1999, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino.

Giarelli G., Lombi L., 2022, *La partecipazione dei cittadini-utenti/pazienti e della società civile nel SSN*, Salute e Società, anno XXI, n. 1/2022.

Leone L., Prezza M., 2014, *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*, F. Angeli.

Rizzo M.V., Tritto A., 2005, *Linee Guida per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction*, Ministero dell'Interno.

Ugolini P. (a cura di), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, F. Angeli.

Fattori sociali e appropriatezza dei ricoveri psichiatrici dei minori

Analisi dei dati e proposte operative a Bologna

Stefano Costa, Fabio Lucchi, Simona Chiodo,
Chiara Ghizzi, Marzia Malaguti

ABSTRACT

Diversi studi in letteratura segnalano come fattori sociali, fra cui l'inserimento in comunità, influenzino negativamente il ricovero psichiatrico dei minori.

Viene presentata una analisi di casistica relativa ai ricoveri di minori per motivi psichiatrici eseguiti nell'AUSL di Bologna negli anni 2021, 2022 e primi 6 mesi del 2023. Le variabili analizzate sono state: età, genere, durata dei ricoveri, motivi del ricovero, presenza di problematiche sociali, inserimento in comunità. L'analisi statistica conferma l'influenza negativa dei fattori sociali su durata e possibilità di ripetizione del ricovero.

In risposta a questa situazione vengono presentate alcune possibili piste di lavoro sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale.

37

Introduzione

Il rischio che elementi di natura sociale influenzino il ricorso al ricovero psichiatrico, lo svolgimento e la durata dello stesso, sia nell'adulto, sia nei giovani che nei minori, è segnalato in diversi lavori in letteratura. Ad esempio Tarsitani e coll. (2022) affermano che i migranti in Europa sono a maggiore rischio di trattamenti psichiatrici obbligatori con tassi significativamente più elevati rispetto alla popolazione dei nativi. Nel gruppo dei migranti il ricovero coatto risulta più frequente in quei pazienti che erano in Italia da meno di due anni probabilmente anche per una scarsa integrazione sociale e barriere relative all'accesso ai servizi di salute mentale nei migranti di recente arrivo.

Poiché le misure coercitive possono essere traumatiche ed avere effetti negativi sugli esiti, sono necessarie strategie per prevenire questo fenomeno. Il ricovero coatto pone significativi problemi etici e clinici ed è associato ad un impatto psicologico deleterio a lungo termine, con inoltre possibili effetti traumatici e una riduzione della compliance al trattamento.

Rif.
Stefano Costa, *neuropsichiatra infantile,*
Responsabile UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva,
DSM-DP/AUSL Bologna
0156 478305
stefano.costa@ausl.bologna.it

Anche uno studio svolto a Bologna da Tarricone e coll. (2023) ha mostrato rischi legati all'inappropriatezza degli interventi per uomini e donne con un background migratorio: essi hanno più alti tassi di ricovero psichiatrico e la differenza rispetto alla popolazione generale dei nativi risulta particolarmente pronunciata nel gruppo di più giovane età (15-24 anni) in cui vi è un tasso di ricovero tre volte superiore alla popolazione generale dei nativi. Lo stesso gruppo di giovane età è anche a maggiore rischio di ricoveri coatti.

Un altro aspetto segnalato in letteratura è, anche, il fatto che il ricovero psichiatrico risulta uno dei fattori di rischio per una ripetizione di altri ricoveri psichiatrici (Lurie et al. 2020). Fra i fattori sociali collegati a ricoveri potenzialmente impropri o di maggiore durata, risultano le difficoltà di gestione intrafamiliare e, per i minori, l'inserimento in comunità.

A tal proposito, So e coll. (2021), infatti, segnalano che l'accesso urgente in psichiatria risulta correlato alle seguenti caratteristiche: severità dei sintomi psichiatrici, luogo in cui è svolta la consulenza e alto livello di disgregazione familiare. Secondo gli autori, se il sistema familiare non è in grado o non vuole prendersi cura del paziente, ad esempio a causa di stanchezza, esaurimento, il medico può optare per la ospedalizzazione indipendentemente dalle condizioni cliniche del paziente. Pantell e coll. (2020), invece, indicano come i codici che attestano una condizione di tipo sociale, fra cui l'inserimento in comunità, risultano significativamente associati ad una maggiore durata del ricovero e al rischio di ripetizione di ricovero in età evolutiva.

Altri autori mettono specificamente a fuoco il tema del collocamento extrafamiliare, come Persi e Sisson (2008) che rilevano come i giovani in situazione di affidamento extrafamiliare e sottoposti a ricoveri psichiatrici hanno tassi più elevati di esternalizzazione nelle diagnosi, una età più giovane, un numero maggiore di contenzioni in ospedale e una maggiore probabilità di riammissione. Seltzer, Watson e Donohue (2022) invece affrontano il tema del ritardo delle dimissioni in bambini in affido extrafamiliare riscontrando che, anche quando dal lato sanitario il soggetto è dimissibile, la mancanza di soluzioni disponibili e adeguate ritarda la dimissione, in particolare per i bambini con diagnosi mediche o comportamentali complesse.

1. Scopo del lavoro

Scopo di questo lavoro è innanzitutto verificare se si riscontra, all'interno di una casistica di minori ricoverati per patologie psichiatriche in reparti ospedalieri dell'AUSL di Bologna, una influenza di fattori sociali, in particolare quello di inserimento in una comunità, e proporre alla discussione alcune possibili piste di lavoro su tale tematica.

2. Materiale e metodo

Sono stati analizzati per la AUSL di Bologna dati su due popolazioni:

- quelli relativi ai ricoveri di minori in SPDC negli anni 2021 e 2022 (provenienza dati: database aziendale);
- quelli relativi ai dati dei ricoveri di minori, a seguito di consulenza da parte dei medici neuropsichiatri infantili della UO di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (PPEE) ai Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore (Generale e Pediatrico), nel 2022 e nei primi 6 mesi del 2023 (analisi retrospettiva).

Le variabili analizzate sono state:

- Età.
- Genere.
- Durata dei ricoveri (sono stati specificamente analizzati i casi con ricoveri di durata maggiore della media).
- Ripetizione di ricoveri.
- Motivi del ricovero.
- presenza di problematiche sociali generali, facendo riferimento ai codici Z (Z55-Z65) dell'ICD-10 (Tab. 1).
- specifica di eventuale inserimento in comunità.

Z55 Problemi legati all'alfabetizzazione ed all'educazione

Z56 Problemi legati al lavoro o alla disoccupazione

Z57 Esposizione professionale a fattori di rischio

Z58 Problemi legati ad ambiente fisico

Z59 Problemi legati all'abitazione e alle condizioni economiche

Z60 Problemi legati all'ambiente sociale

Z61 Problemi legati ad un evento negativo della vita durante l'infanzia

Z62 Altri problemi connessi all'educazione del bambino

Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare

Z64 Problemi correlati a talune circostanze psicosociali

Z65 Problemi legati ad altre situazioni psicosociali

Tab. 1 – Elenco codici Z (55-65) ICD-10. Persone con potenziali problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche o a circostanze psicosociali

Con il test di Fisher è stata quindi valutata la significatività delle associazioni fra queste variabili.

3. Dati

Il primo dato che vogliamo riportare è quello relativo al tasso di ricoveri psichiatrici nei minori che, per la AUSL di Bologna,

risulta inferiore a quello medio regionale: il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche sui residenti minorenni (x 100.000) per la AUSL di Bologna, negli anni 2020, 2021, 2022, è, infatti, significativamente inferiore alla media regionale (rispettivamente pari a 82, 85 e 57 vs 138, 135, 79).

- Ricoveri in SPDC (anni 2021 e 2022)

Risultano 34 ricoveri di minori, 19 maschi, 15 femmine, età media 16,5 anni; la degenza media è di 6 giorni, 12 casi presentano problematiche sociali e 12 casi provengono da comunità.

L'analisi statistica, con test di Fisher, mostra una relazione significativa fra due variabili dicotomiche: inserimento in comunità e durata del ricovero maggiore della media (p=0,00956).

- Ricoveri ospedalieri effettuati a seguito consulenza medici NPI della UO PPEE nel 2022 e primi 6 mesi 2023

Risultano 90 ricoveri di minori, età media 13, 5 anni, 68 femmine, 22 maschi; 21 casi presentano problematiche sociali e 10 casi provengono da comunità; la degenza media è di 5 giorni.

La maggioranza di questi ricoveri sono stati effettuati nel Reparto di Pediatria o nella OBI della Pediatria (n 47, pari al 58%), segue la Medicina d'Urgenza (n 13, il 16%) e solo 7 (8%) sono ricoveri in SPDC.

Motivazioni che hanno condotto al ricovero:

Quadro clinico	N. pazienti	%
Autolesionismo e tentato suicidio	38	42%
Ansia	12	13%
Agitazione psicomotoria	11	12%
Disturbo del comportamento alimentare	6	6%
Depressione	6	6%
Motivi sociali	3	3%
Incidenti	4	4%
Altri quadri	10	11%
Totale	90	100%

Tab. 2 – sono riportate le motivazioni che hanno portato al ricovero

L'analisi statistica con test di Fisher mostra una associazione significativa fra le variabili dicotomiche: inserimento in comunità e durata del ricovero maggiore della media (p=0,000503) ed anche fra inserimento in comunità e presenza di ricoveri ripetuti (p=0,00292).

Per quanto riguarda le motivazioni che hanno condotto al ricovero entrambe le variabili presenza di problematiche

sociali ed inserimento in comunità, risultano associate all'agitazione psicomotoria, rispettivamente p=0,0024 e p=0,0018, mentre non emerge alcuna associazione con gli altri quadri clinici.

4. Discussione

Una prima riflessione è stata fatta relativamente al tasso di ricovero psichiatrico di minori che nell'AUSL di Bologna risulta inferiore alla media regionale. Questo dato può essere frutto della messa in campo di diversi dispositivi, in particolare della possibilità di attivare un Day Service per la pronta accoglienza dei casi urgenti, come di poter disporre di laboratori educativi specifici per questa tipologia di utenza e di interventi clinici ed educativi presso la NPIA territoriale. In secondo luogo ci pare che la differenza di età media fra i ricoveri attuati in SPDC (16,5 anni) e quelli eseguiti, a seguito di consulenza in Pronto Soccorso, prevalentemente in Pediatria (13,5 anni), possa attestare lo sforzo di garantire appropriatezza rispetto al setting di cura, che è stato possibile anche grazie alla disponibilità dei colleghi pediatri ed al sostegno specialistico che viene loro offerto. Esso si è concretizzato attraverso attività di formazione al personale medico e infermieristico, occasioni di supervisione e discussione di casi periodiche, disponibilità di consulenza diurna del medico NPIA, attivazione di un supporto da parte di volontari delle Associazioni di volontariato adeguatamente formati ed anche attivazione di interventi educativi. A tal proposito si sottolinea che durante la permanenza dei minori in regime di ricovero, compresi i ricoveri in SPDC, viene attivata la figura di un Educatore Professionale per 6 ore diurne per attività di tipo osservativo e terapeutico; nel 2022 sono state erogate 1318 ore per questa attività.

L'aspetto più importante da approfondire è quello relativo all'importanza dei fattori sociali, in particolare l'inserimento in comunità, nell'influenzare negativamente il ricovero psichiatrico, sia nel senso della durata superiore alla media, sia nel senso della ripetizione dei ricoveri, come si rileva anche nella nostra casistica, dove risulta una correlazione riguardo ai ricoveri provenienti da comunità e/o con problematiche sociali che paiono inoltre motivati da quadri più aspecifici come agitazione psicomotoria (rispetto a possibili quadri psicopatologici più strutturati come ansia o depressione).

A nostro parere il dato che i pazienti ricoverati provenienti da comunità tendano ad avere una maggior durata media delle degenze, una maggiore possibilità di ripetizione del ricovero ed un quadro di presentazione meno strutturato dal lato psicopatologico deve essere spunto di riflessione e ci ha spinto a proporre alcune piste di lavoro nelle conclusioni. Prima però chiariamo che questo dato non sancisce affatto una responsabilità negativa da parte delle comunità e degli

educatori che in esse operano, spesso con dedizione e professionalità, ma attesta una generale difficoltà di gestione, che, chi lavora nella quotidianità in queste realtà, ben conosce. Le comunità affrontano sempre più spesso casi complessi, giovani, fragili, traumatizzati, con progetti migratori indefiniti, con necessità economiche a cui non corrisponde una concreta possibilità di formazione lavoro ed impiego ed a rischio di devianza. Potrebbe, di converso, esserci anche una difficoltà dei servizi nel dare risposte efficaci e rispettose dei diritti e delle esigenze evolutive; per questo diviene necessario confrontarsi su soluzioni innovative ed implementare dispositivi per dare risposte alternative a ricoveri psichiatrici potenzialmente inappropriati.

Conclusioni

Il nostro studio pare in linea con un dato presente anche in letteratura: i fattori sociali, in particolare l'inserimento in comunità, possono influenzare negativamente il ricovero psichiatrico nei minori che risultano infatti più lunghi, più spesso ripetuti e legati a patologie meno strutturate. Queste considerazioni delineano la necessità di implementare i servizi, innovarli e sperimentare in rete nuovi dispositivi, percorrendo modalità di lavoro anche sperimentali, attiene sia alla sanità, sia ai servizi sociali degli Enti Locali.

Per quanto attiene alla Sanità riflettere sulla:

- elaborazione per ogni AUSL, una Procedura per i ricoveri psichiatrici di minori che coinvolga i Pronto Soccorso, i Reparti di Medicina d'Urgenza, e tutti i Reparti ospedalieri,

in particolare le UO di Pediatria, per garantire il collocamento nel setting di cura più appropriato a seconda dell'età e delle condizioni cliniche dei minori, l'attivazione di ricoveri di osservazione breve e di risorse diurne alternative al ricovero;

- valutazione della possibilità di accordi specifici con alcune Comunità per poter attuare formazione agli operatori e occasioni periodiche di supervisione o discussione dei casi complessi, a fronte dell'impegno ad accogliere questa tipologia di ragazzi ad esempio con sintomi comportamentali, garantendo progetti educativi flessibili e personalizzati.

Per quanto attiene agli Enti Locali riflettere sulla:

- modulazione di intensità educativa nelle Comunità di accoglienza che possa variare da una accoglienza ad alta autonomia con bassa intensità educativa, ad una con alta intensità educativa che preveda anche, per alcuni periodi, un rapporto 1:1 per gli utenti con quadri comportamentali più complessi;
- attivazione di risorse laboratoriali diurne e la creazione di luoghi di incontro informale attrattivi per ragazzi e ragazze;
- potenziamento delle risorse formative sia relative alla alfabetizzazione linguistica, sia alla formazione lavoro, così che siano sempre disponibili per ragazzi e ragazze, prevedendo anche la possibilità di ricevere un contributo in denaro in cambio del loro impegno, per dar possibilità di adempiere al mandato che spesso proviene dalla famiglia ed evitare siano coinvolti in attività illegali.

Co-autori

Fabio Lucchi, psichiatra, Direttore DSM-DP/AUSL Bologna

Simona Chiodo, neuropsichiatra infantile, Direttore UOC NPIA Attività Territoriale Evolutiva, DSM-DP/AUSL Bologna

Chiara Ghizzi, pediatra, Direttore Dipartimento Materno Infantile, AUSL Bologna

Marzia Malaguti, educatore professionale, UO Riabilitazione Età Evolutiva, UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, DSM-DP/AUSL Bologna

Bibliografia

Tarsitani L., Della Rocca B., Pancheri C., et al., *Involuntary psychiatric hospitalization among migrants in Italy: A matched sample study*, Int J Soc Psychiatry. 2022 Mar;68(2):429-434

Tarricone I., D'Andrea G., Galatolo M., et al., *Psychiatric Admission Among Migrants Before and During Pandemic: a Retrospective Study in Acute Psychiatric Ward in Bologna, Italy*, J Immigr Minor Health. 2023 Jun;25(3):507-521.

Lurie I, Barnea Y., Caspy Y., et al., *Patterns of psychiatric hospitalizations among migrant workers and asylum-seekers in Israel: a single hospital archive study, 2005-2011*, Nord J Psychiatry. 2020 Feb;74(2):115-122

So P., Wierdsma A.I., Kasiu M.C., et al., *Predictors of voluntary and compulsory admissions after psychiatric emergency consultation in youth*, Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 May;30(5):747-756

Pantell M.S., Kaiser S.V., Torres J.M., et al., *Associations Between Social Factor Documentation and Hospital Length of Stay and Readmission Among Children*, Hosp Pediatr. 2020 Jan;10(1):12-19

Persi J., Sisson M., *Children in foster care: before, during, and after psychiatric hospitalization*, Child Welfare, 2008;87(4):79-99.

Seltzer R., Watson B., Donohue P., *Delays in Hospital Discharge for Children in Foster Care: Reasons and Recommendations From a Multisite Study*, HOSPITAL CARE, VOL. 22, ISS. 8, P1452-1458, NOVEMBER 2022.

Appropriatezza nella residenzialità per minori

L'esperienza della RTI/P-M AVEN San Polo di Parma

A cura di

Antonella Squarcia, Margherita Baga, Giulia Decaneto,
Ilenia Maini, Barbara Nigri, Manuela Pellegrino, Pietro Pellegrini

ABSTRACT

Obiettivo di questo lavoro è rappresentare la capacità di accoglienza terapeutica della struttura residenziale per minori di San Polo di Torrile negli ultimi cinque anni. I risultati, pur mostrando un miglioramento significativo dei pazienti (secondo la scala Honosca), in particolare nelle aree del comportamento, dei sintomi e dell'ambito sociale, evidenziano una difficoltà nel mantenere i tempi previsti per i percorsi residenziali, sia in termini di durata che di continuità con l'aumentare della gravità e complessità dei pazienti accolti con maggiore necessità di interventi ospedalieri (dal 2% al 13% negli ultimi due anni). Ne consegue una difficoltà a rispondere ai bisogni di nuovi casi dell'intera AVEN negli ultimi due anni (post-pandemia). Lo studio si proponeva di valutare anche se ci fossero delle diagnosi che rispondevano in modo differente al trattamento residenziale, ma la casistica analizzata non ha evidenziato delle differenze statisticamente significative a causa della numerosità esigua del campione.

41

Introduzione

La Residenza a Trattamento Intensivo-Post Acuzie per minori (RTI/P-M) di San Polo di Torrile, con valenza sovra-aziendale per l'AVEN, attivata nell'ottobre 2013, è una Unità Operativa Semplice dell'UOC NPIA del DAI-SMDP dell'Az. AUSL di Parma. Accoglie fino ad un massimo di 9 ospiti affetti da quadri psicopatologici di età compresa tra i 10 e i 17 anni, già in cura presso la NPIA territoriale, sia nella fase di crisi (RTI-M) che nella fase di post-acuzie (RTP-M). Il trattamento residenziale presso la RTI-M San Polo è ritenuto appropriato se:

- è necessario un approfondito inquadramento diagnostico bio-psico-sociale, familiare, culturale, ambientale da effettuarsi mediante un'osservazione nelle 24 ore e tale valutazione non sia effettuabile in regime ambulatoriale;
- è necessaria un'elevata intensità di cura sanitaria specialistica attraverso la presenza di medico neuropsichiatra, infermieri, educatori e tecnici della

Rif.

Antonella Squarcia, *neuropsichiatra Direttrice UOC Psichiatria e Psicologia Clinica Infanzia Adolescenza, AUSL Parma*
3316 712809
asquarcia@ausl.pr.it

riabilitazione psichiatrica, psicologi e assistenti sociali specificamente formati per fornire un contenimento relazionale.

Tutti gli interventi vengono attuati con il consenso della persona e dell'esercente la responsabilità genitoriale e sono mirati a ridurre la sofferenza mentale, a limitare le condotte disfunzionali e migliorare l'autostima, l'autocontrollo, la motivazione e le relazioni. L'inviante propone un progetto e congiuntamente alla equipe interna alla RTI definisce gli obiettivi e gli strumenti necessari, considera le variabili quali valutazione della gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, urgenza dell'intervento, bisogni di cura e grado di consapevolezza e la collaborazione dell'adolescente e della famiglia, prognosi a distanza, necessità di cura e assistenziali.

La residenza utilizza due scale per valutare il funzionamento globale dei pazienti sia in ingresso (compilata dall'inviante) che in uscita (compilate congiuntamente equipe residenziale e inviante) ovvero l'HoNOSCA (Scala di esito per bambini ed adolescenti - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent - Gowers SG et al; versione italiana IRCCS E. Medea-La nostra Famiglia) e la Children's Global Assessment Scale (CGAS). Dette scale sono utilizzate nella nostra struttura anche per monitorare l'efficacia del trattamento.

La Scala HoNOSCA è stata individuata come uno strumento adatto a questo tipo di compito in quanto risponde alle esigenze cliniche di diagnosi, monitoraggio terapeutico e valutazione dell'andamento del PTI (Piano di Trattamento Individuale) dei pazienti a breve, medio e lungo termine. La scala individua alcuni aspetti comportamentali, emotivi e di pensiero spesso compromessi nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza (funzionamento sociale, agiti etero e auto aggressivi, iperattività, abuso di alcol o sostanze, problematiche di pensiero, problemi affettivi, sintomi somatici non organici, disturbi emotivi, relazioni con i pari, cura di sé e autonomia, vita familiare e di relazione, etc.. per un totale di 15 item).

La Children's Global Assessment Scale (CGAS) è una scala per fornire una misura globale di livello di funzionamento comportamentale ed emotivo nei bambini e negli adolescenti.

Il CGAS viene completato da un clinico sulla base delle informazioni acquisite dall'esame diretto e/o derivate da informatori quali genitori, educatori o case manager. I valutatori valutano il livello di funzionamento più compromesso del soggetto nel periodo di interesse (di solito l'ultimo mese) su una scala che va da un continuum da 100 (corrispondente a un funzionamento eccellente in tutti gli ambiti della vita) a 1 (che rappresenta un funzionamento molto scarso con necessità di supervisione costante).

1. La casistica accolta a San Polo

Dal gennaio 2018 al 30 settembre 2023 sono stati attuati 253 progetti residenziali. I numeri di ricoveri sono stati in linea con le attese (sopra i 40 e sotto i 50) ad eccezione del 2020 che ha registrato un lieve calo (tot 37) con un conseguente picco nel 2021 (54 numero maggiore di ricoveri/anno dall'apertura della struttura) (Fig. 1).

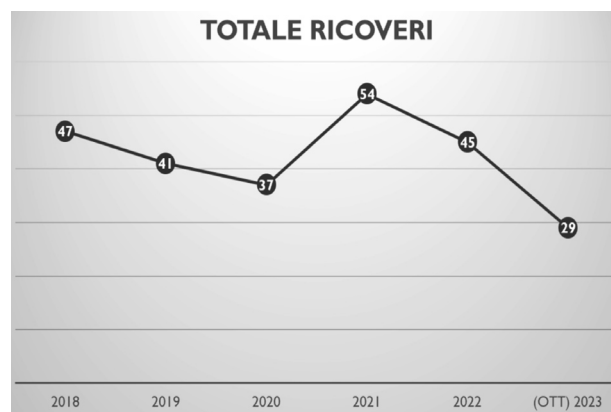


Fig. 1 - Totale ricoveri per anno

Dal 2018 al 2020 si è registrata una riduzione (21,2%) della capacità di accoglienza da parte della residenza e il trend in riduzione si è accentuato dal 2021 al 2023. (Fig. 2).

La maggior parte dei pazienti arrivano dal domicilio (NPIA territoriale), ma negli ultimi 3 anni si è assistito ad un forte aumento di invii da parte del reparto di Pediatria, in particolare di Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma. Si tratta di pazienti che accedono in urgenza e proseguono poi il ricovero in RTI (Fig 3).

Il numero di pazienti provenienti dall'area ospedaliera nel 2022-2023 ha superato gli invii dal domicilio (Fig. 4 e 5).

Il numero di ragazze ricoverate mantiene in modo piuttosto costante negli anni con un rapporto di 3:1 rispetto ai maschi (Fig. 6) e rappresenta complessivamente il 70% dei progetti. L'età media dei ricoveri, sia per i maschi che per le femmine, resta costante nel tempo con una netta prevalenza degli over 14 anni. La maggior parte dei pz ricoverati sono ragazze >14 anni. Nel 2023, diversamente agli anni precedenti, si è assistito ad un aumento della percentuale di ragazzi >14 anni. L'accesso di minori (M o F) <14 resta piuttosto costante nel tempo intorno al 10% (Fig. 7).

NPIA INVIANTE

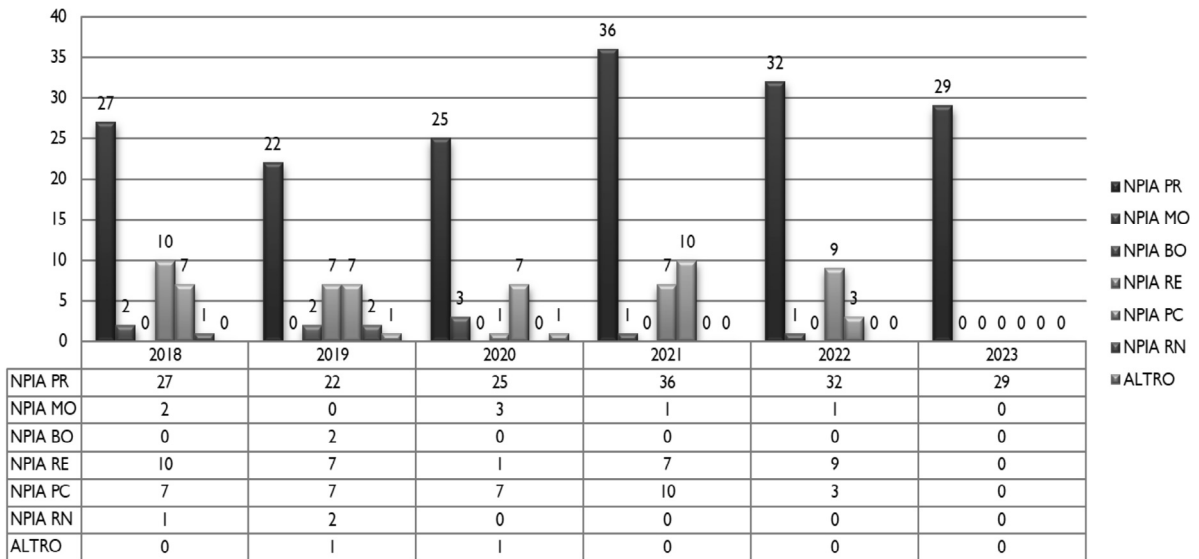


Fig 2 – Servizi inviati

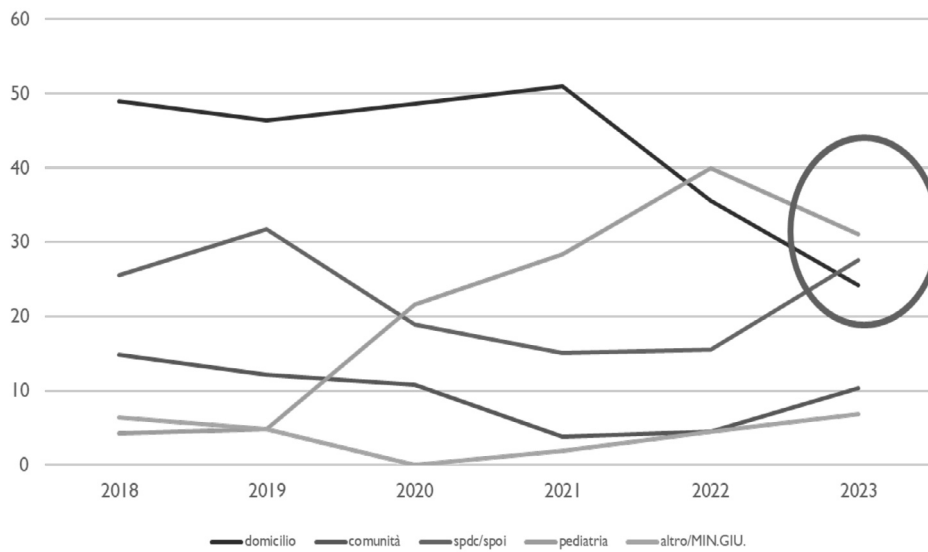


Fig. 3 – Provenienza complessiva pazienti

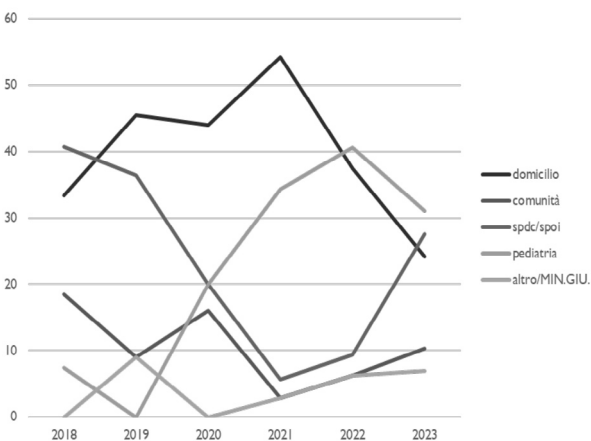


Fig. 4 – Provenienza Parma

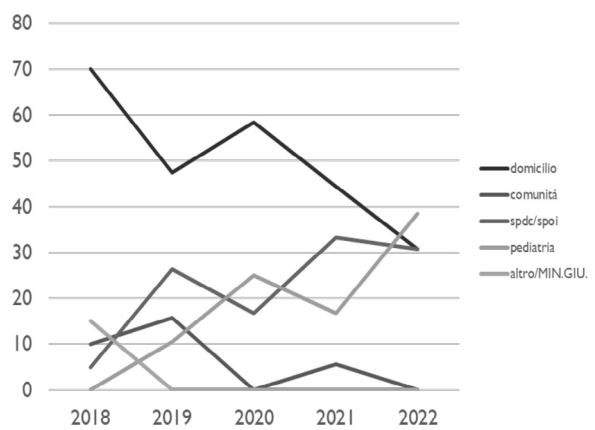


Fig. 5 – Provenienza AVEN

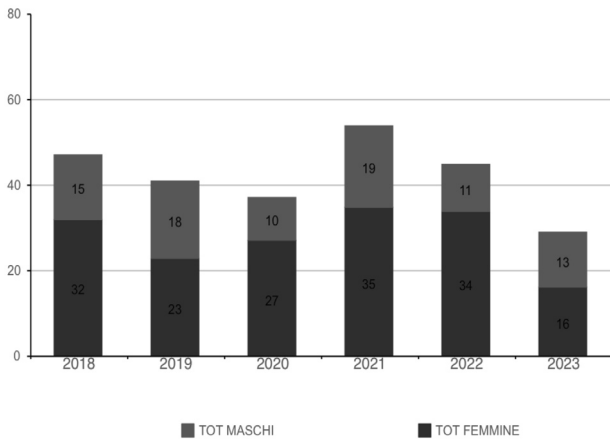


Fig. 6 - Genere

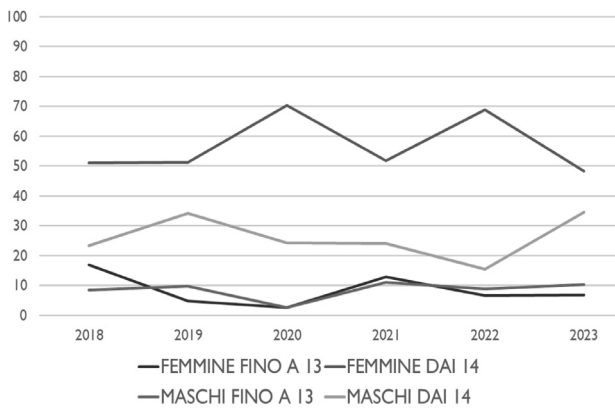


Fig. 7 - Andamento età di ingresso per genere/età

Gli ospiti accolti in residenza di origine straniera, gli adottati e gli affidi e gli ospiti inseriti con decreto del tribunale hanno nel corso degli anni avuto un andamento che potrebbe essere oggetto di riflessioni in particolare in merito all'effetto della pandemia (Fig 8).

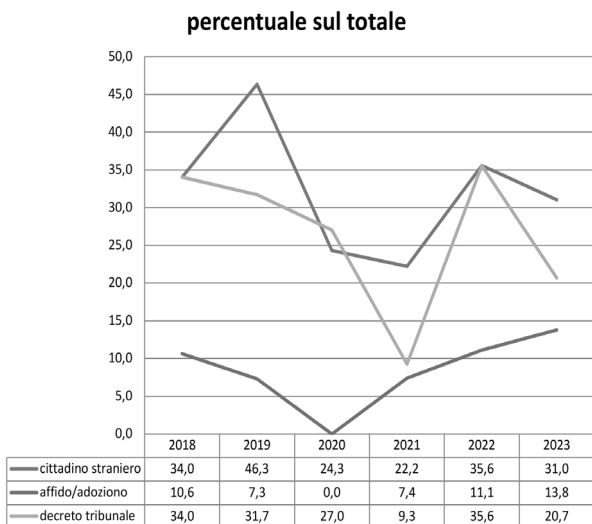


Fig. 8 - Andamento in percentuale stranieri/ affidi e adozioni e DT

Complessivamente la durata dei ricoveri negli ultimi 5 anni si è mantenuta all'interno delle indicazioni RER (Fig. 9). Nel 2021 è stato riscontrato un numero complessivo di ricoveri superiore al passato, ma mediamente più brevi. Nel 2022 ci sono stati 5 ricoveri oltre i 200 gg (quadri complessi): senza considerare tali ricoveri anche nel 2022 la media è in linea con gli altri anni, intorno ai 45 gg.

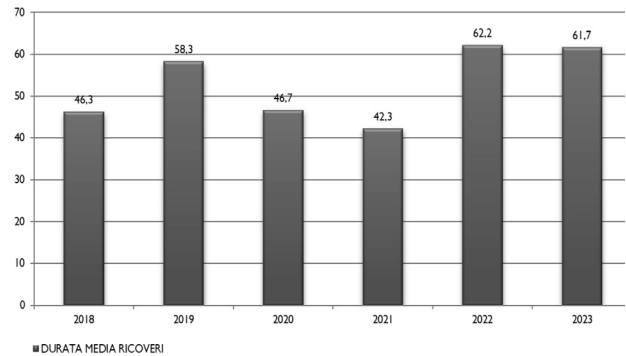


Fig. 9 - Durata media dei ricoveri

2. La casistica clinica accolta a San Polo

Le diagnosi accolte evidenziano che i disturbi del comportamento e della condotta (F90) restano i quadri prevalenti in modo piuttosto costante nel tempo. Solo nel 2020 si è assistito ad un'inversione, con prevalenza di quadri internalizzanti (F30-F40>F90). Nel 2021 (post-pandemia) si è verificato un picco di quadri depressivi (F30). Dal 2021 al 2023 salgono i ricoveri dei gravi disturbi di personalità (F60) (fig. 10 e Tab. 1). Dal 2018 al 2023 si è assistito a un calo di ricoveri per disturbi schizofrenici (F20), un trend altalenante dei ricoveri per C (F40) e un aumento

Caratteristiche	N = 190
sessu	
M	57 (30%)
F	133 (70%)
età_ingresso	15.00 (14.00, 16.00)
primo_asse	
F10	7 (3.7%)
F20	30 (16%)
F30	32 (17%)
F40	32 (17%)
F50	5 (2.6%)
F60	32 (17%)
F70	3 (1.6%)
F80	5 (2.6%)
F90	44 (23%)
n (%); Median (IQR)	

Tab. 1 - Statistiche descrittive delle variabili demografiche

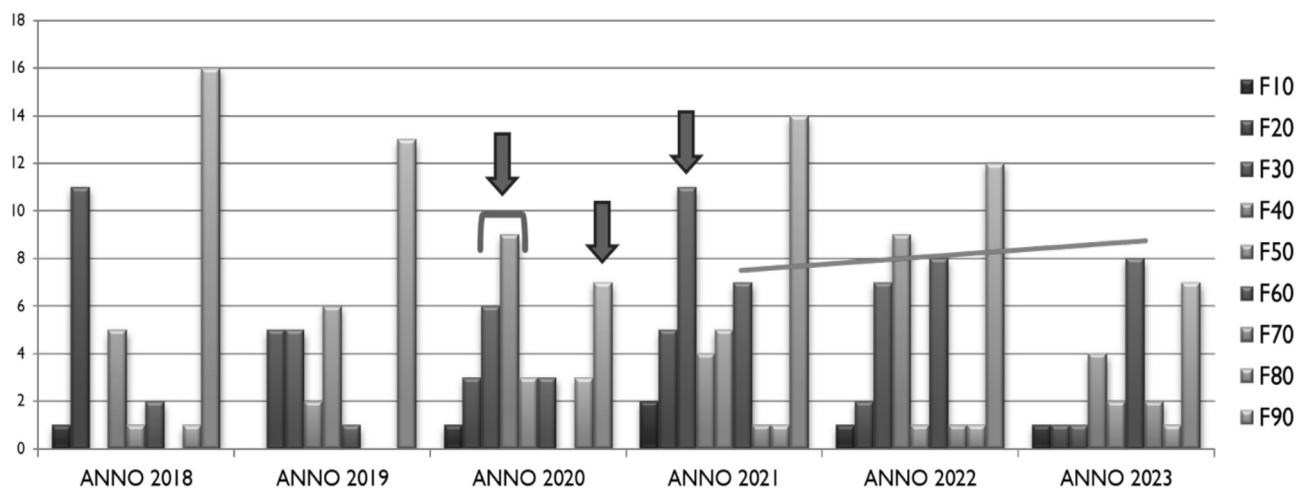


Fig. 10 - Diagnosi

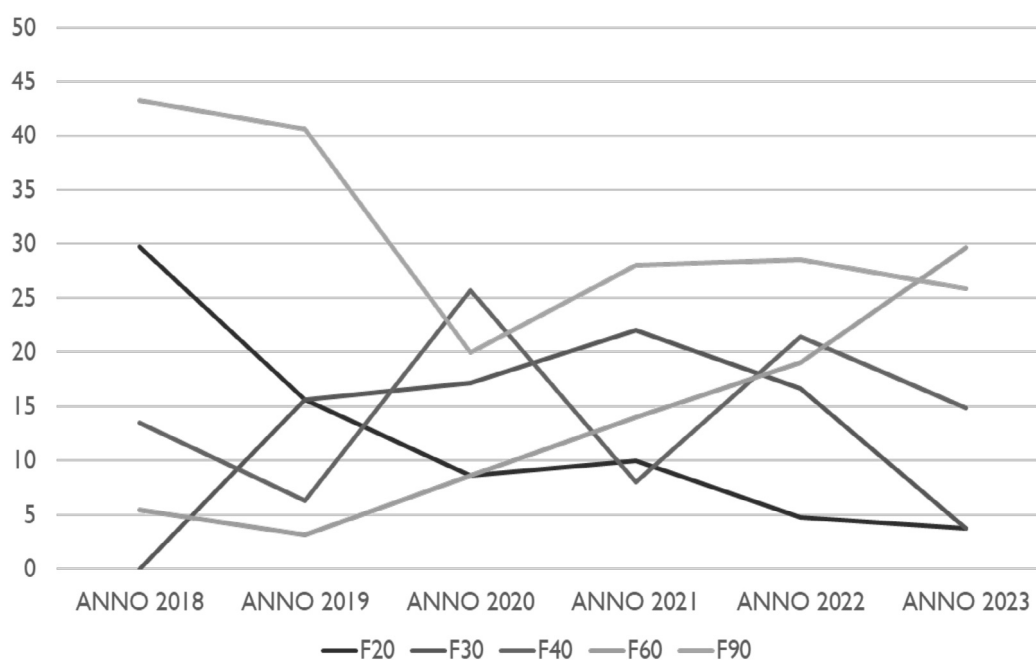


Fig. 11 - Diagnosi

netto dei gravi disturbi di personalità (F60). Nel 2020 netta riduzione dei disturbi del comportamento e della condotta (F90) a favore di quadri di disturbi del comportamento e della condotta (F40) (Fig. 11).

Al termine del ricovero la maggior parte dei pazienti (tra il 60 e l'85%) rientrano a domicilio con progetti territoriali; Negli ultimi anni si assiste ad un lieve calo della percentuale di dimissioni al domicilio contro un aumento della necessità di ulteriori passaggi di ricovero in strutture a maggiore intensità di cura (Fig. 12).

Dal 2018 al 2023 è aumentata la percentuale di pazienti (dal 2% al 14%) che dalla RTI-M hanno richiesto un ricovero in struttura ospedaliera a maggiore intensità di cura (SPOI/SPDC).

I pazienti con necessità di ricovero in contesti a maggiore intensità di cura sono in maggior percentuale nel gruppo di pazienti provenienti dall'area vasta (Fig. 13 e 14).

In merito alla valutazione attraverso le scale di funzionamento (Honosca e Cgas) negli ultimi anni è aumentata percentuale di accesso di pazienti più gravi (HONOSCA >26) (fig.15). Dal 2021 al

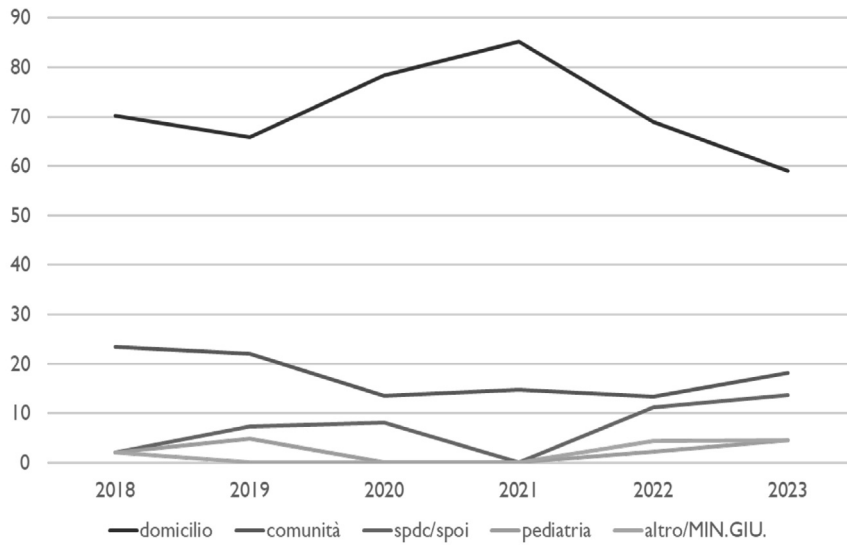


Fig. 12 - Esito dei ricoveri

46

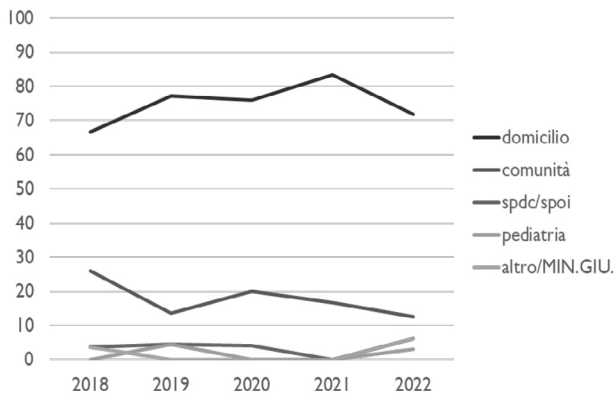


Fig. 13 - Esito ricovero Parma

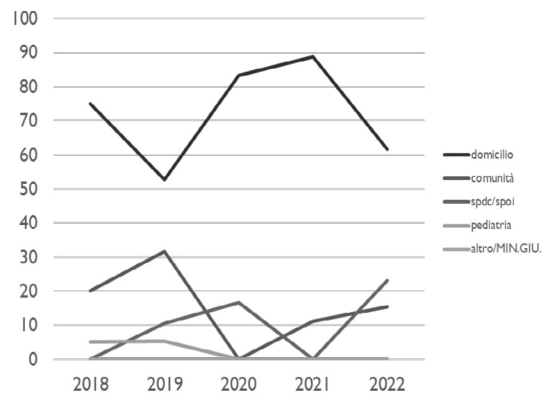


Fig. 14 - Esito ricovero AVEN

2023 aumenta la percentuale alla dimissione di quadri più compromessi (HONOSCA >26).

Sui dati Honosca è stata condotta un'analisi su un campione di 190 soggetti, in cui sono stati rilevati dati in due momenti distinti: baseline e fine ricovero. Nello specifico, sono state

analizzate le quattro sottoscale dell'Honosca, una scala sintetica che rappresenta la somma delle sottoscale e diverse variabili descrittive, tra cui la diagnosi di Asse I. L'obiettivo principale dell'analisi è stato quello di esaminare le variazioni nei punteggi della scala e delle sue sottoscale.

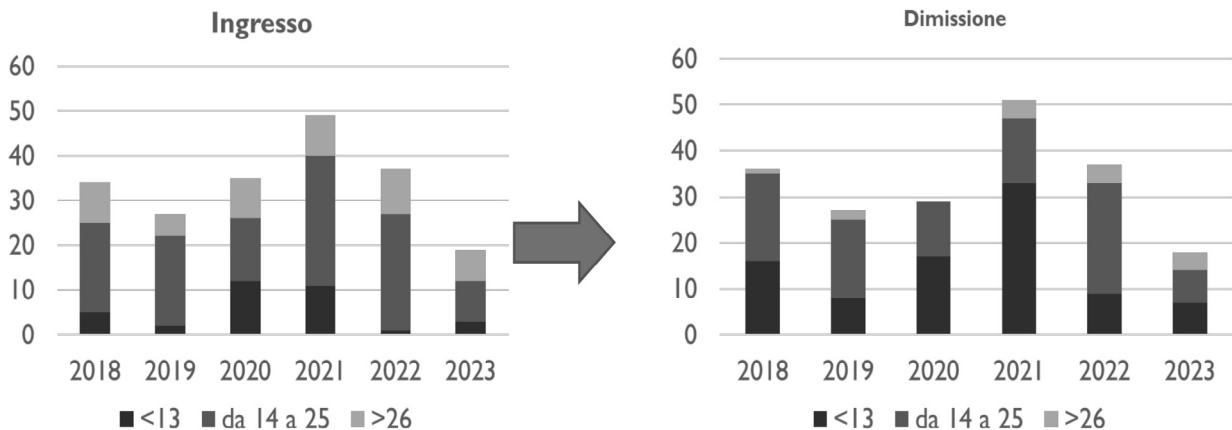


Fig. 15 - Honosca Ingresso/Dimissione

Inoltre, si intendeva indagare se esistono differenze nelle dinamiche dei punteggi in base alla diagnosi rilevata.

I dati a disposizione non sono ancora sufficienti per trarre delle conclusioni statisticamente attendibili. Tuttavia, per quanto riguarda l'area 1 (area che valuta in particolare il comportamento), si evidenzia un miglioramento in tutte le diagnosi trattate ad eccezione degli ospiti con diagnosi F70 e F80 che non hanno una casistica sufficiente per determinare attendibilità statistica. Per quanto riguarda l'area 2 (area che valuta la compromissione funzionale) è risultata essere l'area che complessivamente ha minore beneficio dal trattamento residenziale. Per quanto riguarda l'area 3 (area che valuta i sintomi) si evidenzia un miglioramento in tutte le diagnosi trattate ad eccezione degli ospiti con diagnosi F70 e F80, che non hanno una casistica sufficiente per determinare attendibilità statistica. Per quanto riguarda l'area 4 (area che valuta l'ambito sociale) si evidenzia un miglioramento in tutte le diagnosi trattate ad eccezione degli ospiti con diagnosi F70 e F80, che non hanno una casistica sufficiente per determinare attendibilità statistica. Complessivamente il genere e l'età non sembrano influenzare l'esito del trattamento.

Anche la C-GAS dimostra un peggioramento del funzionamento globale alla dimissione (dal 2020 al 2022 ascesa di punteggi <40) (fig. 16). Nel 2023, al momento, apparente inversione del trend.

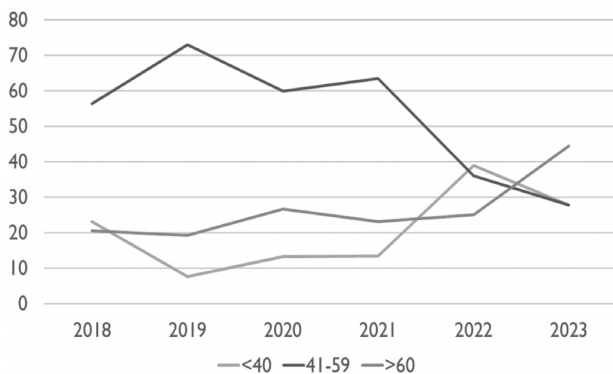


Fig. 16 – CGAS dimissione

Osservazioni

I dati finora raccolti permettono di fare solo delle valutazioni di tipo epidemiologico e demografiche, non si è infatti ancora in grado di indagare in modo statisticamente significativo se esistono differenze nelle dinamiche dei punteggi delle aree dell'Honosca in base alla diagnosi trattata. Si ritiene tuttavia che quanto registrato possa essere un importante spunto di riflessione per indirizzare i percorsi di cura di bambini e adolescenti affetti da psicopatologia.

Innanzitutto si conferma che il Disturbo della Condotta (F90) risulta il disturbo che, con trend costante e nettamente superiore agli altri disturbi (23 %), mette il territorio nella condizione di ricorrere a progetti residenziali. Le altre 4 categorie che in età evolutiva paiono mettere nella condizione la NPIA territoriale di ricorrere al trattamento residenziale sono i disturbi psicotici (16%) (F20), le sindromi affettive F30 (17%), i disturbi d'ansia e somatoformi (F40/ (17%) e i disturbi di personalità (F60) (17%). Si segnala tuttavia che per quanto riguarda i disturbi psicotici il trend è in progressiva costante diminuzione; nel 2018 le richieste di residenzialità per disturbi psicotici arrivava quasi al 20 % dei totali mentre nel 2022 è sotto il 10%, fenomeno che si ritiene indichi un aumento della competenza del servizio territoriale in tale ambito.

Una riflessione che si ritiene debba essere fatta dal sistema di cura, è il dato riguardante il genere femminile che rimane nettamente il più rappresentato tra i progetti residenziali e alla età media di ingresso che rimane sopra i 14 anni.

Altro dato che si ritiene possa essere significativo, è l'aumento progressivo della gravità dei pazienti in ingresso ed anche il grado di compromissione in uscita, che può segnalare da un lato la carenza di posti residenziali (si riescono ad inviare solo casi molto compromessi o che al momento dell'ingresso sono diventati più gravi), ma anche l'aumento della competenza del servizio territoriale in grado di gestire ambulatorialmente situazioni che anche solo 5 anni fa sarebbero state inviate in residenza. L'aumento della gravità di funzionamento in ingresso ha tuttavia determinato la necessità di ricorrere più spesso, da parte della residenza, a invii in ambienti più strutturati quali i reparti ospedalieri e quindi contemporaneamente ha determinato una difficoltà a portare avanti percorsi residenziali non in stretta continuità con il territorio di provenienza.

Co-autori

Margherita Baga, *neuropsichiatra, DAISM-DP/AUSL Parma*
 Giulia Decaneto, *neuropsichiatra, DAISM-DP/AUSL Parma*
 Ilenia Maini, *neuropsichiatra, DAISM-DP/AUSL Parma*
 Barbara Nigri, *neuropsichiatra, DAISM-DP/AUSL Parma*
 Manuela Pellegino, *coordinatore professioni sanitarie RT A.V.E.N. e Centro Adolescenza Giovani AUSL Parma*
 Matteo Zito, *Infermiere NPIA, DAISM-DP/AUSL Parma*
 Pietro Pellegrini, *Direttore Dipartimento DAISM-DP/AUSL Parma*

Bibliografia

M.E. Garralda, *Child and adolescent mental health service use: HoNOSCA as an outcome measure*, The British Journal of Psychiatry 177, 2000, 52-58.

Preti A, Rucci P, Santone G, Picardi A, Miglio R, Bracco R, Norcio B, de Girolamo G, for the PROGRES-Acute group: *Patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*. Psychol Med, 39, 2009, 485-496.

Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Briskman J: *Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—a prospective study of health gain and costs*. J Child Psychol Psychiatry, 48(12), 2007, 1259-1267.

Maggiolini A. (a cura di), 2001, *Psicopatologia del ciclo di vita*, Franco Angeli s.r.l., Milano, 2017. J. Manzano, F. Palacio Espasa, N. Zilkha, *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*, trad.it. Raffaello Cortina Editore, MI.

Mignosi G.G., 2020, *Lo spietato repertorio della contemporaneità. Verso una normopatia sociopatica*, Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni, MI.

Moro M.R., 2021, *I nostri bambini domani. Per una società multiculturale*, Franco Angeli s.r.l., MI.

Quaderni di Parma. Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma. Quaderno n. 1-2018 *I ragazzi sono pazienti?*
https://www.ausl.pr.it/azienda/quaderni_parma/ragazzi_sono_pazienti_quaderno_2018.aspx

Ribeiro da Silva D., D. Rijo, R. T. Salekin, 2018, *Psychopathic traits in children and youth: The state-of-the-art after 30 years of research, Aggression and Violent Behavior*, Volume 55, 2020.

Scalari P., 2019, *L'ascolto del paziente*, La Meridiana.

Scalari P., 2020, *Conoscere il gruppo. Spunti e appunti circolari*, La Meridiana.

Seikkula J., 2014, *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, trad.it, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Roma.

Stangalino M., 2021, *La cura psicoanalitica con bambini, adolescenti e genitori. Un modello possibile nei Servizi*, Franco Angeli s.r.l., MI.

Bates, Douglas, Martin Mächler, Ben Bolker, and Steve Walker. 2015. "Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4." *Journal of Statistical Software* 67 (1): 1-48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>.

Lenth, Russell V. 2023. *Emmeans: Estimated Marginal Means, Aka Least-Squares Means*. <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>.

Meredith, William. 1971. "Poisson Distributions of Error in Mental Test Theory." *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 24 (1): 49-82.

R Core Team. 2022. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>.

Dal ricovero al territorio con biglietto di sola andata

GenZ un progetto sperimentale fuori dagli schemi a Modena

Sara Cesi, Elena Di Pietro, Graziella Pirani

ABSTRACT

Questo saggio vuole illustrare l'esperienza della AUSL di Modena nel tentare di fornire risposte personalizzate agli adolescenti in situazione di crisi. In particolare il progetto sperimentale nasce dal rilievo della complessità e l'eterogeneità delle necessità assistenziali in regime residenziale nel contesto della presa in carico in Neuropsichiatria Infantile. Se è infatti chiaro come in una situazione di acuzie psicopatologica o di scompenso clinico sia utile e necessario il ricorso a contesti e percorsi sanitari, è altrettanto vero che frequentemente in età adolescenziale, lo scompenso può essere relativo ad un trigger ambientale, relazionale o prestazionale per cui l'offerta di un contesto a basso stimolo, accogliente e poco sfidante può rappresentare una risposta adeguata. In queste situazioni, d'altra parte, sarebbe disfunzionale dare a questi bisogni una risposta di tipo sanitario per l'errato impiego di risorse da orientare ad altro e per il rischio di categorizzare un momento di crisi in senso più strettamente sanitario con tutto quello che può comportare nell'identità dell'individuo e della sua famiglia.

49

Introduzione

L'OMS sottolinea che, nel mondo, il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali, che costituiscono la principale causa di disabilità nei giovani (Murray et al., 2002). Più precisamente, una recente metanalisi (Polanczyk et al., 2015) su 41 studi condotti tra 1985 e 2012 in 27 Paesi del mondo stima una prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva pari al 13,4%, tra cui disturbi d'ansia (6,5%), disturbo depressivo (2,6%), ADHD (3,4%), disturbo dirompente (5,7%), disturbo oppositivo-provocatorio (3,6%) e disturbo della condotta (2,1%). La risposta dei sistemi sanitari ai disturbi mentali non è ancora adeguata; infatti il gap tra la necessità di trattamento e la sua reale offerta è molto ampio in tutto il mondo, anche nel panorama nazionale italiano, in cui si è osservato negli ultimi 10 anni

Rif.
Cesi Sara, *neuropsichiatra*
UO NPIA AUSL Modena
338 1260142
s.cesi@ausl.mo.it

il raddoppio degli utenti nei servizi di NPIA, senza riuscire a garantire un'adeguata risposta assistenziale (dai recenti dati SINPIA solo il 15% dei bambini e ragazzi con disturbi neuropsichiatrici ottiene risposte terapeutico-riabilitative appropriate). A ciò si aggiunga che l'emergenza salute mentale infanzia e adolescenza è stata resa maggiormente evidente dall'impatto della pandemia e richiede interventi tempestivi, mirati e coordinati a tutti i livelli, educativo, sociale e sanitario (SINPIA, 2021).

1. Peculiarità e specificità dei servizi NPIA

Già nel 2013 il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) ha indicato come necessario il disporre di una rete integrata di servizi di NPIA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) per rispondere al principio della continuità terapeutica garantita da un servizio territoriale di riferimento e sottolineava le specificità di intervento per la cura dei minori rispetto ai maggiorenni:

1. L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai soli casi gravi e complessi, ma è invece la regola a causa dell'interazione costante fra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità fra i disturbi dei diversi assi.
2. In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche.
3. Gli interventi per i minorenni con disturbo neuropsichico grave devono poter garantire una diagnosi precoce, interventi tempestivi e quando necessario, intensivi, nel contesto meno restrittivo possibile, con la possibilità di presa in carico di lungo periodo, in un'ottica di appropriatezza e di percorsi di cura. Di contro, è abbastanza generalizzata una carenza di strutture ed interventi per i disturbi neuropsichici nei minorenni, specie se in fase di acuzie.

Le Linee di Indirizzo della Conferenza Stato Regioni (2019) richiedono inoltre una risposta sempre più articolata, differenziata ed efficiente. Per tali motivi appare sempre più necessario, oltre che dotarsi di tutta la filiera di interventi previsti dal LEA relativi alla prevenzione e cura dei disturbi neuropsichiatrici, anche di soluzioni innovative e flessibili di alternativa ai ricoveri ospedalieri e residenziali sanitari.

Anche le Linee di Indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva (SINPIA 2018) definiscono una serie di raccomandazioni clinico-organizzative di riferimento per operatori, gestori/organizzatori di servizi, decisori, familiari e utenti, che consentano una più appropriata gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza. Secondo tali Linee (Raccomandazione n. 7) il percorso assistenziale deve poter prevedere l'attivazione di risposte con livelli di intensità

assistenziale differenziati erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (criterio dell'appropriatezza clinica) nonché con la capacità di potervi accedere (criterio della compatibilità clinica), da parte dei minori a cui esse sono destinate.

2. La filiera dei trattamenti residenziali NPIA di Modena

In linea con quanto riportato dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni (2013) e ripreso dalla Conferenza Unificata (Ministero della Salute, 2014) il Settore NPIA della AUSL di Modena si è dotato di una serie di strutture con équipe multidisciplinari per predisporre interventi mirati al trattamento, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei giovani utenti.

2.1 Area Minori presso SPDC di Baggiovara

Il SPDC dell'Ospedale Civile di Baggiovara dispone di due posti letto istituiti presso una apposita area distinta ("Area Minori") da quella degli adulti nella quale soggiorna anche il genitore od il familiare che accompagna il ragazzo durante il ricovero. Tali posti letto sono attivabili dai referenti neuropsichiatri del territorio o dai medici psichiatri che effettuano le consulenze presso il PS.

2.2 Residenza sanitaria RTI-M il Nespolo

"Il Nespolo" è un Servizio di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza accreditato, sito a Villa Igea ed integrato con la rete dei servizi dell'Azienda USL di Modena che svolge attività diagnostiche e terapeutiche in età evolutiva. Il Servizio si propone di facilitare il percorso di crescita dell'individuo e di sostenere ed orientare la famiglia. Per perseguire questi obiettivi dispone di un polo ambulatoriale e di due strutture di permanenza: una Residenza ed una Semiresidenza. Il Servizio è rivolto ai ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni che presentano disturbi emozionali, del comportamento, del pensiero e dell'affettività. Alla fascia di età sopra indicata si possono aggiungere, per rispondere a specifiche esigenze, anche bambini tra i 6 e i 10 anni, quando presentino problematiche tali da giustificare un trattamento precoce, perlopiù ambulatoriale, che permetta di evitare possibili aggravamenti futuri. La struttura residenziale dispone di 8 posti letto, di cui 6 in convenzione con AUSL di Modena, sono possibili ricoveri di 30 giorni, in alcune eccezioni rinnovabili di altri 30 giorni. L'équipe multiprofessionale del Servizio è composta da operatori che dispongono di specifiche competenze nell'ambito dell'età evolutiva. È costituita da neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi, logopediste, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, coordinatore assistenziale e infermieri. Tutte le attività di équipe sono svolte in stretto

collegamento con l'équipe territoriale del Settore di NPIA dell'Azienda USL, così come congiuntamente sono svolte molte attività di formazione e aggiornamento permanente.

2.3 Comunità educative ed integrate

Nel territorio modenese sono presenti alcune Comunità educative alle quali la NPIA spesso fornisce attività di consulenza. Manca invece almeno una comunità integrata sul territorio per rispondere ai bisogni degli adolescenti con psicopatologia grave e questo spesso non facilita la continuità della presa in carico territoriale, soprattutto post-ricovero, dovendo ricorrere a strutture collocate fuori provincia o fuori regione.

3. Il progetto GenZ

GenZ è una struttura intermedia semi-residenziale aperta il 14 novembre 2022 che opera un intervento terapeutico-riabilitativo orientato a sostenere lo sviluppo funzionale della persona ospite attraverso il potenziamento della vita di relazione.

Le attività sono parte integrante del progetto terapeutico riabilitativo di ogni ragazzo inserito in struttura. L'organizzazione quotidiana vuole garantire da una parte la regolarità gestionale e la stabilità organizzativa (accoglienza, laboratori, spazio libero, pranzo, chiusura) e dall'altra, trasversalmente, favorire il sostegno all'inserimento scolastico, aiuto nei compiti, sostegno alle famiglie attraverso contatti regolari tramite telefono e messaggistica oltre che con colloqui psico-educativi. Alle persone ospiti è inoltre garantito, quotidianamente, uno spazio per il sostegno individuale tramite colloqui individuali programmati o per la gestione di momenti di crisi. Periodicamente sono previsti, inoltre, colloqui di condivisione delle osservazioni e degli obiettivi con le famiglie.

3.1 Sintesi delle attività diurne e residenziali

Sono presenti attività diurne standard come l'accoglienza con gruppo apertura, momenti dedicati alla gestione della casa e all'organizzazione della settimana, pranzo e chiusura della giornata, attività gestite dagli operatori che possono variare di settimana in settimana (es: passeggiata, mindfulness, uscite per acquisti). Inoltre sono previsti progetti particolari gestiti da maestri d'arte (laboratorio di musica, di scrittura e incisione canzoni, di cucina, di libera espressione su tela, di teatro, manuale/creativo: creazione e costruzione di oggetti pensati e progettati dai ragazzi con l'aiuto di una volontaria diplomata al liceo artistico). Sono svolte anche attività trasversali gestite dagli operatori come colloqui individuali, *assessment*, osservazione quotidiana, gruppi specifici sulla riconoscenza e la gestione delle emozioni, sostegno alla frequentazione scolastica e

supporto nei compiti. Infine altre attività sono svolte in collaborazione con realtà esterne per gite, uscite varie per la spesa, cinema, maneggio, musei, piscine.

In particolari occasioni, nel contesto di momenti di crisi o acuzie, è possibile attuare un breve percorso residenziale, come progetto a carattere sperimentale, presso GenZ, per esempio in tutte quelle situazioni in cui occorre una de-escalation comportamentale o la riduzione di uno stimolo ambientale esterno. Il periodo di residenzialità è molto breve per garantire una rapida ripresa delle attività quotidiane, sia presso GenZ o nel luogo di residenza, prevenendo, comunque peggioramenti clinici od escalation ambientali. Tali programmi possono riguardare utenti già in carico presso la semi-residenza, ma anche altri pazienti esterni. In ogni caso la tipologia adatta a questo tipo di residenzialità non deve presentare caratteristiche cliniche di elevata gravità o intensità tali da rendere immediatamente necessario invece il ricorso ad un contesto di tipo sanitario.

4. Dati preliminari e valutazioni

4.1 GenZ: la semi-residenza

Dal novembre 2022 ad agosto 2023 la struttura ha preso in carico complessivamente 53 ragazzi di cui 42 ancora in carico e 11 dimessi per termine programma o ridefinizione del progetto.

Le persone inserite fino ad agosto 2023 sono state 32 femmine e 10 maschi, con età media di 16,6 anni e permanenza media di 97 giorni (Tab. 1).

	F	M	Età media	Perm. media
Semiresidenza	32	10	16,6	97 giorni

Tab. 1 – Utenza in semiresidenza

In un'ottica di prevenzione e di cura è auspicata una sempre maggiore integrazione con il Servizio per le Dipendenze Patologiche, coinvolto nella fase di progettazione e apertura della struttura. L'uso di sostanze tende a contaminare il quadro clinico relativo alla dis-regolazione emotiva nell'ambito del disturbo della condotta e coesiste tra i comportamenti disfunzionali non presentandosi mai come disturbo unico. Sono in progettazione percorsi sui corretti stili di vita.

Tutti i ragazzi accolti da GenZ necessitavano di un aiuto nell'implementare o sostenere migliori strategie di coping nelle relazioni interpersonali.

Il *cluster* sintomatologico prevalente è quello relativo ai disturbi d'ansia (38%) maggiormente intesi come disturbi reattivi ad eventi traumatici (Disturbo dell'adattamento e PTSD). Seguono i severi disturbi dell'umore con importate ritiro sociale (20%) e la schizotipia (18%). (Tab 2)

Classe Diagnostica sec ICD 10 Semi-residenza (V.A. n. 53)%

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	18
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)	20
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	38
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)	3
Ritardo mentale (F70-F79)	3
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	3
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)	15

Tab. 2 – Diagnosi utenti Semi-residenza

Classe Diagnostica sec ICD 10 Residenza (V.A. n 17)%

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	13
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)	20
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	33
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)	7
Ritardo mentale (F70-F79)	7
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	7
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)	13

Tab. 4 – Diagnosi utenti Residenza

52

4.2 GenZ: il progetto sperimentale di Residenza a breve ospitalità

Come detto, in particolari casi, è stata attivata la possibilità di residenzialità in un'ottica sperimentale, anche per valutare la possibilità di prevenire rischi di ricovero ospedaliero o residenziale sanitario

Tra novembre 2022 ed agosto 2023 sono stati attivati 25 progetti residenziali (sempre dopo consulenza specialistica) per 17 persone (3 maschi e 14 femmine); 4 di loro hanno fatto più di un inserimento. Dei 17 residenziali solo una non era nota ai servizi NPIA (è stata accolta dopo consulenza in PS e successivamente presa in carico dalla NPIA). L'età media è stata di 17,6 anni e la permanenza media di 5,61 giorni. Di norma i ragazzi hanno fatto accesso in residenza solo per alcuni giorni con l'obiettivo di de-escalation in situazioni di criticità clinica. La media della permanenza residenziale è stata di 5,61 giorni. Il periodo più lungo di permanenza è stato di undici giorni. Invece in sei casi il periodo si è limitato ai due giorni del week end (Tab. 3).

	F	M	Età media	Perm. media
Resid. speriment.	14	3	17,6	5,61 giorni

Tab. 3 – Utenti in Residenza

Clinicamente il cluster diagnostico prevalente è quello relativo ai disturbi d'ansia (33%). Seguono i disturbi dell'umore (20%) anche con severa compromissione sociale e relazionale, la schizotipia (13%) ed il disturbo della condotta (13%) (Tab. 4).

Pur nella limitatezza del campione, gli operatori hanno potuto constatare, dal punto di vista clinico, la presenza di ritiro sociale nel disturbo schizotipico, di ideazione

autolesiva nel disturbo depressivo, di reazioni ad eventi traumatici nei disturbi d'ansia ed, in generale, spesso difficoltà di autoregolazione e di modulazione affettiva. In tre casi, tuttavia, la residenzialità si è resa necessaria per la messa in atto di comportamenti disfunzionali nell'ambito di disturbo della condotta e della sfera emozionale o disturbo del comportamento nell'ambito di una disabilità intellettiva lieve.

Conclusioni

GenZ non vuole essere una struttura chiusa su stessa ma aperta al territorio, sia attraverso il coinvolgimento di cittadini e associazioni nella programmazione e strutturazione delle attività sia attraverso la partecipazione ad attività ed eventi organizzati sul territorio. In tal senso prosegue la mappatura del territorio e l'incontro con le diverse realtà locali. Fondamentale anche l'apporto del volontariato, una importante risorsa per ampliare sempre più la proposta di attività ai ragazzi e grande supporto nel lavoro quotidiano degli operatori.

Uno dei punti di forza di GenZ è la presenza del servizio pubblico che, nella persona delle due referenti della NPIA, collabora pienamente nella realizzazione del progetto ponendo particolare cura nell'invio e nella gestione del percorso terapeutico dell'ospite nel quale sono costantemente coinvolte tutte le professionalità del Servizio con verifiche periodiche e ridefinizione degli obiettivi. La sperimentazione di una residenzialità breve, leggera e flessibile come possibilità di accessi limitati al week-end o a pochi giorni nel caso di lievi acuzie psicopatologiche o emergenze ambientali, si sta rivelando un utile strumento di prevenzione del peggioramento clinico o di crisi del contesto, con l'intento di abbassare il rischio di ricorso a ricoveri sanitari impropri.

La Struttura Semiresidenziale GenZ rappresenta un'importante opzione che assicura la gestione multidisciplinare in un contesto dedicato, il contrasto all'istituzionalizzazione, il mantenimento dei rapporti col territorio (famiglia, scuola), l'integrazione socio-sanitaria, ovvero un rapporto più efficace con i vari Servizi, sanitari (Pediatria, Medicina di Base, Psichiatria - nel caso di passaggio alla maggiore età) e sociali.

GenZ concorre pertanto ad un arricchimento del percorso assistenziale che ora a livello provinciale può prevedere l'attivazione di risposte con livelli di intensità assistenziale differenziati erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (criterio dell'appropriatezza clinica) nonché con la capacità di potervi accedere (criterio della compatibilità clinica), da parte dei minori a cui esse sono destinate (trattamenti ambulatoriali, semi-residenza intermedia, semi-residenza sanitaria, ricoveri in RTI-M, ricoveri in SPDC).

Un ulteriore intento dei Servizi del DSM-DP (nello specifico SerDP e NPIA), in relazione all'utenza della struttura, è quello di investire sulla prevenzione attraverso la definizione di progetti, attività e momenti dedicati alla promozione della salute e dei sani stili di vita presso GenZ nei mesi prossimi, questo nell'ottica del miglioramento di quanto già in essere. Si può comunque concludere che in questa prima fase di sperimentazione GenZ ha mostrato di poter rappresentare un luogo a ponte tra sanitario ed educativo che può aumentare la risposta alle criticità del territorio.

Co-autori

Elena Di Pietro, *neuropsichiatra UO NPIA AUSL Modena*

Graziella Pirani, *neuropsichiatra*

Direttore Settore UO NPIA AUSL Modena

Bibliografia

Ministero della Salute (2014). Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni (2013) e ripreso dalla Conferenza Unificata (Ministero della Salute, 2014) *Gli Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici nell'infanzia ed adolescenza*. 2014 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2462_allegato.pdf

Conferenza unificata Stato Regioni (2019). *Linee di Indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia ed adolescenza*. 2019. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf

Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: "*Linee di Indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva*" (SINPIA, febbraio 2018).

Murray C, Lopez A. World Health Report (2002): *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365.

S.Costa, R. Farruggia, F. Guccione (2018), *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 2018; 38:57-72.

SINPIA: Lettera a Draghi (2021) <https://sinpia.eu/emergenza-salute-mentale-infanzia-ed-adolescenza/>.

Il trattamento residenziale alcologico intensivo breve con ricovero in ambito sanitario

Il modello integrato sanitario e riabilitativo a Parma

54

A cura di
Giuseppe Fertoni Affini,
Cristina Giuffredi

ABSTRACT

L'interesse nei confronti dei programmi residenziali brevi, in specifico per il disturbo da uso di alcol, ha assunto sempre di più un significato polivalente e di congiunzione con altri interventi. La possibilità di una maggiore integrazione con i percorsi sanitari ma anche con l'"aftercare" sul territorio sviluppati in modo sinergico e intensivo ci permettono di intercettare un'utenza che ancora non è gravemente compromessa dal punto di vista personale e sociale. Il modello della residenzialità breve in ambito alcologico fa riferimento ai programmi dei "28 giorni" anglosassoni ma anche alle cliniche tedesche con approccio psicoterapico/psicosomatico. In questi percorsi residenziali brevi gli interventi sono calibrati sulla valutazione diagnostica, sull'analisi motivazionale e di prevenzione della ricaduta. In molti casi sono inclusi interventi di sblocco e regolazione emotiva e di sensibilizzazione/facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto. Il percorso residenziale breve implica una forte integrazione con il prima e il dopo: con il ricovero in ambito sanitario e con il territorio.

Introduzione

I programmi residenziali brevi sono rivolti a soggetti nei quali il disturbo da uso di alcol (American Psychiatric Association – DSM-5-TR-2022) non ha ancora determinato un grave deterioramento sociale e personale, pazienti con ancora un discreto funzionamento lavorativo e socio/familiare, una accettabile capacità di gestire la propria vita e una buona consapevolezza. Anche per l'eventuale comorbidità psichiatrica non è la diagnosi codificata (valutazione categoriale) a fare la differenza ma la capacità di autonomia personale e di funzionamento relazionale (valutazione dimensionale). Normalmente l'avvio al percorso residenziale breve è anticipato da un ricovero in ambito sanitario per gestire i sintomi astinenziali e stabilizzare il "craving". Il

Rif.
Giuseppe Fertoni Affini, *medico psichiatra,*
Responsabile UOS di Alcolologia, DAISM-DP / AUSL di Parma
0521 393145
gfertonaniaffini@ausl.pr.it

Cristina Giuffredi, *psicopedagoga,*
Consulente Gruppo CEIS,
Referente del Programma Alcologico Intensivo Breve
347 0128471
cristina.giuffredi@gruppoceis.org

primo obiettivo è quello di ridurre i tempi di degenza in modo da poter continuare il percorso riabilitativo in un ambiente arricchito e più stimolante. Nel percorso riabilitativo è prevista una fase di valutazione psichiatrica e di messa a punto della farmacoterapia. La diagnosi si pone dopo aver indagato la storia e le caratteristiche della dipendenza, gli aspetti organici, la condizione psicologica/psichiatrica e la vita sociale/familiare (Greenfield, 2006). La centralità dei programmi residenziali brevi è quello di “acquisizione di strumenti” per fornire al paziente strategie personali e sociali che gli consentano di affrontare i problemi, le fragilità emotive, le situazioni a rischio senza ricorrere alla modulazione con sostanze alcoliche (Hinnenthal 2006).

1. Il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve a Parma

Il Trattamento Residenziale Alcolologico Intensivo Breve è inserito all'interno dell'Accordo Locale e Contrattuale relativo a prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso assistite dall'AUSL di Parma (accordo locale contrattuale relativo alle prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'azienda USL di Parma 2020-2022).

La caratteristica del trattamento residenziale breve è di associare in modo consequenziale e integrato il ricovero in ambito sanitario (Ospedale Privato Accreditato “Maria Luigia” o altra Casa di Cura) e l'ingresso nel modulo residenziale Alcolologico Intensivo Breve (durata di 30-60 giorni) della Comunità l'Airone del Gruppo CEIS.

Il *target* è riferito a utenti in fase di scompenso psico-fisico da abuso o dipendenza alcolica che abbiano mantenuto le proprie risorse personali nei diversi contesti (lavoro, rete familiare e sociale, sufficiente stabilità economica) ed utenti per i quali vi sia un riconoscimento condiviso di consapevolezza e capacità operative tale da orientare ad una riattivazione delle risorse personali.

Gli obiettivi sono divisi in due fasi consequenziali: la disintossicazione e la stabilizzazione del quadro psico-fisico in ambito sanitario ed il successivo consolidamento dell'astensione, insieme alla protezione ed accompagnamento finalizzati al mantenimento delle risorse personali residue all'interno del percorso intensivo breve. Così strutturato, il percorso si prefigge di coniugare in un lasso di tempo breve il bisogno di contenimento e la necessità di stimolare la consapevolezza e autonomia della persona.

2. Inquadramento diagnostico e interventi

Gli strumenti utilizzati sono l'inquadramento diagnostico per area (uso di sostanze, somatica/organica, psicologica/psichiatrica, sociale/familiare, motivazionale); inter-

venti di motivazione al cambiamento/analisi funzionale e prevenzione della ricaduta sia individuale che di gruppo; interventi di sblocco emotivo e di regolazione emozionale; tipizzazione e farmacoterapia del “*craving*”; coinvolgimento della famiglia e contatto con gruppi di auto-mutuo-aiuto territoriali.

3. Analisi funzionale e motivazione al cambiamento

L'analisi funzionale è uno strumento che aiuta l'operatore e il paziente a comprendere e quindi a diventare consapevole dei propri comportamenti d'uso. Partendo dal presupposto che ogni comportamento nasce come strategia “adattiva”, ossia rappresenta la migliore risposta che in quel momento l'individuo è in grado di attuare. La comprensione della funzione dell'uso di sostanze è il presupposto per la ricerca di strumenti personali migliori. Nell'analisi funzionale si scompongono i processi secondo il presupposto che ogni comportamento è elicitato da antecedenti e rinforzato da conseguenti (Kelly 1955).

4. Prevenzione della ricaduta

La prevenzione della ricaduta prevede l'individuazione delle personali situazioni ad alto rischio di ricaduta come stati emotivi negativi e positivi, pressioni socio-lavorative, conflitti interpersonali, contesti, verifica dell'autocontrollo, uso di altre sostanze, condizioni psico-fisiche negative e acquisizione di strategie di fronteggiamento (Marlat, 1988). Un aspetto fondamentale è la gestione del “*craving*” nella prevenzione della ricaduta che coinvolge lo sviluppo di abilità personali ma anche la possibilità di utilizzare approcci psicofarmacologici (Carol, 2001).

5. Interventi di sblocco emotivo e regolazione emozionale

Situazioni di “congelamento emotivo” sono molto frequenti nei pazienti con disturbo da uso di alcol. La sostanza è spesso assunta per “agire senza sentire”. La condizione di astensione dall'alcol coincide con la graduale capacità di riprendere a sentire e gestire le emozioni. Un modalità di favorire questo processo è quella di entrare in contatto con le emozioni attraverso il corpo (Bertelè, 1995). Conseguentemente allo scongelamento delle emozioni è necessario acquisire strumenti di gestione alternativi all'uso di sostanze. In questa fase emergono ricordi e vissuti traumatici che hanno necessità di essere gestiti con colloqui psicologici e supporto psicofarmacologico.

6. La gestione del “*craving*” nella prevenzione della ricaduta

Il “*craving*”, ovvero il desiderio di alcol, è una componente centrale nel processo di ricaduta. Si tratta di un processo emotivamente impegnativo che coinvolge la mente e il corpo. Pone il paziente in un atteggiamento non più collaborativo

con un netto distacco emotivo. Il “*craving*” prende origini dalle zone più ancestrali del nostro sistema nervoso centrale e non deve essere confuso con i sintomi astinenziali. Il modello psicobiologico (Verheul, 1999) è quello che ci descrive meglio le alterazioni neurochimiche scomponendo il “*craving*” in vari sottotipi clinici: il desiderio per la ricompensa che sottotende un’alterazione del sistema dopaminergico/oppiodergico, desiderio per ridurre la tensione con alterazione del sistema gabaergico/glutammatergico, desiderio ossessivo/compulsivo con alterazione del sistema serotoninergico. Ogni sottotipo di “*craving*” può essere gestito con supporto psicofarmacologiche mirato. La tipizzazione e il monitoraggio del “*craving*” viene effettuata con il questionario (CTQ: Craving Typology Questionnaire) (Cuneyt, 2016).

56

7. Facilitazione e all’auto-aiuto

Strategica è la facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA). Alcolisti Anonimi (AA), Familiari di Alcolisti Anonimo (Al-Anon), Club Alcolologico Territoriale (ACAT) condividono i principi fondanti del “*self-help*” di reciprocità e mutualità in una condivisione tra pari del problema alcol. Alcuni studi (Humphreys, 2003) evidenziano un miglioramento del funzionamento sociale e maggiore autoefficacia, riduzione dei costi sanitari e dell’utilizzo dei Servizi, garantiscono un sostegno e una continuità dei percorsi (“*continuing care*”), miglioramento degli esiti nei trattamenti combinati professionale e non professionale (Connors 2001).

8. Programma “*after care*”

Il punto di forza del programma alcolologico intensivo breve è sulla progettazione dell’“*after care*”: il coinvolgimento della rete familiare e sociale, l’attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto territoriali, i rapporti con il SerDP inviante e il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale. La partecipazione della rete familiare ai momenti del percorso è fondamentale per rimodulare le relazioni e progettare l’uscita dalla struttura (accompagnamento all’ingresso, partecipazione al gruppo Multifamiliare ed al seminario di educazione alla salute in Comunità e frequentazione di un gruppo AMA territoriale).

9. Organizzazione del trattamento residenziale breve alcolico

Gli ingressi e le dimissioni sono calendarizzati in accordo con i Servizi Alcolologici invianti, i primi con passaggio diretto dal reparto ospedaliero o struttura sanitaria alla Comunità; le dimissioni con calendario concordato di controlli ambulatoriali e incontri ai gruppi AMA. Nella fase di pre-ingresso vengono effettuati 1-2 colloqui di conoscenza con il paziente, in presenza o in modalità da remoto, con la partecipazione

degli operatori referenti (Servizi Alcolologici e comunità) e la famiglia. È in questa fase che le figure coinvolte nel progetto, ovvero utente, familiari ed equipe di riferimento sottoscrivono il “Contratto di Cura”. Nel contratto vengono esplicitati: gli obiettivi, gli impegni assunti dall’utente-rete familiare-equipe di riferimento, aspetti legati ad eventuale accesso presso altri servizi, comportamenti non ammessi, piano della crisi (vedi Cartella 1).

Sempre in questa fase viene compilata la scheda sinottica del modulo alcolologico intensivo breve che riassume l’intero percorso e viene compilata al momento della condivisione del contratto di cura. Verrà inoltre esplicitato il programma di trattamento durante la permanenza nel modulo residenziale alcolologico intensivo breve.

La verifica con gli operatori della UOS di Alcologia inviante verrà effettuata al 15/30 giorno e fine percorso (60 giorno). Vengono monitorati i seguenti indicatori di esito:

A) adesione al percorso completo;

B) attivazione dell’“*aftercare*” (reinvio al SerDP, rapporto con gruppo di Auto Mutuo Aiuto e con MMG);

Il presente articolo riporta infine (Tab. 1) i dati attività del progetto dall’avvio.

9. Trattamento residenziale alcolologico intensivo breve: dati di attività

Arco temporale: marzo 2021 – agosto 2023

La Tab. 1 riporta i dati utenza dall’apertura del progetto al 31 agosto c.a.

Nelle colonne vengono segnalate i casi con un numero, l’età, il genere, la data d’ingresso ed uscita dalla comunità, la relativa durata in giorni del percorso e la sostanza di abuso. Nella colonna “motivo” viene indicato se il programma è stato concluso nei tempi previsti dal Contratto di Cura oppure se la persona ha abbandonato prima del termine. La colonna “adesione” indica la qualità della partecipazione al percorso: buona, discreta e scarsa. Questa valutazione comprende tutti gli aspetti della vita comunitaria, focalizzandosi in particolare sulla partecipazione attiva ai gruppi terapeutici, alla modalità di relazione con gli altri residenti ed all’impegno nella vita comunitaria (lavori al piano, gestione del tempo libero, contributi e capacità di ascolto nei momenti di gruppo allargati come l’incontro del mattino e della sera e le riunioni straordinarie). La colonna “invio” segnala se la persona ha accettato di proseguire la frequentazione dei gruppi di auto aiuto territoriali (AA e CAT) dopo la fine della permanenza in comunità. La colonna di “follow up” riferisce la situazione della persona al 31 agosto c.a.

Dalla Tab. 1 si evince che 8 utenti su 12 hanno terminato il percorso con una buona/discreta adesione. La messa a punto dell’“*aftercare*” ha funzionato creando in tal modo una buona connessione con la rete alcolologica territoriale.

CASI	Età	Genere	Sostanza	Ingresso	Uscita	Motivo	Durata	Adesione	Invio	Follow up
1	50	f	Alcol cocaina	24/03/21	16/04/21	termine	23	discreta		astinente, controlli UOS di alcologia
2	33	f	Alcol	15/04/21	03/06/21	termine	49	discreta	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia, freq discontinua CAT
3	53	f	Alcol	19/04/21	24/04/21	abbandono	5	scarsa		astinente
4	59	f	Alcol	28/04/21	28/06/21	termine	61	buona	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia, frequenta CAT
5	57	f	Alcol	20/05/21	21/06/21	termine	32	buona	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia, frequenta AA
6	32	m	Alcol	03/06/21	25/06/21	abbandono	22	discreta	CAT	ricaduto
7	64	m	Alcol cocaina	16/06/21	25/06/21	abbandono	9	scarsa	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
8	30	m	Alcol cocaina	30/08/21	28/09/21	termine	30	buona	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
9	46	m	Alcol	23/08/22	06/10/22	termine	44	discreta	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
10	42	m	Alcol	14/03/23	14/04/23	termine	31	buona	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia
11	39	f	Alcol	12/04/23	12/06/23	termine	31	buona	AA	Astinente, controlli UOS di Alcologia
12	35	m	Alcol	09/08/23	11/08/23	abbandono	2	scarsa	AA	ricaduto

Tab. 1 – Dati di attività trattamento residenziale alcolico intensivo breve
Arco temporale: marzo 2021 – agosto 2023

Naturalmente i casi sono ancora pochi e va implementato il campione. Inoltre andrebbe indagato l'impatto dei costi socio-sanitari e il funzionamento socio-lavorativo confrontando percorsi residenziali tradizionali e percorsi intensivi brevi con anche le degenze medie effettuate in regime di ricovero sanitario.

Osservazioni conclusive

I programmi residenziali alcolici brevi integrati con interventi sanitari di detossificazione e stabilizzazione del "craving" presentano vantaggi in termini di costi/benefici. La riduzione dei tempi di degenza rappresenta un importante vantaggio sia per la possibilità di abbattere le liste di attesa per i ricoveri sia per iniziare un percorso riabilitativo

alcolico mirato in ambienti più stimolanti e arricchiti. Il percorso residenziale ha la caratteristica di essere dedicato e specifico per il disturbo da uso di alcol e articolarsi in modo intensivo. L'opportunità di pianificare un "continuum" con il territorio dopo il percorso residenziale ci mette nelle condizioni di implementare la rete alcolica di sostegno; permette inoltre una forte integrazione fra Servizio Sanitario Pubblico, Terzo Settore e Gruppi AMA. Alcuni studi evidenziano una maggiore efficacia degli interventi in cui l'integrazione fra residenziale e territoriale è pianificata in un processo di continuità (McKay, 2002). Studi sugli esiti di questi interventi nel medio e lungo termine sul funzionamento socio-relazionale-lavorativo sarebbero importanti per rimodulare e migliorare la risposta terapeutica per i disturbi da uso di alcol.

Contratto di cura

Diagnosi	diagnosi e problematiche principali
Obiettivi	disintossicazione in ambito sanitario inserimento in comunità per la gestione delle problematiche alcol correlate data della prima verifica programmazione della rete di sostegno dopo il percorso data verifica fine residenzialità
Impegni	<p>dell'utente durante il periodo di disintossicazione durante la permanenza in comunità: partecipare attivamente al percorso terapeutico rispettando regole, ritmi, attività, prescrizioni farmacologiche e psicoeducative partecipare ai gruppi di auto aiuto di appartenenza o territoriali (AA, CAT) mantenere il rapporto con il proprio medico curante mantenere i rapporti con il proprio SerD di appartenenza</p> <p>dell'equipe di riferimento calendarizzazione verifiche in residenzialità e successive predisposizione della prosecuzione del programma di cura dopo la residenzialità (rete alcolica territoriale)</p> <p>dei familiari (o figure significative) accompagnare il loro familiare il giorno del ricovero in casa di cura ed il giorno dell'ingresso in comunità accompagnare il loro familiare ai gruppi di auto aiuto territoriali o di appartenenza e partecipare ad essi (AA, CAT, Alanon) partecipare attivamente al percorso terapeutico per quanto si prevede per loro</p> <hr/> <p>Piano delle crisi impegni dell'utente: accettare il contenimento da parte degli educatori</p> <p>interventi dell'equipe di riferimento: colloquio con l'utente e attivazione strategie di contenimento predisposizione terapia farmacologica ed eventuale ricovero ospedaliero</p> <p>ruolo dei familiari: supportare l'operato dell'equipe di riferimento</p>

Cartella 1

Bibliografia

American Psychiatric Association – DSM-5-TR – Task Force -2022.

Bertelè L (1995). *Il tuo corpo ti parla*. Milano: Baldini e Castoldi Dalai.

Carol KM (2001). *Il trattamento della dipendenza da cocaina, NIDA*. Trad. it. Consoli A (a cura di). Torino: Centro Scientifico Editore.

Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR (2001). *A longitudinal model of intake symptomatology. AA participation and out come: retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples*. J. Stud. Alcohol; 62:817-25.

Cuneyt E. et Al. Validation Study of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in male Alcohol- Dependent Patients. Journal of Psychiatry and Neurological Science: pag 219-228.

Greenfield SF, Hennesy G. (2006). *Valutazione del paziente in trattamento per disturbi da sostanze*. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione Galanter M. Kleber HD (milano): Masson pp. 101-18.

Hinnenthal I, Manera E., Gallo S et al (2006). *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga. Vago di Lagno (VR): La grafica: pp.385-98.

Humphreys K, Wing S., McCarty D (2003). *Self-help organization for alcohol and drug problems: towards evidence-based practice and policy. Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations*.

Kelly GA (1955). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina Editori.

Marlat GA, Barrell K (1998). *La prevenzione delle ricadute*: In: Galanter M. Kleber HD. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Edizioni Masson.

McKay JR, Donovan DM, McLellan T et al (2002). *Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington state*. Am. J. Drug Alcohol Abuse; 28: 307-38.

Verheul R., Van Den Brink W, Geerlings P. (1999). *A three pathways psychological model of craving for alcohol*. Alcohol Alcohol; 34: 197-222.

Il dialogo delle emozioni in struttura

*Risultati dello skills training DBT nel percorso terapeutico
Comunità PGXXIII di Fornò (FC)*

Andrea Luccitelli, Raffaella Valente,
Francesca Huber, Barbara Rigoli

ABSTRACT

Con questo saggio si vogliono evidenziare i risultati dei questionari somministrati ad otto utenti nell'ultimo anno (settembre 2022-giugno 2023), che valutano i cambiamenti comportamentali messi in atto grazie al percorso terapeutico residenziale (diminuzione dell'uso, della dipendenza e del craving e dei fattori di rischio, sviluppo e mantenimento di una dipendenza e dei sintomi psicopatologici) ed i miglioramenti avvenuti grazie allo skills training DBT svolto durante la fase centrale del percorso terapeutico residenziale. I dati in esame hanno permesso di verificare l'efficacia del percorso terapeutico residenziale e dello skills training.

59

Introduzione

La Comunità Terapeutica Sede Operativa di Fornò (FC), appartiene alla "Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale a r.l." di Rimini, il cui fondatore è Don Oreste Benzi. Tutte le attività proposte perseguono il fine dello sviluppo globale della persona, fulcro di ogni azione educativa, attraverso i seguenti principi:

- centralità della persona;
- partecipazione;
- legame con il territorio.

L'ambito d'intervento prevalente della Cooperativa è il settore delle Dipendenze Patologiche.

I servizi offerti riguardano diverse aree d'intervento: prevenzione, promozione, centri di ascolto, strutture residenziali e semi-residenziali, attività di supporto ai familiari.

I percorsi proposti mirano a rispondere in modo flessibile e diversificato.

Il servizio è presente in tutto il territorio nazionale ed anche all'estero (www.dipendenzepatologiche.org).

1. Validità ed efficacia del percorso comunitario residenziale

Le attività proposte dalla Comunità Terapeutica di Fornò nell'ambito del programma sono:

Rif.
Andrea Luccitelli, educatore professionale,
responsabile CT Fornò,
Ass.ne Comunità Papa Giovanni XXIII Servizio Dipendenze Patologiche
0543 728149
andrealuccitelli@apg23.org

- colloqui educativi individuali;
- colloqui psicoterapeutici individuali;
- gruppi terapeutici: gruppo casa, gruppo DBT, gruppo culturale, gruppo responsabili, gruppi spirituali, scuola del sasso, gruppo psicodramma;
- attività occupazionali (lavori per conto terzi, manutenzione della casa e degli spazi verdi, orticoltura, centro occupazionale);
- area verde;
- attività ludiche-ricreative e culturali: uscite, attività sportive, vacanza in montagna o al mare.

Nella delicata fase del reinserimento sociale, il percorso terapeutico viene maggiormente modulato in relazione agli obiettivi raggiunti dal soggetto. Questa fase rappresenta dunque un passo ulteriore verso un maggior grado di autonomia con la possibilità di esplorare individualmente la propria capacità di giudizio all'interno di nuove esperienze, vissute anche al di fuori della struttura, in relazione ai nuovi valori e credenze maturate durante le prime fasi del percorso comunitario. Di fondamentale importanza risulta in questa fase il rafforzamento dei rapporti con la famiglia di origine, già valorizzati durante il percorso (con incontri svolti a cadenza mensile presso la struttura), che rafforzano la rinnovata rete di relazioni, determinante per il buon esito del reinserimento sociale.

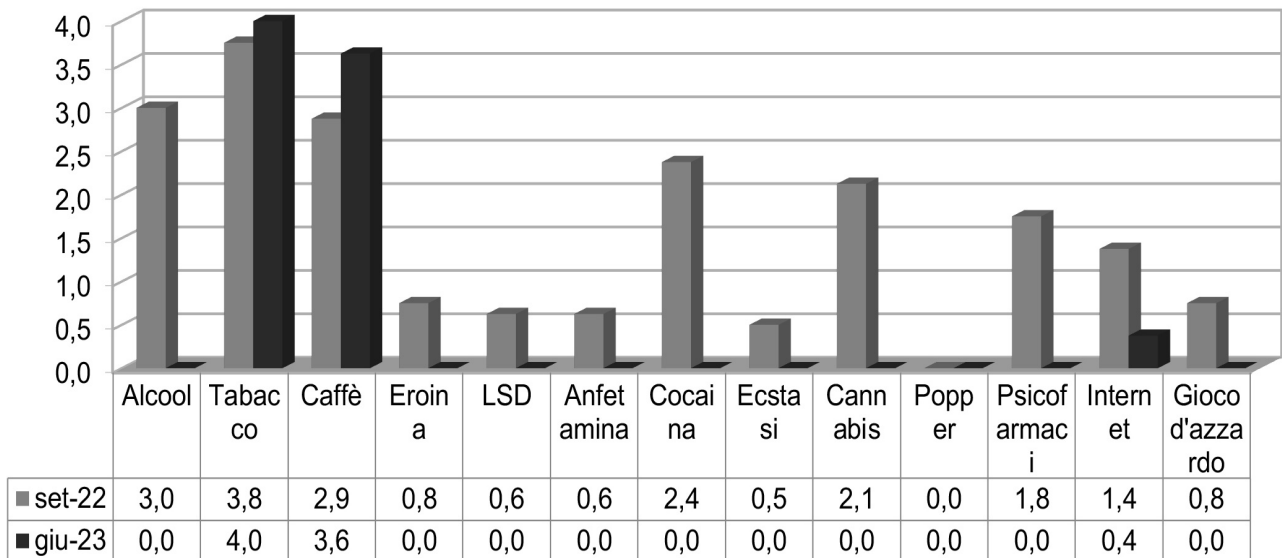
Per la valutazione dell'appropriatezza del percorso in comunità residenziale, tra i diversi indicatori disponibili, è stato opportunamente scelto l'utilizzo della seguente testistica: **ABQ** e **SCL-90**.

- **ABQ (Addictive Behavior Questionnaire)**: è un questionario di autovalutazione del comportamento di dipendenza che prende in esame
 - la presenza di un disturbo correlato all'addiction da uso di sostanze, alcol, gioco d'azzardo, internet (secondo le indicazioni del DSM-5);
 - il livello di gravità del comportamento di addiction (lieve, moderato, grave) e del craving;
 - le sette dimensioni e variabili psicopatologiche che risultano essere determinanti come fattori di rischio, di sviluppo e di mantenimento di una dipendenza patologica, suddivise in aree: 1 ansia da separazione, 2 disregolazione affettiva, 3 dissociazione somatoforme e psicologica, 4 esperienze traumatiche infantili, 5 discontrollo degli impulsi, 6 comportamenti compulsivi e ritualizzazioni, 7 pensieri ossessivi.
- **SCL-90 (Symptom Check List-90)**: è un questionario di autovalutazione della presenza e gravità di sintomi psicopatologici -sia internalizzati che esternalizzati- che valuta dieci dimensioni sintomatologiche primarie: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Ipersensibilità Interpersonale (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY), Disturbi del sonno (SLEEP) ed 1 Indice Globale di Severità (GSI).

I dati riportati nei grafici che seguono si riferiscono all'anno 2022-2023. La somministrazione dei test è avvenuta a settembre 2022 ed a giugno 2023 a otto utenti della struttura, che attualmente sono impegnati nella fase di reinserimento

60

Graf 1. ABQ - Tipologia e frequenza addiction



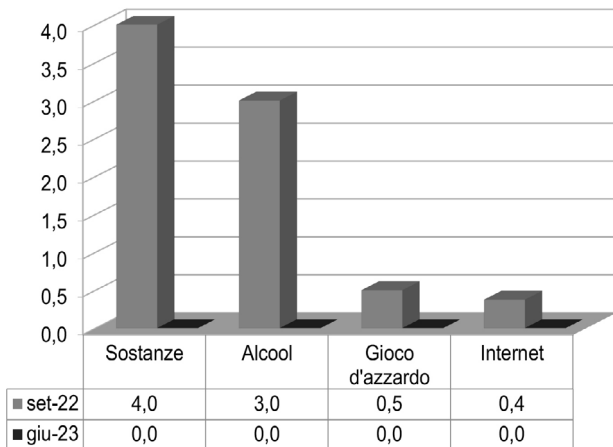
Valori FREQUENZA
 0=MAI 1=RARAMENTE 2=QUALCHE VOLTA 3=SPESSE 4=SEMPRE

del percorso residenziale. Il gruppo è composto da persone tutte di genere maschile con età media pari a 40 anni, che per il 63% non hanno un diploma superiore.

Il Graf. 1 espone i risultati del questionario ABQ riguardo alla tipologia e frequenza dell'addiction. I risultati evidenziano in modo chiaro che lo svolgimento di un percorso residenziale permette all'utente un distacco netto dall'utilizzo delle sostanze e dallo stile di vita in cui tali sostanze erano utilizzate; dunque, la sola residenzialità ha un effetto curativo rispetto all'uso.

L'innalzamento dei valori dell'utilizzo del tabacco e del caffè sono dovuti al fatto che l'uso di tali sostanze è permesso all'interno della comunità come strumento educativo che mira allo sviluppo dell'autocontrollo con modalità regolate. Il valore riguardante l'utilizzo di internet è dovuto ad un uso funzionale, relativo al compimento di pratiche riguardanti la condizione di salute (fascicolo sanitario elettronico, esami clinici, ecc) oppure aspetti burocratici (lavorativi, giudiziari, ecc).

Graf 2. ABQ - Indice di dipendenza

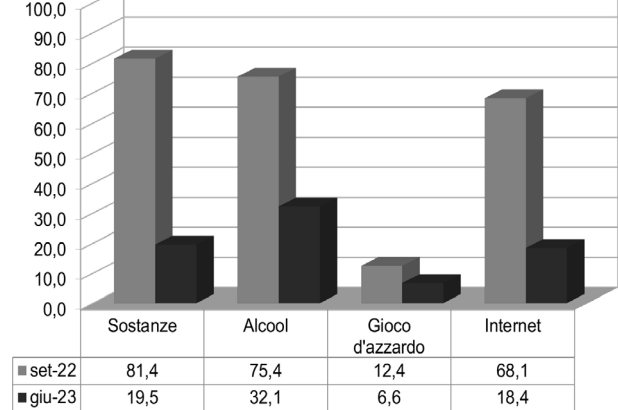


Valori DIPENDENZA
NESSUNA 1-2=LIEVE 2-3=MODERATA 3-4=GRAVE

Anche il Graf. 2 si riferisce al test ABQ e riporta i risultati relativi all'indice di dipendenza dall'uso di sostanze, alcol, gioco d'azzardo e internet. I risultati del questionario mostrano un netto calo degli indici di dipendenza valutati. Tutte le persone che hanno aderito al percorso residenziale hanno azzerato i valori riguardanti la loro dipendenza.

Il Graf. 3 si riferisce al questionario ABQ e mostra i risultati relativi all'indice di craving da sostanza, alcol, gioco d'azzardo e internet. I risultati evidenziano un significativo calo del craving riguardante tutti gli aspetti esaminati; risulta lievemente superiore il dato relativo all'uso di alcol in quanto tale sostanza spesso, da parte degli utenti, non è considerata come una vera e propria dipendenza. Inoltre, ha

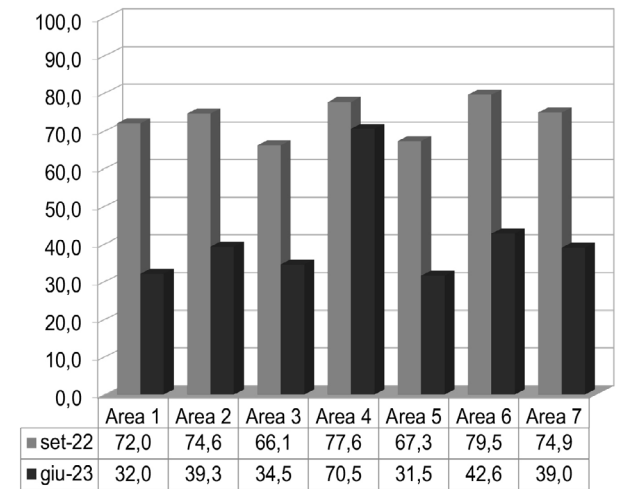
Graf 3. ABQ - Indice craving



Valori DIPENDENZA
NESSUNA 1-2=LIEVE 2-3=MODERATA 3-4=GRAVE

un uso sociale molto radicato, è ritenuto un facilitatore nelle relazioni sociali e per molti utenti è considerato un metodo di autocura più fruibile e reperibile in quanto agisce come moderatore dell'ansia.

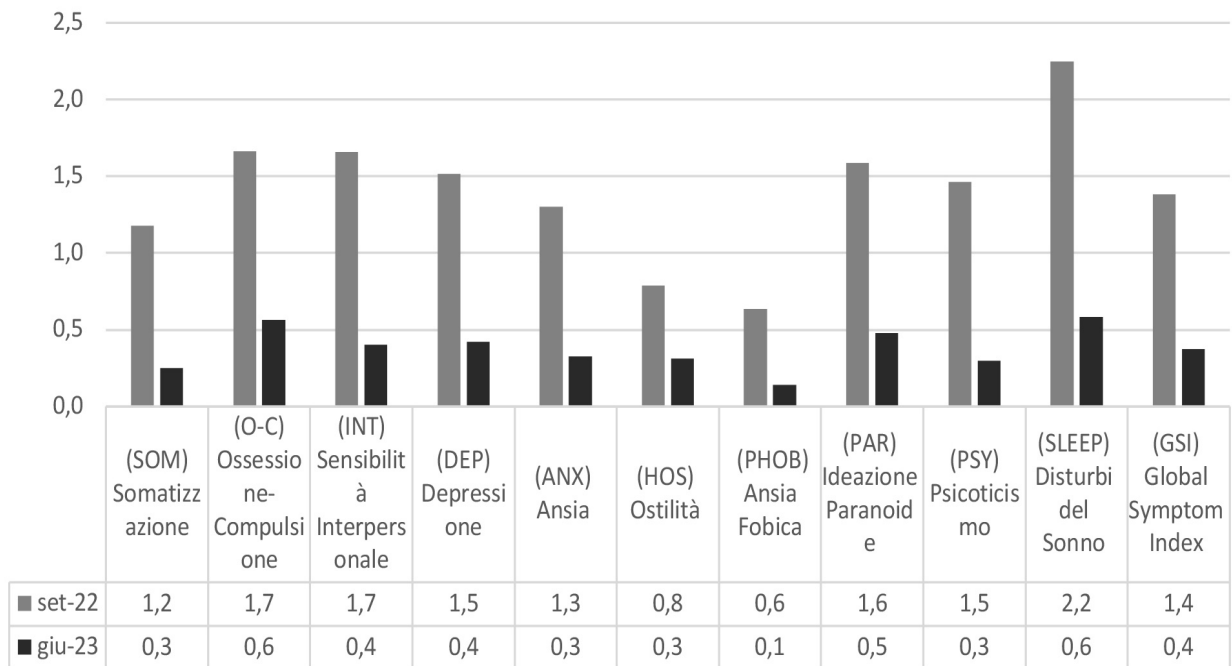
Graf 4. ABQ - Fattori di rischio



Area 1. Ansia da separazione
Area 2. Disregolazione affettiva
Area 3. Dissociazione somatoforme e psicologica
Area 4. Esperienze traumatiche infantili
Area 5. Discontrollo degli impulsi
Area 6. Comportamenti compulsivi e ritualizzazioni
Area 7. Pensieri ossessivi

Il Graf. 4 mostra i dati relativi al questionario ABQ che riguarda l'analisi dei fattori di rischio, sviluppo e mantenimento di una dipendenza. Tale grafico evidenzia come tutte le aree statisticamente riscontrate come fattori di rischio, sviluppo e mantenimento di un comportamento di dipendenza sono significativamente diminuite, eccetto

Graf 5. SCL-90



l'area 4 riguardante le esperienze traumatiche infantili. Tale dato rappresenta un elemento significativo rispetto all'area che è maggiormente legata alla dipendenza (entità e gravità del trauma subito nell'infanzia) e sottolinea la difficoltà nella elaborazione di tali esperienze e la necessità di svolgere un lavoro terapeutico profondo e prolungato di elaborazione di tali traumi.

Il Graf. 5 infine mostra i risultati del questionario SCL-90, riguardante la presenza di possibili aspetti psicopatologici della personalità. Si evidenzia una diminuzione dei tratti di personalità patologici. La quasi totalità di questi dati scende infatti sotto il livello significativo identificato nel cut-off di 0,5. Quest'ultimo grafico, similmente ai precedenti, mostra come il percorso terapeutico residenziale abbia inciso efficacemente sulla riduzione delle condizioni patologiche della persona dipendente.

2. Lo skills training DBT all'interno del percorso comunitario residenziale: validità ed efficacia

La sede operativa di Fornò si caratterizza per la centralità data al lavoro di équipe sia attraverso una riunione settimanale generale (tutti gli educatori e psicologi e collaboratori si incontrano per analizzare le situazioni e scegliere le linee educative da mettere in atto) sia attraverso riunioni settimanali specifiche (equipe educativa Team DBT, equipe educativa ICF-Recovery, equipe educativa centro di lavoro, equipe educativa gestione della casa, equipe educativa fase di reinserimento).

All'interno di questa modalità di lavoro si inserisce il Training DBT guidato dal Team DBT adeguatamente formato con DUS e costituito da Leader e Co-leader, che si incontrano settimanalmente. Il percorso prevede tre steps:

1. identificazione del gruppo, somministrazione batteria di test iniziale, restituzione individuale dei risultati;
2. skills training DBT con incontri settimanali per circa 9 mesi;
3. somministrazione batteria di test finale agli utenti confrontata con i test iniziali.

La scelta della batteria dei test da somministrare (A.), dell'organizzazione del gruppo (B.) e la selezione delle abilità da apprendere (C.) sono effettuate dal Team DBT in base all'esperienza maturata nei diversi anni di svolgimento dello stesso training.

A. Per la valutazione dell'appropriatezza dello Skills Training in comunità residenziale si utilizza la seguente testistica: AQ (Aggressive Questionnaire); BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale); BPD-CL (Borderline Check List), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale).

B. Il gruppo si incontra in due momenti distinti per favorire il livello di attenzione e di partecipazione al fine di migliorare l'apprendimento delle abilità.

La struttura temporale è così suddivisa:

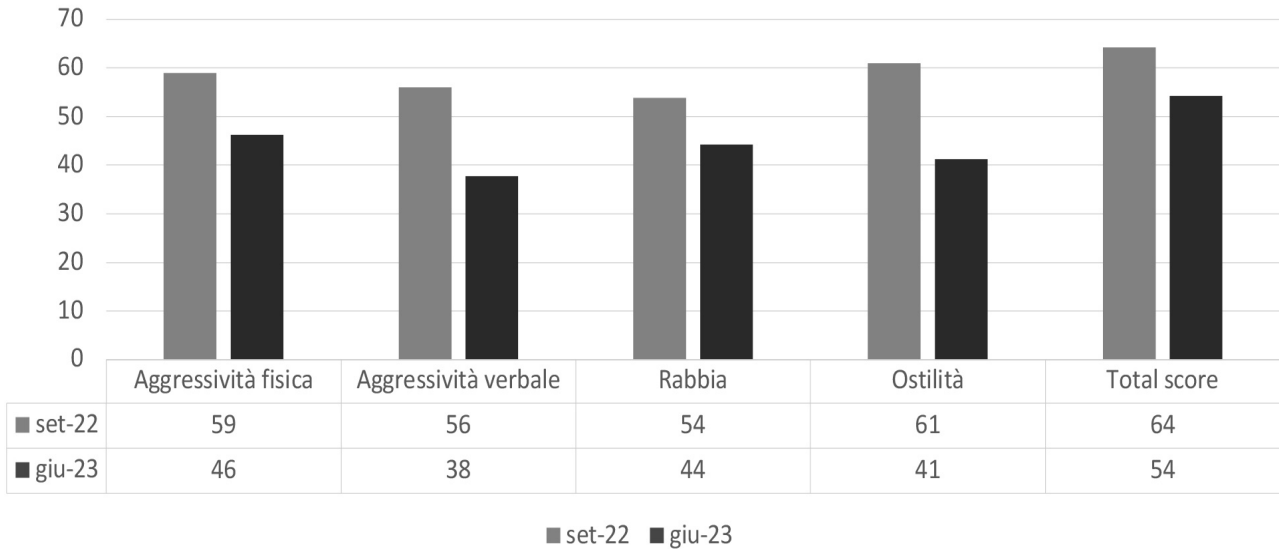
- Ore 11.30 correzione in gruppo dei fogli di lavoro delle abilità
- Ore 15.30 esercizio di mindfulness e insegnamento nuova abilità.

C. Le abilità scelte sono descritte nella Tab. 1 a seguire.

Parte generale	Skills Training: obiettivi, linee guida, assunti Teoria biosociale sulla disregolazione emotiva e comportamentale Accordo sul trattamento Analisi della catena comportamentale Analisi degli anelli mancanti
Tolleranza della sofferenza	Obiettivi della tolleranza della sofferenza STOP Pro e Contro TIP, cambia la chimica del tuo corpo Distraiti con la mente saggia: ACCETTA
Mindfulness	Obiettivi della pratica della mindfulness Mente saggia: stati della mente Abilità del "Cosa": osservare, descrivere, partecipare Abilità del "Come": astenersi dal pensiero giudicante, stare completamente nel presente facendo una cosa per volta, essere efficaci
Regolazione emotiva	Obiettivi della regolazione emotiva Comprendere le emozioni: cosa fanno le emozioni per te, fattori che rendono difficile regolare le emozioni Denominare le emozioni: un modello per descrivere le emozioni, modi per descrivere le emozioni Controlla i fatti Azione opposta Problem solving A: accumula emozioni positive B: diventa Bravo nella mastery C: gestisci in anticipo le situazioni emotive PLEASE: prenditi cura della tua mente prendendoti cura del tuo corpo Mindfulness delle emozioni del momento
Efficacia interpersonale	Obiettivi dell'efficacia interpersonale Chiarire le priorità Efficacia nell'obiettivo: DEAR MAN Efficacia nelle relazioni: GIVE Efficacia nel rispetto di sé: FAST Percorrere il sentiero di mezzo: dialettica Validazione Riprendersi dall'invalidazione Strategie per modificare il comportamento
Tolleranza della sofferenza	Accettazione radicale Orientare la mente D: Astinenza Dialettica C: Mente Chiara C: Rinforzo della Comunità B: Bruciare i ponti e costruirne di nuovi A: Ribellione Alternativa A: Negazione Adattiva

Tab. 1 - Abilità da apprendere da parte del Gruppo DBT

Graf 6. AQ



64

Nella fase finale avviene la somministrazione personale della batteria dei test, l'analisi dei risultati, ed il confronto con i test iniziali; nel colloquio di restituzione si analizza il percorso effettuato dalla persona oltre al confronto dei risultati della batteria di test.

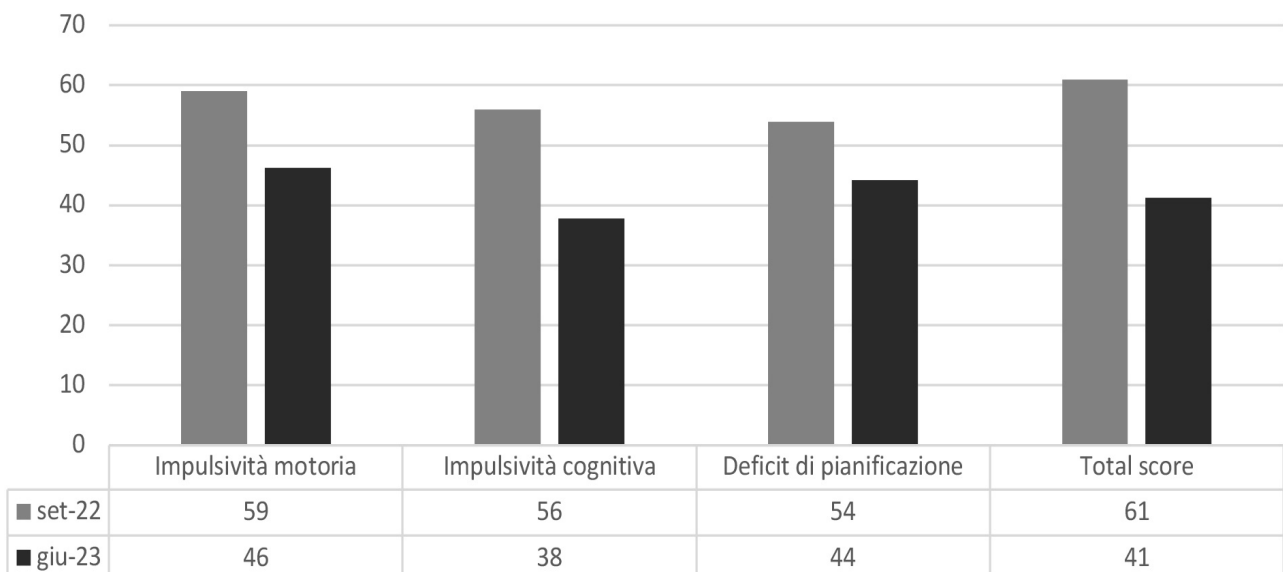
Alla fine di ogni anno il Team della DBT si confronta anche con l'intera équipe educativa della struttura sulla valutazione dell'intero percorso e dei risultati, al fine di svolgere un'analisi il più possibile completa dalla quale progettare eventuali azioni di miglioramento.

Il Graf. 6 riporta i risultati relativi all'AQ (Aggressive Questionnaire). Il questionario analizza diverse scale che

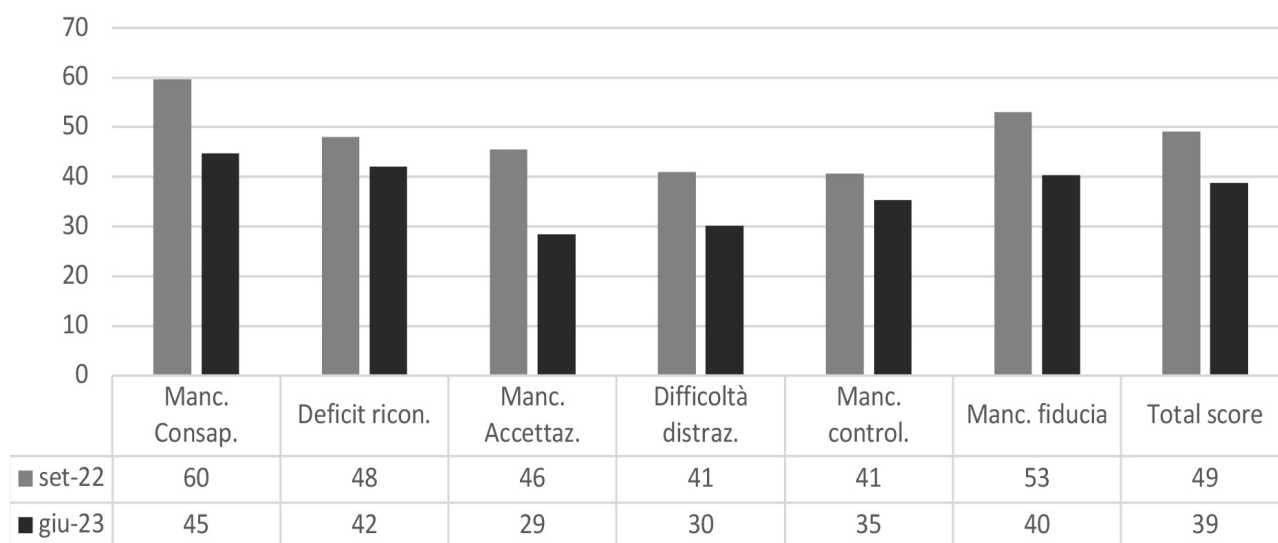
riguardano l'aggressività fisica e verbale (come componenti strumentali o motorie del comportamento aggressivo), la rabbia (come componente affettiva dell'aggressività) e l'ostilità (come componente cognitiva dell'aggressività). Le scale analizzano in che misura una persona attiva la propria aggressività e le sue componenti nelle diverse situazioni che si trova a vivere.

I risultati espressi dal grafico rilevano in generale un calo accettabile dei valori dell'aggressività, avvenuto nel corso dello skills training. Il dato risulta essere significativo, considerando che l'aggressività è un tratto caratteristico e ben radicato della strutturazione della personalità di questi

Graf 7. BIS-11



Graf 8. DERS



utenti. Nello specifico risultano essere maggiormente diminuite le scale dell'aggressività verbale e dell'ostilità.

Il Graf. 7 riporta i risultati del BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale) che valuta l'impulsività messa in atto da una persona. La BIS-11 individua tre fattori che esprimono tre costrutti diversi dell'impulsività: l'impulsività cognitiva (intesa come disattenzione ed instabilità cognitiva), l'impulsività motoria (instabilità motoria e mancanza di perseveranza), e l'impulsività nella pianificazione (la mancanza di auto-controllo e l'intolleranza alla complessità cognitiva).

I risultati rilevano una diminuzione del tratto dell'impulsività, grazie all'apprendimento delle abilità dello skills training. Questi risultati manifestano in modo chiaro quanto nella persona dipendente l'impulsività sia profondamente radicata, ma possa essere gestita, se riconosciuta e trattata attraverso il percorso terapeutico.

Il test BPD CL (Borderline Check List) mostra, attraverso una autovalutazione del disagio vissuto, le manifestazioni sintomatologiche tipiche del disturbo borderline di personalità. Dai risultati rilevati si evidenzia che il disagio legato ad alcuni comportamenti afferenti al Disturbo Borderline di Personalità non è esclusivamente riferibile alla presenza di una struttura di personalità borderline ma può essere legato alla conseguenza dell'abuso dovuto alla dipendenza. Infatti, il punteggio medio rilevato nel test iniziale pari a 124,5 (significativamente superiore al valore di cut-off 100) risulta decisamente diminuito al termine del trattamento con lo skills training (il valore medio riscontrato è di 70,4).

Il Graf. 8 mostra i risultati del questionario DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale): una scala che valuta la difficoltà nella capacità di regolare le emozioni, di

organizzare l'esperienza e le risposte comportamentali legate alle emozioni. La scala è composta da sei fattori:

1. mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni (o disattenzione alle risposte emotive);
2. mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (riflette la misura in cui una persona conosce ed è chiaro riguardo alle proprie emozioni);
3. non accettazione delle emozioni negative (rispondere in modo negativo al proprio disagio);
4. incapacità ad intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative (difficoltà a concentrarsi e/o portare a termine compiti);
5. difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative (difficoltà a mantenere il controllo del proprio comportamento);
6. accesso limitato a strategie efficaci di regolazione delle emozioni (riflette la convinzione che si possa fare poco per regolarsi una volta turbati).

Per quanto riguarda l'efficacia dello skills training nell'incrementare la consapevolezza e la gestione delle proprie emozioni, anche quelle particolarmente dolorose, il Graf.8 rileva una significativa diminuzione di tutte le scale e dunque dei fattori che rendono difficile la regolazione emotiva. Questo grafico risulta particolarmente significativo poiché il cammino dalla disregolazione emotiva alla regolazione emotiva è centrale per la persona dipendente.

Conclusioni

La modalità residenziale della comunità di Fornò, con la sua proposta di percorso terapeutico che comprende il "Dialectical Behavior Therapy", mostra una forte incidenza nella capacità di distaccarsi da comportamenti di

dipendenza e sostenere l'astinenza. Inoltre, offre un valido sostegno, guida e mantenimento di uno stile di vita sobrio e soddisfacente.

Come si evidenzia da alcuni grafici l'intervento si confronta con solide strutture di personalità costruite negli anni e difficilmente modificabili attraverso un intervento di durata temporale ridotta, seppur incisivo.

Va sottolineato che gli utenti hanno mostrato capacità e competenza nell'autovalutazione. Questa capacità e competenza è creata e sostenuta dallo sperimentare un clima costante di fiducia e di crescita, sempre presente nell'ambiente comunitario e specificatamente valorizzato nello skills training.

Bibliografia

- Dimeff L. A., Linehan M. M. (2008), *Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers*, *Addict Science Clinical Practice*, 2008 Jun;4(2):39-47.
- Linehan, M. M., (2015) *DBT Skills Training. Manuale. Schede e Fogli di Lavoro*. Raffaello Cortina Editore. Milano.

Centro Salute Mentale e inserimenti residenziali psichiatrici

La valutazione, tra percorsi di integrazione socio-sanitaria e riabilitazione, a Forlì-Cesena

Pietro Nucera, Barbara Calderone,
Eleonora Monti, Michele Sanza

ABSTRACT

Il tema della residenzialità psichiatrica è da vari anni oggetto di particolare attenzione, da parte di gruppi di lavoro sia nazionali che regionali¹. Il presente contributo prova a descrivere, in termini quali-quantitativi, alcune caratteristiche dell'assistenza residenziale fornita agli utenti in carico ai centri di salute mentale di Forlì-Cesena. Presenta i dati dei 219 utenti adulti che alla data del 1 marzo 2023 erano inseriti nelle varie strutture residenziali psichiatriche del territorio provinciale. Evidenzia: caratteristiche e bisogni di salute degli utenti inseriti (dati socio-anagrafici, diagnosi...); i percorsi di cura (durata della presa in carico e della permanenza nella residenza, servizio di invio, trattamenti di cura attivi); e alcuni esiti in termini di salute (ricoveri ospedalieri nei reparti di diagnosi e cura-SPDC e ricorso al pronto soccorso-PS). Dove possibile confronta i dati tra i due territori e tra sotto-gruppi di utenti (inseriti in residenze sanitarie vs socio-sanitarie). Emerge la fotografia di una popolazione fragile e di come il territorio riesce in modo sistematico (sia clinico che organizzativo) a gestire i percorsi utilizzando le risorse disponibili.

I dati utilizzati sono quelli forniti dai servizi amministrativi, integrati con altre informazioni attinte dalle banche dati sanitarie CURE e SDO².

1. Quanti sono e chi sono gli utenti inseriti nelle residenze

Alla data del 1 marzo 2023, all'interno delle strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private di Forlì-Cesena

Note

- 1 Scattoni M.L. a cura di (2023) e Determinazione n. 15756 del 17/07/2023 del Settore assistenza territoriale della direzione generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna.
- 2 Cartella socio-sanitaria informatizzata unica regionale della salute mentale- CURE e Banca dati ricoveri ospedalieri-SDO.

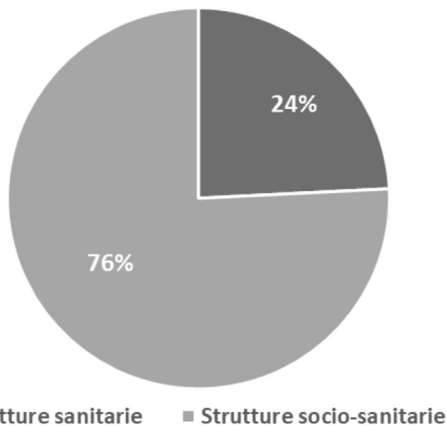
Rif.
Pietro Nucera, medico psichiatra,
Direttore CSM Forlì-Cesena/DSM-DP Forlì-Cesena,
AUSL della Romagna
0543 731455
pietro.nucera@auslromagna.it

erano presenti 219 utenti in carico ai centri di salute mentale: 104 in carico al servizio di Cesena e 115 a quello di Forlì.

Di questi, 53 utenti (pari al 24%) erano inseriti in strutture sanitarie accreditate³ e 166 utenti (pari al 76%) in strutture socio-sanitarie private accreditate⁴ (Tab. 1 - Graf. 1). Il dato del 2023 è in linea con quello degli anni precedenti, senza sostanziali variazioni tra il periodo pre e post-Covid.

	Cesena	Forlì	Totale	%
Strutture sanitarie	25	28	53	24%
Strutture socio-sanitarie	79	87	166	76%
Totale	104	115	219	100%

Tab. 1 – Utenti inseriti per territorio e tipologia struttura



Graf. 1 – Utenti inseriti per tipologia struttura (%)

Considerato che gli utenti complessivi in carico⁵ ai centri di salute mentale di Forlì e Cesena nello stesso periodo erano 3.841, è possibile affermare che usufruiscono delle strutture residenziali circa il 6% degli utenti totali in carico.

Rispetto alla popolazione adulta residente, il tasso di presenza in struttura è di 66/100.000 ab: questo dato locale è circa la metà di quello della Regione Emilia-Romagna (che nel 2018 era pari a 133,8/100.000 ab), più in linea col dato nazionale (nel 2018 pari a 58,4/100.000 ab)⁶.

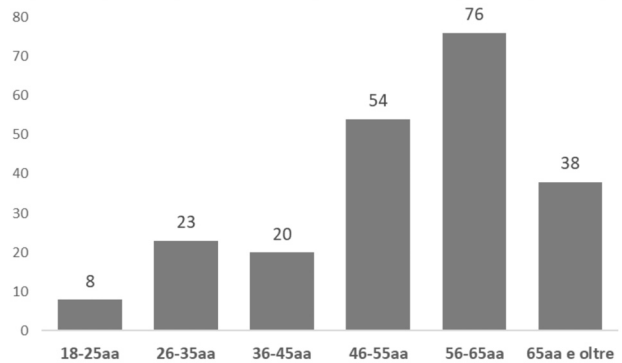
Circa 1/3 è di genere femminile e 2/3 di genere maschile (dato in controtendenza con quello generale dell'utenza in carico ai centri di salute mentale: 57% donne, 43% maschi). L'età media degli utenti è di 54 anni, dato in linea con quello generale (Tab. 2).

Il 59% ha un'età compresa tra i 46 e 65 anni (Graf. 2).

L'utenza delle strutture è quindi prevalentemente adulta e anche questo dato rispecchia la fotografia dell'utenza in carico ai centri di salute mentale.

	v.a.	%	Età media	Dev. standard	Età min	Età max
Femmine	80	37%	54,3	16,7	19	93
Maschi	139	63%	54,1	12,8	20	80
Totale	219	100%	54,2	14,3	19	93

Tab. 2 – Utenti inseriti per caratteristiche anagrafiche



Graf. 2 – Utenti inseriti per fasce d'età (v.a.)

Il 95% è di nazionalità italiana e l'82% vive da solo⁷.

Il 59% ha un titolo di studio medio basso (nessuno, elementare o licenza media) e solamente il 17% lavora in maniera stabile.

La popolazione che vive quindi nelle residenze si caratterizza per essere soprattutto maschile, sola, italiana e non occupata, e questo in maniera più marcata rispetto alle caratteristiche degli utenti complessivi in carico. Mostra pertanto alcuni tratti di particolare fragilità sociale: come la ristretta rete familiare e la mancanza di una occupazione.

2. Percorsi di presa in carico e problemi di salute

Rispetto ai percorsi di cura, le persone inserite in struttura sono seguite dal centro di salute mentale mediamente da 15 anni, la metà di loro da 17 anni o più (valore sia mediano che modale). Sono giunti inizialmente al servizio in maniera autonoma (17%) o invitati da altri servizi (45%), come il medico di

Note

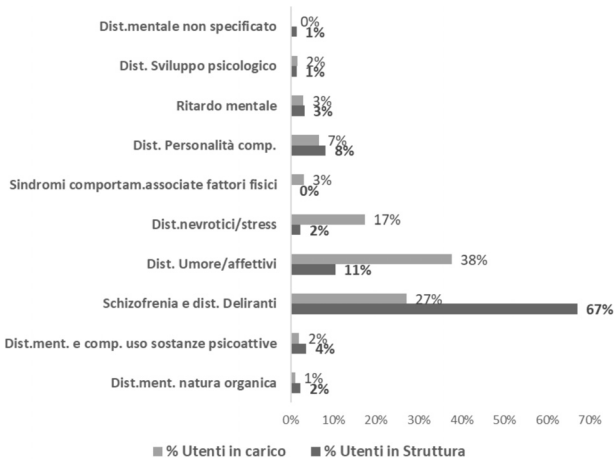
- 3 Strutture sanitarie: Residenze a trattamento intensivo ospedaliero- RTI (Villa Azzurra); RTR Estensiva territoriale (RTR Zignola); Residenze per trattamenti riab. biopsicosociali medio termine carattere estensivo- RTR-estensiva (Tipano, Podere Rosa, Santa Teresa, San Leonardo, Casa Zacchera, Il Parco, Il Colle); altre strutture accreditate come REMS e COD.
- 4 Strutture socio-sanitarie: Comunità alloggio per la salute mentale; gruppi appartamento per la salute mentale; altre strutture residenziali accreditate per disabili o anziani.
- 5 Utenti in carico: pazienti per i quali è stato aperto un percorso di cura ed un progetto assistenziale, quindi seguiti costantemente nel tempo.
- 6 Starace F. e Baccari F. a cura di (2020), pg.44.
- 7 Celibe/nubile; separato/divorziato o vedova/a.

medicina generale, il pronto soccorso o altri reparti ospedalieri.

Il 67% di loro ha una diagnosi principale di disturbo psicotico (schizofrenia e disturbi deliranti), elemento che appare coerente con l'ultimo dato nazionale disponibile, secondo cui "i pazienti con diagnosi di schizofrenia e altre psicosi funzionali rappresentano la metà dell'utenza delle strutture residenziali"⁸.

La seconda diagnosi più ricorrente rimanda ai disturbi dell'umore e affettivi (11%).

Si evidenzia come nelle strutture siano particolarmente presenti gli utenti affetti da disturbi psicotici in maniera più marcata, rispetto alla percentuale di queste patologie negli utenti in carico, rispettivamente pari al 67% e al 27% (Graf. 3).



Graf. 3 – Confronto diagnosi principali tra utenti inseriti in Struttura e utenti in carico ai CSM

Sono inseriti in struttura mediamente da 5 anni: in quelle sanitarie da 1,5 anni, mentre in quella socio-sanitarie da quasi 6 anni.

Gli utenti inseriti nelle residenze hanno quindi una presa in carico ben consolidata nel tempo dai servizi, sia di salute mentale che in generale da quelli sanitari.

Sono stati presi in carico mediamente all'età di 38 anni. Di questi 82 persone sono state prese in carico prima dei 35 anni (37%).

Il dato della permanenza media, molto variabile in base al tipo di struttura, restituisce un quadro degno di approfondimento e riflessione, in quanto sembra evidenziare il "rischio" che alcuni luoghi diventino "case per la vita" e non soluzioni temporanee riabilitative, in particolar modo le strutture socio-sanitarie⁹.

3. Trattamenti

Tutti i 219 utenti inseriti in struttura hanno attivo un trattamento clinico psichiatrico, di cui è responsabile lo psichiatra dell'équipe territoriale di riferimento del centro

di salute mentale. Quasi l'80% ha anche un trattamento farmacologico.

Accanto a questi, per il 60% degli utenti è stato attivato anche un trattamento socio-riabilitativo casa-abitare¹⁰ o socialità-espressività¹¹, che di norma sono predisposti dalle assistenti sociali e dagli educatori delle équipe multiprofessionali territoriali (Tab. 3).

Meno presenti gli altri trattamenti, come ad esempio quello psicologico o psicoterapeutico o quello di ricerca del lavoro. Questo elemento rimanda ad un aspetto critico del sistema locale, in linea con il dato nazionale, nel quale emerge "un insufficiente impiego dei trattamenti psico-sociali a fronte di evidenze scientifiche molto numerose e robuste dell'efficacia di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi da soli o in associazione al trattamento farmacologico"¹².

A questo proposito, va specificato che in parte le strutture stesse si fanno carico di varie attività quotidiane diurne e psico-riabilitative (attività di risocializzazione, gestione del tempo libero, attività ricreative, sostegno alle autonomie...)¹³.

	Cesena	Forlì	Totale	%
Nr. utenti inseriti	104	115	219	
Trattamento clinico psichiatrico	104	115	219	100%
Trattamento farmacologico	83	88	171	78%
Trattamento socio riabilitativo casa abitare/socialità espressività	72	59	131	60%
Trattamento socio riabilitativo formazione lavoro	8	5	13	6%
Trattamento psicologico, psicoterapeutico, psicoeducativo	5	14	19	9%

Tab. 3 – Utenti inseriti e tipologia di trattamento

Note

8 Scattoni M.L. a cura di (2023), pag. 10.

9 Come evidenziato da Scattoni M.L. a cura di (2023), pag. 11.

10 Attività individuali o di gruppo, personalizzate in base alle esigenze assistenziali o riabilitative finalizzate a migliorare l'autonomia nelle principali abilità di base (cura di sé, della casa, usare il telefono, prendere l'autobus), sociali e interpersonali. Indirizzate il più possibile al mantenimento di una realtà abitativa corrispondente a contesti di vita.

11 Attività individuali o di gruppo, personalizzate in base alle esigenze assistenziali o riabilitative, finalizzate all'acquisizione o al recupero di abilità sociali, di funzionamento interpersonale e/o espressive in ambito extralavorativo, alla conoscenza del territorio, all'inclusione sociale. Si svolgono sia nelle strutture del DSM-DP che nella comunità.

12 Come evidenziato da Scattoni M.L. a cura di (2023), pag. 11.

13 Come da requisiti specifici di accreditamento sanitario ai sensi della DGR 327/2004 e succ. mm. e ii. e accreditamento socio-sanitario ai sensi della DGR 514/2009 e succ. mm. e ii.

	Femmine	Età media femminile	Maschi	Età media maschi	Totale	Età media totale
Strutture sanitarie	18	43,8	35	45,8	53	45,1
Strutture socio-sanitarie	62	57,4	104	57,0	166	57,1
Totale	80	54,3	139	54,1	219	54,2

Tab. 4 – Utenti inseriti per sesso ed età per tipologia struttura

4. Quali residenze per quali bisogni di salute

4.1 Focus sulle residenze sanitarie

L’inserimento in strutture psichiatriche sanitarie, siano esse Residenze a trattamento Intensivo- RTI o estensivo-RTR-E, sono utilizzate da entrambi i territori in maniera minoritaria (53 inserimenti su 219) e in eguale misura (28 utenti di Forlì e 25 di Cesena). Non emergono quindi significative differenze in termini di utilizzo tra i due ambiti.

Ci sono invece interessanti elementi di variabilità degli utenti. Gli utenti che usufruiscono delle strutture sanitarie, sono i più giovani tra quelli inseriti, con un’età media di 45 anni (Tab. 4).

Nelle sanitarie la diagnosi prevalente è sempre la schizofrenia (Tab. 5), come per tutta l’utenza inserita considerata, ma si evidenzia una maggior concentrazione dei casi affetti da:

- disturbo dell’umore (19% vs 11%)
- disturbi di personalità (11% vs 8%)
- disturbo dello sviluppo psicologico (6% vs 1%). (Tab. 5 vs Graf. 3)

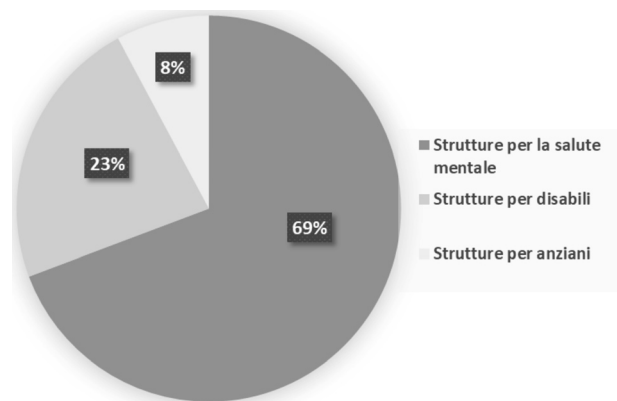
Gruppi diagnosi ICDX - Strutture sanitarie	v.a.	%
Schizofrenia e dist. Deliranti	24	45%
Dist. Umore/affetti	10	19%
Dist. Personalità comp.	6	11%
Dist. ment. e comp. uso sostanze psicoattive	3	6%
Dist. Sviluppo psicol.	3	6%
Dist. mentale non specificato	3	6%
Dist. nevrotici/stress	2	4%
Ritardo mentale	2	4%
Dist. ment. natura orfanica	0	0%
Totale	53	100%

Tab. 5 – Utenti inseriti nelle sanitarie per diagnosi principale

Come già detto, inoltre, gli utenti sono mediamente inseriti in struttura da circa un anno e mezzo (media 515 giorni), la metà da poco più di cinque mesi (mediana 162 giorni). Nelle RTR-estensive si evidenzia una degenza media più elevata (media 692 giorni), ma coerente con la vocazione riabilitativa estensiva di queste residenze e comunque l’80% sono presenti da meno di due anni. Questo rappresenta un elemento di forza, che rispetta lo standard previsto dalle indicazioni regionali e dagli obiettivi attuali aziendali¹⁴.

4.2 Focus sulle residenze socio-sanitarie

Per gli inserimenti residenziali dei propri utenti, i centri di salute mentale di Forlì-Cesena utilizzano prioritariamente le strutture socio-sanitarie, rispetto a quelle sanitarie (166 utenti vs 53) e, all’interno di questo variegato gruppo, si rivolgono principalmente a quelle specifiche per la salute mentale (Graf. 4).



Graf. 4 – Utenti inseriti per tipologia struttura socio-sanitaria (%)

Gli utenti che vivono in queste strutture, sono i più anziani tra quelli inseriti, con un’età media di oltre 57 anni. Come già messo in evidenza, gli utenti sono mediamente inseriti da molto tempo: circa 6 anni, la metà da due anni (mediana 789 giorni).

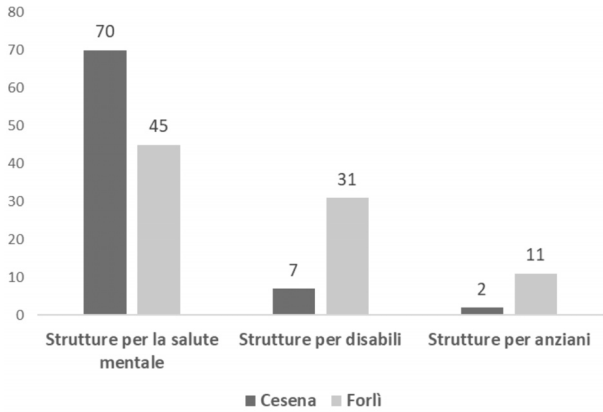
Le comunità alloggio per la salute mentale sono in entrambi i territori le strutture d’elezione.

I più piccoli gruppi appartamento per la salute mentale sono utilizzati quasi esclusivamente a Cesena, mentre a Forlì vengono privilegiati i gruppi appartamento per persone con disabilità o i più intensi e strutturati centri socio-riabilitativi residenziali per disabili-CSRR.

Anche le strutture per anziani, siano esse case di riposo, case residenze anziani o comunità alloggio, sembrano di particolare utilità per gli utenti del forlivese e più residuali nel cesenate (Graf. 5).

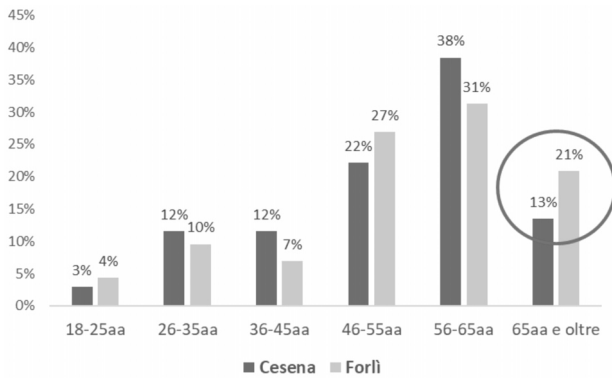
Note

¹⁴ Obiettivi budget 2023 DSM-DP Forlì-Cesena Ausl della Romagna: “Appropriatezza degli inserimenti in RTR-estensiva”. Indicatore: % inserimenti oltre i 2 anni Target: >=30%.



Graf. 5 – Distribuzione utenti inseriti per macro tipologie di struttura socio-sanitaria

In parte questa differenza è dovuta a una maggior presenza di utenti over 65 anni tra quelli inseriti a Forlì: 21% Forlì vs 13% Cesena (Graf. 6).



Graf. 6 – Utenti inseriti per fasce d'età e territorio

Inoltre nel territorio forlivese sussiste una maggior offerta di strutture residenziali per anziani e disabili rispetto a quello di Cesena¹⁵ (Tab. 6).

	Cesena	Forlì	Totale
Strutture per la salute mentale	12	23	35
Strutture per disabili	20	35	55
Strutture per anziani	39	63	102
Totale	71	121	192

Tab. 6 – Offerta strutture socio-sanitarie nella Provincia Forlì-Cesena

5. Esiti di salute: uno sguardo ai ricoveri

Nel corso degli ultimi tre anni solo il 18% degli utenti inseriti nelle strutture ha avuto bisogno di ricoveri ospedalieri, in reparti di diagnosi e cura-SPDC o in reparti extraospedalieri-SPOI.

Si evidenzia una diminuzione tendenziale del numero medio di ricoveri per utente, mentre rimane stabile la durata di degenza media sia per utente che per ricovero (Tab. 7).

Gli utenti che hanno avuto necessità di ricorrere al ricovero sono soprattutto quelli inseriti nelle strutture sanitarie: circa uno su due (54%).

Solo l'8% degli utenti che vivono nelle residenze socio-sanitarie sono stati ricoverati e questo dato è in linea con il dato complessivo degli utenti in carico.

Ricoveri SDO	220	2021	2022
Nr. utenti inseriti in struttura		219	
Nr. utenti con ricovero	35	43	42
Nr. ricoveri	88	106	97
Nr. giornate	1.818	1.981	2.136
Media ricovero per utente	3	2,5	2
Media gior. di ricovero per utente	51,9	46,1	50,9
Degenza media per ricovero	21	19	22
Nr. accessi al PS	0	0	0

Tab. 7 – Ricoveri ospedalieri degli utenti inseriti in struttura

Nessuno è dovuto ricorrere alle cure urgenti presso il pronto soccorso (Tab. 7). Questo dato evidenzia come per i pazienti più fragili, assistiti presso il centro di salute mentale e inseriti nelle residenze, sia presente un passaggio più agevolato ai reparti ospedalieri anche in caso di emergenza.

Conclusioni e osservazioni

I dati analizzati fotografano una popolazione fragile ed evidenziano come il territorio riesce in modo "sistematico", sia clinico che organizzativo, a gestire i percorsi valorizzando al meglio le risorse disponibili.

I trattamenti residenziali vengono utilizzati per la minoranza degli utenti seguiti (6%), che corrispondono all'utenza con i quadri clinici-funzionali più compromessi (utenti con psicosi).

Emerge inoltre coerenza nell'utilizzo delle strutture a vocazione psichiatrica, con prevalenza del ricorso a quelle socio-sanitarie.

Le strutture psichiatriche sanitarie accolgono utenti più giovani, i casi più gravi e acuti, con bisogni di salute meno omogenei e hanno tempi di degenza media più bassi.

Le strutture socio-sanitarie sembrano intercettare i bisogni di salute di utenti che tendono a prolungare la permanenza

Note

¹⁵ Fonte banca dati regionale "Anagrafe strutture sanitarie, socio-sanitarie sociali autorizzate e accreditate anno 2023.

di vita in tali luoghi per molti anni (anche oltre il 65 anno di età). Questo dato potrebbe indicare una certa tendenza all'“istituzionalizzazione” e alla “trans-istituzionalizzazione” di alcuni utenti.

L'utenza giovane, con età tra i 17 e i 25 anni e problematiche in fase di esordio, ad oggi è inserita in residenze in cui prevalgono utenti molto più adulti e spesso “cronici”.

Gli utenti inseriti hanno avuto negli ultimi 3 anni una “bassa ospedalizzazione: sembra quindi emergere una sostanziale stabilità delle condizioni e una capacità di gestione della complessità clinica di questi pazienti, tale da non dover ricorrere in maniera particolare né ai ricoveri né al pronto soccorso.

Sulla base dei dati qui esposti, sono in atto già da mesi varie azioni volte al miglioramento dell'assistenza fornita. In particolare una rivalutazione dei progetti individualizzati di tutti gli utenti attualmente inseriti nelle residenze.

Co-autori

Barbara Calderone, sociologa, CSM Forlì-Cesena/AUSL Romagna

Eleonora Monti, collaboratore tecnico professionale informatico, CSM Forlì-Cesena/AUSL Romagna

Michele Sanza, medico psichiatra, Direttore DSM-DP Forlì-Cesena/AUSL Romagna

Bibliografia

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. *Le strutture residenziali psichiatriche in età adulta*. Documento approvato con accordo n. 116 del 17 ottobre 2013. (13/054/CR7A/C7). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2013.

De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R (2005), *PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy*. Psychol Med. 2005.

Guazzelli M, Palagini L, Giuntoli L, Pietrini P. (2000), *Rehab rounds: outcomes of patients with schizophrenia in a family-style, residential, community-based program in Italy*. Psychiatr Serv n. 51.

Martinelli A, Iozzino L, Pozzan T, Cristofalo D, Bonetto C, Ruggeri M. (2022), *Performance and effectiveness of step progressive care pathways within mental health supported accommodation services in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022 May.

Ministero della Salute (2019). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la SaluteMentale (SISM) - Anno 2018*. Roma: Ministero della Salute; 2019

Scattoni M.L. a cura di (2023), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”, Rapporti ISTISAN 23/9.

Starace F. e Baccari F. a cura di (2020), *La salute mentale nelle Regioni-Disuguaglianze di sistema*, Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica n. 7/2020.

DGR Regione Emilia-Romagna n. 327 del 23 febbraio 2004 «Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti» e succ. mm. e ii.

DGR Regione Emilia-Romagna n. 514 del 4 maggio 2009- Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari.

Determinazione n. 15756 del 17/07/2023 del Settore assistenza territoriale della direzione generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna- Nomina componenti del gruppo di coordinamento residenzialità psichiatrica e dei gruppi operativi nei tre diversi ambiti della salute mentale adulti, SerDP, NPIA.

Quale residenzialità per i giovani?

Valutazione ed appropriatezza di una esperienza di residenzialità breve ed aperta a Lugo (RA)

Rosario Cambria, Giuseppe Maimone, Daniela Timoncini,
Ivana Pasini, Cecilia Masarati, Antonella Mastrocola

ABSTRACT

Da circa due anni la Residenza socioriabilitativa AUSL «La Fattoria» di Lugo di Ravenna offre un trattamento socioriabilitativo intensivo a giovani, per i quali non sussistano le condizioni ideali per un trattamento domiciliare. Ai giovani viene offerto un percorso intensivo di 6-8 mesi sulla base di obiettivi ben identificati con il giovane e condivisi con la famiglia, la rete socio-relazionale ed il sistema curante.

Il modello che si offre è quello di una residenzialità «aperta», dove il giovane svolga la gran parte delle sue attività (ludiche, sportive, relazionali, di studio e lavorative) esternamente, ovvero nel contesto di appartenenza – una volta recuperati un sufficiente senso di autostima ed empowerment –.

I trattamenti sono personalizzati sia sul piano psicosociale (con ausilio della Recovery Star), quanto sul piano clinico-farmacologico (approccio dimensionale). Anche i gruppi terapeutici ed il sostegno al ruolo genitoriale vengono svolti solo in parte all'interno della residenza, prediligendo un setting esterno

Dall'inizio del programma 15 giovani di età compresa tra 18 e 24 anni hanno completato il percorso, tutti con importanti esiti in termini di clinica, functional and personal recovery.

73

Premessa

La letteratura (Chow and Priebe, 2013) ha da tempo sottolineato gli effetti iatrogeni negativi che una residenzialità prolungata può determinare nelle diverse aree esistenziali:

- sulla dimensione Funzionamento, con progressiva perdita di quelle abilità che non vengono esercitate in un contesto altamente supportato come quello residenziale;
- sulla dimensione Socio-relazionale, in quanto inevitabilmente l'allontanamento dal contesto naturale, pur cercando di mantenere un contatto con le relazioni più significative, porta ad una desertificazione di tutte quelle piccole e grandi relazioni quotidiane, che oltre a dare un

Rif.
Rosario Cambria, Medico Psichiatra
DSM-DP Ravenna/AUSL Romagna
IQ percorsi riabilitativo intensivi
328 3892548
rosario.cambria@auslromagna.it

senso alla vita di tutti i giorni (Hodgetts et al., 2010), rappresentano una occasione unica per esercitare le social cognitions (Fiszdon et al., 2023);

- sulla dimensione Psicologica, in quanto soggiornare in una struttura “psichiatrica” può facilitare l’internalizzazione dello stigma.

Proprio per queste innegabili problematiche, i trattamenti residenziali, pur mantenendo il loro valore intensivo e strategico, vengono tradizionalmente riservati a pazienti con uno stadio avanzato di patologia e disabilità.

Tale impostazione potrebbe confliggere con le nuove evidenze che indicano come il trattamento intensivo precoce, tanto di natura psicofarmacologica quanto di natura psicosociale, possa radicalmente modificare la prognosi di un disturbo psichiatrico (Christine Merrild Posselt et al., 2021).

74

1. Il programma

Alla luce di tali osservazioni la Residenza socioriabilitativa AUSL «La Fattoria» di Lugo di Ravenna offre un trattamento socioriabilitativo intensivo a giovani in età di esordio psicopatologico.

Il modello che si offre è quello di una residenzialità «aperta», in quanto il giovane svolge la gran parte delle proprie attività esternamente, ovvero nel contesto di appartenenza (attività ludiche, sportive, digitali, relazionali, di studio e lavorative).

L’accesso al programma è riservato a giovani di età compresa tra i 18 ed i 24 anni per i quali la permanenza nel contesto familiare è giudicata non più possibile dal giovane, dal contesto familiare di origine e dall’equipe curante (CSM), sulla base della presenza di almeno due delle seguenti condizioni ostative al recupero:

- una condizione clinica di gravità tale da non permettere un sufficiente funzionamento in ambito sociale, lavorativo e/o di studio.
- alta emotività espressa all’interno del nucleo familiare;
- fenomeni di ipercoinvolgimento emotivo da parte del nucleo familiare.

Il percorso ha un limite massimo di durata di otto mesi e viene strutturato sulla base di obiettivi individuati dal ragazzo (con colloqui ed ausili testistici). Prima dell’ingresso in residenza viene realizzato insieme al giovane un Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), sottoscritto dallo stesso ma anche dai familiari, dal sistema curante e da altri eventuali portatori di interesse che partecipano al progetto.

L’approccio clinico e farmacologico è di tipo dimensionale e non categoriale.

Il personale è costituito da operatori sociosanitari, infermieri, educatori professionali. L’assistenza viene garantita nelle

24 ore con la costante presenza di almeno un infermiere ed un educatore; il medico psichiatra è presente per 10 ore settimanali, fornendo nelle restanti ore lavorative consulenza telefonica.

Le attività quotidiane, che tradizionalmente venivano assolte in Residenza (studio, attività digitali ed esercizio fisico), vengono svolte all’esterno della struttura, dopo aver recuperato o rinforzato un sufficiente senso di autostima ed empowerment.

Anche i gruppi terapeutici e di sostegno al ruolo genitoriale vengono svolti solo in parte all’interno della residenza, prediligendo un setting esterno. In questo senso il progetto viene condiviso con gli operatori del Programma Esordi del CSM di Lugo che affrontano i disturbi psichici degli adolescenti in un’ottica evolutiva età-specifica (individuazione-separazione, mentalizzazione del corpo, nascita sociale, nuovi sistemi valoriali).

Al fine di ampliare gli spazi disponibili è stata sviluppata una partnership con il Comune di Lugo che ha reso accessibile ai ragazzi uno spazio autogestito, comprensivo di una sala studio-biblioteca e di una palestra. In tale sede i giovani che lo desiderano possono partecipare anche ad un gruppo DBT aperto anche a loro pari che hanno concluso il progetto residenziale, ma che mantengono questo tipo di trattamento. Dal momento che la maggior parte delle attività dei giovani vengono svolte all’esterno viene a modificarsi il tradizionale ruolo degli operatori della residenza il cui principale compito diventa quello di offrire una “base sicura”, fornendo uno stile di attaccamento stabile (Aikins et al 2009).

Gli operatori ricevono una specifica formazione tanto sulla modalità di interazione con questa specifica popolazione, quanto su tecniche e strategie facilitanti la comprensione ed il trattamento della disregolazione emotiva come ad esempio la Analisi ABC, il Defusing e le Tecniche di de-escalation).

2. Attività e valutazione esiti

Dall’inizio del programma, avvenuto nel gennaio 2020, hanno ultimato il percorso 15 ragazzi di età compresa fra i 18 e i 24 anni (media 20,8 anni con deviazione standard 2,1 e Moda 19 anni). Gli obiettivi più frequentemente individuati dai giovani per il percorso individuale sono stati: inizio/ripresa di un ruolo lavorativo o formativo (scuola, università), miglioramento della forma fisica e della propria immagine corporea, costruzione o ripresa di una rete relazionale/sentimentale, conseguimento della patente di guida, miglioramento delle relazioni con la famiglia di origine.

Al momento dell’ingresso, nella fase di costruzione del progetto (T0), è stata compilata assieme al giovane la Mental Health Recovery Star (MHRS). La stessa valutazione è stata effettuata poi al momento della dimissione (T1).

1. La gestione della propria salute mentale L'area fa riferimento alla gestione della propria salute mentale e alla capacità di sviluppare una vita soddisfacente e significativa, anche in presenza di eventuali sintomi.
2. Cura di sé L'area fa riferimento alla cura di sé, in particolare della propria salute fisica, dell'igiene personale, della gestione dello stress e al mantenimento dello stato generale di benessere.
3. Abilità per la vita quotidiana L'area fa riferimento agli aspetti pratici della vita in autonomia: fare la spesa, cucinare, avere a che fare con i vicini, tenere in ordine il posto in cui si vive e gestire il proprio denaro.
4. Reti sociali L'area fa riferimento alla rete sociale e all'essere parte di una comunità. Include la capacità di partecipare ad attività organizzate da servizi e anche ad attività non istituzionali, come il volontariato, partecipare a corsi, associarsi a un club o a un circolo, partecipare alle attività della scuola, di una chiesa oppure ad attività proposte da gruppi di amici.
5. Lavoro L'area fa riferimento al rapporto personale con il lavoro. Considera il desiderio di lavorare, l'individuazione di ciò che si desidera fare, sviluppare le competenze e le qualifiche per avere un'occupazione, trovare e mantenere un lavoro. Oppure, se preferito o maggiormente indicato, dedicarsi ad attività di volontariato e/o altre attività occupazionali.
6. Relazioni personali L'area fa riferimento alle relazioni personali significative. Si individua una relazione in cui si vorrebbe che le cose fossero diverse (con un familiare, un amico stretto o un compagno/a) e si valuta il grado di vicinanza che si desidera avere.
7. Comportamento legato alle dipendenze e all'uso di sostanze L'area fa riferimento a qualsiasi comportamento legato all'uso di sostanze come alcol, droghe o altre forme di dipendenza (gioco d'azzardo, shopping, etc.). Prende in considerazione la consapevolezza di tali problemi e un eventuale impegno per ridurne i danni.
8. Responsabilità L'area fa riferimento alle responsabilità riguardanti il posto in cui si vive (casa o altro tipo di struttura). Include il pagamento dell'affitto, andare d'accordo con i vicini o gli altri ospiti della struttura e considera la presenza di eventuali problemi con la legge.
9. Identità e autostima L'area fa riferimento al senso d'identità personale e all'autostima. Considera la percezione di sé, la consapevolezza delle risorse personali, dei propri limiti e più in generale dell'accettazione di sé.
10. Fiducia e aspettative positive L'area fa riferimento alla percezione di fiducia personale e alle aspettative positive per il futuro. Prende in considerazione il credere in se stessi, la fiducia negli altri e l'aspettativa di trovare delle possibili soluzioni.
<i>Adattato da Mental Health Providers Forum³⁶</i>

Fig. 1 – Le 10 aree della MHRS

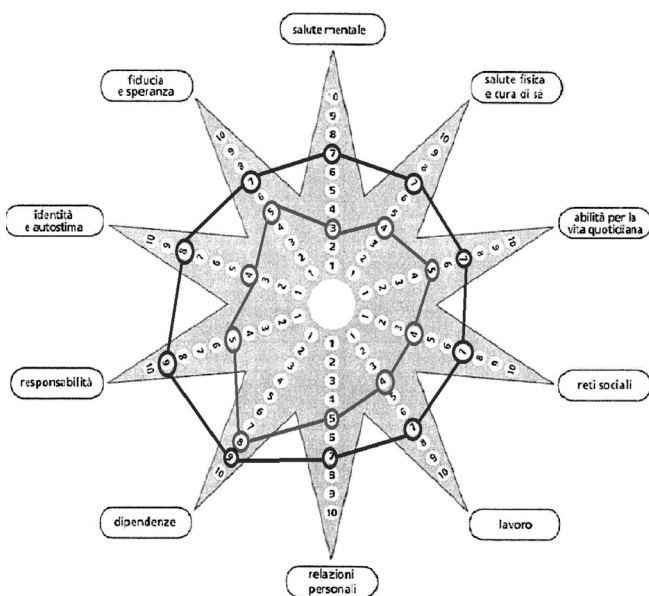


Fig. 2 – Media dei punteggi ottenuti dalla totalità dei pazienti trattati nelle varie aree MHRS

La Mental Health Recovery Star (MHRS) è uno strumento validato che, mediante un approccio collaborativo, consente di valutare il percorso di recovery di pazienti affetti da un disturbo mentale (Placentino et al. 2017).

La MHRS analizza 10 aree, che spaziano dalla dimensione clinica a quella del funzionamento a quella personale (Fig.1). Al momento dell'ingresso i giovani presentavano dei punteggi medi in ciascuna area che si attestavano tra il 3,5 ed il 5. Tale intervallo di punteggio viene definito dalla scala come "accettazione aiuto/credersi": indica una condizione in cui il soggetto non ha operato un cambiamento, ma risulta disposto ad accettare un aiuto in quella specifica area e appare disponibile sperimentare un cambiamento. Tale condizione può essere assimilata, nel "Modello Teorico del Cambiamento" di Di Clemente e Prochaska, alla fase di "contemplazione", (Di Clemente e Prochaska, 1982). Questo stadio risulta significativamente strategico sul piano di un trattamento intensivo, in quanto i soggetti in questa fase appaiono passibili di operare un cambiamento nei sei mesi successivi.

Al momento della dimissione (T1) la totalità dei soggetti presi in esame ha raggiunto almeno l'80% degli obiettivi ed ha raggiunto alla MHRS un punteggio medio di almeno 7 punti (Fig. 2)

Il punteggio considerato fa parte della fase di "apprendimento", che secondo il sopracitato modello corrisponderebbe ad "azione", ovvero il soggetto sta operando il cambiamento.

Tale modifica del punteggio risulta statisticamente significativa (test statistico t di student a due code) in tutte le aree di funzionamento della scala, eccetto che per le aree "dipendenza" ed "abilità della vita quotidiana" (Tab. 1).

	T0	T1	p
1 Gestione Salute*	3,8	6,9	6,22837E-07
2 Cura di sé*	4,1	7,2	7,42295E-08
3 Abilità Vita Quotidiana	5,5	7,1	0,007064215
4 Reti Sociali*	4,5	6,9	3,69507E-06
5 Lavoro*	4,9	7,1	3,30593E-06
6 Relazioni Personali*	4,4	7,4	2,29188E-07
7 Dipendenze	8,3	8,8	0,042535672
8 Responsabilità*	5,6	7,8	1,51017E-05
9 Identità e Autostima*	4,6	7,1	4,53029E-06
10 Fiducia e Speranza*	4,8	7,4	1,40967E-05

Tab. 1 - Media dei punteggi ottenuti dai 15 pazienti nelle singole aree MHRS con Test t a 2 code per campioni dipendenti (significatività: $p < .001$)

Legenda:

T0 = media dei punteggi ottenuti dai pazienti al tempo iniziale

T1 = media dei punteggi ottenuti dai pazienti al tempo finale

* = punteggi che hanno ottenuto una significatività statistica

Un elemento che è emerso dall'analisi dei dati e che suffraga la nostra osservazione in vivo, è che il "motore" del cambiamento è rappresentato dal un iniziale incremento di competenze nelle aree di "fiducia e speranza" ed "identità ed autostima" che hanno permesso al giovane quel sufficiente grado di self-efficacy da potersi esporre e cimentare in contesti esterni.

Altro elemento di interesse è stato l'incremento della area "cura di sé", verificatosi pressoché in tutti i soggetti, ma con significati diversi: mentre in alcuni ragazzi l'incremento di punteggio è stato sostenuto dallo scegliere uno stile di vita differente che ne ha modificato anche l'aspetto fisico (ad es stile alimentare o ripresa di attività sportive), in altri l'incremento del punteggio è stato sostenuto da una accettazione più serena della propria immagine corporea. Per quanto riguarda l'area "dipendenza" va specificato che i soggetti che seguono un programma in Fattoria non hanno

come problematica prioritaria l'uso di sostanze stupefacenti o alcool (dato dimostrato da punteggio T0 superiore a 7), pertanto non era necessario operare un cambiamento ma semmai consolidare una fase di apprendimento.

Anche per quanto concerne il punteggio "abilità per la vita quotidiana" si assiste ad un miglioramento dei punteggi che tuttavia non risulta statisticamente significativo. In effetti il modello di residenzialità aperta offre meno spazio ad attività tradizionali delle residenze quale "pulizia" e "riordino", attività sulle quali qualora si evidenzi un problema, riteniamo che in questa fascia di età, non si tratti di deficit di abilità ma più il riflesso di uno stile di vita.

Conclusioni

Il programma ha permesso alla totalità dei soggetti trattati di intraprendere un percorso di miglioramento sia clinico che del progetto di vita, che appariva da tempo scandito da fasi di disregolazione emotiva che spesso sfociavano in comportamenti autolesionistici, di abuso di sostanze ed in frequenti ricoveri ospedalieri in SPDC.

Una criticità che abbiamo rilevato in alcuni casi è stata nella capacità del programma di rendere i familiari ed il sistema curante territoriale compartecipi delle fasi di cambiamento del giovane, incontrando di conseguenza alcuni comprensibili timori e resistenze al momento della dimissione. Da questo punto di vista un'azione di miglioramento a cui stiamo lavorando dovrà consistere in una maggiore integrazione tra i singoli operatori referenti dei ragazzi e gli operatori territoriali che si occupano del supporto ai familiari.

Sicuramente, al momento non disponiamo ancora di dati sugli esiti a lungo termine del trattamento offerto, ma dalle precedenti osservazioni ci sentiamo di affermare che una residenzialità breve, aperta ed altamente finalizzata a specifici obiettivi, può rappresentare una buona spinta al cambiamento verso un percorso di recovery clinica e personale per adolescenti e giovani adulti.

Naturalmente, come suggerito dai modelli di riferimento, per passare dalla fase di "azione" a quella di "mantenimento del cambiamento" è necessario che il giovane segua al momento della dimissione una "filiera" del cambiamento in cui, con specifici supporti da parte del territorio, possa consolidare le nuove strategie apprese.

Co-autori

Giuseppe Maimone, *medico neurochirurgo,
Dipartimento di Neuroscienze di Cesena/AUSL della Romagna*
Daniela Timoncini, *Infermiera,
DSM-DP Ravenna/AUSL della Romagna*
Ivana Pasini, *Assistente Sociale,
DSM-DP Ravenna/AUSL della Romagna*
Cecilia Masarati, *Educatrice,
DSM-DP Ravenna/AUSL della Romagna*
Antonella Mastrocola, *Medico Psichiatra,
Direttore DSM-DP Ravenna/AUSL della Romagna*

Bibliografia

- Ellen Behrens, et al. «A Multi-Center Study of Private Residential Treatment Outcomes», Private Residential Treatment Outcomes, January 2011.
- Joanna M. Fiszdon et al. «Efficacy of social cognition and interaction training in outpatients with schizophrenia spectrum disorders: randomized controlled trial», Front. Psychiatry 04 August 2023.
- Winnie S Chow and Stefan Priebe «Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review», BMC Psychiatry 2013, 13:169
- Darrin Hodgets et al. «Social psychology ad everyday life», second edition, Bloomsbury Academic, 2020.
- Anita R. Tucker et al. «How Presenting Problems and Individual Characteristics Impact Successful Treatment Outcomes in Residential and Wilderness Treatment Programs», Residential Treatment for Children & Youth, 13 June 2014.
- Julie Wargo Aikins et al. «Attachment stability and the emergence of unresolved representations during adolescence» Attach Hum Dev. 2009 Sep;11(5):491-512.
- Christine Merrild Posselt et al.»The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study with Comparison of Randomized Trial and Real-World Data» The American Journal of Psychiatry Pages 941-951. October 01, 2021.
- Anna Placentino et al. «La Mental Health Recovery Star: Caratteristiche e studio di validazione della versione Italiana» Rivista di Psichiatria, 52(6), 247-254, 2017.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. «Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. American Journal of Health Promotion», 12, (1): 11-12. 1982.
- Paola Carozza «Principi di riabilitazione psichiatrica», Franco Angeli editore, 2006.
- Paola Carozza «La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività», Franco Angeli editore, 2010.

Il cerchio verde... forma nuova dell'abitare

Percorso verso l'housing supportato di strutture residenziali riabilitative sanitarie a Piacenza

Corrado Cappa, Ornella Bettinardi,
Nadia Fermi, Elisabetta Ghigini, Enrica Lucca,
Lorena Miserotti, Massimo Rossetti

78

ABSTRACT

Il presente contributo descrive il processo, iniziato presso il DSM-DP/AUSL di Piacenza a partire dall'anno 2017, di progressivo passaggio da una gestione prettamente sanitaria delle strutture residenziali psichiatriche, improntata sulla lungodegenza, ad una prospettiva di permanenza più breve, qualitativamente intensiva, di tipo sociosanitario.

Introduzione

Sino all'anno 2017 il DSM-DP dell'AUSL di Piacenza disponeva, unico esempio in RER, di ben cinque Residenze di Trattamento Estensivo (RTE) direttamente gestite dal DSM-DP e di una ulteriore RTE in gestione delegata a una Cooperativa di Servizi. L'utenza era in prevalenza costituita da persone con disturbi mentali cronici, anche con forme di deterioramento cognitivo o disabilità intellettiva, che permaneva in struttura molto tempo, nella maggior parte dei casi per periodi superiori ai 12 mesi. Alcuni degli utenti vivevano infatti nelle strutture comunitarie considerandole al pari di una loro definitiva abitazione, tant'è che decenni addietro per costoro era stata colà certificata la residenza. Nella primavera del 2023, date le esigenze di politica sanitaria sul contenimento dei costi, è stata chiusa una RTE con una conseguente contrazione dei posti totali in residenza sanitaria che da 67 sono divenuti 53.

Il presente contributo illustra lo sviluppo che si è attuato negli anni 2017-23 nel percorso riabilitativo di comunità presso il DSM-DP di Piacenza, in cui la componente essenziale dell'offerta di cura della residenzialità (Allegato DGR 1838/2013) è stata progressivamente messa in connessione con l'abitare supportato in un approccio volto all'ottenimento della massima autonomia e recovery (Carozza 2013, Carozza 2014, Rapporti ISTISAN 23/9, Starace et al, 2011, Turkinghton et al., 2013).

Rif.
Corrado Cappa, *Psichiatra,*
Direttore UOC Psichiatria di Collegamento
e Inclusione Sociale (PCIS), DSM-DP AUSL di Piacenza
348 7702988
c.cappa@ausl.pc.it

1. Struttura progetto

L'anno 2017 segna una svolta radicale negli orientamenti dei percorsi residenziali del DSM-DP / AUSL Piacenza che ha previsto l'implementazione di due fasi, fra loro strettamente interconnesse:

- 1° fase che ha previsto il convenzionamento con Enti socio-sanitari per l'apertura di Comunità Alloggio Psichiatriche;
- 2° fase con inizio di esperienze di housing supportato, sempre tramite il convenzionamento con Cooperative di servizi.

Parallelamente a questo la Direzione del DSM-DP ha ridefinito l'organizzazione dei percorsi di cura all'interno dei seguenti Cerchi:

- *Cerchio Rosso* comprensivo del reparto ospedaliero del Servizio Psichiatrico di Diagnosi; e Cura (SPDC) e dell'unica Residenza Trattamento Intensivo (RTI) di Villa Speranza esistente sul territorio piacentino.
- *Cerchio Oro* comprensivi dei Centri Ambulatoriali di Salute Mentale (CSM).
- *Cerchio Blu* dedicato alle strutture comunitarie a gestione sanitaria direttamente gestite da personale del DSM-DP.
- *Cerchio Verde* dedicato alle strutture a gestione socio-sanitaria delegata a cooperative o altri enti del terzo settore.
- *Cerchio Bianco* per identificare il ritorno dell'utente al domicilio di provenienza o in un domicilio autonomo.

1.1. Metodologie e procedure attivate

Sulla base del modello organizzativo a Cerchi sopra-descritto, introdotto a partire dall'anno 2017, tutte le strutture riabilitative estensive della Salute Mentale sono state organizzativamente collocate in uno dei seguenti Cerchi:

- Cerchio Blu comprensivo al 100% di strutture e personale sanitario del DSMDP.
- Cerchio Verde comprensivo al 100% di Strutture e personale socio-assistenziale extra DSMDP.

I Cerchi Blu e Verde sono inseriti in distinte Unità Operative Semplici (UOS), entrambe gerarchicamente dipendenti dall'Unità Operativa Complessa (UOC) di Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale (PCIS) preposta a:

- a) assolvere a quasi tutte le funzioni riabilitative per gli utenti con gravi disturbi mentali cronici (Serious Mental Illness, SMI) e del neurosviluppo (DNS).
- b) gestire i percorsi riabilitativi del DSM in collaborazione con i CSM, a cui è preposta l'assistenza psichiatrica territoriale per gli adulti, con ruolo di co-progettazione e attuazione di tutti gli interventi di riabilitazione residenziale e territoriale (in particolare per quanto concerne i percorsi di avvio al lavoro).

1.2. Criteri per l'inserimento nei Cerchi (Blu-Verdi)

Sotto il profilo procedurale la UOC PCIS:

- i. riceve dalle équipes del CSM e/o del SerDP (se l'utente con doppia diagnosi ha risolto precedenti problemi di abuso) la richiesta di inserimento in una delle strutture del Cerchio Blu o del Cerchio Verde;
- ii. convoca di prassi le persone interessate: psichiatra/psicologo e altre figure di riferimento quali operatori dei Servizi Sociali, utente, familiari, eventuale amministratore di sostegno (AdS);
- iii. coordina il percorso, nel caso di una richiesta verso il *Cerchio Blu*, che si svolge all'interno del DSM-DP (è qui evidente il vantaggio di avere una gestione diretta da parte del DSM delle strutture comunitarie sanitarie): in questo caso oltre agli operatori citati parteciperanno alla Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) interna, il Responsabile della UOS Cerchio Blu e il relativo Coordinatore Assistenziale;
- iv. convoca (in un secondo incontro), nel caso di una richiesta verso il *Cerchio Verde*, anche i Responsabili della struttura socio-sanitaria individuata, sia che si tratti di Comunità Alloggio che di Gruppi Appartamento;
- v. garantisce che tutti i passaggi da un Cerchio all'altro avvengano attraverso la convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

1.3. Descrizione strutture e funzionamento del Cerchio Verde

Tipologia Strutture Socio-Sanitarie Cerchio Verde	N°
Comunità alloggio (cap 1.3.1)	4
Gruppi Appartamenti (cap 1.3.2)	8
Totale complessivo	12

Tab. 1 – Le 12 Strutture del Cerchio Verde

1.3.1. Comunità socio-sanitarie del Cerchio Verde

Concretamente si è proceduto ad accordi con enti del terzo settore e nell'arco di tre anni sono state definite 4 comunità alloggio psichiatriche, per un totale di N=46 posti, con mission diversificata:

1. per la Comunità *il Giardino* è prevista l'accoglienza di utenti con sintomatologia psichiatrica "spenta", spesso con un deterioramento cognitivo evidente, privi di competenze sufficienti per una vita indipendente. L'età media di questa popolazione è piuttosto alta e spesso l'uscita dalla comunità è rivolta a strutture per anziani;
2. per la Comunità *La Fenice* l'utenza è in prevalenza costituita da persone con storia di disturbi mentali spesso ancora "vivaci" sotto il profilo sintomatologico, con diagnosi prevalenti di psicosi, disturbi affettivi, disturbi

gravi di personalità (anche con pregresso abuso di sostanze) in cui le iniziative personali spesso si associano a insoddisfacenti competenze (soprattutto sociali) necessarie per far fronte a una vita autonoma. Nonostante l'età media piuttosto elevata si registrano dimissioni rivolte al domicilio oltre che alle strutture per anziani;

3. per la Comunità *Pegaso* valgono le stesse considerazioni effettuate per la Comunità *La Fenice*;
4. per la Comunità *Le Nuvole* la caratterizzazione è quella della Bassa Soglia, per l'accoglienza, anche di breve durata, di persone la cui caratteristica principale è la fragilità sociale (definita quindi dalla possibile coesistenza di disagio relazionale, economico, lavorativo, oltre che psicopatologico).

1.3.2. Gruppi Appartamento del Cerchio Verde

Contemporaneamente all'allestimento di questi contesti comunitari si è proceduto al convenzionamento con Cooperative di Servizi per lo sviluppo di 8 Gruppi Appartamento a vario grado di assistenza che, con un massimo di sei ospiti, non richiedono un'autorizzazione al funzionamento.

1.4. Organizzazione e team Cerchio Verde

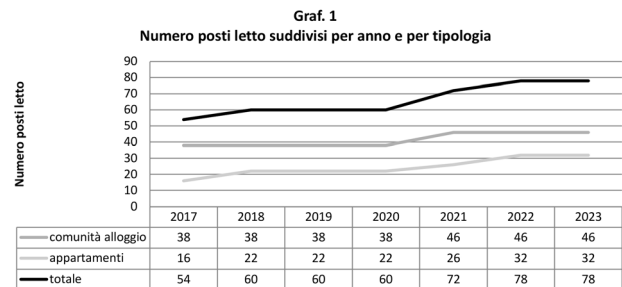
Un'importante innovazione organizzativa è rappresentata dalla formazione di un Team Dipartimentale (Team Cerchio Verde), interamente dedicato al governo del percorso verso e dentro il Cerchio Verde, comprensivo delle 12 strutture psichiatriche di tipo sociosanitario sopra descritte attivate nel corso degli ultimi anni e convenzionate con l'AUSL (Comunità Alloggio Psichiatriche e Gruppi Appartamento). Il Team Cerchio Verde presiede agli accessi nelle suddette strutture sociosanitarie ed è costituito da una decina di operatori (educatore, infermiere, assistente sociale, psicologo, psichiatra) interamente dedicata allo scopo. È importante sottolineare il valore funzionale affidato al team Cerchio Verde, nel presidiare in modo dinamico tutto il percorso di cura caratterizzato da: accesso, transizione ed eventuale uscita dalle strutture residenziali di riabilitazione, per evolvere verso una forma dell'abitare in cui l'utente, nella propria quotidianità, possa metter in atto le proprie competenze personali e autonomie di scelta. Questo processo di positivo sviluppo personale, che rientra nella filosofia del *recovery*, mira all'abitare autonomo o variamente supportato come forma organizzativa ideale per la popolazione delle persone in carico al DSM. Data l'eterogeneità dell'utenza in termini clinici, funzionali e motivazionali, il team svolge una costante e necessaria funzione di monitoraggio sull'andamento clinico, funzionamento, aderenza e gradimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) con particolare attenzione all'Asse Abitare.

Compiti del team sono:

- i. la partecipazione alle UVM per l'accesso alle strutture sociosanitarie: le persone che possono accedere al Cerchio Verde sono fra loro altamente eterogenee e con biografie assai differenti. Il team Cerchio Verde svolge inoltre la funzione di individuare e proporre il Gruppo appartamento o la Comunità Alloggio agli utenti, a prescindere dal Cerchio di provenienza;
- ii. il monitoraggio delle condizioni di vita e del livello di indipendenza degli utenti attraverso strumenti di valutazione funzionale, clinica e di qualità di vita;
- iii. la manutenzione del rapporto con le singole entità del terzo settore;
- iv. la supervisione degli stessi operatori che gestiscono le strutture e anche la loro formazione sul campo.

2. Risultati anni 2017 - 1° Semestre 2023 del Cerchio Verde

Nel Grafico 1 vengono riportati i dati quantitativi relativi al numero di utenti che, dall'anno 2017 al 1° semestre 2023, hanno usufruito delle strutture sociosanitarie (fino ad 82 posti convenzionati) che nel grafico sono state suddivise per tipologia (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento).



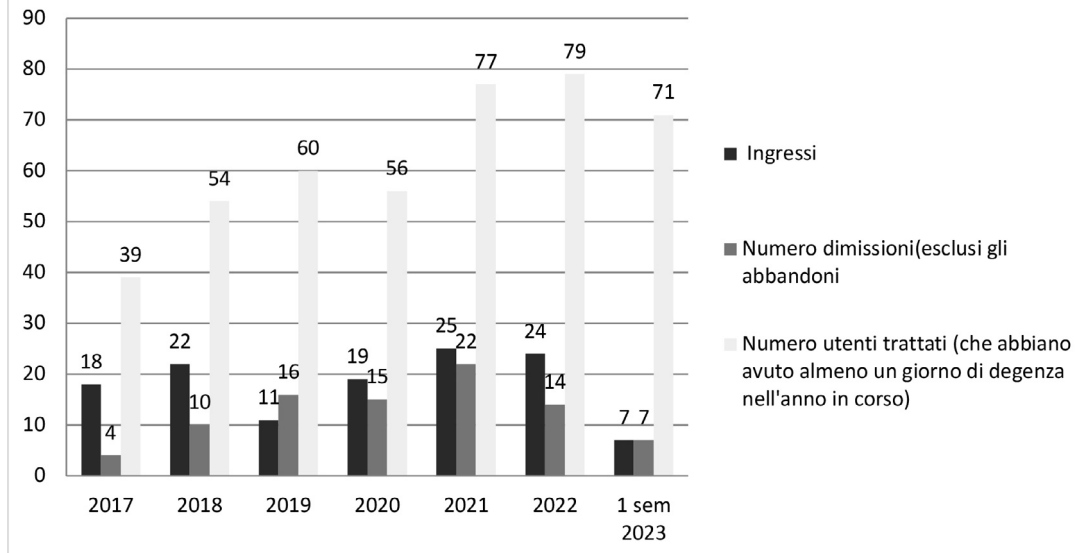
Nel Graf. 2 sono invece riportati i flussi ovvero i dati sull'andamento annuale dei turn-over relativi a: numero di ingressi (tot 126), numero dimissioni (tot 88, qui compresi gli abbandoni che sono stati 9 (11% dei dimessi), di cui 2 (22%) da Gruppi Appartamento e 7 (78%) da Comunità Alloggio, numero utenti trattati per anno (comprensivo dei nuovi ingressi, dei dimessi, degli utenti presenti dell'anno precedente non dimessi e di tutti coloro che abbiano effettuato almeno un giorno di degenza in una delle strutture del Cerchio Verde).

Nella Tab. 2 sono indicati gli ambiti di provenienza degli utenti trattati nel Cerchio Verde.

Si specifica che il 13 % relativo al Cerchio Verde stesso, indica il passaggio da una struttura all'altra del Cerchio Verde, come ad esempio da una Comunità Alloggio a un Gruppo Appartamento.

Nella Tab. 3 sono riportati gli ambiti di destinazione degli 88 utenti dimessi dal Cerchio Verde negli anni 2017-2023

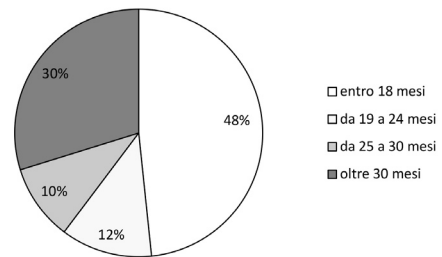
Graf.2 - Flussi (numero ingressi, numero dimissioni*, numero utenti trattati negli anni 2017-1° semestre 2023)



Ambiti di provenienza	Numero utenti
SerDP	5 (3%)
Altro	23 (15%)
Cerchio Blu (RTE)	40 (26%)
Cerchio Rosso	10 (7%)
Cerchio Verde	19 (13%)
Domicilio	42 (28%)
Senza fissa dimora	12 (8%)
Totale complessivo	151 (100%)

Tab. 2 - Ambiti di provenienza

Graf.3, Durata permanenza nel Cerchio Verde espressa in percentuale su tutti gli utenti trattati nel cerchio verde (N=151)



Si noti che complessivamente il 38% è stato avviato al ritorno a casa o ad una situazione di cohousing supportato. Attualmente permangono 63 utenti nel percorso Cerchio Verde.

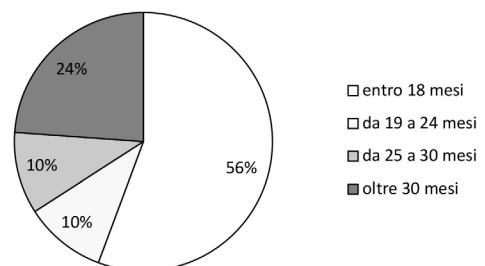
Nel Graf. 3 è rappresentata la durata di permanenza di tutti gli utenti trattati, comprensiva di quelli attualmente presenti nelle strutture del Cerchio Verde.

Nel Graf.4 è riportata la durata di permanenza nel Cerchio Verde calcolata sugli 88 utenti dimessi

Destinazioni	Numero utenti
Casa di riposo	5 (6%)
Cerchio Blu	6 (7%)
Cerchio rosso	4 (4%)
Cerchio verde Appartamento	12 (14%)
Cerchio Verde Comunità Alloggio	8 (9%)
Dato non reperibile	23 (26%)
deceduto	5 (6%)
Domicilio	14 (16%)
Domicilio in Casa popolare	5 (6%)
Nazione di provenienza	1 (1%)
Struttura ospedaliera	4 (5%)
Struttura SerDP	1 (1%)
Totale complessivo	88 (100%)

Tab. 3 - Ambiti di destinazione

Graf.4, Durata permanenza nel Cerchio Verde espressa in percentuale sugli utenti dimessi (N=88)



3. Commento ai risultati

Mentre le strutture riabilitative delle RTE, interamente a spesa sanitaria, è previsto un termine di permanenza variabile da 3 a 12 mesi (pur eventualmente prorogabile), per converso, le strutture di tipo sociosanitario del Cerchio Verde non hanno un termine di permanenza e si differenziano anche in base al carico assistenziale: maggiore nelle Comunità Alloggio psichiatriche, minore nei Gruppi Appartamento o negli Appartamenti supportati di singoli utenti. Queste ultime due forme rappresentano, in particolare, l'evoluzione ideale del percorso riabilitativo perché consentono una sistemazione abitativa stabile senza imporre all'utente un termine per la sua uscita. In esse è possibile ed auspicabile l'utilizzo dello strumento del Budget di Salute (Rapporti ISTISAN 23/9).

Tra i principali vantaggi derivanti da tale modello di abitare ci sembra opportuno indicare i seguenti:

- a) all'utente non è chiesto di definire una durata per la propria permanenza;
- b) per converso l'utente ha il diritto di lasciare l'esperienza di condivisione abitativa o di interrompere la permanenza in abitazioni singole in totale autonomia;
- c) all'utente è lasciato un notevole livello di autonomia nella gestione della abitazione (Gruppi Appartamento o monocali), ovviamente in misura minore nelle Comunità Alloggio;
- d) pur collocandosi come stazione intermedia tra Cerchio Blu (la RTE) e Cerchio Bianco (il proprio domicilio autonomo), il Cerchio Verde contraddice di fatto il modello della continuità tra una struttura e l'altra (come i nostri dati evidenziano) e rappresenta una forma abitativa flessibile e disponibile alle preferenze o opportunità dell'utente nel percorso riabilitativo.

Tra i principali limiti e problemi da presidiare indichiamo i seguenti:

il servizio deve impegnarsi nel favorire convivenze di persone con storie e caratteri diversi all'interno della stessa cornice abitativa;

il servizio, con l'accordo dell'utente, deve stimolare e mantenere tutti i rapporti dell'utente con l'esterno che lo impegnano sul versante lavorativo, sociale e familiare;

se viene impiegato il BdS è necessario stabilire un periodo di tempo per la sua erogazione affinché non si trasformi in un semplice vitalizio;

occorre una costante supervisione degli utenti e degli operatori del terzo settore che gestiscono le varie strutture, da parte di un team del DSM-DP (Team Cerchio Verde) appositamente dedicato;

nelle Comunità Alloggio Psichiatriche entrano in genere utenti assai disabilitati, con poca motivazione al cambiamento. Il rischio è che si mettano in una condizione di

passiva attesa dell'epoca del "pensionamento" in Casa di Riposo.

Conclusioni

La forma dell'abitare del Gruppo Appartamento – al pari della Comunità Alloggio Psichiatrica – si conforma come una forma artificiale di convivenza e certamente non spontanea. Per quanto sia accaduto che, per libera scelta, alcuni utenti, con esperienze comunitarie pregresse, abbiano deciso di andare a vivere assieme in modo autonomo, la composizione sociale del Gruppo Appartamento richiede sempre una delicata fase di esplorazione delle possibili compatibilità tra persone conviventi e la condivisione da parte delle persone stesse di alcune regole essenziali. Per gli stessi motivi è un diritto delle persone stesse scegliere di abbandonare il gruppo o, all'opposto, scegliere di rimanervi ad libitum. Per quanto questi principi siano applicabili a qualsiasi contesto comunitario sanitario o sociosanitario, è evidente che il Gruppo Appartamento, per il carico di responsabilità personale che comporta per ognuno dei suoi abitanti, presenta caratteristiche di gestione assai diverse rispetto a contesti più strutturati e con una popolazione più numerosa. In sintesi ad ogni utente viene chiesto di assumersi la responsabilità inerente la cura di tutte le funzioni di cura personale e domestica, il rispetto di una civile convivenza con gli altri abitanti del gruppo e la capacità di adeguarsi a regole minime di gestione della conduzione dell'appartamento stesso, come la suddivisione di alcuni compiti quotidiani.

La continuità nel passaggio tra una struttura a maggior carico assistenziale e un'altra a minore, ha dimostrato di non essere una sempre valida e attendibile direzione per il percorso riabilitativo della persona con disturbi mentali. Tuttavia il passaggio da un sistema lineare e uniforme di progressione a uno più libero e articolato può avvenire solo gradualmente, allestendo realtà abitative diversificate: geograficamente distribuite sul territorio provinciale, predisposte con diversi gradi di assistenza, strutturate con una numerosità degli ospiti tipica della comunità terapeutica o più vicina alla tipologia familiare (Gruppo Appartamento) o secondo un abitare quasi completamente indipendente (monocale con uno-due posti). In sostanza l'utente deve poter scegliere tra diverse soluzioni abitative. Mentre la Comunità Terapeutica (la RTE, il Cerchio Blu) non deve essere riconosciuta come luogo di vita, e cioè va vissuta come un periodo di transizione e intensa riabilitazione, le strutture comunitarie grandi o piccole del Cerchio Verde (Comunità Alloggio psichiatriche e Gruppi Appartamento e monocali), vanno considerate come luoghi dell'abitare di lunga durata, anche senza termine. Questo caratterizza tali strutture in modo significativamente diverso rispetto a quelle resi-

denziali sanitarie sia per motivi amministrativi (risorse economiche per la gestione ordinaria) che, e soprattutto per ragioni di scelta esistenziale: *“questa è casa mia, dove vivrò anche condividendo con gli altri ospiti gran parte della mia vita quotidiana”*. Questa prospettiva si distanzia dal modello riabilitativo intensivo di competenza della RTE e sposa una visione più personalizzata e flessibile nell'uso delle strutture sociosanitarie del Cerchio Verde. La Comunità Alloggio Psichiatrica idealmente può ancora rappresentare un luogo di riabilitazione, anche se ad oggi, la popolazione che l'ha abitata presenta sovente caratteristiche di cronicità e residualità delle manifestazioni cliniche, quali deterrenti per l'accesso a strutture più piccole ed impegnative dal punto di vista delle proprie potenzialità e risorse funzionali. Sono quindi, in estrema sintesi, a nostro avviso, le forme dell'abitare del Gruppo Appartamento e dell'abitare supportato in monolocale ove l'utente vive solo, a rappresentare ad oggi l'orizzonte di sviluppo più appropriato.

Co-autori

Antonella Bettinardi, Psicologo-psicoterapeuta
 UOC Emergenza Urgenza (EU) DSM-DP/AUSL Piacenza
Nadia Fermi, Infermiera UOC PCIS DSM-DP/AUSL Piacenza
Elisabetta Ghigini, Educatrice Professionale Coordinatrice
 UOC PCIS DSM-DP/AUSL Piacenza
Enrica Lucca, Assistente Sociale
 UOC PCIS DSM-DP/AUSL Piacenza
Lorena Miserotti, Responsabile Assistenziale
 DSM-DP/AUSL Piacenza
Massimo Rossetti, Direttore f.f.
 DSM-DP/AUSL Piacenza

Bibliografia

- Allegato DGR 1838/2013: *Requisiti per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Psichiatriche*.
- Carozza P. (2013) *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Ed. Franco Angeli.
- Carozza P. (2014). *Dalla centralità dei Servizi alla centralità della Persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale*. Ed. Franco Angeli.
- Conferenza Delle Regioni E Delle Province Autonome 13/054/Cr7a/C7. *Le Strutture Residenziali Psichiatriche*.
- DGR RER 1423/2015 *integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento*.
- Rapporti ISTISAN 23/9 (ISSN: 2384-8936 online). *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*. A cura di M.L. Scattoni per il Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica".
- Starace, F., Mazzi, F., Tedeschini, E., Mungai, F., Ferrara, M., Carra, E., Kusmann, F., Baraldi, S., Lukacs, K. M., Solignani, G., Musella, V., & Cervone, A. (2011). *REFOCUS Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità*. Promoting recovery in community mental health services Rethink recovery series: volume 4 REFOCUS <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/materiale-informativo/archivio/manuali/refocus-manuale-per-promuovere-la-recovery-nei-servizi-di-salute-mentale-di-comunita>.
- Turkington D., Kingdon D., Rathod S. (2012) *Tornare alla vita e alla normalità*. Edi-Ermes.

Housing per l'inclusione e la prevenzione della marginalità sociale

Esperienze nelle dipendenze patologiche a Modena e a Scandiano (RE)

Chiara Gabrielli, Francesca Danesi, Lara Bertieri,
Patrizia Vallone, Elena Oliva, Stefano Tonini,
Rosita Mazzi, Simona Piredda

84

ABSTRACT

Il co-housing costituisce un approccio innovativo e umanistico al concetto di convivenza, in cui l'abitare condiviso diventa lo strumento per dare valore di cittadino, con diritti e doveri, a persone che sono a rischio di esclusione sociale.

La sicurezza di una dimora nelle situazioni a rischio di marginalità, non è una delle tante opzioni possibili all'interno dei percorsi finalizzati alla recovery, ma rappresenta il presupposto sul quale costruire qualunque intervento; rappresenta uno strumento operativo dei servizi sociali e sanitari sia nella fase iniziale dei trattamenti (housing first), sia nelle fasi riabilitative successive (co-housing ad alta integrazione socio sanitaria).

Presentiamo in questo articolo due esperienze nel campo dell'addiction che si rifanno ai principi enunciati dell'housing first e del co-housing: l'una riferibile all'ambito della riduzione del danno nei contesti della marginalità (housing first "Casa con le Ali"), l'altra riferibile all'ambito della risocializzazione dopo percorsi di riabilitazione (co-housing a forte integrazione socio-sanitaria "Ri-Parti").

In entrambe le esperienze, differenti ma non epistemologica mente distanti, il fornire una casa è elemento terapeutico essenziale di carattere sociale, che avvalorava l'efficacia dei trattamenti di natura medica, psicologica e relazionale, oltre a promuovere l'empowerment, migliorare la qualità della vita e favorire l'inclusione sociale.

Rif. Modena
Chiara Gabrielli, *dirigente medico,*
Direttore Programma Dipendenze Patologiche/AUSL Modena
366 6385835
c.gabrielli@ausl.mo.it.

Rif. Scandiano
Francesca Danesi, *psicologa,*
SerDP di Scandiano, AUSL Reggio Emilia
349 4945829
francesca.danesi@ausl.re.it

1. La "Casa con le ali" di Modena

Il modello di Housing First (HF), codificato per la prima volta a New York dal Dr Sam Tsemberis per fronteggiare l'*homelessness*, prevede di garantire rapido accesso ad un alloggio prima di qualunque altra cosa o qualunque altro intervento, a persone con disagio multifattoriale. Le ricerche hanno di-

mostrato che i progetti di Housing First implementati in Europa risolvono definitivamente l'*homelessness* in almeno otto casi ogni dieci trattati.

Il progetto di HF la "Casa con le Ali", rivolto a persone con consumo di sostanze stupefacenti, è attivo nella città di Modena dall'Agosto del 2020. Nasce dalla condivisione sul territorio (Servizi sanitari, Enti Locali, Terzo Settore, Forze dell'Ordine) della necessità di includere in percorsi strutturati persone marginali, senza fissa dimora, seguite prevalentemente dai Servizi di prossimità e territoriali (Unità di Strada, Ambulatorio Mobile e SerDP). L'osservazione in contesti destrutturati quali la strada, negli accessi agli ambulatori dei SerDP e nei mesi di accoglienza notturna invernale, è stata il presupposto, insieme alla rilettura della storia personale, per valutare il funzionamento di persone singole e in piccolo gruppo e per progettare percorsi di co-housing supportato.

I principali criteri di inclusione sono stati quelli della non compulsività nel consumo di sostanze, dell'adesione discreta ad un percorso trattamentale ambulatoriale (assunzione regolare di terapie farmacologiche, colloqui educativi, visite mediche), di un discreto equilibrio comportamentale, di una buona autonomia nella gestione delle attività quotidiane (procurarsi il cibo, igiene personale, richieste esplicite e mirate di aiuto), della capacità di "stare insieme" e di "formare gruppo" (sono stati privilegiati in questo senso coppie o triadi di persone che già mostravano di saper condividere gli spazi e di prendersi cura reciprocamente dei bisogni dell'altro nel setting della strada).

In accordo con il Comune di Modena si è definito di non superare il limite dei quindici progetti contemporanei, limite

che è poi stato riconcordato con tutti gli EELL in diciotto progetti di cui almeno quattro nelle altre aree della Provincia di Modena.

Il progetto ha preso avvio da un contributo concesso da una Fondazione privata per un progetto sperimentale specifico. Il Gestore del finanziamento ha quindi richiesto la partnership del Comune di Modena e dell'AUSL di Modena per la sua realizzazione e provveduto alla messa in disponibilità degli alloggi.

I progetti individuali sono stati confermati, in quanto efficaci sia in termini di miglioramento clinico che di impatto sociale, e sono attualmente riconosciuti come strutturali nei percorsi del Settore DP del DSM/DP di Modena.

Dal punto di vista metodologico sono stati individuati case manager individuali e care manager per ogni appartamento. I team integrati tra operatori del SerDP, del CSM (ove presente) e del Gestore hanno governato in prossimità i percorsi.

L'obiettivo generale comune dei Servizi socio-sanitari e della Comunità è stato quello di ridurre i danni per gli utenti, ridurre l'impatto sociale del loro vivere da homeless e sperimentare una forma di inclusività diffusa dentro il tessuto della città. La collaborazione tra Servizi Socio-Sanitari è stata formalizzata con lo strumento del Budget di Salute con i Servizi Sociali dei territori di riferimento degli Utenti.

Gli obiettivi clinici posti alle persone inserite nel progetto sono attinenti alla riduzione del danno da consumo di sostanze, al miglioramento delle condizioni di vita, al recupero di abilità ed all'empowerment.

Tra l'agosto 2020 ed il luglio 2023 sono stati attivati 18 percorsi articolati in 7 alloggi, con capienza variabile tra le 2 e le 3 persone, situati nel Comune di Modena.

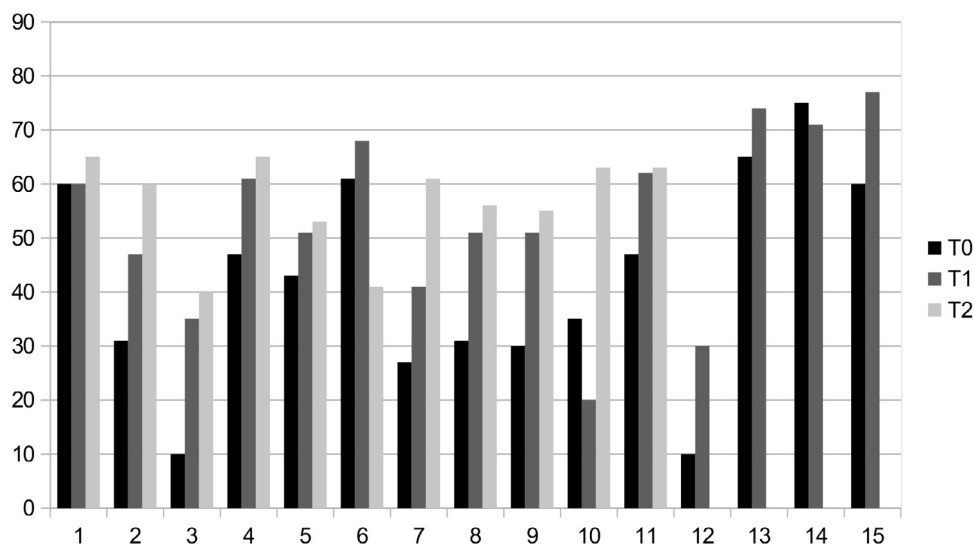


Fig. 1 – VGF al T0 (accesso), dopo 12 mesi (T1) e dopo 24 mesi (T2)

Risultati

La Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) (Fig. 1) è stata applicata a 15 dei 18 utenti che hanno beneficiato dell'accoglienza nei percorsi di housing first. In tre casi, non sono stati raggiunti i 12 mesi di permanenza (drop out). Gli Utenti ritenuti nel progetto per almeno 12 mesi (quindici persone) sono stati valutati al momento dell'ingresso (T0) e dopo un anno (T1). Da un'analisi dei dati emerge come al T1, due utenti evidenziano un peggioramento della loro condizione, uno è rimasto stabile mentre 12 di essi (pari all'80%) hanno migliorato il loro stato. Per 9 utenti su 15 è stato possibile effettuare, con la medesima scala, una valutazione a 24 mesi (T2) dal momento iniziale dell'accoglienza.

In generale (89%) si assiste, fatta eccezione per un solo caso, ad un ulteriore miglioramento, di entità variabile, dal T1 al T2. Per 5 dei 15 utenti inizialmente valutati è stato possibile effettuare una terza valutazione a 30 o 36 mesi dall'inizio dell'accoglienza. L'87% del campione presenta un andamento positivo, con miglioramento del funzionamento globale.

Per nove casi dall'avvio della sperimentazione è stata condotta un'analisi comparativa di impatto socio-economico. Il gruppo target era composto di sette utenti di genere maschile e due di genere femminile. Tutti gli utenti al riferimento T0 (momento dell'ingresso nel progetto di accoglienza) si trovavano nella condizione di senza fissa dimora ed erano abituali consumatori di sostanze stupefacenti. È stata effettuata una valutazione dell'impatto dei costi socio-sanitari nei 12 mesi antecedenti all'ingresso in Housing First: sono state prese in considerazione alcune variabili ritenute maggiormente significative. Nello specifico sono stati valutati i costi relativi agli interventi effettuati sull'utenza specifica relativamente ad interventi sanitari (in urgenza e residenziali/ospedalieri) ed interventi sociali nell'anno antecedente all'ingresso nel progetto di accoglienza e nel-

l'anno successivo all'inizio della stessa. Come si evince dal grafico sottostante (l'asse delle ordinate esprime importi monetari in euro) eccetto gli interventi sanitari, comunque ridottisi in modo significativo, gli interventi sociali richiesti, in particolare di bassa soglia, e gli interventi repressivi sono stati annullati, con importanti effetti secondari sul contenimento della spesa pubblica.

Di seguito si riporta una rappresentazione circa la riduzione della spesa a 12 mesi dall'ingresso che ha interessato le principali prestazioni di cui l'utenza target ha beneficiato nell'anno antecedente il percorso residenziale.

Rispetto ai percorsi ed agli esiti degli stessi:

- per una persona è stato ripianificato il progetto, dopo un anno e mezzo di accoglienza, a causa di gravi e reiterate violazioni delle condizioni di accoglienza ed è stato avviato verso un programma sanitario residenziale.
- Due persone hanno terminato il percorso divenendo autonomi sul piano socio-economico ed abitativo.
- Sei hanno raggiunto una condizione di sobrietà dalla sostanza di abuso primario.

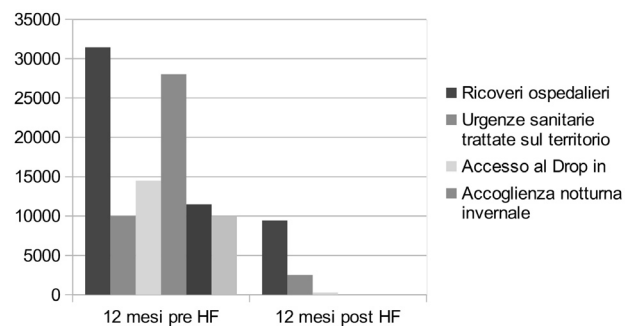


Fig. 2 – Valutazione comparativa dei costi per i principali eventi occorsi nell'anno precedente l'inizio dell'HF e nei 12 mesi di percorso per i 9 Utenti valutati

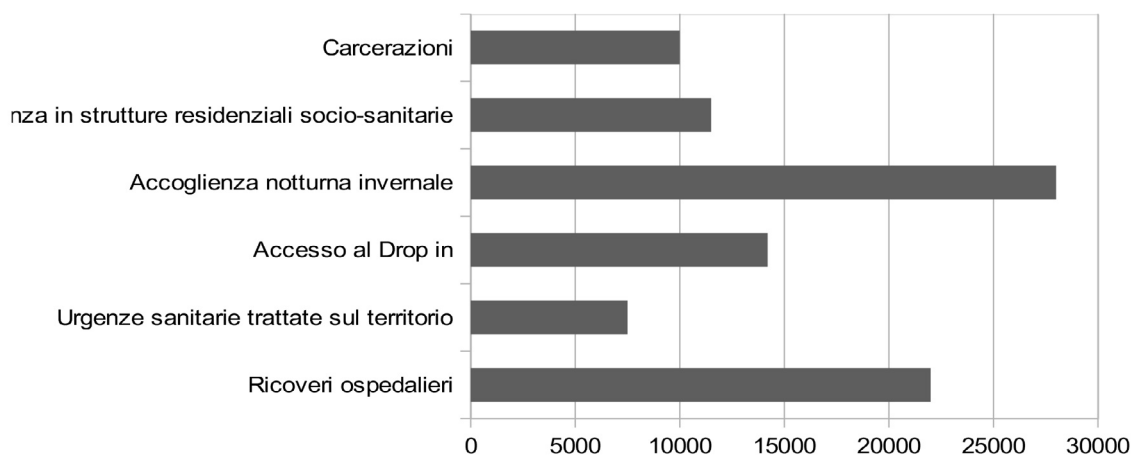


Fig. 3 – Risparmio in Euro complessivo sul gruppo dei 9 percorsi valutati tra i 12 mesi pre e 12 mesi post

Dominio/Item	Media/Standard del dominio Punteggio dell'item gruppo 1	Media/Standard del dominio Punteggio dell'item gruppo 2
Processo di Housing e Strutture	3,1	2,8
1. Scelta dell'abitazione	2	3
2. Scelta del quartiere	2	1
3. Assistenza per l'arredamento	4	4
4. Alloggi a prezzi accessibili mediante sussidi	3	2
5. Percentuale delle richieste d'affitto	4	4
6. Tempo trascorso dall'iscrizione all'ottenimento dell'alloggio	4	4
7. Tipologie di abitazione	3	2
Housing e Servizi	3,6	3,6
8. Percentuale di utenti con camere condivise	1	2
9. Requisiti per poter accedere all'abitazione	4	4
10. Requisiti per poter rimanere nell'abitazione	4	4
11a. Contratto di locazione o di occupazione	4	4
11b. Disposizioni del contratto di locazione o di occupazione	4	4
12. Effetto della perdita dell'alloggio sul supporto abitativo degli utenti	4	3
13. Effetto della perdita dell'alloggio su altri servizi rivolti agli utenti	4	4
Filosofia dei Servizi	3,6	3,1
14. Scelta dei servizi	2	3
15. Requisiti per il trattamento dei gravi disturbi mentali	3	2
16. Requisiti per il trattamento del disturbo da uso di sostanze	4	2
17. Approccio agli utenti che usano sostanze	4	3
18. Promozione dell'aderenza ai programmi di trattamento	4	4
19. Elementi del programma di trattamento e follow-up	4	4
20. Aree della vita esplorate con i programmi di intervento	4	4
Gamma dei Servizi	3,7	3,6
21. Mantenimento delle abitazioni	4	4
22. Servizi psichiatrici	4	4
23. Trattamento per l'uso di sostanze	4	4
24. Opportunità di lavoro retribuite	4	3
25. Servizi educativi	4	4
26. Opportunità di volontariato	4	4
27. Trattamenti sanitari a livello fisico	4	4
28. Presenza di uno specialista tra pari retribuito nel team	1	1
29. Servizi di integrazione sociale	4	4
Struttura del Team/Risorse Umane	3,3	3,7
30. Background degli utenti	4	4
31. Rapporto personale/utenti	4	4
32. Frequenza mensile dei contatti in presenza	4	4
33. Frequenza delle riunioni del team per rivedere i servizi	2	3
34. Componenti della riunione del team	4	4
35. Opportunità di input dell'utente riguardo al programma	2	3
Totale	3,4	3,4

Tab. 1 – Punteggi standard di tutti gli elementi del sondaggio, i punteggi medi per ogni dominio ed il punteggio di fedeltà totale su una scala a 4 punti per ciascun aggregato

	Punteggio Massimo	Punteggio del sito Gruppo 1	Fidelity (%) Gruppo 1	Punteggio del sito Gruppo 2	Fidelity (%) Gruppo 2
Processo di Housing e Strutture	28	22	78,6	20	71,4
Housing e Servizi	28	25	89,2	25	89,2
Filosofia del Servizio	41	25	61	22	53,7
Gamma di Servizi	42	33	78,6	32	76,2
Struttura del Team/Risorse Umane	30	20	66,7	22	73,4
Punteggi totali	169	125	73,9	130	77

Tab. 2 – Punteggi complessivi specifici per ogni dominio

- Sette persone è stato attivato un inserimento lavorativo e le persone contribuiscono al Budget di Salute.
- In due appartamenti è stato sperimentato un progetto di care giving di persone gravemente invalide da parte dei *co-houser* con risultati di autonomia dei nuclei.

Il progetto è stato sottoposto a doppia valutazione rispetto alla Fidelity.

Le evidenze raccolte in Europa suggeriscono che il successo nei progetti di HF è connesso ad un'alta fedeltà rispetto ai principi chiave, nonostante siano implementati in paesi europei con sistemi di welfare, di salute, di housing e di lotta all'*homelessness* molto differenti tra loro. Tutti i progetti con fedeltà provata al modello hanno dato buoni risultati nella lotta all'*homelessness*. La misurazione della fidelity garantisce che l'integrità dell'intervento sia mantenuta anche se il progetto è adattato alle varie esigenze contestuali.

In questa sede è stata utilizzata la scala "*The Pathways Self-assessment survey*" sviluppata e descritta da Stefancic et al. (2013) e Gilmer et al. (2013) che misura la fedeltà a cinque domini:

- 1) processo e struttura dell'*Housing*
- 2) integrazione tra progetto di HF e servizi
- 3) filosofia del servizio
- 4) insieme dei servizi
- 5) strutturazione del team

Questo sondaggio di autovalutazione, composto da 37 elementi quantitativi valutati con un intervallo di valori generalmente compreso tra 1 (bassa fedeltà) e 4 (alta fedeltà), è stata sottoposto congiuntamente ai due team (SerDP-Team 1, Gestore-Team 2) che si occupano del progetto in modo integrato. Punteggi inferiori a 3 indicano una bassa fedeltà, mentre punteggi pari o superiori a 3,5 indicano alta fedeltà. I punteggi compresi tra 3 e 3,5 indicano buona fedeltà.

Il punteggio medio di fedeltà del programma Modenese risulta moderato per entrambe le valutazioni dei due team (3.4), ed oscilla tra moderato ed elevato tra i diversi 5 domini.

Conclusioni

La stabilità abitativa ha avuto effetti misurabili sul piano clinico, della riduzione dei costi, della cura di sé e degli stili di vita, riducendo in modo considerevole gli accessi alle strutture sanitarie di emergenza/urgenza, alle strutture residenziali ed ospedaliere, gli interventi delle Forze dell'Ordine rispetto ai periodi precedenti di presa in carico.

2. “Ri-parti”: cohousing ad alta integrazione nel distretto di Scandiano

Il progetto, nato in via sperimentale nel 2010, attraverso la collaborazione tra SerDP e Servizio Sociale Territoriale, si è basato sull’obiettivo principale di superare le fragilità delle persone in fase di uscita dalle comunità residenziali; tali difficoltà sono prevalentemente correlate alla carenza di supporti relazionali, di alloggi adeguati, di risorse lavorative ed economiche, che spesso conducono alla cronicizzazione della fragilità e possono trasformarsi ricoveri impropri.

Dal punto di vista economico il servizio sociale del territorio, attraverso fondi del Piano Sociale di Zona, stipulava il contratto d’affitto di un appartamento, situato in un condominio del contesto cittadino, mentre le spese condominiali e le utenze erano a carico degli ospiti; al SerDP restava la gestione del co-housing e la stipula con gli ospiti di un contratto “terapeutico abitativo” della durata di 6 mesi rinnovabili, con l’obiettivo di arrivare all’autonomia. Nel contratto venivano definite alcune regole indispensabili come il continuare il progetto c/o il SerDP e mantenere l’astinenza già raggiunta nei precedenti programmi.

Negli otto anni di funzionamento sono stati ospitati 11 assistiti.

Nel 2019, a seguito della valutazione positiva circa i risultati raggiunti con il progetto iniziale e grazie alla buona collaborazione tra tutti i servizi coinvolti si definì un nuovo progetto di co-housing distrettuale non più dedicato solo al problema di dipendenza ma anche ad altri tipi di fragilità per persone di diversi Servizi (SerDP, Salute Mentale, Sociale).

Si arrivò ad una progettazione sociale unica, a gestione integrata, la cui regia era affidata ad un’equipe stabile di assistenti sociali dei due enti (AUSL e Sociale), in sinergia coi referenti dei casi da inserire. Da questa rivalutazione nacque così un co-housing ad alta integrazione socio sanitaria: RIPARTI.

Il nuovo progetto ha previsto l’ampliamento dei destinatari del progetto con l’apertura di due appartamenti per complessivi 8 posti utilizzabili sia per situazioni provenienti dal settore sanitario (SerDP e CSM) che da quello sociale, superando così lo stigma e razionalizzando la spesa complessiva. Inoltre, è stata introdotta una educativa domiciliare (sempre a carico del comune) per offrire un supporto più completo agli ospiti.

Dopo un biennio di attività, il team multidisciplinare ha ritenuto necessario condurre un’analisi sistematica del progetto. Questo ha portato alla realizzazione di una ricerca valutativa con l’obiettivo di ottenere indicazioni utili per il miglioramento del progetto.

Utilizzando il modello dell’audit clinico¹, abbiamo esaminato i casi clinici degli ultimi 10 anni relativi al progetto di Housing, identificandone i punti di forza e di debolezza.

Si parte dall’ipotesi che la ricerca qualitativa, esplorando il punto di vista delle persone coinvolte, contribuisca alla comprensione dei fenomeni sociali.

Inoltre il confronto tra pari è una pratica utile nella ricerca-azione, che può contribuire a migliorare l’efficacia dei servizi.

Il topic (obiettivo della valutazione di esito) dell’audit è stato quello di valutare i risultati ottenuti dai pazienti in trattamento per problemi di dipendenze\fragilità sociale, con i seguenti obiettivi:

1. Responsabilizzazione: stimolare la capacità dell’assistito ad essere responsabile di sé stesso nei vari ambiti di vita
2. Contrasto alla povertà: ridurre la povertà economica, sociale e relazionale
3. Indipendenza-autonomia: fornire all’utente una soluzione abitativa adeguata e dignitosa, che possa garantire il percorso verso l’autonomia evitando la cronicizzazione assistenziale
4. Time-out dal contesto familiare: allontanamento momentaneo o definitivo dal contesto familiare conflittuale che permetta, attraverso il lavoro di mediazione, il riequilibrio delle reti familiari

In sintesi, l’importanza del progetto deriva dal fornire, un luogo dignitoso e sicuro, che permetta ai soggetti di concentrarsi esclusivamente sul proprio percorso terapeutico e di autonomia.

Lo standard di eleggibilità al programma è:

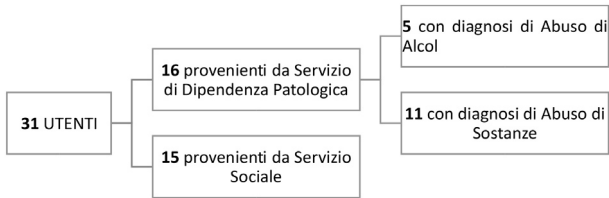
- Essere in carico al servizio dipendenze e /o al servizio sociale fragilità.
- Mantenere l’astinenza dall’uso di sostanze.
- Aderire al programma individualizzato.
- Avere una piccola autonomia economica che consenta di far fronte alle spese delle utenze.

Note

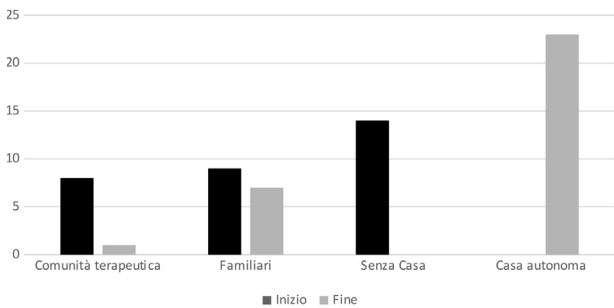
- 1 L’audit è uno strumento di governo clinico, esso implica un processo di revisione dell’offerta e di assistenza socio sanitaria. Tutto questo è finalizzato a identificare criticità e punti di forza per individuare strumenti\strategie di cambiamento. Lo strumento base è la cartella clinica e si basa su un’analisi retrospettiva di un processo trasversale identificato sulla base di valutazioni di esito, tutto il processo si effettua tra i membri di una stessa unità operativa che siano coprotagonisti di un progetto terapeutico.

Analisi dei dati

Si è considerato un arco temporale di 10 anni (dal maggio 2012 al maggio 2022) e sono state analizzate pre e post intervento tutte le 31 cartelle cliniche o sociali dei fruitori del

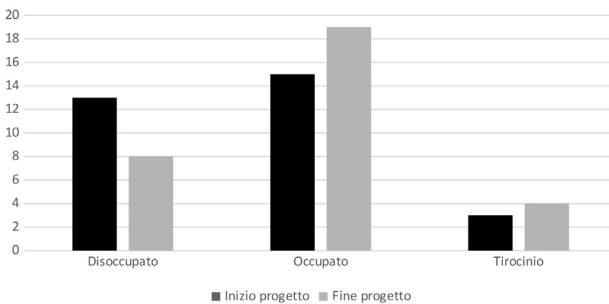


Situazione abitativa



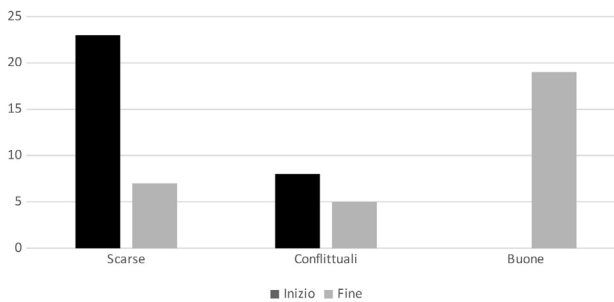
Graf. 1 – il grafico rappresenta la situazione pre e post trattamento nell’ambito della situazione abitativa

Situazione lavorativa



Graf. 2 – il grafico rappresenta la situazione pre e post trattamento nell’ambito della situazione lavorativa

Relazioni familiari e sociali



Graf. 3 – il grafico rappresenta la situazione pre e post trattamento nell’ambito relazionale

progetto, le quali hanno mostrato un profilo anagrafico di età media di 45 anni².

La durata della permanenza negli appartamenti è in media di 8 mesi a persona.

Nei successivi 3 grafici si riportano i dati relativi ai risultati nell’ambito abitativo, lavorativo e relazionale.

Al termine della ricerca, si è calcolato il tasso di compliance degli ospiti, senza considerare i progetti ancora in corso (8 persone); per i 23 utenti che hanno terminato il percorso il 78% ha portato a termine il progetto con dimissione concordata, il 13% ha abbandonato e il 9% è stato espulso dal trattamento.

Conclusioni

La nuova tipologia di co-housing, chiamata «Ri-parti,» attiva dal 2019, ha permesso di aumentare gli obiettivi socio-riabilitativi del progetto, rispetto a quanto a quanto avvenuto nella prima fase gestita esclusivamente dall’equipe del servizio dipendenze patologiche.

I risultati ottenuti in termini terapeutici sono incoraggianti. Non solo è stata quintuplicata la capacità di accoglienza in termini di numeri di posti tra il primo e secondo step progettuale (da 2 utenti si è passati a 9), ma è migliorato l’empowerment complessivo delle persone in trattamento; in particolare le misurazioni fatte tra la situazione all’ingresso e all’uscita dal progetto dimostrano un aumento delle capacità relazionali, lavorative e di gestione personale; il sistema di indicatori utilizzato non deriva da test validati, come nel sistema di housing first, ma è il risultato di osservazioni basate sulla esperienza clinica del servizio sociale e SerDP, sistematizzato in un data base ricavato con la metodologia dell’audit clinico.

“Ri-parti”, nella sua essenza, è un progetto che oltre a capitalizzare i progetti terapeutici individuali, ottimizza la gestione dei bilanci di spesa pubblica attraverso la sinergia tra servizi socio-sanitari del territorio.

Questa strategia operativa ha anticipato tra l’altro di qualche anno sia l’applicazione di un principio sull’ housing sociale, sancito poi nel 2022 nei LEA- Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Emilia-Romagna che la modalità operativa che oggi chiamiamo “Budget di Salute”.

Note

2 I dati sono relativi ad assistiti di genere maschile a cui il co-housing è rivolto. Dal 2022 il progetto ha previsto l’apertura di un appartamento femminile con quattro posti disponibili.

Si rimarca inoltre la buona prassi dell'equipe integrata per la gestione dei co-housing, la quale ha favorito il complessivo lavoro di integrazione socio sanitaria sulla popolazione in carico a Servizi diversi.

Il progetto inoltre ha caratteristiche di flessibilità e la possibilità di continui adattamenti, generando nel territorio stimoli e idee nuove sull'abitare (come ad esempio richieste fatte con il PNRR per la realizzazione di un Housing first).

Un'area di miglioramento per il futuro sarebbe la creazione di un data base sistematico di osservazione in interfaccia tra sociale e sanità oltre che l'individuazione di altri strumenti di validazione oggettivi e validati.

Nel 2011, il SerDP ha dato il via a un progetto originale, che ha poi attraversato una fase sperimentale portando a risultati incoraggianti. La solida relazione con i servizi territoriali e lo scambio approfondito sulle metodologie e sui casi hanno rappresentato il mix perfetto per concepire e concretizzare l'housing ad alta integrazione.

Co-autori

Lara Bertieri, *dirigente medico SerDP AUSL Modena*
 Patrizia Vallone, *coordinatore delle Professioni sanitarie Settore DP AUSL Modena*
 Elena Oliva, *sociologa Responsabile area DP Cooperativa Sociale Caleidos Modena*
 Stefano Tonini, *educatore, coordinatore Servizi HF Cooperativa Sociale Caleidos Modena*
 Rosita Mazzi, *assistente sociale, SerDP di Scandiano, AUSL Reggio Emilia*
 Simona Piredda, *tirocinante psicologa AUSL Reggio Emilia*

Bibliografia e sitografia

<http://www.housingfirstguide.eu/>.

<https://www.fiopds.org/>.

Expanding Access to and Use of Behavioral Health Services for People Experiencing.

Homelessness: *SAMHSA Resources*, appendix 4.

J. Rae, J. Samosh, T. Aubry, S. Tsemberis, A.Agha, D. Shah; (2018), *What Helps and What Hinders Program Fidelity to Housing First: Pathways to Housing DC. European Journal of Homelessness*, 12, 3.

M.Gaboardi, M. Santinello, A. Stefanizzi, M. Iazzolino; (2018), *Assessing the Fidelity of Four Housing First Programmes in Italy. European Journal of Homelessness*, 12, 3.

M.L. Ruiu. *Le nuove forme di vicinato intenzionale: il cohousing in Italia e in Inghilterra* Tesi di dottorato in scienze sociali del Corso di laurea Scienze politiche e scienze di comunicazione Università di Sassari a.a. 2012-13.

R. Mazzi Turmkey (2019), *A Co-Housing Experience in an Italian Public Service for Addiction*, Global Mental Health Social Work.

Abitare supportato e co-housing

*L'esperienza della comunità terapeutica il timoniere
di Santa Giustina di Mesola (FE)*

Mauro Orioli, Zabina Osti,
Angela De Luca, Cristina Sorio

92

ABSTRACT

La casa è un determinante sociale della salute. Ad oggi, le evidenze scientifiche indicano il cohousing come forma di coabitazione che riduce l'isolamento, ha un impatto positivo sulla qualità della vita e giova alla salute fisica e mentale. Nel 2013 il documento approvato in Conferenza Stato Regioni definì le diverse tipologie di strutture, basate sia sul livello di intervento terapeutico riabilitativo che su quello dell'intensità assistenziale, nell'idea che una progressiva emancipazione del paziente potesse realizzarsi attraverso soluzioni residenziali, con diverso livello di protezione e di intensità assistenziale, per raggiungere finalmente l'indipendenza abitativa, condizione necessaria per l'inclusione sociale e lavorativa. In questo articolo riportiamo l'esperienza della comunità terapeutico riabilitativa "Il Timoniere" per raccogliere e sintetizzare la relazione tra cohousing, benessere e salute con un approccio valutativo basato sulle evidenze.

Introduzione

Per delineare con chiarezza il contesto del Cohousing nella nostra realtà, è necessario indicare che si sviluppa come normale evoluzione della costante analisi da parte degli operatori del centro, dei bisogni e delle criticità dei percorsi degli utenti che afferiscono al percorso comunitario terapeutico.

Già negli anni '90 il fondatore della Comunità coglie che il solo approccio Terapeutico Riabilitativo non sarebbe stato sufficiente a rispondere alle necessità degli ospiti, ponendo l'attenzione a coloro che per età, condizione sociale, assenza o insufficiente presenza della rete familiare, e condizioni di salute precarie si sarebbero trovati soli alla fine del percorso. L'elevata fragilità dei soggetti coinvolti nel percorso di recupero, rese evidente l'elevata probabilità di recidivare nel momento in cui la persona sarebbe rientrata in autonomia nel contesto familiare e/o sociale.

Queste realtà complesse spinsero Don Luigi, fondatore della Comunità terapeutica, ad affiancare alla Comunità una

Rif.
Mauro Orioli, Psicologo Psicoterapeuta
Responsabile Comunità Terapeutica Il Timoniere
Santa Giustina Di Mesola
348 9774966
orioli@virgilio.it

Cooperativa sociale di tipo A e B per creare opportunità di carattere abitativo e lavorativo, agli utenti che avessero terminato il percorso e che necessitavano di un aggancio relazionale importante al fine di preservare i cambiamenti fin qui conseguiti. L'obiettivo era di preservare il naturale bisogno di maggior autonomia ed autodeterminazione, che non era possibile sviluppare all'interno del contesto comunitario. Fattore importante risultava quindi il creare le condizioni in cui il ragazzo potesse viverci nella sua centralità all'interno di un percorso di cambiamento che lo portava dall'emarginazione alla promozione del cambiamento, fino alla testimonianza del medesimo. La finalità era di creare nella persona la condizione per sperimentare e far propri nuovi e più funzionali stili di risposta alle criticità che in precedenza sfociavano nell'uso di sostanze. Ad oggi la stabilità residenziale può essere considerata positiva per una limitata quota dei pazienti, come quelli originariamente dimessi dagli ospedali psichiatrici o come quelli con disturbi mentali gravi e cronicizzati nel tempo. Per queste persone, le strutture residenziali possono rappresentare effettivamente delle "case per la vita" e la stabilità residenziale, in altre parole: l'adattamento a uno specifico contesto di vita, pur se tutelato e limitato nella relazione con l'esterno, può essere considerata come un esito positivo, soprattutto laddove i progetti di dimissione possono trasformarsi nell'abbandono del paziente (Rapporto ISTISAN, 2023). L'osservazione degli operatori concorda con queste valutazioni rilevando come alcuni ospiti ricadessero a pieno nelle criticità sopra descritte e, come servizi, di fronte all'aumentare dell'età degli assistiti e al deteriorarsi delle loro condizioni psico/fisiche e sociali, richiedessero realtà in grado di fornire assistenza e supporto anche dopo il programma terapeutico vero e proprio. Nello stesso tempo il protrarsi della permanenza all'interno del contesto comunitario risultava essere iatrogeno per la cronicità producendo un impoverimento delle risorse di autonomia

personale; in questo senso l'acquisizione di abilità necessarie per condurre una vita indipendente acquisite all'interno del contesto comunitario, ovvero nel contesto protetto e supportivo, non assicura che tali abilità vengano poi generalizzate e utilizzate in contesti non protetti. La riduzione della maglia contenitiva della Comunità permette alla persona di esporsi alle situazioni di maggior criticità e di provare a mettere in atto le strategie alternative apprese nel contesto precedente.

1. Il Gruppo appartamento

Nel luglio del 2015 l'osservazione delle differenze di funzionamento individuali, sia negli aspetti critici che nelle risorse, ha reso necessario, strutturare due diverse tipologie di appartamenti: "Convivenza Anagrafica", orientata a fornire risposte sia quella fascia di utenza tendente alla cronicità, sia per quelle persone totalmente o parzialmente prive, di rete sociale e familiare; "Abitare Supportato" una realtà in cui gli ospiti sperimentano se stessi in un ambiente che spinge ad essere più autonomi e responsabili: la presenza dello staff diventa qui il punto di riferimento per persone che, a causa di criticità relazionali, cognitive e psicologiche, sono fragili e che difficilmente potrebbero sperimentarsi tout court nel contesto sociale in piena autonomia, e che hanno bisogno invece di un ambiente dove poter sperimentare le proprie criticità e nel contempo riconoscere ed accettarne la valenza soggettiva.

Si ribadisce che il punto trasversale d'osservazione, in entrambi i casi, è rappresentato dal marcato desiderio sperimentato dalla persona di voler riacquistare subito la propria autonomia, quasi a voler cancellare parte dei propri vissuti fallimentari, ma nel contempo si trova a fronteggiare specifiche difficoltà e fragilità personali che se non ascoltate risulterebbero essere fattori di recidiva: l'agognata autonomia che si scontra con la solitudine e le difficoltà relazionali.

Convivenza Anagrafica	Abitare Supportato
Difficoltà nella cura della persona (igiene, farmaci, salute, alimentazione)	Maggior livello di funzionamento nelle abilità primarie della cura di sé
Alta cronicità per elevati deficit funzionali	Maggior livello di funzionamento nelle abilità relazionali
Facile tendenza a reattività passive	Gestione del denaro, del tempo libero e abilità nel funzionamento sociale
Bassa consapevolezza dei propri meccanismi d'azione e basso insight	Capacità di gestione nei rapporti con le varie agenzie di comunità
Scarsa autonomia gestionale	Autonomia presente con necessità supporto
Alta richiesta di supporto diparte dell'operatore	Bassa richiesta dell'operatore

Fig. 1 – Criteri di inclusione per tipologia di cohousing

Fattori abilitanti

Riproduzione di uno stile familiare, con le stesse dinamiche e le stesse abitudini

Richiesta motivata del ragazzo

Consapevolezza ed accettazione delle problematiche personali

Abbracciare e far propri valori, stile di vita e regole del centro

Assunzione di ruoli e responsabilità
Prendersi cura dell'altro

Fattori disgreganti

La non partecipazione ad un modello familiare (per dinamiche, abitudini e valori)

Non rispetto delle regole

Non riconoscimento ed accettazione dei propri bisogni

Narcisismo ed antisocialità

Difficoltà relazionali

Fig. 2 – Criteri di elezione per una buona tenuta ed efficacia del gruppo appartamento

94

Il modello, delle SAS (*supported housing*), suggerisce la necessità di realizzare progetti terapeutico riabilitativi personalizzati fondati sui bisogni della persona (Barbato *et al.*, 2020), ponendo molta enfasi sulla scelta da parte della persona del contesto in cui vivere, piuttosto che basarsi sulla semplice disponibilità di posti residenziali, sottolineando la necessità di un attivo coinvolgimento della persona in tutte le scelte che la riguardano. Le prospettive più recenti indicano come, per raggiungere una reale integrazione nella comunità, i pazienti abbiano bisogno di servizi che non si limitino a fornire alloggio e a favorire la riduzione dei sintomi, ma piuttosto che mirino a sostenere le persone con gravi problemi di salute mentale a raggiungere i loro obiettivi sociali come l'istruzione, il lavoro, una relazione sentimentale stabile, e la salute, così come sono stati definiti nel progetto personalizzato. Per conseguire ciò risulta necessario che le varie agenzie del territorio, a partire dai SerD di riferimento, dai servizi di formazione ed orientamento al lavoro collaborino in modo sinergico con i referenti del percorso individualizzato. Un discorso a parte, riguarda il contesto del mondo lavorativo, verso il quale deve essere adottato lo stesso approccio graduale e lineare che si sta sperimentando per il SAS, in quanto troppo ampio è il salto da un contesto ergoterapico (a bassissima intensità lavorativa) ad un contesto lavorativo tout court.

Tali criteri devono essere inseriti all'interno del Contratto di Cura che viene fatto con la persona, insieme ai tempi e agli obiettivi (rivedibili ogni 6 - 12 mesi). Nel medesimo deve essere inoltre definita e condivisa la gestione delle autonomie: dall'igiene personale, a quella abitativa, l'alimentazione, il denaro, il tempo libero, ecc. Gli obiettivi, declinati con crescente gradualità, saranno verificati settimanalmente con l'operatore.

1.1 Il Progetto educativo-riabilitativo individuale (P.E.R.I)

Il Gruppo Appartamento è un'abitazione che riproduce un ambiente familiare in grado di accogliere e soddisfare le

esigenze di autonomia della persona, nel contempo offre una risposta adeguata ai bisogni primari, garantendo la continuità nella cura dell'igiene e il mantenimento delle abilità residue della persona mirando non solo a preservarla dal deterioramento ma anche al recupero ed all'implementazione delle sue risorse e potenzialità, là dove possibile. L'intervento esula dal percorso comunitario terapeutico classicamente inteso, sfruttandone però gli elementi caratterizzanti quale l'inserimento all'interno di un piccolo gruppo a prevalente connotazione familiare, sfruttando, nel contempo, il forte aggancio relazionale con la struttura di appartenenza (gli operatori della comunità) e le attività ergoterapiche, (sempre sotto la diretta osservazione di personale qualificato). La presenza a latere del personale della Comunità (costituita da psicologi, educatori, operatori non qualificati ed un nutrito gruppo di volontari) rappresenta un valore aggiunto alla spinta verso l'autodeterminazione dei soggetti. Nella nostra esperienza quotidiana frequentemente osserviamo come la valorizzazione delle capacità residue di tali pazienti, affiancata all'offerta di maggiori margini d'autonomia sia in grado di garantire una maggior stabilizzazione dei pazienti all'interno della progettualità, riducendo di gran lunga l'effetto "porta girevole" a cui sovente assistiamo, con una notevole riduzione dei costi sociali.

2. Valutazione del progetto

Sono stati analizzati gli esiti del progetto di cohousing di 8 pazienti maschi, con un'età media di 60 anni (min39-max63), per valutare il funzionamento complessivo della persona ogni sei mesi e ricavare, attraverso il confronto diretto col paziente, le informazioni più precise volte ad identificarne i bisogni psicosociali prioritari e a fornire evidenze in ordine all'efficacia dell'esperienza di cohousing. In particolare sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

i) Qualità della vita e benessere con evidenza dei fattori ambientali che limitano l'espressione e la partecipazione sociale: è stato somministrato il questionario ICF-Dipendenze (Pasqualotto, 2016) che consente una valutazione multidimensionale della persona. Nello specifico sono stati analizzati i seguenti items: D1-apprendimento e applicazione delle conoscenze; D2-compiti e richieste generali; D3-comunicazione; D4-mobilità; D5-cura di sé; D6-vita domestica; D7-interazioni e relazioni interpersonali; D8-principali aree di vita; D9-vita sociale, civile e di comunità in relazione alla Performance (P) e alle Capacità (C). Quando la performance è peggiore della capacità significa che sono presenti delle "barriere" nel contesto di vita. Analogamente, quanto la performance è migliore della capacità sono presenti dei "facilitatori".

ii) Impatto del cohousing sulla Salute fisica e mentale auto-percepita: è stata utilizzata la scala SCL90, composta da 90 domande che riflettono le 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi osservabili in chi soffre di disturbi psichici. Questo test aiuta a capire i problemi del paziente e definire il percorso più corretto in relazione alle seguenti aree: somatizzazione (SOM), disagio ossessivo compulsivo (C-O), sensibilità interpersonale (INT), depressione (DEP), ansia (ANX), ostilità (HOS), fobie (PHOB), paranoia (PAR), psicotismo (PSY), disturbi del sonno (SLEEP), valutazione complessiva del disagio (GSI).

3. Risultati

ICF-Dipendenze - In linea generale i punteggi medi sono minori di 2 descrivendo difficoltà moderate nelle varie aree indagate. I punteggi di Capacità sono generalmente superiori a quelli di Performance evidenziando l'azione positiva dei facilitatori. I facilitatori più ricorrenti sono: sostegno della famiglia ristretta (e310), sostegno di conoscenti, compagni, vicini di casa (e325), sostegno di datori di lavoro (e330), sostegno di persone che forniscono aiuto e assistenza (e340). Nella parte del questionario dedicata ai Fattori Ambientali 5 su 8 degli utenti descrivono insufficienti o inadeguate le caratteristiche delle persone con cui convivono e 4 su 8 descrivono insufficienti o inadeguati gli aspetti ambientali e climatici del luogo abitato (criticità nei fattori E215-E225). Gli ospiti del co-housing presentano difficoltà a comprendere gli stati mentali personali, a ragionarci sopra e ad utilizzare tale conoscenza per capire cosa loro stessi e gli altri provano e pensano, per vivere una vita sociale più ricca, per risolvere conflitti e realizzare le proprie mete, aspettandosi al contrario che sia l'altro o il contesto ad adattarsi o a comprendere le proprie necessità. Scarsa è anche la capacità di vivere gli ambienti come un bene di cui prendersi cura e adoperarsi per mantenerli ordinati/puliti, anche in questo

caso vi è sempre la tendenza di aspettarsi che l'altro faccia, l'altro prenda l'iniziativa e raramente ci si scopre ad essere l'altro.

Tre ospiti su otto segnalano uno scarso sostegno da parte degli amici, a conferma della povertà dell'ambiente sociale delle persone con problematiche complesse (fattore E320). Infine 4 utenti su 8 ritengono di non avere a disposizione servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali rispondenti ai loro bisogni (E570). Si osserva un atteggiamento tendente alla passività nei confronti delle istituzioni, con difficoltà a promuovere in sé una ricerca attiva verso le varie agenzie del territorio.

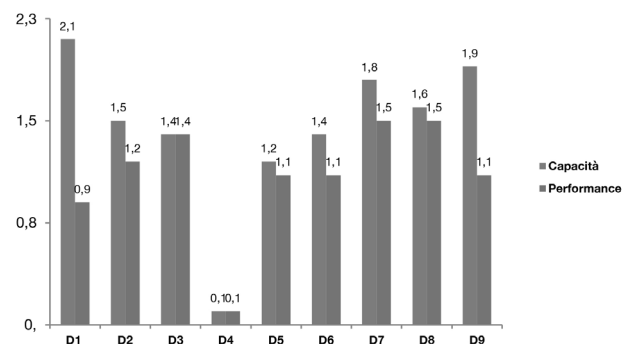


Fig. 3 – Sintesi delle ultime valutazioni del profilo di funzionamento ICF-dipendenze

Range: da 0= Nessuna difficoltà a 4= Difficoltà completa

SCL90 - Per quanto riguarda la scala SCL90 i profili degli utenti sono abbastanza eterogenei ad eccezione di un utente il cui profilo evidenzia criticità in tutte le aree. Le difficoltà maggiormente condivise dal gruppo sono quelle riguardanti i disturbi del sonno, criticità frequentemente lamentata dagli individui con dipendenza patologica.

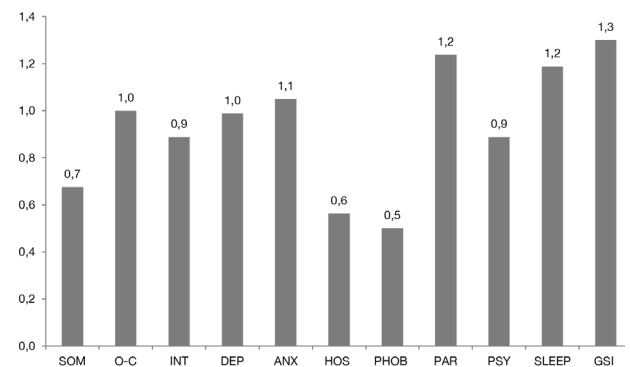


Fig. 4 Risultati della somministrazione dell'SCL 90

Range: da 0= per niente a 4= moltissima

Conclusioni

I risultati emersi dalla ricerca sono coerenti con altri studi che riportano la relazione tra supporto sociale, salute e benessere. Ad esempio, la mancanza di una rete sociale e di

supporto, l'isolamento sociale e la solitudine sono collegati a scarsi risultati di salute cardiovascolare e mentale. Al contrario, vivere in una comunità caratterizzata da livelli più elevati di comunicazione e mobilitazione è positivamente associato allo stato di salute auto-valutato dei residenti. Inoltre, è stato dimostrato che un elevato sostegno sociale e la partecipazione alle reti sociali allevia lo stress nelle persone, impedendo loro di sviluppare un declino funzionale e problemi di salute mentale.

Lo studio qui presentato sui percorsi realizzati nell'arco di oltre 20 anni, conferma che la forma del cohousing risulta essere un determinante della salute maggiormente eleggibile in quanto contrasta le forme di solitudine e di emarginazione, fornisce supporto emotivo tra pari e contenimento. È necessario procedere secondo tempi lenti, gradualmente e scanditi dal soggetto. Infine è necessario evidenziare le difficoltà degli operatori di passare dall'idea della gestione e dell'accudimento all'idea che l'autonomia e l'autodeterminazione siano fattori centrali da conseguire nel processo di cambiamento, ed il ruolo degli operatori diventi meno supportivo con il crescere delle abilità del soggetto.

96

Co-autori

Zabina Osti, *Psicologa, Comunità Terapeutica "Il Timoniere"*
 Angela De Luca, *Educatore, Comunità Terapeutica "Il Timoniere"*
 Cristina Sorio, *Sociologa, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara*

Bibliografia

- Barbato A, D'Avanzo B, Harvey C, Lesage A, Maone A, Editorial: from residential care to supported housing. *Front Psychiatry*, 2020, Jun 12;11:560.
- Carozza P, Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona, FrancoAngeli, Milano, 2014.
- Carrere J, Reyes A, Oliveras L, Fernández A, Peralta A, et al, The effects of cohousing model on people's health and wellbeing: a scoping review, *Public Health Reviews*, 2020, volume 41: 22.
- Pasqualotto L, (a cura di) *ICF-Dipendenze*, Erickson, Trento, 2016.
- Rapporto ISTISAN, ISSN:2384-8936-residenzialità psichiatrica, 2023.

Appartamenti supportati tra residenzialità e territorio

Percorsi a sostegno dell'integrazione sociale a Ravenna

Maria Randi

ABSTRACT

Nell'articolo viene raccontata l'esperienza degli Appartamenti Supportati del Centro Ravennate di Solidarietà, a partire da una fase più pionieristica/sperimentale ad una più consolidata, in una storia che attraversa ormai 10 anni. In questo saggio, esploreremo il concetto di «appartamenti supportati» mettendo in evidenza i benefici per gli individui, per il sistema dei servizi e per la società.

97

Introduzione

Da sempre nella storia delle Comunità Terapeutiche, la fase di dimissione, di ritorno nel proprio contesto di vita, è considerata un momento critico, un passaggio delicato e difficoltoso. Nel corso degli anni, grazie anche a riflessioni e al confronto con i servizi territoriali Dipendenze Patologiche, per meglio gestire questo passaggio è stato attivato nel Centro Ravennate di Solidarietà un servizio residenziale a sostegno dell'integrazione e reinserimento sociale: il servizio di Appartamento Supportato. Il servizio sostiene altresì il miglioramento e la conservazione delle competenze personali anche per chi non necessita di un trattamento intensivo quale quello offerto dai servizi di Comunità Terapeutica o Centri Crisi, ma presenta difficoltà di matrice sociale e/o personale tali da rendere critica l'integrazione nella società ed il mantenimento dell'autonomia.

1. Cos'è un Appartamento Supportato?

Gli appartamenti supportati sono una forma di residenzialità progettata con l'intento di fornire un ambiente abitativo sicuro ed indipendente per le persone che potrebbero altrimenti trovarsi in situazioni di bisogno o vulnerabilità. Questo approccio combina l'autonomia e la dignità di una casa privata con il supporto comunitario e i servizi di cui potrebbe avere bisogno un individuo.

Vantaggi dell'approccio agli Appartamenti Supportati
Autonomia e Indipendenza

Uno dei principali vantaggi degli appartamenti supportati è la promozione dell'autonomia individuale. Questi apparta-

Rif.
Maria Randi, assistente sociale,
Responsabile Accoglienza e Appartamenti Supportati,
Centro Ravennate di Solidarietà/Coop. Sociale Progetto Crescita
348 5414748
servizi@comunitalanora.it

menti consentono agli inquilini di gestire la propria vita quotidiana in un ambiente sicuro e confortevole. Esercitare la propria autonomia può portare a una maggiore autostima e migliorare il senso di autoefficacia, contribuendo alla salute mentale e al benessere generale delle persone. Nell'Appartamento Supportato l'educatore favorisce innanzitutto l'autosufficienza, la capacità di prendersi cura dei propri spazi, della propria persona e in generale della gestione del normale ménage casalingo. Contemporaneamente viene assicurato un sostegno psicoeducativo attraverso la relazione quotidiana con gli educatori, la partecipazione ai gruppi di incontro ed i colloqui individuali.

Supporto Personalizzato

Sebbene gli inquilini degli appartamenti supportati godano di autonomia, questi contesti forniscono un supporto personalizzato in base alle esigenze individuali. Il livello di supporto può variare a seconda delle necessità di ciascun inquilino e viene offerto in collaborazione con i servizi territoriali.

Coinvolgimento Comunitario

Gli appartamenti supportati incoraggiano il coinvolgimento nella comunità. Vivere in un ambiente residenziale regolare, anziché in ambienti istituzionalizzati, facilita l'interazione sociale e l'inclusione nella comunità locale. Questo può contribuire a ridurre l'isolamento sociale e a migliorare la qualità della vita.

Riduzione dei Costi per il Sistema Sanitario

Non si considera puramente la riduzione dei costi "vivi". L'abitare in un contesto sicuro e supportato contribuisce ad una stabilità personale e all'aumento della cura di sé. Grazie a ciò viene ridotto anche il ricorso a servizi di emergenza: il supporto per la gestione della salute può prevenire l'aggravarsi di condizioni mediche. Qualora, inoltre, si riacutizzassero problematiche legate alla dipendenza o altre che si possono presentare nella vita quotidiana, trovandosi l'utente già in un contesto protetto, può essere più agevolmente favorito il ricorso a moduli di cura più intensi, a prevenzione di eventuali drop out.

Riduzione dell'Emarginazione Sociale

Questi ambienti contribuiscono a ridurre l'emarginazione sociale. Persone con diverse sfide possono vivere in modo indipendente e partecipare attivamente alla società. Questo aiuta a rompere gli stereotipi e a promuovere la comprensione e l'inclusione sociale.

2. L'esperienza del Centro Ravennate di Solidarietà

La residenzialità protetta implementata presso il nostro Centro è fornita in collaborazione con i servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche. La prima esperienza ha inizio nel

2013, con l'inserimento dei primi ospiti in un appartamento con 5 posti letto maschili. Ne viene aperto poi uno con 3 posti per donne nel 2016. Nel 2018 viene aperto un ulteriore appartamento maschile con altri tre posti. Una leggera flessione dell'occupazione media nel 2021 e 2022 ha determinato la chiusura nel 2022 di uno dei 3 appartamenti. Al momento ne sono attivi, quindi 2, per un totale di 9 posti. Le attività svolte negli appartamenti supportati sono finalizzate al rafforzamento e consolidamento del percorso di autonomia intrapreso con gli ospiti all'interno di un progetto riabilitativo concordato con il SerDP. inviante. La collaborazione con i servizi territoriali è una costante dei vari progetti ed il ruolo di questi rimane fondamentale nel percorso.

Il percorso dell'Appartamento Supportato risponde al bisogno di riprendere i contatti con il mondo esterno con gradualità, nel caso questo contatto sia stato messo in crisi da eventi critici, oppure sia stato interrotto per l'inserimento in trattamenti residenziali intensivi, quali il ricovero in clinica o l'inserimento in Comunità Terapeutica. In questi casi occorre che il riappropriarsi della propria vita ed autonomia avvenga con gradualità, con supporti educativi, ma anche materiali. (Ricordiamo che agli ospiti degli appartamenti non è richiesto il pagamento di canone di affitto o altre spese). La persona può, quindi, dopo la residenzialità intensiva, gestire meglio i bisogni materiali e le criticità che si presentano per la propria sussistenza anche dal punto di vista economico (nonostante tutti gli aiuti possibili ed i vari sostegni cui si può accedere, il problema dell'abitazione nelle nostre zone è tuttora critico). Oltre al riappropriarsi della capacità di gestire i propri spazi ed occuparsi del proprio benessere psicofisico, l'intervento educativo nell'appartamento promuove l'interazione con il territorio attraverso, per esempio, lo svolgimento di attività lavorative, di corsi o tirocinio formativo, o di volontariato.

Supporto educativo fornito

Centrale in questi servizi è il ruolo della relazione interpersonale ed educativa. Nei nostri appartamenti è prevista la presenza dell'educatore per 10 ore/settimana. Oltre a ciò viene assicurata una reperibilità continua per le emergenze. È prevista la partecipazione ad un gruppo settimanale di incontro e, a richiesta, colloqui individuali.

3. Analisi del servizio:

Vogliamo fare di seguito una prima analisi dei dati raccolti in questi anni di apertura del Servizio di Appartamenti Supportati prendendo in esame l'occupazione del servizio, la durata dei percorsi ed i tempi di permanenza con gli esiti finali.

ANNO	N. POSTI DISPONIBILI	N. PERSONE OSPITATE (*)	Occupazione media
2013	5	8	dato non disp.
2014	5	9	dato non disp.
2015	5	6	dato non disp.
2016	8 (apertura 2° appartamento)	9	dato non disp.
2017	8	10	44%
2018	8	9	74%
2019	12 (apertura 3° appartamento)	15	68%
2020	12	18	76%
2021	12	14	49%
2022	9 (chiusura di 1 appartamento)	11	48%

Tab. 1 – Persone ospitate per anno

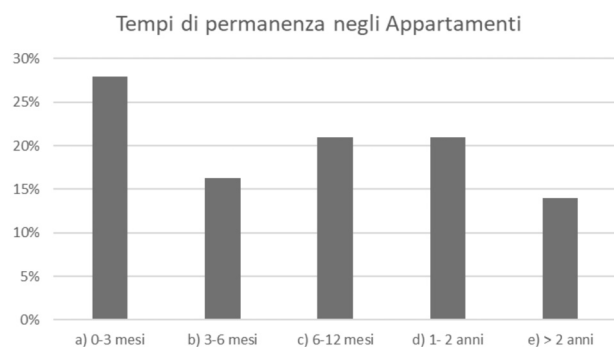
(*) Trattasi di utenti distinti che possono aver usufruito del servizio anche per periodi inferiori all'anno.

La durata dei percorsi è flessibile e concordata con il SerDP inviante. Si parte, generalmente, da un periodo di 6 mesi, rinnovabili, auspicando comunque che il reintegro nella società avvenga nell'arco di un anno. In alcuni casi, però, è stato necessario prolungare il tempo di permanenza. Dopo un andamento positivo, che ha reso necessaria l'apertura di nuovi appartamenti, abbiamo visto una leggera flessione nell'occupazione che ha determinato la chiusura di uno degli appartamenti nel 2022.

Sotto riportiamo un'ulteriore analisi riguardante i tempi medi effettivi di permanenza e gli esiti dei percorsi. Non vengono considerati i primi anni, ma l'analisi parte dal 2016, cioè dal momento in cui è stata tenuta una registrazione più completa dei dati. L'elaborazione è svolta su un numero limitato di casi (43) – quelli che abbiamo ospitato in questo periodo di tempo – e di questo si deve tenere conto nella lettura dell'analisi.

3.1. Tempi di permanenza ed esito dei percorsi

La durata media della permanenza dei nostri utenti presso gli appartamenti in questi anni è di 12 mesi.



Tab. 2 – Distribuzione in fasce temporali di permanenza negli appartamenti

Fasce temporali	Utenti	%
a) 0-3 mesi	12	28%
b) 3-6 mesi	7	16%
c) 6-12 mesi	9	21%
d) 1-2 anni	9	21%
e) > 2 anni	6	14%
Totale complessivo	43	

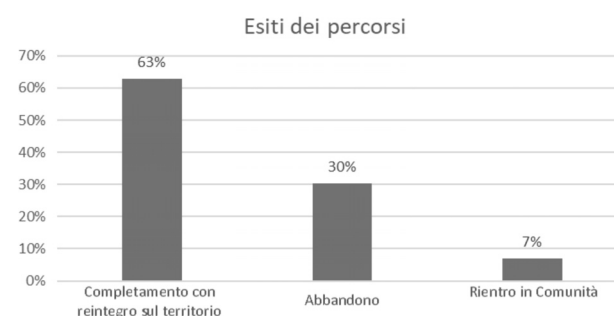
Tab. 2 – Ambiti di provenienza

3.2. Esiti dei percorsi:

Sono stati presi in esame 3 tipi di esito: abbandono, completamento del percorso con reintegro sul territorio, ritorno in Comunità (in genere per importanti difficoltà nel percorso). È stata poi esaminata la correlazione tra la durata effettiva dei percorsi e gli esiti.

Esito	Casi	%
Completamento con reintegro sul territorio	27	63
Abbandono	13	30
Rientro in Comunità	3	7
Tot.	43	100

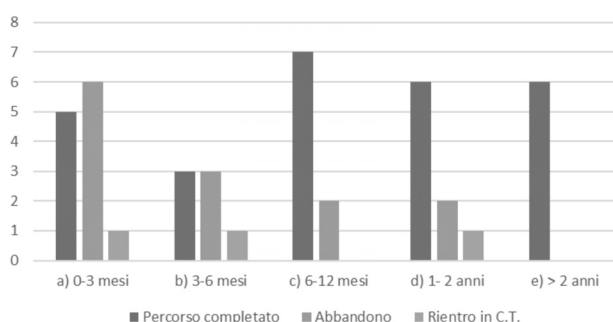
Tab. 3 – Esiti dei percorsi



Tempo permanenza	Percorso completato	Abbandono in C.T.	Rientro	Totale
a) 0-3 mesi	5	6	1	12
b) 3-6 mesi	3	3	1	7
c) 6-12 mesi	7	2		9
d) 1- 2 anni	6	2	1	9
e) > 2 anni	6			6

Tab. 4 – Esiti dei percorsi nelle diverse fasce temporali di permanenza

Esiti dei percorsi nelle diverse fasce temporali



4. L'apporto dei servizi territoriali

Il ruolo degli Appartamenti è quello di supportare gli utenti nel percorso verso l'autonomia, il sostegno in caso di crisi e l'aiuto nel favorire l'inserimento nella società.

Il successo di questi percorsi è strettamente legato al contesto territoriale. Le relazioni che si sono instaurate col territorio in questi anni, sia in ambito socio-sanitario che in ambito di inserimento lavorativo hanno permesso di attivare una serie di strumenti a supporto degli utenti. In particolare, i rapporti con i SerDP, e con i servizi sanitari specialistici sono risultati essenziali per affrontare problematiche specifiche e crisi degli utenti. La possibilità di poter accedere ai servizi del SerDP e seguire un trattamento ambulatoriale personalizzato con i propri operatori di riferimento è un sostegno ulteriore ed una risorsa importante per la riuscita del percorso. I rapporti con enti, associazioni, uffici/agenzie di collocamento... hanno permesso di offrire agli ospiti corsi di formazione, tirocini lavorativi e proposte di collocamento lavorativo vero e proprio, con lo scopo di un reintegro effettivo nella società.

5. Criticità, azioni di miglioramento e conclusioni.

La residenzialità "leggera" consente quindi di coniugare supporto e protezione con integrazione sul territorio, personalizzazione degli interventi e flessibilità. Possiamo a pieno titolo considerarla un importante e innovativo strumento di lavoro con adulti in difficoltà, comprese le persone con problemi di dipendenza patologica.

Si intendono introdurre ulteriori strumenti di analisi per migliorare la qualità del servizio ed affrontare le criticità incontrate, ad es. i casi di abbandono precoce. Uno degli strumenti individuati è la raccolta e l'analisi delle valutazioni diagnostiche in entrata e delle caratteristiche personali, che permetterà, tra l'altro, di identificare criteri di appropriatezza degli invii.

Insieme al SerDP potranno inoltre essere individuate, oltre ai servizi base offerti a tutti gli utenti, azioni correttive ed interventi mirati a singoli casi, in modo da implementare l'efficacia del trattamento.

Bibliografia

- Scattoni ML per il Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica" (Ed.). *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2023 (Rapporti ISTISAN 23/9).
- G. Cerati, *I programmi di residenzialità "leggera" tra recente normativa nazionale ed esperienze*, in Nuova rassegna di Studi psichiatrici, 2015.
- M. Percudani, *Il modello lombardo della residenzialità leggera: la normativa, la rete, i programmi di cura*, in Nuova Rassegna di Studi psichiatrici, 2015.
- Alice Stefanizzi, Paolo La Marca, *Rispetto delle scelte, accessibilità, limitazione del rischio e lavoro sulle reti sociali. Come l'Housing First mette in pratica la lezione della Riduzione del Danno* in Scenari e pratiche dell'Housing First, F.Angeli 2016.
- Paolo Molinari, Anna Zenarolla, *L'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario è un nodo strategico per l'approccio Housing First* in Scenari e pratiche dell'Housing First, F.Angeli 2016.
- Marta Gaboardi, Massimo Santinello, *Empowerment e Capabilities Approach: chiavi di lettura dei principi Housing First* in Scenari e pratiche dell'Housing First, F.Angeli, 2016.
- Luciano Pasqualotto, *ICF – Dipendenze*, Erickson, 2014.
- M. Salvia *Il tossicodipendente cronico tra marginalità e rischio di assistenzialismo. Esperienze di riduzione del danno e promozione dell'autonomia in Italia e in Europa* dspace.unive.it 2017.

Libri, articoli, ricerche, documentazione

Libri

Claudio Bencivenga, Alessandro Uselli (a cura di)
ADOLESCENTI E COMUNITÀ TERAPEUTICHE TRA TRASFORMAZIONI E NUOVE
FORME DI MALESSERE. CONTRIBUTI CLINICI, RICERCHE E PARERI A
CONFRONTO
Ed. Alpes, Roma, 2016

AA VV
LA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ IN LOMBARDIA
contiene: "Nuovi modelli e nuove prospettive
per la residenzialità psichiatrica"
Ed. Mc Graw Hill, Milano, 2013

AA VV
LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE
contiene: "Dimissione e inserimento sociale.
Oltre il mito del continuum residenziale"
Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012

Massimo Magnano San Lio
DALLA MARGINALITÀ ALL'INCLUSIONE SOCIALE:
UN PERCORSO DI GUARIGIONE. RESIDENZIALITÀ LEGGERA E PROGETTO
DI CURA PER PERSONE CON DISTURBI MENTALI
NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 4
in Welfare oggi, n. 4, ott.-dic. 2021

AA VV
PERCORSI RIABILITATIVI: I NUOVI PROGRAMMI
E LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA
in Psichiatria Oggi, Anno XXI, n. 1-2, 2008

Risorse on line

Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica"
RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA: ANALISI E PROSPETTIVE
Istituto Superiore di Sanità, Roma; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/9)
<https://www.iss.it/documents/20126/6682486/23-9+web.pdf/1572ae95-d8e6-6c49-f3fc-7e0e3430a530?t=1686638421965>

Ausl di Parma, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche
DALLE RESIDENZE ALLA RECOVERY, DAI CENTRI ALLE RETI.
L'APPROCCIO "SAURA"
Quaderni di Parma, Quaderno n.2-2019
file:///C:/Users/ser/Downloads/Quaderno%202-2019%20Dalle%20residenze%20alle%20reti.%20Il%20metodo%20Saura.pdf

Mauro Percudani , Claudio Di Lello , Giuseppe Biffi
IL MODELLO LOMBARDO DELLA RESIDENZIALITÀ LEGGERA: LA NORMATIVA,
LA RETE, I PROGRAMMI DI CURA
Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2015
<https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/images/pdf/12/NRSP-Vol12-14-Il-modello-lombardo-della-residenzialita-leggera-la-normativa-la-rete-i-programmi-di-cura.pdf>

Articoli

AA VV
UN PROGRAMMA INTENSIVO E BREVE RIVOLTO ALLE DONNE
CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (DUA): UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE
RESIDENZIALE-AMBULATORIALE E PUBBLICO-PRIVATO SOCIALE A FIRENZE
in Alcologia, n. 48, 2022

AA VV
THE ROLE OF RECOVERY HOUSING DURING
OUTPATIENT SUBSTANCE USE TREATMENT
in J Subst Abuse Treat, 2022, Feb

AA VV
CO-PRODUCING TO UNDERSTAND WHAT MATTERS TO YOUNG PEOPLE
LIVING IN YOUTH RESIDENTIAL REHABILITATION SERVICES
in Early Interv Psychiatry, 2022, Jul

PRIMO PELLEGRINI, Educatore Professionale, Azienda USL della Romagna, U.O. Dipendenze Patologiche di Rimini, Centro Studi e Documentazione - primo.pellegrini@auslromagna.it

parliamone
il sito della Consulta Regionale
per la Salute Mentale ER



RACCONTARE,
PARTECIPARE, CONDIVIDERE.
insieme.ORG

"Parliamone Insieme" è una iniziativa di comunicazione sui temi della salute mentale con la finalità non solo di informare ma di stimolare un cambiamento culturale e di lotta allo stigma.

Il progetto è promosso dalla Consulta regionale salute mentale dell'Emilia-Romagna e vede la collaborazione della rete di Esperti in Supporto fra Pari (ESP), delle associazioni di familiari e utenti, dei professionisti dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche ed è supportato dalla Regione Emilia-Romagna.

"Parliamone Insieme", oltre a trattare i temi affrontati dalla Consulta e mettere in rete le esperienze locali sperimentate in Emilia-Romagna, raccoglie le attività e gli eventi promossi dalle associazioni, dai servizi sanitari o da altri soggetti, le informazioni e le opportunità offerte dalla rete sociale e sanitaria.

Per conoscere tutti gli eventi e news della regione:

<https://www.parliamoneinsieme.org/>

| S O M M A R I O |

- 1** EDITORIALE
La sostenibile leggerezza
della residenzialità
**Teo Vignoli, Dorella Costi,
Giancarlo Gibertoni, Paolo Ugolini**
- 3** LETTURA MAGISTRALE
Dalle mura al setting di cura
Paola Carozza
- 9** LETTURA MAGISTRALE
La Comunità residenziale oggi
Biagio Sciortino
- 13** OSSERVATORIO REGIONE ER
Valutazione inserimenti residenziali
e semiresidenziali in Emilia-Romagna
**Alessio Saponaro, Maristella Salaris,
Roberto Muratori, Sandra Ventura,
Fabia Franchi**
- 21** INTERVISTA
a Lucia Bortoluzzi
Qualità e miglioramento
nella residenzialità
A cura di Dorella Costi
- 25** VALUTAZIONE INDIRIZZI REGIONE ER
Quale ruolo del budget di salute
nei percorsi di residenzialità leggera?
Patrizia Ceroni, Donatella Marrana
- 29** VALUTAZIONE SODDISFAZIONE UTENZA
Customer satisfaction come indicatore
e promotore della qualità dei percorsi
**Paolo Ugolini, Simona Olivadoti, Massimo Neri,
Giovanni Salina, Luca Scarponi, Raffaella Valente**
- 37** VALUTAZIONE NPIA
Fattori sociali e appropriatezza
dei ricoveri psichiatrici dei minori
**Stefano Costa, Fabio Lucchi,
Simona Chiodo, Chiara Ghizzi, Marzia Malaguti**
- 41** VALUTAZIONE NPIA
Appropriatezza nella residenzialità
per minori
**A cura di Antonella Squarcia, Margherita Baga,
Giulia Decaneto, Ilenia Maini, Barbara Nigri,
Manuela Pellegrino, Pietro Pellegrini**
- 49** VALUTAZIONE STRUTTURA DIURNA ADOLESCENTI
Dal ricovero al territorio
con biglietto di sola andata
Sara Cesi, Elena Di Pietro, Graziella Pirani
- 54** VALUTAZIONE STRUTTURA ALCOL
Il trattamento residenziale
alcologico intensivo breve
con ricovero in ambito sanitario
Giuseppe Fertonani Affini, Cristina Giuffredi
- 59** VALUTAZIONE STRUTTURA DIPENDENZE
Il dialogo delle emozioni
in struttura
**Andrea Luccitelli, Raffaella Valente,
Francesca Huber, Barbara Rigoli**
- 67** VALUTAZIONE CSM
Centro Salute Mentale e inserimenti
residenziali psichiatrici
**Pietro Nucera, Barbara Calderone,
Eleonora Monti, Michele Sanza**
- 73** VALUTAZIONE STRUTTURA GIOVANI
Quale residenzialità per i giovani?
**Rosario Cambria, Giuseppe Maimone,
Daniela Timoncini, Ivana Pasini,
Cecilia Masarati, Antonella Mastrocola**
- 78** VALUTAZIONE HOUSING SALUTE MENTALE
Il cerchio verde...
forma nuova dell'abitare
**Corrado Cappa, Ornella Bettinardi,
Nadia Fermi, Elisabetta Ghigini, Enrica Lucca,
Lorena Miserotti, Massimo Rossetti**
- 84** VALUTAZIONE HOUSING DIPENDENZE
Housing per l'inclusione
e la prevenzione
della marginalità sociale
**Chiara Gabrielli, Francesca Danesi,
Lara Bertieri, Patrizia Vallone,
Elena Oliva, Stefano Tonini,
Rosita Mazzi, Simona Piredda**
- 92** VALUTAZIONE CO-HOUSING
Abitare supportato e co-housing
**Mauro Orioli, Zabina Osti,
Angela De Luca, Cristina Sorio**
- 97** VALUTAZIONE APPARTAMENTI SUPPORTATI
Appartamenti supportati
tra residenzialità e territorio
Maria Randi