

## **Possibile esito dei percorsi terapeutici: "La residenzialità leggera".**

Claudio Busana<sup>1</sup>, Stefano Zanolini<sup>2</sup>

### **Premessa**

Il dipartimento di salute mentale sta mettendo a punto una configurazione organizzativa sempre più articolata della rete dei servizi necessari a rispondere adeguatamente alla complessità di trattamento delle malattie psichiatriche. Tra i compiti primari vanno considerati la personalizzazione del trattamento, la individuazione di percorsi di cura diversificati a seconda delle caratteristiche dei pazienti e i tempi ottimali di durata dei trattamenti stessi e della riabilitazione. E' altresì necessario riflettere con attenzione in merito alla efficacia delle Strutture Intermedie residenziali e semiresidenziali, sui loro esiti e sulla necessità di prevedere una tipologia più ampia di questi servizi in collaborazione fra pubblico e privato al fine di aumentare le risposte disponibili.

In questo capitolo dopo aver sviluppato alcune considerazioni generali sulla evoluzione dei trattamenti residenziali, sugli esiti delle Comunità Terapeutiche e aver descritto l'organizzazione delle Strutture Intermedie del Dipartimento di Salute Mentale, esamineremo il ruolo della **residenzialità leggera** nella organizzazione dei servizi dipartimentali. Descriveremo l'esperienza degli Appartamenti a grado variabile di protezione realizzata nel territorio dell'Ovest Vicentino indicando i destinatari dell'intervento e i criteri di avvio e gestione; seguirà una breve analisi su come reperire le abitazioni, sui costi di gestione, sulla evoluzione della tipologia degli Appartamenti e sulla importanza del coinvolgimento dei familiari nella cura. L'esperienza verrà resa in dettaglio con l'intento di presentare un metodo concreto di lavoro e di funzionamento dei servizi. Lo scopo è quello di offrire degli spunti che possano essere utilizzati anche in altre situazioni organizzative, a partire dal presupposto che la diversificazione dell'offerta nell'ambito della residenzialità psichiatrica è oramai necessaria e non procrastinabile.

### **Considerazioni sugli esiti dei trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali**

Ci siamo posti due domande: quando si può considerare concluso un trattamento terapeutico-riabilitativo in Comunità Terapeutica (CT)?, quale esito è desiderabile alla dimissione da una CT?

Gli esiti più importanti sono tre: 1) la famiglia di origine; 2) una CT di diversa intensità assistenziale e terapeutica; 3) la residenzialità leggera. Dato che probabilmente non è possibile fissare dei criteri definitivi, per ciascuno vanno approfonditi alcuni fattori.

1) Poniamo l'attenzione anzitutto sul **rientro in famiglia** che è comunemente ritenuto l'esito più favorevole, premettendo alcune brevi osservazioni sui percorsi di cura nelle Comunità e sulla loro conclusione con particolare riguardo alla modalità di rapporto con la famiglia di origine il cui ruolo riteniamo essere molto importante nel determinare la qualità dell'esito:

- una relazione con la famiglia, quando c'è e non è troppo patologica, è stato tenuto fin dalla fase di assessment, di accoglimento e successivamente durante la permanenza in CT;
- la valutazione delle possibilità evolutive viene fatta durante tutto il percorso di cura via via che il paziente dapprima si stabilizza e poi recupera le capacità di base e le abilità più avanzate;
- il percorso terapeutico e riabilitativo è stato condotto in collaborazione fra servizi territoriali invianti e CT e ha coinvolto la famiglia;

<sup>1</sup>Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Az. Ulss5 OvestVicentino, psichiatra

<sup>2</sup>Dirigente delle Strutture Intermedie Az. Ulss5 OvestVicentino, psicologo psicoterapeuta

- sono previsti interventi psicoeducativi e psicoterapeutici anche sui famigliari;
- viene messa in atto una fase di graduale preparazione e presa di distanza prima del distacco definitivo del residente dalla CT sia per elaborare la separazione, sia per predisporre un ambiente familiare e sociale che sia recettivo e sufficientemente equilibrato.

In sintesi questo è il programma che molti utenti e le loro famiglie riescono a completare nella CT e che conduce al miglioramento e all'esito dimissione in famiglia. Anche nella nostra esperienza di Comunità questa è l'evenienza più frequente (vedi tab.3 Esiti).

Tuttavia nonostante l'impegno e il rispetto della correttezza del procedimento non sempre si riesce ad ottenere questo risultato.

In alcuni casi l'esito dimissione in famiglia d'origine non è positivo perché qualche tempo dopo la dimissione l'utente peggiora e perde almeno in parte l'equilibrio che aveva raggiunto e le abilità che aveva acquisito nella CT; corrono i rischi maggiori le abilità più evolute: il lavoro e le relazioni sociali. In altri casi dopo ripetuti ricoveri ospedalieri per scompensi psicotici si ripropone la necessità di rientrare nella CT. A volte residente e famiglia non evolvono nella stessa misura e dopo il rientro a casa avviene un riequilibrio ad un livello di funzionamento più regredito con ricomparsa di sintomi. Altre volte la dimissione in famiglia può essere dovuta ad una interruzione non concordata del trattamento in CT.

I motivi dell'esito negativo possono essere molti. Ne citiamo alcuni: gravità della malattia, rigidità della famiglia che ripropone modalità relazionali simbiotiche o disordinate o ad alta emotività espressa oppure cambiamenti importanti della situazione familiare (ad esempio lutti, separazioni, malattie).

In altre situazioni quando passano degli anni fra l'ingresso e la dimissione, la fase del ciclo vitale (Scabini,1989) del paziente cambia e il progetto individuale al momento della dimissione può rendere opportuna una scelta di vita indipendente e quindi diversa dal rientro nella famiglia di origine.

2) La seconda modalità di dimissione dalla Comunità Terapeutica è il **trasferimento ad altra Comunità**. Si veda la Tab.3 Esiti.

In alcuni casi il trasferimento avviene ad una CT a minor grado di protezione, ad esempio nella nostra organizzazione da una Comunità ad alta protezione alla Comunità Alloggio con Centro Diurno, per favorire il processo di dimissione oppure per avvicinare il paziente al proprio territorio. E' più rara l'evenienza della dimissione con possibile temporaneo ritorno a casa per poi rientrare in altra Comunità dello stesso livello assistenziale ma diversa dalla precedente. Nella nostra pratica clinica quest'ultima modalità di trasferimento è dovuta a particolari esigenze specialistiche (doppia diagnosi) o a incompatibilità particolari a seguito di cambiamenti organizzativi, di personale o di un operatore di riferimento, o ad un accadimento grave.

Vanno poi considerate le situazioni cliniche nelle quali la malattia persiste non ostante il trattamento, ci riferiamo a quei residenti che, pur stabilizzati clinicamente, non riescono a raggiungere nella Comunità un grado di autonomia sufficiente da consentirne la dimissione né a casa né in Appartamento, a causa della gravità della malattia mentale o della comorbilità con una malattia organica. Questi pazienti rimangono in CT per periodi molto lunghi saturando i posti letto e limitando il turn-over. Non traggono più vantaggio da programmi riabilitativi che, divenuti troppo attivanti in rapporto alle loro effettive potenzialità di miglioramento, potrebbero compromettere il fragile equilibrio psicopatologico faticosamente raggiunto.

Nella ricerca Progres Veneto 2006 (Busana et alii, 2007) questo dato emerge in maniera significativa:

**tab. 1 – Indice di dimissione utenti dalle Strutture Residenziali**

<b>DIMISSIONI DA SR</b>	<b>da ricerca Progres Nazionale 2000</b>	<b>da ricerca Progres Veneto 2006</b>
<b>0 dimissioni all'anno</b>	38%	19%
<b>da 1 a 2 dimissioni all'anno</b>	31%	43%
<b>più di 2 dimissioni all'anno</b>	31%	38%

**Tab. 2 – Percentuali di turn-over utenti nelle Strutture Residenziali Venete dal 2000 al 2005**

<b>anno</b>	<b>gestione diretta</b>	<b>direzione tecnica DSM</b>	<b>gestione autonoma</b>
<b>2000</b>	25%	4%	3%
<b>2001</b>	23%	8%	7%
<b>2002</b>	22%	13%	10%
<b>2003</b>	17%	15%	9%
<b>2004</b>	28%	22%	16%
<b>2005</b>	27%	22%	16%
<b>Media</b>	24%	14%	10%

Nelle due tabelle si evidenzia la bassa percentuale dei dimessi dalle Comunità.

*N.B. Nella ricerca Progres Veneto non sono state incluse le Strutture Residenziali di superamento degli ex Ospedali Psichiatrici.*

Le precedenti osservazioni ci rimandano al trattamento della cronicità, tema cui dovrebbe essere prestata più attenzione di quanto non avvenga attualmente nel mondo della Psichiatria. A nostro avviso, le caratteristiche cliniche di questi pazienti richiedono dei trattamenti in Comunità specializzate che svolgano prevalentemente attività assistenziali orientate al mantenimento delle abilità esistenti, quindi meno attivanti ma che comunque mantengano un'impronta ri-abilitativa psichiatrica per non compromettere le abilità residue. Questo tipo di Comunità dovrebbe consentire al paziente di mantenere una buona stabilizzazione clinica e di vivere in una soddisfacente condizione mantenendo le competenze di base e rallentando l'evoluzione della malattia verso il deterioramento cognitivo. Pertanto la Comunità dovrebbe offrire attività rieducative di base, gruppali di sostegno e programmi personalizzati con personale qualificato educativo e psicologico e con la consulenza dello psichiatra. Inserire questi pazienti in tanti Gruppi Appartamento (GAP) può causare una parcellizzazione dell'intervento e determinare un intervento improntato prevalentemente se non esclusivamente all'assistenza di base alla persona. Evenienza ancora peggiore è il passaggio anzitempo di questi pazienti alle strutture di assistenza per anziani, le Case di Riposo, che offrono un'assistenza generica e priva di attività specifiche con ambienti di vita disinteressati a loro che li fanno drammaticamente regredire.

Per porre rimedio alla attuale scarsità di servizi destinati a questi utenti il recente Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale della Regione Veneto (DGR.651 del 09.03.2010) ha individuato un nuovo tipo di Comunità, la Comunità Alloggio estensiva che avrà il compito di fornire assistenza specialistica per tempi medio-lunghi.

La tabella riporta gli esiti delle dimissioni dalle Strutture Intermedie del DSM a partire dal 1998 per il Centro Polifunzionale di Arzignano e dal 2001 per le due Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP) di Lonigo e Montecchio Maggiore

**Tab. 3 - Esiti**

Esiti dimissioni dalle Comunità	CTRP	CP Arzignano + CD Valdagno	Totale
		CA + CD	
Famiglia	34	4	38
altra CTRP o Comunità Alloggio	12	2	14
Appartamento	6	25 + 15	31+15
Struttura Residenziale di lungoassistenza	14	3	17
Interruzione non concordata del trattamento	5	1	6

Tab. 3 – Esiti: si noti che dei 40 ingressi provenienti dai CP Arzignano + CD Valdagno, 25 arrivano dalla Comunità Alloggio (circa i due terzi);l'altro terzo proviene dai 2 Centri Diurni.

### **Considerazioni sulla residenzialità leggera**

Uno dei punti di partenza del nostro Progetto Appartamenti fu l'osservazione che spesso non produce alcun effetto positivo l'idea meramente assistenzialistica di mettere insieme due o più persone con patologia psichica stabile e in situazione sociale di difficoltà con la motivazione semplicistica che uno ha una casa e gli altri ne sono privi. Anzi avevamo constatato che questa prassi portava con il passare del tempo al deterioramento dei rapporti di convivenza e alla progressiva difficoltà di controllo dei comportamenti disturbati con conseguente grave compromissione della gestione domestica e dei rapporti con il vicinato. Al contrario di quanto è stato fatto in quelle circostanze, occorre che un appartamento per utenti psichiatrici sia pensato e realizzato seguendo le evidenze dei programmi riabilitativi e dei progetti terapeutici individuali e che sia accuratamente seguito e gestito dal DSM.

La soluzione abitativa dovrebbe essere ben presente nella mente degli operatori e dei residenti della Comunità Terapeutica fin dall'inizio del percorso, secondo accordi stabiliti con i servizi psichiatrici territoriali. E'importante creare una condizione di stabilità emotiva, di affinità e di reciproco sostegno nella gestione dei problemi di coabitazione, nella manutenzione della casa e soprattutto nei corretti rapporti con il vicinato di convivenza e accettazione, rafforzando così il senso di appartenenza (Sassolas,1997). Si può così verificare che anche l'individuo con il più grave deficit psicopatologico mantiene aree psichiche e mentali che hanno saputo resistere all'impatto con la malattia. (Malagutti, 2005). L'esperienza clinica e le esigenze organizzative ci hanno condotto ad utilizzare sempre di più questo strumento di cura e riabilitazione nei casi in cui il "dopo comunità terapeutica" non poteva essere il ritorno in famiglia e una soluzione abitativa diversa rischiava di vanificare tutti gli sforzi di autonomizzazione del paziente. L'appartamento a bassa protezione si pone l'obiettivo di restituire all'utente le migliori opportunità di uscita dal circuito assistenziale dopo che lo stesso ha conseguito un buon miglioramento clinico e un soddisfacente recupero delle abilità di base e avanzate.

Da queste considerazioni è derivato un modello residenziale che ha un funzionamento peculiare e che per certi versi dilata nel territorio gli spazi della Comunità Terapeutica, offrendo nuove opportunità di "autonomia sostenuta" estese dalla Comunità alle piccole residenze sulla base delle aree emotivo-cognitive descritte da Winnicott:

- stabilità emotiva: che consente di produrre e mantenere un rapporto di convivenza duratura;
- assunzione di responsabilità: in particolare nella costruzione di rapporti emotivi ed economici necessari al mantenimento del nuovo nucleo familiare;
- apprendimento dall'esperienza: imparando ad assolvere i piccoli problemi quotidiani e ad affrontarli con gli altri, valutando assieme le soluzioni possibili;
- l'agire spontaneo verso eventi e relazioni: uscendo dall'autocentrismo della malattia che conduce a guardarsi solo dentro, per cominciare invece a prendersi cura dell'altro sia per gli aspetti emotivi che pratici (Winnicott, 1944).

L'importanza della socializzazione, descritta da Rapaport nella teoria del *concern*, come forma di terapia è tema centrale. (Rapaport, 1960). I residenti vivono in appartamenti inseriti in un comune contesto cittadino, nei quali devono “*guardarsi attorno, fuori di sé*”, gestire rapporti di buon vicinato, mettersi in relazione e collaborare sulle cose concrete (accordarsi sulla pulizia delle scale, sullo sfalcio dell'erba in giardino, sugli orari e sulle modalità di ascolto della TV o della radio, ecc.).

### **Le Strutture Intermedie del Dipartimento di Salute Mentale AzULSS5 Ovest Vicentino della Regione Veneto**

L'esperienza di Residenzialità Leggera (Appartamenti a grado variabile di protezione) è nata nel Centro Polifunzionale Arcobaleno di Arzignano per affrontare e dare risposta di medio e lungo termine ai disturbi mentali gravi ed è poi divenuta risorsa organizzativa di tutte le Strutture Intermedie del DSM.

Il Centro Polifunzionale (CP) di Arzignano è pubblico con dirigenza e personale assistenziale dell'Azienda Socio-Sanitaria. E' dotato di una Comunità Alloggio (CA) di 6 posti letto (+1 di Accoglienza Temporanea) e di un Centro Diurno (CD) che ospita una media di 34 ospiti al giorno. La Comunità Alloggio non ha personale presente durante le ore notturne; dalle 22.00 alle 7.00 i residenti possono telefonare al Servizio Psichiatrico Ospedaliero in caso di bisogno. Lo psicologo responsabile è coadiuvato nella direzione da un'altra psicologa, da 4 educatori e da 6 operatori Socio Sanitari (OSS); è prevista la regolare consulenza settimanale di uno psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM). Tutto il personale del CP è coinvolto nel progetto di Residenzialità Leggera. I nuovi ingressi nel Centro sono costituiti preferibilmente da giovani pazienti affetti da psicosi o da grave disturbo di personalità all'esordio o con recente insorgenza della malattia.

Inoltre il Dipartimento di Salute Mentale è dotato di: 2 Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP con personale 24/24h) a Montecchio Maggiore e a Lonigo e un Centro Diurno (CD) psichiatrico realizzato a Valdagno nel 2004. Tutte queste Strutture Intermedie sono pubbliche a gestione diretta dell'Az. ULSS e destinate alle diverse necessità di cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici presenti nel territorio. Costituiscono una rete unica e integrata di servizi all'interno del DSM, sono collegate fra di loro e agli altri Servizi del DSM e consentono il passaggio del paziente da una Struttura riabilitativa all'altra con flessibilità, senza particolari ostacoli o vincoli.

**Tab. 4 - Tabella riassuntiva:**

<b>STRUTTURE</b>	<b>POSTI disponibili e presenza del personale</b>
2 CTRP progetti di cura e riabilitazione per pazienti con psicopatologica grave le cui funzioni cognitive e di performance non sono completamente compromesse	14 posti letto + 1 di pronta accoglienza ciascuna con copertura di personale 24 ore su 24
1 Centro Polifunzionale ad Arzignano dotato di: 1 Comunità Alloggio CA progetti di cura e riabilitazione per pazienti adulti in giovane età 1 Centro Diurno CD	1 CA 6 posti letto+1 pronta accoglienza con copertura di personale dalle 7,00 alle 22,00. Autonomia dei residenti nelle ore notturne e disponibilità telefonica per le urgenze 1 CD per 34 utenti
18 Appartamenti (10 ad Arzignano) a variabile grado di protezione distribuiti in 6 Comuni del territorio Ovest Vicentino	Totale di 38 posti letto. Accolgono 1, 2 o 3 persone. La gestione è a cura delle Comunità Terapeutiche o dei Centri Diurni
1 Centro Diurno CD a Valdagno	per 20 utenti

Gli ingressi nelle Strutture Intermedie (SI) avvengono sempre dopo valutazione congiunta e concordata tra responsabile/referenti della SI e responsabile/referenti del caso appartenenti al Centro di Salute Mentale di riferimento, con il quale vengono mantenuti rapporti di collaborazione durante tutto il tempo della presa in carico. Il collegamento con il territorio di provenienza, se possibile, viene mantenuto sino al termine del trattamento. In caso contrario il territorio della SI diventa sede di una nuova esperienza di vita per il residente dopo la dimissione. Gli Appartamenti a bassa protezione sono presenti nei maggiori Comuni del territorio in prossimità ad una Struttura Intermedia la quale, di solito ma non sempre, è la stessa che ha curato il paziente.

La popolazione è di circa 180.000 abitanti; il territorio, ricco di attività industriali e artigianali, è in parte montano, collinare e pianeggiante; i servizi sono distribuiti nel territorio per essere più facilmente accessibili.

### **Cenni storici: la prima esperienza**

Il primo Appartamento a bassa protezione prese avvio grazie ad una forte collaborazione fra l'Azienda ULSS 5 e il Comune di Arzignano nell'anno 1998 in virtù di un progetto, denominato "Progetto Domus", che prevedeva l'inserimento in un appartamento di proprietà comunale di 3 pazienti psichiatrici clinicamente stabilizzati che frequentavano il Centro Diurno e che avevano completato un valido percorso di ri-acquisizione delle abilità relazionali, sociali e lavorative. Il Progetto prevedeva anche la sensibilizzazione della popolazione con il sostegno dell'Assessorato ai Servizi Sociali comunale attraverso riunioni del comitato di quartiere. La giunta comunale concesse in comodato d'uso gratuito un appartamento al 1° piano di una palazzina di 4 abitazioni situata in un quartiere residenziale. L'appoggio dell'Assessorato ai Servizi Sociali si dimostrò importante e lungimirante; come vedremo più avanti, questa nuova esperienza fece crescere nel territorio la cultura di accoglienza della malattia mentale e rappresentò un esempio per gli altri Comuni.

Questo primo APP fu aperto in un periodo in cui in Veneto non esisteva una normativa in merito. Il primo Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale della Regione Veneto venne approvato due anni dopo (DGR 4080/2000). Ancora oggi in Veneto il progetto di residenzialità leggera è considerato un progetto innovativo.

Dal 1998 ad oggi sono stati resi operanti altri 17 APP, 9 dei quali sono collegati al Centro di Arzignano e i restanti alle altre Strutture Intermedie del DSM. Essi sono occupati da 1, 2 (più di frequente) o 3 persone per lo più dello stesso sesso.

## **IL MODELLO DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA DELL'OVEST VICENTINO**

La residenzialità leggera è costituita dagli **Appartamenti** e dal collegamento (“rete”) di questi con i servizi del DSM. La presenza degli operatori negli Appartamenti varia a seconda delle necessità assistenziali (**grado variabile di protezione**). Si fornisce una tabella riassuntiva:

**Tab. 5 – Appartamenti:** CTRP Montecchio e Lonigo, Centro Polifunzionale Arcobaleno di Arzignano, Centro Diurno di Valdagno

<b>APPARTAMENTI:</b>	<b>CTRP</b>	<b>CP e CD</b>	<b>Totale</b>
Appartamenti attivati dal 1998 ad oggi:	5	20	25
Appartamenti attivi inizio 2011:	4	14	18
Appartamenti chiusi per passaggio degli abitanti ad altra soluzione abitativa:	1	6	7
Numero utenti inseriti negli Appartamenti:	10	55	65
Numero utenti dimessi dagli Appartamenti:	4	23	27
Numero utenti attualmente in Appartamento	6	32	38

### **Destinatari dell'intervento e idoneità al programma**

Le persone che vanno ad abitare l'Appartamento, che d'ora in avanti chiameremo “residenti”, sono affetti da psicosi o da grave disturbo di personalità con quadro psicopatologico stabile.

Le condizioni determinanti per l'ingresso in Appartamento:

- essere in trattamento presso una struttura riabilitativa del DSM;
- aver sperimentato un periodo di almeno 2 anni presso una struttura intermedia;
- avere raggiunto un buon grado di affinità tra coabitanti e alcuni interessi comuni;
- avere conseguito la capacità di affrontare autonomamente situazioni di problem-solving;
- aver raggiunto una condizione economica di autosufficienza.

Non è ritenuto indispensabile invece possedere i seguenti requisiti:

- diagnosi psicopatologica uguale o affine;
- uniformità di età;
- omogeneità di abilità sociali utili per la gestione dell'appartamento.

### **Fase di avvio e di pre-inserimento in Appartamento:**

1. i residenti hanno compiuto un percorso di riabilitazione relazionale, sociale e lavorativa in una delle Strutture residenziali o semiresidenziali del DSM (Comunità Alloggio, CTRP o Centri Diurni). Questa stessa Struttura avrà in carico direttamente la gestione e la supervisione dell'Appartamento (APP), altrimenti gestirà assieme al Servizio territoriale competente la fase di dimissione dalla CT e di avvio dell'Appartamento;
2. il percorso riabilitativo antecedente l'inserimento in APP è mirato a consolidare o acquisire le competenze di base necessarie per riuscire a gestire e prendersi cura di una abitazione propria (ad esempio corretta alimentazione, gruppi cucina, addestramento alle pulizie, insegnamento di stiratura e riordino dei vestiti, cura e igiene della propria persona). Gli operatori cercano di rafforzare le abilità relazionali e lavorative e di dare vita ad un clima collaborativo. A questo fine i candidati prima di entrare in appartamento compiono assieme alcune attività di socializzazione per alcuni mesi;
3. l'équipe della struttura riabilitativa inviata, dopo aver valutato le potenzialità di convivenza delle persone, costruisce assieme a loro, coinvolgendole attivamente, il percorso di avvio dell'Appartamento facendole partecipare a tutte le fasi del progetto, a partire dall'allestimento dell'abitazione. Nella struttura riabilitativa viene

così sperimentata preventivamente la compatibilità alla coabitazione e viene stipulato e sottoscritto il contratto di accoglimento;

4. i familiari sono coinvolti durante tutto il percorso a partire dal contratto di accoglimento;
5. vengono individuati gli operatori di riferimento, di solito due, che seguiranno la gestione e la conduzione dell'Appartamento;
6. si provvede ad ottenere l'autosufficienza economica per i bisogni minimi vitali visto che il progetto appartamento prevede che i residenti condividano le spese ordinarie (utenze, mantenimento e manutenzione). I mezzi possono essere gli inserimenti lavorativi, le borse lavoro, la pensione oppure l'appoggio economico della famiglia.

Solo dopo aver portato a compimento tutte le azioni precedenti e aver stabilito un rapporto di consenso con il vicinato gli utenti sono considerati idonei e l'équipe della struttura riabilitativa può procedere all'inserimento.

### **Gestione dell'appartamento ed équipe integrata:**

Uno dei principali fattori che consente il buon andamento del Progetto Appartamento è il collegamento, prima dell'inserimento e dopo, con la struttura riabilitativa intermedia che ha costruito il percorso terapeutico e ri-abilitativo. Due gli ambiti prioritari dell'intervento:

- clinico-terapeutico: prepara e sostiene i residenti nella organizzazione delle aree interiori e di socializzazione. Il lavoro è orientato ad aumentare le abilità interne rispetto alla capacità di controllo di sé e di relazione con l'altro e di identificazione nel gruppo per favorire il senso di appartenenza (Sassolas,1997);
- educativo-relazionale: fornisce gli strumenti operativi più avanzati e di problem-solving per la corretta gestione degli spazi comunitari e per la soluzione dei problemi pratici che possono verificarsi nell'ambito della convivenza (Rossi, 2006).

Nelle patologie che presentano una frammentazione del Sé è indispensabile un lavoro in équipe che comprenda diverse professionalità, ruoli e attitudini con piena responsabilizzazione di tutti gli operatori rispetto al compito primario (Vigorelli,2005).

Ogni operatore è chiamato a svolgere il suo ruolo come partner sostenitore dei residenti, mai come loro sostituto, nella scelta e nella gestione delle decisioni da quelle semplici a quelle più importanti. E' questo un ruolo che ci pone a metà, come scrive Lombardo (1996), fra terapia ed educazione, con le funzioni sia di mediare che di favorire la comunicazione del gruppo, rafforzando le spinte personali evolutive dell'Io sociale di ogni residente (O'Sullivan, 1991).

Agire secondo questo programma, che abbiamo definito di "*équipe integrata*", significa essere attenti e presenti per aiutare i pazienti negli ambiti di vita e di relazione nell'appartamento, se e quando necessario.

Sono state individuate 5 aree d'intervento principali per la gestione degli Appartamenti:

1. **gestione utenti:** i residenti vengono seguiti da 2 Operatori di Riferimento per la conduzione della casa e della terapia. La loro presenza in appartamento varia da caso a caso a seconda delle necessità cliniche e assistenziali di presa in carico e viene modulata nel corso del tempo in base all'andamento e al clima relazionale. All'inizio l'intervento degli operatori è più intensivo al fine di consolidare un modello comune di convivenza e di conduzione della quotidianità; con il procedere del programma, pur rimanendo sempre attenta la vigilanza e la supervisione, la durata e la frequenza delle visite in appartamento diminuirà progressivamente. Intensità assistenziale e presenze variano a seconda del programma del singolo APP (grado variabile di protezione); dipendono anche dalla gravità della malattia, da accadimenti interni particolari, dal cambiamento di un residente o da eventi esterni straordinari.



Gli operatori di riferimento hanno anche l'importante compito di mantenere il collegamento fra l'équipe inviata e l'APP, riferiscono e si confrontano regolarmente in merito alla conduzione e all'andamento.

Ribadiamo per inciso quanto sia importante che essi facciano parte dell'équipe del Centro, perché hanno potuto seguire fin dall'inizio e costruire assieme ai residenti tutto il percorso del progetto appartamento e hanno poi continuato a tenere con loro una stretta relazione attraverso visite, incontri, riunioni regolari di analisi e confronto dell'esperienza. Gli operatori sono così accreditati del ruolo di trainer con compiti di responsabilità e di sostegno al progetto che vengono loro riconosciuti anche nei momenti di difficoltà e conflittualità. Non sarebbe così se la supervisione dell'APP fosse affidata a un'assistenza domiciliare esterna, ad esempio comunale o di una cooperativa;

2. **monitoraggio:** i residenti vengono aiutati attivamente per la contabilità e il pagamento delle utenze domestiche che sono a loro carico e per i rapporti con il vicinato;
3. **riunioni di Appartamento:** gli operatori di riferimento organizzano con regolarità riunioni di appartamento, in orari compatibili con le esigenze lavorative dei residenti, per analizzare assieme eventuali inconvenienti o difficoltà che dovessero insorgere e per la organizzazione della convivenza (pranzi, cene, pulizie, attività settimanali comuni). Gli schemi e i prospetti settimanali e mensili che vengono esposti ed aggiornati puntualmente si sono dimostrati utili strumenti operativi;
4. **connessione con la struttura riabilitativa diurna:** allo scopo di creare uno spazio di dialogo aperto con l'operatore sulla situazione individuale e sul percorso di convivenza, i residenti mantengono un contatto regolare con il Centro Diurno nel quale debbono essere presenti almeno 3 volte la settimana per qualche ora. Possono così:
  - partecipare ad alcune attività riabilitative del CD al fine di mantenere e rinforzare la dimensione gruppal e relazionale;
  - proseguire con l'attività psicoterapeutica intrapresa precedentemente che in alcuni casi avviene al di fuori del Centro;
  - ricevere un'attività psicologica di sostegno e un controllo dell'adesione alla terapia.
5. **referenti per la comunità locale:** rientra tra le responsabilità della équipe anche quella di assicurare la corretta gestione dell'Appartamento (manutenzione ordinaria, rapporti con la comunità e il vicinato, corretto uso dell'immobile) soprattutto quando il medesimo è di proprietà di Enti Pubblici che lo affidano al DSM e ai quali resta da provvedere alla sola manutenzione straordinaria.

Il modello organizzativo che stiamo proponendo consente la non-frammentazione del progetto e del soggetto in più servizi e la creazione di un punto di riferimento stabile e solido costituito da un gruppo multiprofessionale di operatori che hanno una stessa linea d'intervento e di gestione sia terapeutica che sociale, così come previsto dal Progetto Obiettivo Nazionale di Tutela della Salute Mentale (D.P.R. 10.11.1999). L'istituzione diviene così facilitante e conduce anche il residente più ostile a sentirsi dentro un gruppo che accoglie e soddisfa i suoi bisogni.

L'équipe integrata può rispondere efficacemente alle richieste fusionali rielaborandole, consentire di accogliere un numero vasto di pazienti con situazioni psicopatologiche diverse e permettere altresì la messa in azione di un'empowerment del gruppo utenti-operatori, il quale si solidifica nell'intento di attivare il nucleo coesivo di ogni residente e di potenziare il buon funzionamento sociale dell'individuo (Rabboni, 2008). In questo modo

nell'appartamento si crea il *concern* di comunità per realizzare un'azione che sposa l'integrazione sociale.

### **Come riuscire ad avere gli appartamenti**

Una delle maggiori difficoltà è quella di reperire le case; non è semplice infatti procurare appartamenti che siano allo stesso tempo: inseriti in contesti abitativi urbani, serviti da negozi e mezzi pubblici, in condizioni di buona abitabilità e a costi accessibili per gli utenti. Gli ostacoli maggiori si incontrano sul libero mercato degli affitti, a causa dello stigma e del pregiudizio che i cittadini in generale e i proprietari di case in particolare nutrono nei confronti della malattia mentale.

In altri DSM e in altre situazioni si è ricorso a soluzioni di residenzialità leggera più facili da raggiungere ma a nostro avviso inadatte, come quella di ricavare appartamenti in contesti ex-manicomiali o ubicati in stabili lontani dalla città oppure di riunire in un unico condominio più appartamenti o, peggio, dedicando l'intero stabile alla residenza degli utenti psichiatrici. Queste soluzioni che si possono trovare più di frequente nella realizzazione dei Gruppi Appartamento, non aiutano l'integrazione sociale della malattia mentale e, a nostro avviso, non consentono il reinserimento sociale a pieno titolo dei pazienti.

Al contrario dare risonanza sociale al buon andamento degli appartamenti può contribuire a far nascere una nuova cultura nel territorio e favorire la inclusione del progetto nelle reti sociali informali, mondo del volontariato e dell'associazionismo in primo luogo. Il ruolo dei Comuni e in particolare degli Assessorati ai Servizi Sociali è di grande importanza. Nel nostro caso, incoraggiati dalla prima esperienza di Arzignano, molti Enti Locali hanno concesso la propria collaborazione alla realizzazione del progetto.

I maggiori comuni del territorio: Arzignano, Montecchio Maggiore e Valdagno hanno tutti messo a disposizione del DSM abitazioni in comodato d'uso gratuito, Lonigo sta per farlo. Evidentemente gli Enti Locali sostengono il progetto perché ritengono possa essere vantaggioso per i loro cittadini e per la cultura dell'integrazione sociale.

Altre opportunità per ottenere appartamenti:

1. **collaborazioni con l'ATER** (Azienda Territoriale Edilizia Residenziale pubblica): con questo Ente è stato messo in essere un protocollo di collaborazione per autorizzare la convivenza di due persone, che non appartengono alla stessa famiglia, in appartamenti di edilizia popolare con metratura compatibile, di cui solo uno era assegnatario e per prevedere la possibilità di riserva degli appartamenti destinati a categorie speciali;
2. **beni di proprietà delle famiglie**: in seguito della credibilità acquisita dal progetto, alcuni genitori hanno messo a disposizione un appartamento di loro proprietà destinandolo al proprio congiunto assieme ad altri utenti indicati dal DSM.

### **La famiglia**

Prendiamo spunto proprio dalla disponibilità di quei genitori che mettono a disposizione del progetto di Residenzialità Leggera un appartamento per considerare come la famiglia, che in alcune situazioni viene vissuta come fonte di conflitto e di possibile contrasto alla crescita e all'autonomizzazione del paziente, possa divenire invece una fonte di integrazione sociale. A questo proposito menzioniamo l'Associazione dei familiari A.I.T.Sa.M., la quale ha giocato un ruolo significativo sostenendo il progetto e facendosi portavoce con molte famiglie di utenti. Si conferma quanto rileva Maone, il successo di tali iniziative dipende proprio dalla possibilità di agire dal basso. La partecipazione attiva degli utenti e dei familiari si è rivelata davvero importante per rendere possibile la separazione e contribuire alla rete di supporto (Maone, 2006).

Una soluzione potrebbe provenire dalla nascita di Fondazioni: queste potrebbero costituire un patrimonio immobiliare per il “dopo di noi”, ma anche divenire parte attiva in progetti di autonomia residenziale gestiti in collaborazione con i servizi pubblici.

Da alcuni anni i famigliari degli utenti del Centro Polifunzionale Arcobaleno sono invitati a partecipare ad incontri mensili dedicati a loro al fine di renderli partecipi al Progetto di Residenzialità Leggera. Negli ultimi tre anni l’originario gruppo dei famigliari è stato suddiviso in due, uno specifico dei genitori e uno dei fratelli. Quest’ultimo è stato creato, considerando la lunga durata di vita comune, con l’intento di far accrescere la coscienza e la responsabilità anche dei fratelli del prendersi cura del proprio congiunto in difficoltà.

### **Evoluzione della gamma di appartamenti**

Con l’aumentare del numero degli Appartamenti sono stati ampliati gli obiettivi del progetto di Residenzialità Leggera, diversificando la tipologia degli APP a seconda delle esigenze abitative e individuando diversi percorsi socio-riabilitativi:

- **risposta abitativa stabile:** con lo scopo di accogliere quei residenti che non possono essere dimessi nella famiglia d’origine al termine del percorso di cura in CT e il cui grado di autosufficienza acquisito non è sufficiente per vivere in completa autonomia. Il tempo di permanenza in APP può essere lungo;
- **residenza intermedia più avanzata della CT;** per quei residenti che pur avendo concluso il percorso di riabilitazione psicosociale nella struttura residenziale, non hanno acquisito ancora un grado di autonomia sufficiente per essere già dimessi. In questi casi il percorso in Appartamento può durare da 2 a 4 anni ed è teso a costruire nuove condizioni di vita sociale dell’utente e/o un rapporto migliore con la famiglia. Termina con l’acquisizione delle capacità sufficienti da permettere loro di rientrare in famiglia oppure di condurre una vita del tutto autonoma, ad esempio in un appartamento di edilizia pubblica. Nei casi in cui questa evoluzione non avvenga anche queste situazioni rientrano nel contesto precedente;
- **convivenza di coppia:** per molti anni è stata oggetto di discussione clinica ed etica la possibilità delle persone con patologia psichiatrica di poter vivere una sessualità consapevole e di poter costituire una famiglia responsabile, avendo una valida affinità e stabilità relazionale. Uno dei risultati del progetto è stato quello di realizzare percorsi di convivenza di coppia per quegli utenti che all’interno delle strutture riabilitative stabiliscono un legame affettivo e amoroso stabile. Sono attualmente due le esperienze realizzate e una terza è in fase di realizzazione.

Come accennato nel paragrafo riguardante la evoluzione dei trattamenti in Comunità, non fa parte del progetto di Residenzialità Leggera la realizzazione dei Gruppi Appartamento (GAP) comunemente identificati come unità di 4 PL con presenza quotidiana degli operatori per alcune (o molte) ore al giorno. Alcune volte più GAP vengono accorpati nello stesso edificio per dotarli di assistenza comune oppure vengono collocati a fianco di una Comunità per condividere il personale assistenziale che può essere così disponibile anche la notte.

Questo tipo di residenze sono di fatto destinate ai pazienti che non si possono dimettere dalle CT in quanto bisognosi di lungo assistenza, i GAP hanno il compito della stabilizzazione clinica e del mantenimento dell’equilibrio psicopatologico raggiunto sino a quel momento dal paziente. Spesso costituiscono una opportunità di dimissione dalle CT ma non hanno lo scopo principale di creare un ambiente di vita autonomo.

Nella organizzazione dipartimentale dei servizi abbiamo affrontato la cronicità nelle CT, che è un grosso problema terapeutico ed assistenziale e quindi non va negato, realizzando delle Comunità Alloggio specifiche destinate ad accogliere questi pazienti. Non riteniamo i Gruppi Appartamento una soluzione ottimale perché risulta troppo gravoso gestire nuclei

abitativi lontani fra loro con pazienti bisognosi di assistenza domiciliare continuativa. Le risorse richieste al DSM sono eccessive e gli operatori, che sono impegnati prevalentemente in attività di assistenza e controllo, non possono dedicarsi alle attività riabilitative.

### **I costi del progetto**

Gli Appartamenti a bassa protezione sono inseriti nella rete dipartimentale delle Strutture Intermedie riabilitative; il loro costo è piuttosto basso ed è dato da:

- affitto che è pressoché assente essendo a carico di un Ente pubblico o di un familiare;
- spese di mantenimento del singolo Appartamento (bollette, riparazioni, manutenzione, arredi) che sono a carico dei residenti e suddivise equamente;
- costo delle ore di lavoro degli operatori del Centro di riferimento, quantificabile in circa 3 o 4 ore settimanali per ogni Appartamento. La loro qualifica è educatore o operatore socio sanitario. Il coordinamento dell'attività è affidato ad uno Psicologo.

Abbiamo quantificato approssimativamente il costo degli APP in 5-10 euro al giorno per utente. Esso varia con la intensità assistenziale ed è dato quasi esclusivamente dal valore del tempo di lavoro del personale delle strutture riabilitative dedicato alla gestione degli Appartamenti. Secondo i nostri calcoli questa è una retta pro-capite molto più bassa di qualsiasi altra struttura residenziale o semi-residenziale psichiatrica. Da sottolineare che il minor costo si ottiene grazie a una maggiore capacità di autonomia degli utenti stessi.

### **Conclusioni**

La Residenzialità Leggera costituisce una naturale prosecuzione nel territorio del trattamento psicoterapeutico e riabilitativo intensivo svolto nelle Strutture Intermedie residenziali e semiresidenziali in collaborazione con gli altri Servizi dipartimentali e una diversa opportunità per realizzare una vita più autonoma che sia il presupposto di nuovi legami affettivi.

Gli Appartamenti non rappresentano un diverso livello di residenzialità psichiatrica in cui prosegue la cura iniziata in Comunità né una cessione ad altri servizi. Essi consentono una irrinunciabile esperienza di continuità durante la quale i residenti rimangono in contatto con le persone che li hanno aiutati lungo tutto il percorso terapeutico. Costituiscono un passaggio fondamentale verso l'autonomia sociale e il rafforzamento dell'inserimento lavorativo e della cittadinanza attiva (Gaburri,2007).

La vita del residente può essere persistentemente trasformata grazie a questa esperienza che lo aiuta a sviluppare nuovi meccanismi di tutela di se stesso e di stabilizzazione della propria esistenza psichica.

Attraverso la costruzione di questo modello di Residenzialità Leggera sono state ottenute positive ricadute a vari livelli:

- **per gli utenti:** la conquista di una autonomia più ampia personale, relazionale e lavorativa e di un luogo di vita consono all'integrazione sociale;
- **per il DSM:** la realizzazione e il completamento dei percorsi di riabilitazione in tempi che permettono di rispettare il progetto terapeutico personalizzato, mantenendo allo stesso tempo il turn-over nelle strutture residenziali come esito di dimissioni guidate, monitorate e durature;
- **per la sostenibilità economica:** il costo giornaliero pro-capite dell'assistenza in APP diminuisce del 90% rispetto al costo retta di una Comunità Terapeutica.
- **per la cultura sociale:** i concittadini possono accogliere e conoscere concretamente i programmi di integrazione sociale e di recovery apprezzandone gli aspetti positivi. Gli APP diventano un esempio tangibile di lotta allo stigma e al pregiudizio della malattia mentale.

Questo sistema di cura si inserisce appieno nel modello integrato bio-psico-sociale e lo qualifica, differenziandolo da quello organicistico. In questo modo non si privilegia ideologicamente un metodo, ma si propone una prassi che parte dalla definizione dei bisogni espressi dagli utenti e si realizza attraverso un ascolto più aperto e globale. Il modello del piccolo gruppo è efficace se opera un continuo scambio interattivo tra i suoi componenti, in modo da trasformare i singoli punti di vista sul paziente in una rappresentazione complessiva, lavorando simultaneamente su vari livelli di integrazione: quello relativo al rapporto individuo - ambiente e quello che riguarda le diverse strutture o funzioni intrapsichiche della personalità. (Vigorelli, 2004)

Il percorso di residenzialità leggera attuato da più di dieci anni in questo DSM utilizzando appieno le risorse dei servizi riabilitativi, ha permesso ad un numero consistente di utenti di passare dal circuito assistenziale psichiatrico intensivo ad un progetto di vita integrato nella società ossia di procedere da un luogo di cura a un luogo di vita ( Sassolas, 1997). Ha favorito altresì la costruzione di una cultura dell'accoglienza verso il disagio psichico, che contribuisce a superare le barriere della diversità.

In **sintesi**, la Residenzialità Leggera rappresenta una risorsa nuova del Dipartimento di Salute Mentale per diminuire le liste d'attesa delle comunità terapeutiche, incentivare gli inserimenti lavorativi di utenti psichiatrici, creare una sinergia fra contenimento dei costi e realizzazione dei programmi terapeutici e riabilitativi e infine dare visibilità e cultura della cittadinanza attiva ai residenti e ai servizi di riabilitazione psichiatrica.

#### **GLOSSARIO:**

APP: Appartamento a variabile grado di protezione  
CA: Comunità Alloggio  
CD: Centro Diurno  
CP: Centro Polifunzionale  
CSM: Centro di Salute Mentale  
CTRP: Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta  
DSM: Dipartimento di Salute Mentale  
GAP: Gruppo Appartamento  
SI: Struttura Intermedia  
ULSS: Unità Locale Socio Sanitaria

#### **BIBLIOGRAFIA:**

**Busana C., Zanolini S. e Belfontali A.** Ricerca Progres Veneto 2006 “La residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla Mappa al Territorio” *Atti Regione del Veneto*, Venezia, 2007  
**De Girolamo G., Picardi A., Morosini P.,** Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: il progetto PROGRES . *Istituto Superiore di Sanità*, Roma, 2001  
**Gaburri L.,** Comunità Terapeutiche, *Cooperativa Le Vele*, Milano, 2007.  
**Lombardo A.,** Una comunità terapeutica psichiatrica in “*Psichiatria e Psicoterapia Analitica*”, vol.15, Milano, 1996.  
**Malagutti E. e Cyrulnik B.,** *Costruire la resilienza*, ed. Erikson, Trento, 2005  
**Maone A.** Il ruolo dei famigliari nel trattamento della schizofrenia nella Comunità. In: Asioli F. e Purpura M. (a cura di) *La Comunità Terapeutica. Istruzioni per l'uso*. Biblink Ed., Roma, 2005.

- Maone A.** *Le chiavi di casa. Possibilità e limiti dell'approccio di Supported Housing.* Psichiatria di Comunità, 4, 222-235
- O'Sullivan B.**, *The International Journal of Therapeutic Communities*, vol.12, U.K., 1991.
- Picardi A.**, de Girolamo G., Morosini P. e Gruppo Progres: Gli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche in Italia, *Notiziario Istituto Superiore di Sanità*, Roma, 2003.
- Rabboni M.**, C'è già una via italiana alla riabilitazione? In "Errepiesse", *Rivista italiana riabilitazione psichiatrica*, n.II, Roma, 2008.
- Rapaport R.N.**, Community as doctor, *Tavistock Publications*, London, 1960.
- Rossi A.**, Psichiatria e neuroscienze in "Trattato italiano di psichiatria", ed. Masson, Milano, 2006.
- Sassolas M.**, *La terapia delle psicosi*, ed. Borla, Roma, 1997.
- Sassolas M.**, Uno obstacle au changement : la seduction narcissique. *Revue del Hospitaux de Jour Psychiatriques et des Therapies Instituionnelles*, n.6, 2007
- Scabini E.**, *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. ed. Franco Angeli, Milano, 1989.
- Vigorelli M.**, *Modelli psicoanalitici di intervento istituzionale* (Il modello per la crisi, Il modello bifocale, il modello del piccolo gruppo integrato, il modello comunitario, il modello di rete), Psychomedia, ASP, Milano 2004.
- Vigorelli M.**, *Il lavoro nella cura delle istituzioni*, ed. Franco Angeli, Milano, 2005.
- Winnicott D.W.**, Comunità per bambini difficili in "Il bambino deprivato", ed. Cortina, Milano, (1944)

**Riferimenti Legislativi:**

- Ministero della Salute: D.P.R. 01/11/1999 in G.U. n.274 del 22/11/1999: Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000.
- Regione del Veneto: D.G.R. n.4080 del 22/12/2000: Progetto Obiettivo per la Salute Mentale Regione Veneto.
- Regione del Veneto: D.G.R. n.651 del 09/03/2010: Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale – triennio 2010-2012.
- Regione del Veneto: D.G.R. n.1616 del 17/06/2008: Requisiti e standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della salute mentale nella Regione Veneto.