

Ricerca valutativa del Programma Alloggi Assistiti  
a cura di Marco DE GIORGI



La Presentazione, la Storia (2006/2010) e la Valutazione del Programma di Riabilitazione  
Psichiatrica per l'Inserimento in Abitazione



DSM "F. Basaglia" - ASL TO 2

Coop SINAPSI - Supporto in Ambito Psichiatrico



#### **Dipartimento di Salute Mentale "F. Basaglia" – ASL TO 2**

➤ **Direttore:** Luciano SORRENTINO

#### **Programma di Riabilitazione psichiatrica per l'inserimento in Abitazione (PCS)**

➤ **Responsabile:** Luciano SORRENTINO

➤ **Ente gestore dell'intervento:** Cooperativa SINAPSI - Supporto in Ambito Psichiatrico

#### **Il gruppo di lavoro \*:**

- Manuela FIORENTINO, coordinatrice
- Daniela CHIAPPETTA, co coordinatrice
- Ileana GARGIULO, operatrice
- Eleonora ISSOGLIO, operatrice
- Francesca CAPOZZI, tirocinante psicologa
- Roberto CAVIGLIOLI, operatore
- Abdesammad EL GAZZAR EL IDRISSE, operatore
- Marco GOZZOLI, operatore
- Roberto PELLEGRINO, operatore

\* Dal Giugno '10 è entrato a far parte dello staff anche

- Guido EMANUELLI, psichiatra

Hanno collaborato alla stesura della presente pubblicazione:


 **VALEPAS – Ricerca valutativa: la presentazione, la storia (2006/2010) e la valutazione del Programma Alloggi Assistiti**

- **Marco DE GIORGI** - Progettazione e organizzazione della ricerca; traduzione, adattamento e stesura dei questionari; somministrazione (utenti ed operatori); elaborazione dati; ideazione logo e copertina; *editing*.
- **Davide MAZZESI** – Epistemologia e metodologia della ricerca; impostazione matrice ed elaborazione dati; ideazione e commento dei grafici; *editing*.
- **Luciano SORRENTINO** – *Introduzione*; capitoli sui *Costi del PCS* e sul *Supporto farmacologico*.
- **Francesca CAPOZZI** – Somministrazione questionari (famigliari e amministratori di .sostegno) e relativi commenti.
- **Lo staff di Sinapsi** – Sezione relativa alla *Presentazione e descrizione del PCS*; capitolo dedicato alle *Caratteristiche delle persone inserite*; *Focus Group* sull’impatto sociale; un *Esempio di operatività* (paragrafo del capitolo sui *Costi del PCS*, a cura di R. Caviglioli).


**Un sincero e sentito ringraziamento alle PERSONE inserite nel Programma e ai loro FAMIGLIARI per la disponibilità dimostrata e la collaborazione ricevuta, senza di cui sarebbe stato impossibile l’intero lavoro. GRAZIE!**

## Indice


*Introduzione (a cura di L. Sorrentino)* pag. 5

 *Il Programma Case Supportate: presentazione e descrizione del servizio  
(a cura dell'equipe di Sinapsi)*

- La cooperativa Sinapsi e il modello operativo pag. 6
- Le origini e la storia del PCS pag. 7
- Il gruppo di lavoro pag. 9
- L'organizzazione del servizio pag. 10
- Il lavoro di rete: le collaborazioni con gli altri servizi pag. 13
- La quotidianità, le emergenze e il significato della reperibilità pag. 16
- Il versante economico: i costi del PCS e il confronto con altri interventi  
(a cura di L. Sorrentino e R. Caviglioli) pag. 18

 *La ricerca valutativa sul programma case supportate  
(Marco De Giorgi e Davide Mazzesi)*

- Introduzione pag. 20
- I riferimenti scientifici in letteratura e la contestualizzazione pag. 21
- Epistemologia e metodologia della ricerca Valepas pag. 22
- Gli strumenti della ricerca pag. 26
- La somministrazione dei questionari: agli utenti, agli operatori, ai famigliari e agli  
amministratori di sostegno pag. 27

 **I risultati dello studio**  
**(M. De Giorgi, D. Mazzesi)**

- **Il profilo degli utenti** **pag. 32**
- **Considerazioni sulle caratteristiche delle persone inserite nel PCS e il profilo riabilitativo messo in atto (a cura dell'equipe di Sinapsi)** **pag. 35**
- **L'integrazione degli utenti nel quartiere** **pag. 38**
- **Il supporto farmacologico (a cura di L. Sorrentino); commenti alla somministrazione e all'assunzione delle terapie; il consumo di sostanze** **pag. 39**
- **Le ospedalizzazioni per ragioni psichiatriche** **pag. 43**
- **Il gradimento del servizio degli utenti e dei famigliari; i miglioramenti proposti** **pag. 45**
- **La salute psicofisica, la soddisfazione nella vita quotidiana e la qualità della relazione con gli utenti tramite una valutazione incrociata** **pag. 49**
- **L'opinione degli operatori sul servizio da loro offerto; la relazione terapeutica tra operatori e utenti; i punti di forza, i limiti, i possibili miglioramenti del PCS** **pag. 51**
- **L'impatto sociale del servizio** **pag. 56**
- **Conclusioni** **pag. 60**

## **Val.E.P.A.S - Valutazione dell'Efficacia del Programma Alloggi Supportati**

### **Ricerca valutativa del Programma di Riabilitazione psichiatrica per l'inserimento in abitazione del DSM "F. Basaglia" dell'ASL TO2, in collaborazione con la Cooperativa SINAPSI - Supporto In Ambito Psichiatrico s.c.s**

#### **❖ Introduzione**

**(a cura di L. Sorrentino)**

Il Programma Case Supportate (in seguito PCS) è un intervento di riabilitazione rivolto a cittadini con problematiche di natura psichiatrica, per cui è previsto un inserimento autonomo in abitazione propria, singola o doppia, coadiuvati nelle loro attività quotidiane da un gruppo di operatori a loro specificatamente dedicati. Il PCS è attivo a Torino dal gennaio del 2006, è stato ideato ed è attualmente diretto dal Direttore del DSM "F. Basaglia" dell'ASL TO 2<sup>1</sup>, il Dott. Luciano Sorrentino e si avvale, sul versante operativo, della gestione della Cooperativa SINAPSI - Supporto In Ambito Psichiatrico s.c.s., che dedica alle attività del programma uno staff composto da un coordinatore e da sette operatori.

A distanza di quattro anni dagli esordi operativi, il PCS segue attualmente sedici utenti<sup>2</sup>, domiciliati in dieci alloggi ubicati in quartieri della zona nord della città; tale territorio è all'interno del presidio di diretta competenza del DSM "F. Basaglia", che ha la titolarità dell'intervento.

**In sintesi, si è inteso dare l'opportunità di vivere in luoghi normali a tutte le persone che sono a rischio di istituzionalizzazione. In questo modo sono salvaguardati i loro diritti e si crea una vera opportunità d'integrazione nella comunità civile.**

**La casa come luogo di riabilitazione sociale e psichiatrica, dove la persona può esprimere il proprio punto di vista, dove diventa protagonista/soggetto con il sostegno costante degli operatori. L'obiettivo è quello di creare le condizioni al fine di realizzare, attraverso la continuità d'intervento e la facilitazione sociale, un legame di interdipendenza dal contesto di vita.**

---

<sup>1</sup> Come disposto dal D.P.R. dello 01/11/99: "Progetto Obiettivo per la tutela della Salute Mentale 1998 - 2000", all'interno di tutte le ASL italiane è prevista la presenza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM); la Direzione del DSM ha il compito d'indirizzo e coordinamento di tutte le componenti organizzative di cui è formato, ovvero i Centri di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il Day Hospital, il Centro Diurno e le strutture residenziali.

<sup>2</sup> Un utente è stato inserito nel programma nel Giugno 2010, ovvero successivamente alla somministrazione dei questionari della ricerca Valepas; inoltre, come spiegato successivamente, per un altro utente è stato deciso che non fosse opportuno rivolgere le domande del questionario dedicato. Pertanto nella sezione relativa alla ricerca, nella parte generale saranno considerate e prese in esame le caratteristiche di 15 persone, mentre nei capitoli riferiti all'elaborazione e agli esiti delle risposte al questionario utenti, i dati saranno calcolati e percentualizzati sulla base dei 14 rispondenti complessivi.

## Il Programma Case Supportate: presentazione e descrizione del servizio (a cura dell'equipe di Sinapsi)

### La cooperativa Sinapsi e il modello operativo

La cooperativa sociale *Sinapsi-Supporto in Ambito Psichiatrico* nasce nel 2003 dalla volontà di persone provenienti dalla realtà associativa torinese e con una formazione specifica in ambito psicologico e riabilitativo, per offrire servizi alle persone con disagio e ai loro familiari nei diversi ambiti di vita. Il modello d'intervento adottato è quello della *Riabilitazione Psichiatrica*<sup>3</sup> e si fonda sul presupposto di garantire emancipazione e autonomia alla persona, in un contesto dove ciascuno possa vivere godendo dei propri diritti e possa essere rispettato per il proprio punto di vista.

La *mission* di tale modello è far sì che, attraverso un adeguato supporto, persone con disagio psichico riescano a vivere una vita soddisfacente nel proprio ambiente, aiutandole a ottenere un maggior accesso alle diverse opportunità sociali. Si garantisce quindi un supporto continuativo basato sulla flessibilità, poiché modulato in base alle richieste e alle caratteristiche individuali e quindi variabile nelle modalità<sup>4</sup>.

L'obiettivo dell'intervento riabilitativo è il miglioramento della qualità della vita di persone con disagio psichico attraverso un rafforzamento delle abilità individuali e tramite la ricerca e lo sviluppo delle risorse ambientali necessarie a una soddisfacente integrazione dell'individuo nei vari contesti di vita. Parte importante di quest'obiettivo è la promozione dell'assunzione di *responsabilità* rispetto alla propria vita, di modo da essere il più possibile partecipi e autonomi nell'ambito sociale.

Un percorso riabilitativo individualizzato è mirato a garantire *stabilità* e *continuità* di vita in un contesto non istituzionale, in quest'ottica "abitare" significa sentire la casa come proprio luogo in cui vivere, piuttosto che come luogo di trattamento. Il supporto fornito promuove, infatti, l'acquisizione di *ruoli normali*, piuttosto che l'adesione al solo ruolo di paziente e lo sviluppo dell'*interdipendenza* delle persone non solo con il Servizio di Salute Mentale ma anche con il contesto sociale allargato. L'intervento proposto prevede la partecipazione attiva delle persone con disagio psichico lungo tutto il percorso riabilitativo, che è portato avanti nel rispetto dei bisogni e dei desideri espressi, tenendo conto delle risorse personali e ambientali utilizzabili.

Il percorso riabilitativo individuato è complessivamente un *processo circolare focalizzato sulla persona e sulle sue esigenze*: il focus non è incentrato sulla patologia o sui sintomi, ma sulla disabilità, intendendo con questo termine qualsiasi riduzione o mancanza di abilità nello svolgimento di attività e nell'assunzione di ruoli relativi ai diversi ambiti di vita.

---

<sup>3</sup> Così come elaborato dal Center for Psychiatric Rehabilitation della Boston University e dal Center for Community Change International, Vermont, USA.

<sup>4</sup> M. Farkas, W. Anthony, M. Cohen, 1989

In quest'ottica si sostengono le persone inserite nel PCS nell'acquisire consapevolezza rispetto alle proprie capacità, ai propri criteri nel compiere scelte e in relazione alle alternative presenti o possibili fornite dal contesto.

### ❖ *Le origini e la storia del PCS.*

Il Programma Case Supportate ha inizio nel Gennaio 2006, con l'inserimento di 12 persone, 4 donne e 8 uomini, in 6 alloggi, così distribuiti:

- 1 alloggio abitato da 4 persone;
- 3 alloggi abitati da 2 persone;
- 2 alloggi con un inquilino ciascuno.

Tali abitazioni fanno parte del patrimonio di edilizia pubblica sovvenzionata e sono state assegnate all'allora Asl 4 (oggi Asl TO 2) e ristrutturate grazie ad un finanziamento erogato dalla Fondazione CRT<sup>5</sup>.

Le persone individuate e inserite nel gruppo iniziale hanno provenienze abitative diverse, talune dal nucleo familiare d'origine e altre da strutture comunitarie, dove vivevano anche da lungo tempo.

La loro età è piuttosto variabile, compresa tra i 24 e i 60 anni.

Sin dall'inizio, a tutti coloro cui è stato proposto l'inserimento nel PCS, si è richiesto di aderire attraverso l'accettazione di alcune semplici condizioni:

- provvedere all'affitto dell'alloggio e alle relative utenze (luce, gas ...);
- permettere agli operatori dello staff di fargli visita a casa.

Eventuali altre modalità d'inserimento possono poi essere concordate a titolo individuale, in base alle diverse esigenze portate dai singoli.

Nell'arco del primo anno di attività sono state inserite nel PCS anche due persone che abitavano in casa propria, la prima su richiesta dell'Asl di competenza, la seconda su sua richiesta, mediata dalla conoscenza precedente di alcuni fra gli operatori in contesti lavorativi affini.

---

<sup>5</sup> La Fondazione CRT, emanazione dell'omonimo Istituto bancario, Cassa di Risparmio di Torino, ora confluito nel Gruppo Unicredit, da molti anni promuove iniziative a sfondo sociale, attraverso bandi di concorso e/o finanziamenti con finalità multiple.

Di questo gruppo iniziale, la maggior parte delle persone è tuttora inserita all'interno del PCS; le variazioni riguardano 2 persone, per cui è stata concordata un'altra soluzione abitativa, di tipo comunitario, a distanza di circa 7 mesi dall'inserimento nel PCS.

Una terza persona è invece mancata, per cause naturali, dopo circa un anno e mezzo.

Nel 2007 sono inserite 4 persone:

- 2 nell'abitazione che nel frattempo era rimasta vuota;
- 2 che abitavano in casa propria (di cui una purtroppo deceduta all'inizio del 2010).

Nel 2010 sono inserite altre due persone:

- 1 in alloggio del PCS;
- 1 con casa propria.

Nel corso dei primi due anni di attività, oltre le due persone con cui si è deciso, di comune accordo, per il rientro in comunità, vi sono stati tre inserimenti che non sono andati a buon fine, per cui si è dovuto scegliere un'altra soluzione abitativa; i tre allontanamenti dal PCS hanno motivazioni scaturite da problematiche differenti:

- uno per problemi derivati dal continuo abuso di alcool;
- l'altro per il rifiuto a contribuire alle spese di gestione della casa, contributo previsto dal contratto stipulato con ogni utente all'atto dell'inserimento in programma e da loro accettato;
- il terzo, oltre che da un consumo alcolico problematico, è stato causato da situazioni correlate al tentativo di convivenza anche del figlio e alla presenza incombente del compagno, per cui la situazione abitativa era divenuta ingestibile, soprattutto per l'altra inquilina, in coabitazione nell'alloggio.

Dopo alcuni mesi, definibili di rodaggio e assestamento, sia per il gruppo degli operatori e le loro dinamiche operative che per le persone, che si sono dovute sperimentare in contesti abitativi e in (alcuni casi) convivenze per loro nuovi, la situazione si è stabilizzata, e il gruppo non ha subito altre defezioni.

Negli ultimi due anni sono stati però decisi vari spostamenti da un alloggio all'altro:

- per alcune persone gli spostamenti sono stati motivati da scelte individuali, ad esempio la volontà espressa da due persone di provare a convivere come coppia;



- per altre lo spostamento è derivato invece da scelte comunque concordate, ma per esigenze riabilitative, ad esempio la necessità di separare temporaneamente due coinquilini in disaccordo;
- in un caso infine si è dovuto provvedere a uno spostamento per problemi relativi all'abitabilità dell'alloggio, ovvero l'allagamento dello stesso a seguito di una perdita d'acqua molto estesa dal piano superiore.

Contemplando tutti gli avvenimenti sopra descritti, a oggi il PCS segue e si prende cura complessivamente di 16 persone, 10 uomini e 6 donne, di cui 5 presso abitazioni proprie (in affitto o di proprietà) e le restanti nelle case a disposizione del programma dal 2006. Le chiavi di casa dei singoli alloggi sono possedute, oltre che dall'inquilino (o dagli inquilini, in caso di coabitazione), anche dallo staff degli operatori di Sinapsi e anche, in un caso, da un familiare.

Le chiavi in possesso della cooperativa sono utilizzate solo in caso di emergenze e/o in accordo con gli inquilini dei vari alloggi.

❖ *Il gruppo di lavoro: la composizione dello staff della cooperativa Sinapsi – Supporto In Ambito Psichiatrico dalle origini a oggi, le dinamiche operative e relazionali.*

Lo staff del PCS è composto attualmente da nove operatori, di cui una in aspettativa per maternità anticipata, e un altro che è stato assunto in sua sostituzione:

- 1 coordinatore (che ha cessato la turnazione operativa nell'agosto 2009);
- 7 operatori attivi sul territorio.

Nel 2006 l'equipe era composta da sei operatori, di cui quattro donne e due uomini; nel tempo il gruppo di lavoro si è ampliato, vi sono state alcune sostituzioni e a oggi è formato da tre donne e cinque uomini.

La scelta, delineatasi nel tempo, di introdurre una presenza maschile maggiore, rispetto all'inizio del PCS, è stata motivata soprattutto dalla simile distribuzione di genere presente nell'utenza in carico.

I criteri di scelta, nella composizione dello staff, sono dettati essenzialmente dalle esperienze lavorative già svolte in contesti affini e dalle competenze e abilità individuali, in particolare relazionali, necessarie a un tipo d'intervento riabilitativo sul territorio strutturato in modo così peculiare: il titolo di studio conseguito può essere importante, ma non è sufficiente a garantire l'idoneità in un programma con simili caratteristiche.

I momenti d'incontro del gruppo di lavoro sono così strutturati nel corso della settimana:

- *la riunione di equipe*, ogni lunedì pomeriggio alla presenza del Responsabile del PCS, il Dott. Luciano Sorrentino, Direttore del DSM “F. Basaglia” dell’ASL TO 2 e, dal Giugno 2010, del Dott. Guido Emanuelli, medico psichiatra del DSM che dedica parte del suo monte ore settimanale al PCS.

L’equipe settimanale impegna il gruppo di lavoro in un ampio confronto inerente ai percorsi riabilitativi e all’analisi delle situazioni individuali, con la supervisione operativo - metodologica del Responsabile ASL. In tale sede sono anche concordate le riunioni di verifica tra il dottor Sorrentino, gli operatori i e le persone inserite nel PCS. Le attività della settimana entrante sono invece pianificate dal coordinamento della Cooperativa in altra sede.

- *le riunioni quotidiane*, a ogni cambio turno giornaliero, dalle 14 alle 15 dal lunedì al sabato, presso la sede della cooperativa, avvengono il passaggio di consegne e un rapido aggiornamento relativo ai fatti salienti tra gli operatori in turno, il coordinatore e talvolta altri colleghi presenti presso la sede. Queste “micro riunioni” consentono un prezioso scambio d’informazioni, necessario alla prosecuzione dell’operatività ed anche un confronto costante sui problemi e/o le diverse situazioni affrontate.

Una delle caratteristiche peculiari del PCS, la *flessibilità*, è garantita dalla disponibilità degli operatori a modulare (e/o rimodulare) quotidianamente i propri interventi sulla base d’informazioni e riflessioni comuni che richiedono una comunicazione costante, talvolta anche in orari che non sono quelli propriamente d’ufficio: spesso le novità scaturiscono dalle reperibilità notturne e festive o dai turni che terminano sul territorio alle h. 20.

Il gruppo di lavoro, pur avendo subito alcuni avvicendamenti al suo interno negli ultimi mesi, è coeso e strutturato per sostenere un ritmo di lavoro che può essere considerato atipico se comparato ad altre realtà operative, ma risulta inevitabile proprio per il tipo di servizio offerto.

La linea d’intervento comune è costruita attraverso i singoli contributi individuali all’interno del modello metodologico di riferimento della Cooperativa ed è sempre comunque indirizzata dalle indicazioni del Responsabile del PCS, spesso consultato anche al di fuori delle riunioni settimanali.

❖ *L’organizzazione del servizio: i turni e la loro rotazione, la reperibilità, gli affiancamenti di personale in tirocinio.*

Il PCS garantisce la copertura del servizio ventiquattro ore al giorno, sette giorni su sette attraverso turni del mattino, pomeridiani e reperibilità notturne e festive; è organizzato con un sistema a rotazione, che distribuisce gli stessi turni a tutti gli operatori attraverso una programmazione di sette settimane.

Tale rotazione prevede l'impegno quotidiano degli operatori sul territorio dalle 8 alle 20, dal lunedì al sabato:

- il primo turno, dalle 8 alle 14, è svolto di solito in compresenza;
- il turno pomeridiano, dalle 14 alle 20, è normalmente svolto da un solo operatore;
- dalle 20 alle 8 di tutti i giorni dell'anno e nei giorni festivi (dalle 8 alle 20) è attiva la reperibilità telefonica di un operatore a turno che, valutata la gravità dell'urgenza, in caso di necessità interviene sul territorio, presso le case degli utenti, una struttura ospedaliera, o dovunque occorra l'emergenza.

Dall'inizio del PCS, la reperibilità ha richiesto alcuni interventi di emergenza sul territorio, ma moltissime sono state le richieste telefoniche di ascolto, supporto e talvolta gestione di momenti di crisi.

Date le sue caratteristiche, ovviamente il PCS non ha sospensioni festive o chiusure nel corso dell'anno, pertanto la turnazione complessiva deve contemplare anche la distribuzione delle ferie dei singoli operatori.

Gli operatori del PCS non sono connotati in alcun modo: non hanno divise né camici, non utilizzano una macchina di servizio con relativa scritta sulla fiancata o un cartellino di riconoscimento esposto. Il cartellino di riconoscimento deve essere esposto per legge, ma non nelle abitazioni private sul territorio e gli operatori ne hanno uno che portano comunque con sé in turno o in reperibilità, qualora sia necessario qualificarsi. Tale scelta ha consentito un approccio al contesto meno mediato da un impatto altrimenti più istituzionale e ne ha preferito uno fondato sulla quotidianità dei rapporti tra gli attori sociali coinvolti (operatori, utenti, negozianti, vicini, impiegati degli uffici pubblici, ecc ...) oltre che rispettare la *privacy* degli utenti, sia durante gli accompagnamenti sia in qualsiasi altro ambito.

Tale aspetto assumerà ulteriore valenza quando si commenteranno e saranno prese in esame le situazioni e le dinamiche proprie dell'impatto sociale del PCS, argomento di grande importanza, perché permette di considerare il Programma nel suo insieme non solo dall'interno, ma anche verso l'esterno, nelle sue interazioni con le persone, il quartiere, i cittadini. Questo spiega la scelta di dedicare all'impatto sociale un successivo capitolo.<sup>6</sup>

L'organizzazione quotidiana esige un notevole uso dei cellulari di servizio:

- per contattare gli utenti e concordare gli appuntamenti;
- per coordinare gli interventi con le altre agenzie territoriali con cui si collabora;

---

<sup>6</sup> Per gli approfondimenti sul tema, si veda il capitolo dedicato *all'Impatto sociale*, a pag 56.

- per il passaggio di consegne serali fra operatori;
- per segnalare novità e/o problemi al coordinatore o, in seconda istanza, al Responsabile del PCS.

Il passaggio di consegne tra gli operatori, viene anche verbalizzato su di un quaderno presso la sede della cooperativa.

Per qualsiasi tipo di comunicazioni, è presente anche un quaderno in ogni casa, gestito in comune da operatori e inquilini, pertanto a loro ovviamente accessibile.

Presso la sede della cooperativa è utilizzata anche una lavagna magnetica, per le annotazioni e per una migliore visibilità della programmazione settimanale a tutti gli operatori; la lavagna si è rivelata molto utile per semplificare lo svolgimento delle giornate agli operatori in turno: soprattutto evita dispersive verifiche telefoniche, almeno sugli appuntamenti prevedibili con un certo anticipo.

Il Responsabile del PCS organizza con cadenza bisettimanale riunioni di verifica con gli operatori in turno e gli inquilini, facendo loro visita presso l'alloggio, oppure presso gli uffici del DSM. Quando accadono situazioni problematiche questi incontri possono essere più frequenti nel tempo; in altri casi possono invece essere distanziati anche di un mese l'uno dall'altro. Ogni persona inserita nel PCS può richiedere colloqui individuali o contattare telefonicamente il Dott. Sorrentino.

All'interno del PCS, nel corso degli anni, hanno compiuto percorsi di formazione e affiancamento:

- alcuni volontari dell'Associazione Lotta alle malattie Mentali (ALMM)<sup>7</sup>, di cui uno divenuto poi operatore del PCS;
- alcuni stagisti, per il Job Placement<sup>8</sup> della Facoltà di Psicologia di Torino;
- vari tirocinanti, per il corso di Elementi di Psichiatria della Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino.

Tutti loro, durante il periodo di formazione trascorso presso il PCS, hanno partecipato alle riunioni d'equipe settimanali e svolto affiancamenti in turno con gli operatori sul territorio.

---

<sup>7</sup> L'Associazione per la Lotta Contro le Malattie Mentali è presente sul territorio torinese sin dal 1967; è composta da utenti dei servizi psichiatrici, le loro famiglie, operatori del settore, cultori della materia e intellettuali. Al suo interno opera un gruppo di psicologi abilitati e di studenti volontari della Facoltà di Psicologia nell'Università di Torino. Per ulteriori info, il loro sito: [www.almm.it](http://www.almm.it)

<sup>8</sup> Il Job Placement di Torino promuove opportunità di *stage* e di lavoro per gli studenti e i neo laureati della Facoltà di Psicologia.

❖ *La rete di collaborazioni: interne al DSM, con altri Dipartimenti dell'ASL TO 2, con il sistema dei Servizi dedicati ai cittadini;*

Gli operatori, nello svolgimento delle loro attività di accompagnamento e supporto alle persone inserite nel PCS, collaborano abitualmente con molte agenzie cittadine.

Aldilà delle previste collaborazioni con i CSM<sup>9</sup> di competenza del territorio e le strutture cui temporaneamente possono essere stati inviati utenti per ragioni di salute, ci si raccorda operativamente con i *servizi dedicati ai cittadini*, per:

- ✓ visite mediche di base e specialistiche;
- ✓ ricoveri ospedalieri per problematiche fisiche;
- ✓ visite INPS e legge 68/99<sup>10</sup>;
- ✓ presidi di fisioterapia;
- ✓ visite presso i Consultori di competenza;
- ✓ accesso ai Servizi sociali del Comune;
- ✓ dimissioni protette in RSA<sup>11</sup>;
- ✓ appuntamenti presso il Centro per l'Impiego.

In taluni casi si sono realizzate collaborazioni specifiche con:

- il Ser.T. e l'Alcologia<sup>12</sup>;
- i *referenti delle cooperative* presso cui alcuni svolgevano il proprio impiego;

---

<sup>9</sup> I Centri di Salute Mentale (CSM) sono le Unità operative preposte all'accoglienza e all'eventuale presa in carico dei pazienti sul territorio del DSM. Attualmente nei due distretti in cui è suddiviso il DSM "F. Basaglia" dell'ASL TO 2, corrispondenti alle Circoscrizioni VI e VII della Città di Torino, sono attivi complessivamente 5 CSM: 3 nel Distretto 1, Via degli Abeti (quartiere Falchera), via Paisiello e via Leoncavallo (quartiere Barriera di Milano); 2 del Distretto 2, via Artisti (quartiere Vanchiglia) e Corso Vercelli (quartiere Aurora/Porta Palazzo).

<sup>10</sup> La legge 68/99, emanata il 12 marzo del 1999, ha come finalità la promozione dell'inserimento e dell'integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

<sup>11</sup> La Residenza Sanitaria Assistita (RSA) dell'ASL TO 2 è sita in via Botticelli. E' predisposta alla ricezione di due tipologie di degenze: quelle di breve medio termine per le convalescenze e di lungo termine come residenza per anziani.

<sup>12</sup> Il Servizio per le Tossicodipendenze, così come il servizio di Alcologia, sono Unità Operative del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze II dell'ASL TO 2. Con tale Dipartimento, nel corso degli anni, sono state gestite in collaborazione alcune situazioni di crisi, oltre che casi di utenti con co - morbidità, i cosiddetti *Doppia Diagnosi*, in cui sulle problematiche psichiatriche s'innesta una dipendenza da sostanze psicoattive, illegali e non.

- in altri casi con gli *Amministratori di sostegno e Tutori*<sup>13</sup>;
- *l'Ente Nazionale Sordomuti (ENS)* per le esigenze specifiche di un utente del PCS.

In altri casi ancora con gli operatori di servizi *ad hoc*, quali ad esempio:

- ✓ OSS<sup>14</sup>;
- ✓ Assistenti famigliari;
- ✓ Affidatari<sup>15</sup>;
- ✓ Educatori del Luogo Neutro<sup>16</sup>, ecc ...

Nell'ambito delle reti informali vi è stata più volte una proficua collaborazione con *l'Associazione Casa Bordino*<sup>17</sup>, per soggiorni estivi presso la casa vacanza *Cascina Misobolo*<sup>18</sup> e per la partecipazione di alcune persone alle attività della sede di Torino.

---

<sup>13</sup> L'amministrazione di sostegno è un istituto giuridico entrato per la prima volta nell'ordinamento italiano con la legge n. 6 del 9 gennaio 2004. Lo scopo è quello di affiancare il soggetto la cui capacità di agire risulta limitata o del tutto compromessa, si tratta di un nuovo istituto di protezione avente la funzione di *"tutelare ... le persone prive in tutto o in parte di autonomia, con la minore limitazione possibile della capacità di agire"*. A seguito dell'interdizione, invece, l'incapace non può compiere alcun atto giuridico, né di ordinaria, né di straordinaria amministrazione. La sua posizione è equiparata a quella del minore e, al pari di quest'ultimo, è nominato, dal Giudice tutelare, un soggetto che provveda a rappresentare, e quindi sostituire, l'interdetto nella cura dei suoi interessi: il tutore.

<sup>14</sup> Operatore Socio Assistenziale, figura professionale adibita, insieme all'Assistente Familiare, agli interventi di supporto non sanitari sul territorio. Gli interventi sanitari territoriali sono garantiti dall'ADI, Assistente Domiciliare Infermieristica.

<sup>15</sup> E' un servizio di volontariato offerto da famiglie, da singole persone o da parenti, selezionati dall'Amministrazione Comunale, che sostengono le persone con disabilità integrando i servizi diurni. L'affidamento diurno può avere carattere di temporaneità, per rispondere a situazioni transitorie o di urgenza, per necessità sopravvenute al disabile o alla sua famiglia, oppure essere continuativo nel tempo, prevedendo il tempo massimo di un anno come durata dell'intervento, rinnovabile previa verifica e validazione da parte della competente Unità Valutativa Handicap (U.V.H.).

<sup>16</sup> Il Luogo Neutro, attraverso i Servizi Sociali del Comune, garantisce a bambini e adolescenti di famiglie in difficoltà il diritto al mantenimento della relazione con i propri parenti in uno spazio alternativo, appunto *neutro*, con il sostegno di educatori.

<sup>17</sup> L'Associazione Casa Bordino onlus – Centro di Ricerca e Intervento sul Disagio Psicico – è un'Associazione apartitica, senza fini di lucro, operativa a Torino dal 1998, che svolge attività di sostegno alle persone con disagio, in collaborazione e integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale del territorio cittadino. Ulteriori info al sito: [www.casabordino.com](http://www.casabordino.com)

<sup>18</sup> All'interno del progetto *Misobolo – Vivere nella natura*, è previsto l'utilizzo di una cascina, sita nel comune di San Giorgio Canavese, per attività di riabilitazione, aggregazione, lavoro e per trascorrere un periodo di vacanza e/o di sollievo.

Ricordiamo infine alcuni contatti saltuari, se pure efficaci, per situazioni specifiche quali:

- ✓ il canile municipale di via Germagnano;
- ✓ la Casa Circondariale di Rebibbia, Roma;
- ✓ lo SPDC<sup>19</sup> di Frosinone;
- ✓ l'Ospedale di Piazza Armerina, reparto Ortopedia;
- ✓ il Servizio di Assistenza per violenza sulle donne dell'ospedale S. Anna;
- ✓ il Centro Alma Mater<sup>20</sup>;
- ✓ lo Sportello sociale di via Ghedini;
- ✓ il servizio di Taxi notturno;
- ✓ l'Ufficio protesi;
- ✓ l'Ufficio cassa del Comune;
- ✓ la Comunità per *Doppia Diagnosi* di via Biella 26<sup>21</sup>;
- ✓ l'Ospedale Gradenigo<sup>22</sup>;
- ✓ l'Istituto Don Gnocchi<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Frosinone è stato ricoverato un utente in occasione di un viaggio.

<sup>20</sup> L'Alma Mater, Centro interculturale delle Donne, è un'agenzia gestita dall'Associazione interculturale AlmaTerra e si configura come un luogo d'intermediazione tra le donne e la città, delle donne tra di loro e come laboratorio interculturale. Per approfondimenti vedere al sito [www.almaterratorino.org](http://www.almaterratorino.org)

<sup>21</sup> La comunità dell'ASL TO 2 di via Biella 26 è gestita operativamente dalla Cooperativa Frassati; accoglie utenti tossicodipendenti con problematiche psichiatriche.

<sup>22</sup> L'Ospedale Gradenigo è il presidio ospedaliero sito sul territorio del Distretto 2 dell'ASL TO 2. Il Reparto di Recupero e Rieducazione funzionale, in cui un utente del PCS è stato ricoverato per diverso tempo, per una forma di neuropatia acquisita che ne comprometteva la deambulazione, è un servizio che dispone d'interventi riabilitativi intensivi in ricovero ordinario di II livello, interventi ambulatoriali e interventi di consulenza presso le unità operative per acuti del Presidio Sanitario. Info al sito [www.gradenigo.it](http://www.gradenigo.it)

<sup>23</sup> La Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, attraverso i suoi diversi centri (quello presso cui è stato ricoverato un utente del PCS era il centro di riabilitazione motoria *Santa Maria dei Colli*) presenti sul territorio torinese offre riabilitazione di carattere estensivo e riabilitazione extraospedaliera. Si veda al sito [www.dongnocchi.it](http://www.dongnocchi.it)

### ❖ *La quotidianità, le emergenze e il significato della reperibilità*

Il PCS garantisce supporto alle persone nella gestione della propria vita quotidiana e, soprattutto attraverso quest'affiancamento, realizza percorsi riabilitativi in accordo con esse. Perciò le attività non sono preordinate in maniera standard per tutti le persone seguite, ma sono costantemente programmate in accordo con le stesse e questo è parte importante del processo riabilitativo.

Ciò implica che vi sia un'ampia disponibilità da parte degli operatori a distribuire gli impegni durante lo svolgimento del turno, seguendo il più possibile le esigenze di ciascuno e chiedendo però una certa elasticità anche da parte delle persone seguite.

Nella pratica quindi, l'ottica del *'fare con'* richiede certamente, laddove possibile, un'organizzazione stabile degli impegni programmabili (ad es. spesa, visite mediche, pagamento utenze, ecc ...) e altrettanto la capacità di creare momenti *ad hoc* sulla base delle necessità, che possono spaziare dalle attività quotidiane in casa, al desiderio di confronto su problemi/necessità individuali. L'operatività è costruita insieme, operatori e persone seguite, e si fonda soprattutto sulla capacità degli operatori di stabilire una relazione empatica e di fiducia reciproca con gli inquilini, affinché si instauri un clima di proficua collaborazione.

Riassumendo, possiamo pertanto affermare che il supporto alla quotidianità si coniuga all'interno delle seguenti aree:

- la gestione della casa: sono coinvolti attivamente tutti gli inquilini, per quanto è possibile, nelle attività domestiche, cercando di coordinare le risorse di ciascuno e di accrescere le abilità laddove non adeguate. Gli operatori affiancano gli ospiti nelle attività con l'obiettivo di accrescerne l'autonomia e stimolarne la mutualità;
- la gestione del denaro: compito degli operatori è supportare gli inquilini nell'acquisire o nel riacquisire una corretta gestione economica delle proprie entrate rispetto al mantenimento della casa, alle utenze, alle spese ordinarie e straordinarie, condivise con i coinquilini o individuali. Nel caso in cui la persona sia amministrata o tutelata, gli operatori mantengono costanti contatti con amministratori di sostegno o tutori<sup>24</sup> per contribuire nella maniera più adeguata alla gestione del denaro, stimolando il più possibile l'acquisizione di responsabilità e progettualità;
- la cura del sé: si offre agli inquilini il sostegno necessario a mantenere, acquisire o migliorare gli aspetti relativi alla cura della persona, sia dal punto di vista dell'igiene e della cura personale, che dal punto di vista medico-sanitario. In quest'ambito sono portate avanti attività mirate a favorire e incrementare la collaborazione con i diversi medici di base e/o specialisti, al fine di garantire interventi di prevenzione, informazione e tutela della salute secondo le esigenze individuali. La presenza degli operatori è stata garantita anche nei casi in cui si sono verificate urgenze sanitarie,

---

<sup>24</sup>

Sugli amministratori di sostegno e sui tutori si veda la nota numero 13 a pagina 14.



cui sono seguiti lunghi ricoveri, con un'assistenza quotidiana durante l'intera degenza e la convalescenza;

- la gestione della crisi: nei momenti di maggior difficoltà causati dalla patologia psichiatrica, s'incrementano gli interventi di supporto per evitare, laddove è possibile, un ricovero ospedaliero. Tale sostegno è massimo fino al completo superamento della crisi, anche in caso di degenza presso l'SPDC o altra struttura; parallelamente si intensificano i contatti con i Servizi di riferimento e con i famigliari.

- la socializzazione: è favorita l'organizzazione di attività sociali (gite, vacanze, ecc ...), allo scopo di facilitare l'instaurarsi di rapporti interpersonali soddisfacenti tra gli inquilini laddove possibile, stimolando anche la scelta e il coinvolgimento dei singoli all'interno delle diverse opportunità offerte dal territorio. Sono valutate, insieme agli ospiti, le possibilità di partecipare a iniziative culturali, sportive e ricreative aperte alla cittadinanza, in un'ottica di piena integrazione, *indipendente* dal grado di disabilità. Inoltre, si cerca di incoraggiare nelle persone il mantenimento dei contatti con i propri famigliari, cui sono dedicati attenzione e disponibilità, quando richiesta, anche da parte dello staff.

L'organizzazione quotidiana può subire modifiche a causa di *emergenze*, che devono essere affrontate con il carattere di urgenza che le accompagna. Le attività in calendario previste sono eseguite il prima possibile, oppure riprogrammate, cercando di creare il minor disagio. Tra le emergenze verificatesi in questi anni, con livelli variabili di gravità, possiamo ricordare: crisi psichiatriche, problemi di salute fisica urgenti, litigi fra coinquilini, utenti che rimangono chiusi fuori di casa, farmaci prescritti esauriti senza preavviso, ecc ...

La scelta di impostare la *reperibilità* degli operatori in modo da coprire l'intera settimana sulle ventiquattro ore garantisce ovviamente alle persone una possibile tutela e un intervento in qualsiasi momento. In questo senso si reputa molto importante la continuità offerta dal PCS, anche se in alcuni casi tale disponibilità può essere fraintesa. Alcune volte, infatti, accade che i turni di reperibilità assumano la regolarità delle attività quotidiane, poiché si ripetono con sistematica frequenza, nel serale o nel festivo, molte chiamate.

Alcune persone, pur non dovendo comunicare alcuna urgenza, sono semplicemente desiderose di maggiore attenzione e di altro ascolto in determinati periodi, benché siano fra quelle cui si dedica tendenzialmente più spazio nei turni quotidiani. In altri casi invece, talune reperibilità sono state utilizzate per cercare di sostenere la persona nella gestione di momenti di crisi, ove possibile a casa, con lunghe ore di supporto telefonico anche a orari notturni.

Le vere e proprie emergenze in reperibilità sono state poche, e tra queste talvolta l'accompagnamento al Pronto Soccorso si è tradotto in una lunga attesa e un successivo rientro a casa, senza alcun altro intervento se non quello relazionale proposto dall'operatore durante l'attesa.

❖ *Il versante economico: i costi complessivi del PCS e il confronto con altri programmi*  
(a cura di L. Sorrentino)

• *I costi relativi a strutture residenziali e la comparazione con la spesa per il PCS*

La tabella sottostante indica le tariffe minime e massime del costo giornaliero per ogni utente ricoverato presso le strutture convenzionate con l'ASL TO 2: sono prese in esame le comunità terapeutiche residenziali, i gruppi appartamento, e la spesa complessiva per un utente inserito nel PCS.

| <b>Comunità psichiatrica</b> | <b>Gruppo appartamento</b> | <b>Case supportate – spesa giornaliera per utente</b> |
|------------------------------|----------------------------|---|
| <b>€ 145,00 – 180,00</b>     | <b>€ 75,00 – 95,00</b>     | <b>€ 29,50</b>  |

Nel dettaglio, la cifra corrisposta per il PCS si compone:

- € 23,00 retta giornaliera per utente percepita dalla cooperativa;
- € 13,00 quota media giornaliera dell'assegno terapeutico corrisposto agli utenti sommato alle spese di affitto e di utenze degli alloggi, che devono però essere detratte, in quanto a carico degli ospiti. In media la quota giornaliera per tali spese ammonta a € 6,50.
- Pertanto  $€ 26,00 + € 13,00 - € 6,50 = € 29,50$

• *Un esempio di operatività e risparmio di costi sociali* (a cura di Roberto C.)

A proposito di costi sociali e relativi risparmi, viene di seguito proposto un sintetico resoconto di una vicenda occorsa durante il periodo di svolgimento della ricerca; l'episodio è raccontato dall'operatore in servizio quel giorno.

*“In coda alla riunione d'equipe del lunedì, la coordinatrice riceve una chiamata dei Carabinieri sul proprio telefono di servizio. A., donna inserita nel PCS, si trovava, molto arrabbiata, all'interno di un negozio di abbigliamento in via Roma. Dichiarata la disponibilità a mandare l'operatore in servizio, la coordinatrice mi riassume il contenuto della telefonata e mi lascia cento euro per eventuali acquisti ... In breve sono sul posto; mi presento ai CC, alle commesse e alla proprietaria del negozio. Mi dicono che A. è nella cabina di prova dei vestiti. Spiego che A. è sordo muta, mi avvicino ai locali di prova, apro la porta e tocco leggermente la spalla di A. per farla voltare verso di me. Mi riconosce subito, le faccio un cenno per comunicarle che è tutto ok, poi le faccio capire di finire di*

*vestirsi, poiché saremmo andati via insieme. A. era molto agitata, e si vestiva con difficoltà (anche per problemi nel coordinamento dei propri movimenti).*

*Nel frattempo i CC verbalizzavano il loro intervento e il personale del negozio mi raccontava l'accaduto: A. era entrata già piuttosto agitata e aveva cercato, in modo deciso, di provare dei pantaloni da uomo non della sua taglia, mostrando una banconota da venti euro (il prezzo era molto più alto). Il diniego e il cercare di indirizzarla verso altra merce avevano fatto arrabbiare A. al punto da farla sbracciare e inseguire la commessa per tutto il locale. Tentando di calmarla, avevano provato a darle altri indumenti invitandola a entrare in cabina di prova. Sfruttando tale momento, una delle commesse, uscita dal negozio, aveva fermato una macchina dei CC e aveva detto loro ciò che era successo. I Carabinieri, entrati mentre lei era ancora in cabina, controllavano nella borsetta di A. trovando i numeri telefonici dei referenti del PCS; poi, la telefonata alla coordinatrice.*

*Chiarita completamente la vicenda, A. esce a braccetto con me dal negozio: il suo scopo era semplicemente quello di comprare qualcosa da vestire, anche se poi la cosa era degenerata. Troviamo un altro negozio, scelto da lei, misura e compra dei pantaloni. In seguito, prendiamo un taxi e rientriamo a casa di A.”.*

Questo breve episodio, resoconto di un pomeriggio di lavoro di un operatore del PCS, può essere utilizzato per un semplice confronto. Se A. fosse stata sprovvista dei riferimenti telefonici degli operatori del PCS, molto probabilmente il Carabiniere avrebbe potuto chiedere l'intervento del 118; il personale sanitario si sarebbe trovato di fronte ad una persona molto agitata, perché non in grado di comunicare, e avrebbe potuto così preferire un invio al Pronto Soccorso dell'ospedale di zona. E' facilmente comprensibile come un intervento del genere avrebbe comportato dei costi molto rilevanti: la chiamata dell'ambulanza, l'eventuale invio al Pronto Soccorso e il successivo ricovero in reparto, ecc ... Il semplice svolgimento del quotidiano servizio del PCS ha evitato lo sviluppo di un concatenarsi d'interventi che, in chiave meramente economica, avrebbero avuto ingenti *costi sociali*, oltre che *fornire una risposta eccessiva e comunque inadeguata ai bisogni della persona* cui tale intervento sarebbe stato rivolto.

## **ValePAS: ricerca valutativa del Programma Alloggi Supportati** (M. De Giorgi, D. Mazzesi)

### **Introduzione**

A distanza di circa quattro anni dagli esordi operativi, il Programma di Riabilitazione Psichiatrica per l'Inserimento in Abitazione, si è consolidato nella sua struttura organizzativa, rinforzando metodo e operatività e acquisendo, attraverso il lavoro dello staff di Sinapsi e la conduzione del Dott. Sorrentino, competenze ed esperienze che si sono affinate con il passare del tempo.

Si reputa opportuno, attraverso la ricerca Val.E.P.A.S. (Valutazione dell'Efficacia del Programma Alloggi Supportati), tentare una lettura sistematica e ad ampio raggio del servizio prodotto, coinvolgendo tutti coloro che, a vario titolo, sono protagonisti dell'intervento.

Più precisamente, attraverso l'elaborazione delle risposte delle persone intervistate, e i relativi incroci in matrice, si tenteranno di scandagliare:

- L'efficacia dell'intervento attraverso la variazione delle condizioni degli ospiti (pazienti), sia a livello di prognosi sia di quotidiano vissuto;
- La valutazione del PCS da parte degli ospiti stessi, dei loro familiari e degli operatori impegnati nel programma;
- Il servizio offerto dagli operatori della cooperativa Sinapsi, gestore operativo dell'intervento, e la loro soddisfazione;
- I punti di forza e le criticità del programma; suggerimenti e riflessioni per una migliore organizzazione complessiva delle attività del PCS;
- I livelli di collaborazione tra il DSM, la Cooperativa e la rete dei servizi dedicati;
- L'impatto sociale del progetto sulla collettività.

Con riferimento a quest'ultimo punto, nei dibattiti che hanno preceduto l'inizio della ricerca, il gruppo di lavoro ha preso in esame la possibilità di valutare, attraverso un apposito questionario che sarebbe stato somministrato ai vicini di casa e alle persone con relazione continuativa con gli utenti del programma (ad esempio negozianti o commesse del supermercato, riferimento abituale per la spesa di alcuni utenti), anche *l'impatto sociale* che il PCS ha prodotto nei quartieri di residenza.

Dopo un serio confronto, sviluppatosi sia tra gli operatori sia all'interno della riunione settimanale di equipe, si è ritenuto inopportuno tale strumento, poiché sicuramente invasivo e lesivo della privacy dei potenziali intervistati, ma soprattutto degli utenti del programma; si è pertanto scelto

di descrivere il contesto di abitazione, e alcune dinamiche intercorse con il vicinato, dedicandogli un capitolo specifico.

Considerata l'importanza del tema, entro il quale i vissuti dei cittadini, le loro opinioni, i loro pregiudizi s'intrecciano saldamente con questioni quali sicurezza, ordine pubblico e controllo sociale, si è deciso di approfondire l'aspetto dell'impatto sociale del PCS anche attraverso un apposito *focus group* che ha coinvolto lo staff degli operatori di Sinapsi. Tale strumento ha permesso, attraverso il racconto delle loro esperienze, il confronto in *equipe* delle vicende più problematiche e la scelta, di volta in volta delle strategie di *mediazione dei conflitti* ritenute più opportune, un'analisi *a tutto campo* delle interazioni del gruppo di utenti con i quartieri di residenza e i suoi abitanti<sup>25</sup>.

#### ❖ *I riferimenti in letteratura e la contestualizzazione*

Data la particolarità della ricerca, che intende valutare un programma rivolto a pazienti cui è offerta la gestione della propria vita quotidiana con ampi margini di autonomia, l'analisi deve essere estesa alle persone che, a vario titolo entrano in relazione con gli utenti stessi.

Scarsi gli apporti sull'argomento della letteratura scientifica: l'unico precedente, se pure parziale, è stata una ricerca svolta dall'Università del Texas, più precisamente il *Texas Department of Mental Health and Mental Retardation (TXDMHMR)* il cui settore ricerche ha dedicato al *Supported Housing Program* locale un'approfondita indagine dei risultati a un anno dall'apertura di tale progetto (1994)<sup>26</sup>, peraltro con un programma piuttosto simile a quello offerto dal PCS. La valutazione si limitava agli aspetti socio sanitari degli utenti inseriti, integrati da dati anamnestici forniti dallo staff degli operatori di supporto e insisteva in modo particolare sugli enormi risparmi concernenti i costi sociali che scaturivano dai programmi di case supportate, nei confronti di qualsiasi altro intervento istituzionale predisposto alla tutela, alla riabilitazione o alla cura dei pazienti in carico ai servizi psichiatrici.

Lo strumento d'indagine era il questionario semi strutturato; quello rivolto agli utenti scritto in modo particolarmente semplice, così da poter essere somministrato anche a persone con risorse personali limitate; quello rivolto allo staff (ma sempre riferito all'utente), completava il quadro clinico, e forniva gli indicatori socio economici del Programma.

Utilizzando tale precedente, si è proceduto alla traduzione di entrambi i questionari che, se pur soggetti a una serie di adeguamenti e contestualizzazioni relativi alle notevoli differenze tra gli

---

<sup>25</sup> Su questo importante tema, si veda il capitolo di pagina 56: "*L'impatto sociale: i problemi insorti, i tentativi di mediazione dei conflitti e gli esempi di buon vicinato*".

<sup>26</sup> Cfr. TXDMHMR SUPPORTED HOUSING PROGRAM EVALUATION: YEAR ONE FINDINGS, pubblicato da: Research and Special Projects Texas Department of Mental Health and Mental Retardation, Gennaio 1994.

interventi nel campo della salute mentale e ancor più tra sistema di *welfare* statunitense e quello italiano, sono serviti come utili basi per la costruzione del questionario rivolto ai pazienti e, se pure parzialmente, di quello rivolto agli operatori.

La ricerca statunitense non contemplava però alcun indicatore utile a misurare:

- Il gradimento del servizio offerto da parte dei famigliari degli utenti;
- Il livello di soddisfazione degli operatori impegnati e le modalità di collaborazione con gli altri servizi dedicati;
- Punti di forza e criticità del programma.

Per indagare tali aspetti, è stato necessario estendere il numero d'interlocutori, attraverso un'indagine che coinvolgesse anche i famigliari disponibili e gli amministratori di sostegno. Si è pertanto proceduto alla costruzione di questionari con domande calibrate verso le rispettive figure, oltre che creare una seconda sezione del questionario rivolto agli operatori, con domande non più riguardanti gli utenti, ma gli aspetti operativi del loro lavoro.

#### ❖ *Epistemologia e metodologia della ricerca Valepas*

Le procedure operative per lo svolgimento della ricerca non possono prescindere dalla natura valutativa di questo lavoro d'indagine; pertanto è stata scelta una procedura, diffusa in ambito scientifico e propria di questo filone di ricerche<sup>27</sup>.

### **Valepas: il disegno valutativo**

#### 1. Definizione del mandato valutativo

La ricerca Valepas si propone di compiere un rilievo sull'andamento del Programma di Riabilitazione Psichiatrica per l'inserimento in Abitazione (in seguito PCS), a distanza di circa 4 anni dagli esordi operativi (Gennaio 2006).

In accordo con il responsabile, il Dott. L. Sorrentino, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale "F. Basaglia" dell'ASL TO 2 Nord, titolare del PCS, in collaborazione con gli operatori della cooperativa "Sinapsi – supporto in ambito psichiatrico", attuatori dell'intervento, con la disponibilità degli utenti del programma e dei loro famigliari, l'obiettivo della ricerca sarà quello di valutare l'efficacia dell'intervento.

Attraverso il coinvolgimento attivo delle persone a vario titolo protagoniste nel PCS, il mandato sarà quello di misurare l'andamento, la funzionalità e l'impatto sociale del servizio.

---

<sup>27</sup> C. Bezzi, *Cos'è la valutazione*, ed. F. Angeli, 2007

## 2. Formulazione delle opportune domande valutative e comprensione degli obiettivi del programma

L'intero programma riabilitativo è governato dall'assunto che cittadini portatori di un disagio mentale possano condurre, se pure supportati, una vita il più possibile autonoma, in una casa propria, tendendo a una normalità che è perseguita dalla grande maggioranza delle persone normodotate.

Per tentare di condurre tale percorso, è indubbio che il portatore di disagio mentale debba essere spinto da una grande motivazione e da una voglia di scommettere sulla sua capacità di gestione dell'autonomia; molto meno influente può invece essere la gravità del suo handicap, che può essere controllata con le consulenze psichiatriche dello specialista, le terapie farmacologiche e un consono supporto operativo sia nella gestione delle attività quotidiane che nei momenti di difficoltà.

Le domande valutative che conseguono a tale pensiero, potrebbero essere:

- L'utente del PCS ha una qualità di vita soddisfacente?
- E' supportato sufficientemente? Funziona la rete di servizi dedicati?
- Ha delle relazioni sociali? Vi sono contatti con i famigliari?

## 3. Valutazione delle risorse disponibili e organizzazione della ricerca

La ricerca si svolgerà cercando di fotografare la realtà del PCS in un arco temporale di circa tre mesi (da Marzo a Maggio 2010).

Il Coordinatore della ricerca (M. De Giorgi, un sociologo dipendente aziendale) potrà contare sulla collaborazione del dott. Davide Mazzesi, sociologo ricercatore a contratto, per gli aspetti metodologici e sarà coadiuvato da una tirocinante psicologa (F. Capozzi) per la somministrazione di parte delle interviste.

## 4. Il primo disegno della ricerca e l'offerta tecnica

Data la particolarità della ricerca e gli scarsi precedenti specifici nella letteratura scientifica<sup>28</sup>, si preferirà come strumento valutativo il *questionario semi strutturato*, la cui flessibilità permetterà, con le debite contestualizzazioni, di raccogliere le risposte dei differenti *target* cui è rivolto; saranno predisposti:

- Questionari per gli utenti, con domande semplici, facilmente comprensibili, e di una lunghezza che permetta di mantenere una soglia di attenzione accettabile agli interlocutori;

---

<sup>28</sup> Si veda il capitolo dedicato ai riferimenti in letteratura, di pag. 21.

- Questionari per operatori e amministratori di sostegno;
- Questionari per i famigliari degli utenti (con criteri di costruzione molto simile a quelli rivolti agli utenti).

La valutazione del delicato tema dell'impatto sociale, scartata l'ipotesi di somministrazione di questionari a vicini di casa e negozianti, per inopportuna lesione della *privacy*, sia degli intervistati sia degli utenti coinvolti, cui le domande sarebbero state riferite, sarà approfondita attraverso uno specifico *focus group* con gli operatori della cooperativa Sinapsi; la loro esperienza, unita alla conoscenza del territorio in cui abitano gli utenti del PCS permetterà un'analisi a tutto campo delle interazioni del gruppo di utenti con i quartieri di residenza e i loro abitanti.

#### 5. Esplorazione del campo semantico del programma

Il campo semantico che sarà esplorato nel lavoro di ricerca è proprio del contesto nel quale il Servizio PCS nasce e si struttura, ovvero quello della riabilitazione psichiatrica; ciò comporta l'assunzione e quindi l'esegesi di termini e concetti della prospettiva teorica medico-psichiatrica oltre che quella socio-educativa.

#### 6. Definizione del sistema valoriale di valutazione

Il sistema valoriale che sarà utilizzato nella ricerca è composto esclusivamente da parametri costruiti *ad hoc* per il lavoro d'indagine, proprio della ricerca sociale. Saranno quindi esclusi riferimenti di tipo clinico e/o test di vario genere per valutare le condizioni degli utenti riguardo al servizio nel quale sono inseriti.

Al posto di una valutazione di tipo medico-clinico saranno utilizzate scale *Likert* multidimensionali sia per le valutazioni sia per le auto-valutazioni dei soggetti interessati. E' inoltre prevista una valutazione incrociata degli esiti, che proporrà ai differenti *target* (utenti, operatori, famigliari) una risposta comune relativa a:

- *Le variazioni delle condizioni generali dei singoli utenti (psico - fisiche - sociali) da quando sono inseriti nel PCS;*
- *La soddisfazione nella loro vita quotidiana;*
- *Il livello di relazione che operatori e famigliari hanno con gli utenti.*

#### 7. Epistemologia e metodologia

La scelta di affidare alle discipline sociologiche, data la formazione degli autori, la valutazione del PCS porterà con sé inevitabilmente il bagaglio teorico specifico. Nella costruzione della ricerca e poi nel suo svolgimento non vi sarà un adattamento ai paradigmi medico-clinici, né quindi il ricorso ad un'epistemologia positivista, ma al contrario si cercherà il più possibile di dare un taglio qualitativo all'indagine. L'obiettivo, studiando quegli aspetti che esulano tradizionalmente dalle ricerche in campo psichiatrico, sarà quello di massimizzare *il punto di vista degli attori coinvolti*: gli utenti, i loro familiari e gli operatori. In linea con i riferimenti teorici dell'equipe, l'attenzione sarà



concentrata sulla dialettica tra la disabilità sociale, data certo da una patologia, e l'azione degli operatori, dialettica tramite la quale si costruisce l'autonomia degli utenti del PCS.

In questo quadro di riferimento epistemologico si inserisce quindi l'uso di questionari semi strutturati, con il ricorso alle domande aperte laddove fosse necessaria una spiegazione che non penalizzasse la soggettività.

Fondamentale sarà l'apporto di concetti tradizionali della ricerca sociale quali la qualità della vita, l'integrazione e l'impatto sociale, il gradimento.

Usando questi concetti, al posto di una valutazione di tipo medico-clinico saranno utilizzate scale *Likert* multidimensionali sia per le valutazioni sia per le auto-valutazioni dei soggetti interessati.

Ovviamente, dato la prospettiva squisitamente qualitativa e quindi relativista, i risultati che verranno prodotti saranno validi unicamente per quanto riguarda il caso in esame, e questo non solo per la metodologia utilizzata, ma anche per la natura territoriale e quindi contestuale del servizio PCS.

Anche i giudizi di valore che si potranno costruire, studiando il PCS nella sua unicità, si potranno formulare in termini di plausibilità, o meglio di *accettabilità in relazione ad uno specifico contesto sociale, professionale e scientifico*.

#### 8. Raccolta e analisi dei dati

La raccolta delle informazioni avverrà tramite interviste semi-strutturate proposte a:

- 14 utenti
- 11 familiari
- 10 operatori
- 5 amministratori di sostegno

Le informazioni saranno trattate attraverso l'utilizzo di una matrice dati supportata da un *software*.

Un delicato quanto importante aspetto della ricerca, qual è l'impatto sociale del Programma Riabilitativo da valutare, si avvarrà di uno specifico *Focus Group*, condotto insieme agli operatori facenti parte del gruppo di lavoro, per raccogliere le informazioni necessarie.

#### 9. Uso delle informazioni raccolte e diffusione dei risultati

La Cooperativa ha proposto un budget per la divulgazione degli esiti, che permetterà la riproduzione di circa 100 CD Rom e una trentina di pubblicazioni cartacee. Grazie alla tiratura monografica della rivista di Psichiatria Democratica: "*Fogli di informazione*", che dedicherà un intero numero alla ricerca Valepas, sarà possibile una divulgazione più capillare fra gli addetti ai lavori dell'intero territorio nazionale.

Attraverso la diffusione degli esiti e l'eventuale confronto con altre agenzie, servizi e strutture dedicate, potrebbe diventare auspicabile l'implementazione sul territorio nazionale di programmi simili, ancora assolutamente poco utilizzati ed episodici all'interno dei programmi riabilitativi psichiatrici presenti in Italia, nonostante indubbi risparmi ed economie che potrebbero derivarne, se comparati ai progetti residenziali in comunità e/o in gruppi appartamento, che sono di gran lunga i percorsi più utilizzati dagli operatori dei servizi di salute mentale per i loro pazienti.

#### ❖ *Gli strumenti della ricerca*

Al termine della fase progettuale e organizzativa relativa alla messa a punto degli strumenti d'indagine, sono stati predisposti per la somministrazione:

- 14 *questionari per gli utenti*<sup>29</sup>, composti di 59 domande, per un tempo stimato di somministrazione di 40/50 minuti
- 15 *questionari strutturati in 2 sezioni* :
  - *la prima sezione per*
    - *gli operatori (10) e*
    - *gli amministratori di sostegno (5)*con domande riferite agli utenti, composto di 36 domande per un tempo di somministrazione di circa 20/30 minuti;
  - *la seconda sezione esclusivamente rivolta agli*
    - *operatori,*composta di 11 domande per circa 20 minuti di somministrazione;
- 11 *questionari per i familiari*, composti di 21 domande per un tempo di somministrazione di circa 15 minuti;

---

<sup>29</sup> Ricordiamo, come già spiegato in precedenza, che dei 16 Utenti complessivi del PCS, uno è stato inserito recentemente, quando la somministrazione dei questionari era terminata e si procedeva con l'elaborazione dei dati; inoltre, a un utente è stato deciso di non somministrare il questionario; pertanto, nella descrizione degli esiti relativi alle risposte formulate dagli utenti, compaiono dati e statistiche calcolate su 14 utenti, mentre nei dati generali e negli esiti elaborati dal questionario somministrato allo staff, nella sezione relativa agli utenti, il calcolo si basa su 15 persone.

Le interviste agli utenti sono state somministrate quasi esclusivamente presso la loro abitazione; nel periodo di svolgimento della fase di somministrazione la situazione abitativa degli utenti era così strutturata:

- 6 alloggi abitati da un solo utente (3 maschi e 3 femmine);
- un settimo alloggio singolo, abitato da una donna, è in questo periodo vuoto a causa di un ricovero ospedaliero molto lungo dovuto a seri problemi fisici dell'utente; a seguito di una seria riflessione e un confronto con lo staff, si è preferito NON inserire tale utente tra gli intervistati, per alcune motivate ragioni.
- 2 alloggi abitati da coppie di utenti (1 coppia femminile e 1 coppia maschile);
- 1 alloggio con quattro utenti maschi (che al momento sono rimasti in tre a causa di un lungo ricovero del quarto utente, dovuto a seri problemi fisici).

Le interviste ai famigliari e agli amministratori di sostegno sono state curate da una tirocinante psicologa; la studentessa, ben inserita nel gruppo di lavoro del PCS, ha svolto con impegno ed efficacia le somministrazioni, alternandole alle uscite in affiancamento ai turni degli operatori. Alcune sono state svolte presso l'ufficio della Direzione del DSM, altre presso le abitazioni dei famigliari o gli studi degli amministratori di sostegno, lasciando agli stessi facoltà di scelta del luogo d'incontro.

Il questionario rivolto allo staff ha avuto un processo di compilazione più complesso: come spiegato in precedenza, il questionario era suddiviso in due sezioni, la prima con domande riferite agli utenti del PCS, la seconda composta di tre domande riferite agli utenti e completate da altre otto rivolte all'operatività. La prima sezione è stata auto compilata dal gruppo di lavoro in riunione plenaria, analizzando i singoli utenti e le loro storie, mentre la seconda sezione è stata somministrata dall'intervistatore in modo individuale a ogni operatore, oltre che alla tirocinante psicologa.

#### ❖ *La somministrazione dei questionari: gli utenti*

Una volta ultimati i questionari, attraverso un lavoro di correzione e rifinitura, la cui finalità è stata principalmente rivolta alla comprensione delle numerose domande proposte, tenendo in debito conto i differenti livelli di capacità e le diverse risorse individuali delle persone inserite nel PCS, si è stabilita una scaletta di somministrazione.

Contemporaneamente alla fase di costruzione e rifinitura degli strumenti d'indagine, è stata curata, grazie all'indispensabile collaborazione degli educatori di Sinapsi, la cosiddetta *fase di conoscenza*: utilizzando l'elenco stabilito dalla scaletta di somministrazione gli operatori, durante i loro turni quotidiani nel mese di Febbraio, hanno accompagnato l'intervistatore presso tutte le abitazioni

degli utenti, introducendolo e presentandolo. Con quest'occasione, l'intervistatore accennava loro metodo e obiettivi del lavoro di ricerca, dandogli appuntamento al mese successivo.

Questo importante passaggio ha permesso di coinvolgere le persone, di renderle protagoniste di un lavoro che comunque era loro diretto, spiegando in modo semplice ma chiaro che attraverso la ricerca si sarebbe cercato di valutare l'efficacia del PCS, di capirne punti di forza e criticità e, per quanto possibile, di migliorarlo. Nello stesso tempo, si è anche superato l'ostacolo correlato a quella che sarebbe stata una naturale diffidenza degli utenti, nel dover rispondere a molte domande, alcune anche piuttosto intrusive, poste da un individuo a loro completamente sconosciuto.

Quasi tutte le interviste sono state svolte presso le abitazioni degli utenti, tranne quelle di coloro che, al momento della somministrazione, fossero impediti per giustificate ragioni. Le eccezioni hanno riguardato due persone che, nel periodo individuato, ovvero Marzo/Aprile 2010, erano entrambe ricoverate, per problemi di natura fisica: uno in Ospedale, l'altro presso una Residenza per convalescenti. In questi casi la somministrazione dei questionari si è svolta presso le due strutture, ubicate in città, nel comprensorio di competenza sanitaria dell'ASL TO 2.

In tutti i casi, possiamo tranquillamente affermare che gli intervistati hanno aderito di buon grado a questa fase della ricerca: tutti quelli che hanno ricevuto la visita a domicilio dell'intervistatore hanno mostrato interesse per ciò che era proposto, accogliendolo in modo piacevole.

La somministrazione è sempre stata preceduta dalla spiegazione, più dettagliata, degli obiettivi, dalla richiesta, per quanto possibile, di pertinenza nelle risposte e dalla stima del tempo occorrente; se non vi erano loro ulteriori dubbi o incertezze, si cominciava a formulare la prima delle cinquantanove domande.

Il loro livello di collaborazione è stato elevato, la soglia di attenzione dimostrata più che sufficiente, la loro comprensione e l'adeguatezza delle risposte assolutamente soddisfacente. Uniche eccezioni un paio di persone, le cui risorse personali sono alquanto limitate; loro hanno terminato la serie di risposte piuttosto affaticati, nonostante brevi pause proposte dall'intervistatore tra le varie sottosezioni del questionario, che permettesse loro di mantenere accettabile la loro attenzione e la corrispondenza delle risposte.

E' evidente che soggetti collaborativi, attenti e che rispondono in modo pertinente alle domande del questionario non fanno altro che aumentare significativamente l'attendibilità del lavoro nella fase successiva: l'elaborazione delle risposte e l'inserimento in matrice dei dati ottenuti.

#### *La somministrazione dei questionari: gli operatori*

Come in precedenza indicato, allo staff degli operatori è stato proposto un questionario suddiviso in due sezioni, che prevedevano distinte modalità di compilazione: la prima sezione (33 domande complessive) riguardava dati e informazioni degli utenti del PCS; la seconda sezione (11

domande complessive) comprendeva alcune valutazioni sui singoli utenti (3 domande) unite a specifiche domande sull'operatività dello staff, sui livelli di collaborazione con le altre agenzie, sul gradimento del proprio lavoro (8 domande).

Per la prima sezione si è preferita l'auto somministrazione: lo staff degli operatori ha dedicato alcuni incontri a tale lavoro, analizzando le posizioni dei singoli utenti e compilando per ognuno di loro un questionario (lo stesso proposto agli amministratori di sostegno, esaminato nel paragrafo successivo). L'incontro principale è durato quattro ore, le domande cui si è dedicata maggiore attenzione in gruppo sono state tutte quelle che implicavano una riflessione comune, quindi è stata compilata velocemente la sezione con i dati anagrafici dell'utente e le date d'inserimento nel PCS.

Sulle risposte relative ad alcuni utenti, tutto il gruppo si è trovato subito d'accordo; per altri invece vi è stato maggior confronto, soprattutto per:

- ✓ I rapporti con il vicinato,
- ✓ L'influenza dell'uso di sostanze sulla quotidianità dell'utente,
- ✓ La rete informale,
- ✓ La qualità dei rapporti degli utenti con i famigliari.

Durante l'auto somministrazione, ci si è resi conto di quanto un questionario, benché molto completo, sembrasse riduttivo rispetto alla qualità della discussione fra operatori. La possibilità di rispondere singolarmente ad alcune parti del questionario e ad alcune domande aperte, come previsto dal ricercatore, è stata quindi ritenuta da tutti molto utile.

La seconda sezione è stata invece somministrata dall'intervistatore in modo individuale; gli operatori sono stati convocati in piccoli gruppi, presso la Direzione del DSM, nello stesso ufficio utilizzato per la riunione di equipe settimanale, per tre settimane, seguendo il criterio dell'anzianità di servizio. La prima settimana hanno risposto i 4 operatori con maggiore esperienza, che lavorano nel PCS da quando lo stesso è nato (inizio 2006); la seconda gli *intermedi*, ovvero 3 educatori che hanno avvicinato i loro colleghi nel gruppo di lavoro da uno o due anni; la terza settimana hanno risposto al questionario i due operatori subentrati solo da alcuni mesi, oltre che la psicologa tirocinante, in quanto anche lei affianca gli operatori in turno e partecipa regolarmente alle riunioni d'equipe da alcuni mesi.

Complessivamente, la somministrazione individuale aveva una durata di venti minuti circa; per le prime tre domande sono state predisposte le tabelle con i nominativi di tutti gli utenti e una scala valoriale da 1 a 6: l'operatore assegnava a ogni utente, per ciascuna tabella, il valore che riteneva più corrispondente. Delle successive otto domande, relative alla loro operatività, tre erano aperte e richiedevano di indicare:

- I punti di forza del PCS

- I limiti del PCS
- I miglioramenti da loro proposti al PCS

Era infine richiesto, con risposte chiuse, di:

- Valutare i livelli di collaborazione con gli altri servizi dedicati, sia all'interno della stessa ASL sia in ambito cittadino;
- Esprimere un giudizio sul responsabile aziendale del PCS, il Dott. L. Sorrentino e sull'indirizzo metodologico da lui dettato per il Programma Case;
- Definire, tra alcune opzioni proposte, il proprio lavoro, in termini qualitativi e quantitativi.

Le risposte saranno analizzate in modo approfondito nel capitolo dedicato all'elaborazione e al commento degli esiti; per ora ci limitiamo a una primissima osservazione di carattere generale sulle risposte che il gruppo di lavoro ha prodotto in questa seconda sezione del questionario a loro dedicato, peraltro sicuramente plausibile: gli operatori hanno risposto in modo piuttosto omogeneo rispetto alla loro *anzianità di servizio*.

Sia nell'esprimere il valore riferito agli utenti, sia nel commentare limiti, punti di forza e proposte di miglioramento del programma, le loro risposte sembrano influenzate in modo indicativo dalla differente esperienza da loro maturata, in termini temporali, all'interno del PCS.

*La somministrazione dei questionari: gli Amministratori di sostegno (a cura di F. Capozzi)*

Anche questa fase della somministrazione ha visto la sollecita e interessata partecipazione della maggioranza degli amministratori di sostegno coinvolti.

Gli incontri sono avvenuti, secondo la disponibilità, presso il loro ufficio o nei locali della Direzione del DSM "F. Basaglia" dell'ASL TO2, per un tempo di somministrazione di circa venti/trenta minuti per utente (alcuni amministratori erano, infatti, il riferimento di più utenti del PCS). Il questionario è stato loro brevemente introdotto e chiarito nelle sue finalità, ma la maggior parte di loro sembrava essere assolutamente a proprio agio: hanno spiegato, infatti, che per il loro lavoro è occorso altre volte di rispondere a questionari, pur aventi differenti finalità. Il questionario loro rivolto era sostanzialmente breve, e le prime domande in particolare hanno ricevuto risposte immediate: erano, infatti, le più direttamente collegate al loro lavoro (abitazione, reddito, ecc...). Altre domande invece interrogavano in modo più o meno diretto, la relazione tra gli amministratori e gli utenti di cui si occupano (la qualità della relazione, la qualità della vita dell'utente, ecc...). Proprio per i temi trattati, possiamo definire tali quesiti meno convenzionali e hanno comprensibilmente richiesto una più attenta riflessione.

Proprio a proposito di queste domande è importante rilevare la disponibilità con cui gli amministratori hanno aderito alla compilazione: coinvolti in prima persona, rispetto a temi che –

seppur centrali – non sono strettamente correlati al lavoro che sono chiamati a svolgere, hanno saputo cogliere sia lo spirito sia gli obiettivi della ricerca.

Vi è stata un'unica eccezione, (l'Avv. Burgio) che, ritenendo tali aspetti esulare dal suo lavoro, ha deciso di non compilare, in alcuna parte, il questionario proposto.

*La somministrazione dei questionari: i famigliari (a cura di F. Capozzi)*

I questionari sono stati somministrati, previo appuntamento telefonico, presso le abitazioni dei famigliari o negli uffici della direzione del Dipartimento, secondo la scelta delle persone cui è stata proposta l'intervista.

La presentazione del questionario, per questa tipologia di rispondenti, è stata più soggettiva; assolutamente preziose sono state le indicazioni e il supporto dello staff degli operatori che, grazie alla conoscenza diretta degli utenti e delle loro famiglie, hanno di volta in volta consigliato i suggerimenti più opportuni per un primo contatto efficace.

In alcuni casi gli operatori stessi hanno preso contatto per primi con la famiglia, spiegando sommariamente senso e finalità della ricerca e avvertendo loro che la tirocinante psicologa addetta alla somministrazione dei questionari li avrebbe ricontattati velocemente. In altri casi invece questa fase di mediazione non è stata ritenuta necessaria, e la tirocinante ha potuto prendere contatto direttamente le famiglie, per spiegare sinteticamente gli obiettivi della ricerca, chiedere la loro adesione e fissare un appuntamento.

In tutti i casi, era richiesto preventivamente il consenso agli utenti del PCS.

Al momento dell'incontro, le motivazioni della ricerca erano ripetute e ampliate. La maggior parte dei famigliari coinvolti non aveva mai compilato un questionario, pertanto questa fase si è rivelata tra le più delicate sia nella spiegazione, sia per vincere la diffidenza verso un'estranea che pone domande sulla propria famiglia. L'importanza di questa fase è stata affermata dalle domande – frequenti in alcuni casi – di ulteriore chiarimento durante la compilazione vera e propria.

Il questionario rivolto alle famiglie, costruito in modo semplice e di veloce compilazione, stimata mediamente in circa quindici minuti, era volto a indagare principalmente:

- la qualità della relazione con l'utente loro familiare;
- la qualità della relazione con il PCS;
- la loro opinione sia sull'andamento del programma sia sulle condizioni di vita dei loro congiunti.

Se pure breve, la compilazione del questionario a volte ha richiesto molto tempo, (in alcuni casi anche un'ora). Questa significativa lunghezza, non necessariamente legata alle risorse personali

degli intervistati, fa emergere un aspetto assolutamente rilevante: la voglia, in alcuni casi l'esigenza, da parte dei familiari di parlare, di narrare il proprio vissuto e le proprie preoccupazioni.

Raramente questo racconto sfociava in una lamentela: principalmente era una specie di riassunto autobiografico, che partiva dalla relazione con la persona amata e si sviluppava all'interno della relazione stessa; era un modo per esprimere le loro visioni, dare (e darsi) spiegazioni, contestualizzare interiormente l'intera vicenda vissuta.

Tutti hanno accettato molto volentieri la somministrazione dei questionari, forse anche per la comprensibile esigenza di essere in qualche modo protagonisti di una storia che inevitabilmente li coinvolge in prima persona.

In alcuni casi, a conclusione dell'intervista, venivano poste domande sugli esiti, sugli sviluppi della ricerca (ad esempio eventuali pubblicazioni). Insomma un interesse vivo, che ha sicuramente contribuito a vincere le iniziali e comprensibili diffidenze, cui si accennava a inizio paragrafo, unitamente alla strutturazione stessa dell'intervista, basata proprio sul loro vissuto e sulla loro opinione.

## I risultati dello studio (M. De Giorgi, D. Mazzesi)

### ❖ *Gli utenti*

#### ✓ *Il profilo degli utenti: dati anagrafici, contesti abitativi e sussistenza*

Il sesso degli utenti si divide in 9 uomini e 6 donne, la loro età varia dai 26 ai 64 anni, con una maggior frequenza nella fascia tra i 36 e i 45.

| <i>Età</i>       | <i>Da 25 a 35</i> | <i>36 - 45</i> | <i>46 - 55</i> | <i>+ 55</i> |
|------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| <i>N° Utenti</i> | 3                 | 6              | 2              | 4           |

La quasi totalità degli utenti è stata inserita all'inizio del programma, anno 2006, o l'anno immediatamente successivo, mentre solo 1 utente vi è entrato nell'anno in corso.

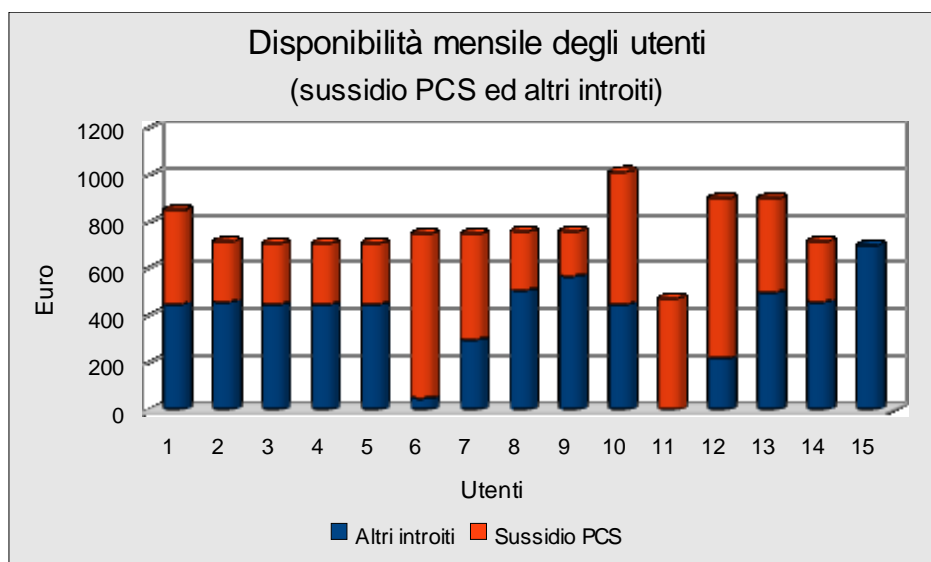
La provenienza degli utenti del PCS è quanto mai eterogenea: un terzo del gruppo proviene da strutture terapeutiche e/o riabilitative, un altro terzo da abitazioni private proprie o di familiari e il restante invece da esperienze di gruppi appartamento o di auto-aiuto.



### Provenienza degli utenti all'ingresso del PCS

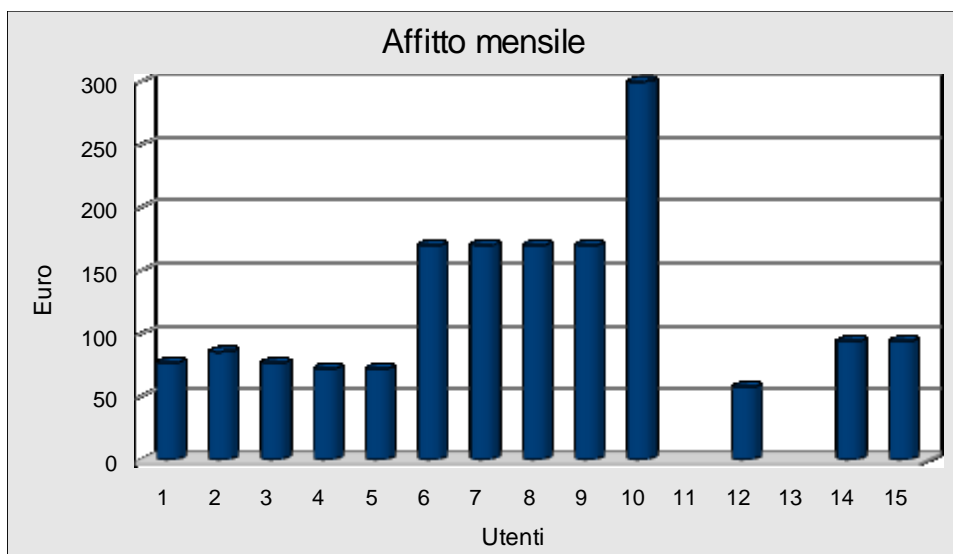
| <b>Gruppo appartamento</b> | <b>Comunità</b> | <b>Proprio domicilio</b> | <b>Domicilio familiare</b> | <b>Casa di cura</b> | <b>Self Help<sup>30</sup></b> |
|----------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 3                          | 4               | 4                        | 1                          | 1                   | 2                             |

Tranne un utente, occupato *part-time* presso una cooperativa addetta alle pulizie nelle scuole, tutti gli altri utenti del PCS sono disoccupati o pensionati. Pertanto per il loro sostentamento il PCS provvede all'assegnazione di un **sussidio terapeutico**, che sostituisce o integra eventuali altri introiti fino al raggiungimento della quota mensile compresa per quasi tutti tra 700 e 800 euro. Di seguito, il budget mensile a disposizione degli utenti, diviso tra pensioni e/o altro e sussidio del PCS.



L'affitto mensile sostenuto dagli utenti varia a seconda se essi vivono in condivisione o da soli; come si nota dal grafico, 2 utenti vivono invece in case di proprietà e non affrontano quindi tale spesa mentre uno invece, che sostiene le spese più alte, sta estinguendo il mutuo per l'acquisto dell'abitazione.

<sup>30</sup> L'Associazione *Evoluzione self Help*, operativa dal 1996, si fonda sull'attivazione di pratiche solidali verso le persone coinvolte nel disagio della malattia mentale. Nell'ambito del progetto *Il bandolo* è stata approntata una casa per chi ha bisogno di una sistemazione temporanea: gli ospiti possono raggiungere la casa nel tardo pomeriggio e ivi trascorrere la notte, con la presenza di un operatore. Per informazioni complete ed esaurienti sulle molteplici attività del *Bandolo* si visiti il sito: [www.ilbandolo.org](http://www.ilbandolo.org)



La gestione del sussidio terapeutico del PCS è affidata all'equipe e varia secondo il livello di autonomia dell'utente. In 7 casi è proprio l'utente a disporre liberamente dell'intero sussidio, mentre per gli altri la somma è dilazionata nei giorni e le spese ulteriori sono concordate di volta in volta con l'équipe. La gestione invece degli introiti personali degli utenti, pensioni d'invalidità generalmente, è concordata con gli utenti o, in 5 casi, con i loro Amministratori di sostegno.

Gli appartamenti offerti dall'Azienda Sanitaria Locale sono singoli o doppi, e solo uno da 4. Proprio in riferimento alla convivenza, è stato sondato quanto questa fosse forzata dalle esigenze del servizio e quanto invece ben accetta: 7 utenti hanno dichiarato che accettano di buon grado la convivenza, anche se 6 di essi preferirebbe una sistemazione individuale.



Se invece si considera la soddisfazione circa l'alloggio occupato, è trasversale un giudizio molto positivo.

❖ *Considerazioni sulle caratteristiche delle persone inserite nel PCS e il profilo riabilitativo messo in atto.* (a cura dell'equipe di Sinapsi)

I percorsi riabilitativi individuali intrapresi sono personalizzati e diversi per ciascuno, ma è possibile riassumerli tramite l'individuazione di tre sottogruppi in cui collocarli.

- Possiamo sostenere che per alcuni, più precisamente i più *anziani*, il percorso sia stato sino ad ora lineare e caratterizzato da una buona stabilità. In particolare, le quattro persone che abitano insieme si conoscono da tempo; tranne uno di loro, aggiuntosi nel 2006 all'interno del PCS, gli altri tre vivevano già insieme in un gruppo – appartamento. Hanno nel tempo raggiunto un buon adattamento reciproco nella vita quotidiana: vi è una divisione dei compiti nella gestione delle cose comuni, supportata da circa due anni da alcune ore di aiuto domestico (una colf da loro retribuita) due volte la settimana. Dopo un lungo periodo di condivisione della spesa alimentare comune e dei pasti, hanno deciso di essere più autonomi l'uno dall'altro, gestendosi comunque in accordo, anche in questo caso, gli spazi e gli orari.

Per alcuni di essi c'è una gestione del denaro condivisa con gli operatori, per altri la gestione economica è autonoma, se pure gli aspetti propriamente tecnico – organizzativi siano discussi e concordati con gli operatori.

L'assunzione delle terapie è regolare e costante, tenuto conto che per quasi tutti la prescrizione quotidiana include anche farmaci per problematiche fisiche, che hanno caratterizzato sostanzialmente il loro percorso negli ultimi anni, come ad esempio le cardiopatie, il diabete, l'ipotiroidismo, la frattura del femore, il BPCO<sup>31</sup>, ecc ....

Infatti, i ricoveri loro occorsi in questi anni sono stati causati *unicamente* dalle complicanze mediche per le suddette patologie fisiche.

- Il secondo sottogruppo è costituito da persone di età medio- giovane (tra i 25 e i 38 anni), che hanno avuto percorsi più altalenanti, con periodi di relativa stabilità, anche lavorativa, e delle fasi invece di difficoltà su più livelli, fino a momenti di crisi, in parte gestiti in casa e in parte presso strutture competenti quali lo SPDC<sup>32</sup> e/o le case di cura convenzionate.

La gestione del denaro è quasi sempre condivisa con gli operatori, quando non è anche soggetta ad amministrazione di sostegno (in tutti i casi precedente all'inserimento nel PCS),

---

<sup>31</sup> La BPCO o Bronco pneumopatia cronica ostruttiva è un'affezione cronica polmonare caratterizzata da un'ostruzione bronchiale, con limitazione del flusso aereo per niente o solo parzialmente reversibile, lentamente progressiva, causata da un'inflammatione cronica delle vie aeree e del parenchima polmonare.

<sup>32</sup> Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del DSM "F. Basaglia" è il reparto dedicato dell'Ospedale San Giovanni Bosco dell'ASL TO 2. Collocato al primo piano della struttura ospedaliera, ha 14 posti letto.

soprattutto per le persone che hanno più difficoltà anche solo a provvedere in maniera autonoma alle spese quotidiane come ad esempio le utenze, la spesa alimentare, ecc...

Anche per queste persone l'obiettivo di medio – lungo termine è quello di una progressiva acquisizione della capacità di gestirsi adeguatamente e il più possibile in autonomia: come esempio citiamo una persona cui, a distanza di due anni dall'iniziale inserimento nel PCS, è stata revocata l'interdizione, trasformata in amministrazione di sostegno.

Nell'ottica della personalizzazione dei singoli percorsi, si deve, infatti, tener conto delle difficoltà effettive di taluni nel sapersi gestire un'abitazione propria soprattutto dal punto di vista economico, quindi letteralmente come usare il denaro anche negli aspetti pratici della quotidianità al fine di non perdere nel tempo la casa stessa. Tutto ciò ha previsto, e richiede per alcuni tuttora, un rapporto giornaliero con gli operatori, che consenta di concordare di volta in volta i vari aspetti del vivere e/o di ricordare gli accordi presi e farli rispettare, pur nella costante disponibilità al confronto in merito alle scelte individuali.

La cura della casa, del sé, delle relazioni con soggetti formali e informali e quindi la socialità sono aspetti fondanti del rapporto quotidiano operatore/utente, finalizzati alla creazione partecipata di un vivere dignitoso e soddisfacente anche nella prospettiva sociale.

In questo gruppo si è venuto nel tempo a evidenziare una sempre maggiore capacità di gestione dei momenti di crisi: alcune persone, con il passare del tempo, si sono dimostrate capaci di riconoscere i segnali correlati ai momenti di difficoltà, tanto da richiedere un ricovero, realizzando da sole che la crisi non era gestibile diversamente.

In alcuni casi la crisi scaturiva a seguito di concause associate, per esempio l'assunzione di droga o alcool in concomitanza con gli eventi psichiatrici. Il problema dell'assunzione di sostanze psicoattive non prescritte, infatti, è presente in diversi percorsi individuali in modo piuttosto stabile; ci sono periodi, anche lunghi, in cui non condiziona pesantemente la vita quotidiana, ma contesti e situazioni in cui, invece, richiede interventi specifici quali appuntamenti e/o accompagnamenti per la presa in carico al SerT, in Alcologia<sup>33</sup>, oppure richieste di ricovero mirato alla disintossicazione.

- Possiamo individuare infine un terzo sottogruppo di persone, di età simile al gruppo precedente ma che assomiglia invece, per la stabilità del percorso, al gruppo degli *anziani*.

Quasi tutti vivono in case proprie, poiché non fanno parte della dotazione di alloggi iniziale del PCS, e in generale hanno una capacità di gestione della vita quotidiana più autonoma.

Fra queste persone ve ne sono alcune per cui la gestione del denaro è condivisa con gli operatori e solo una è in amministrazione di sostegno; per tutte si è riscontrata una buona

---

<sup>33</sup>

Sul Ser.T e sull'Alcologia si veda la precedente spiegazione alla nota numero 12 di pagina 13.

abilità nel provvedere alle proprie necessità quotidiane senza il costante supporto dello staff.

Sono persone che hanno, in generale, una vita sociale abbastanza integrata, taluni hanno anche, o hanno avuto, relazioni sentimentali stabili e durature, e interessi e attività che scandiscono le giornate in modo più costante e continuativo rispetto agli altri.

Per loro non è necessaria una verifica periodica sulla gestione in autonomia delle terapie e le richieste concernenti la propria salute rivolte agli operatori si sono concentrate tendenzialmente su accompagnamenti/prenotazioni di visite mediche per problemi fisici o inerenti all'invalidità psichiatrica. A conferma di ciò, i ricoveri anche in questo gruppo sono stati rari e relativi alla salute fisica.

E' opportuno rilevare che, prima dell'inserimento nel PCS, l'anamnesi clinica di quasi tutte queste persone elenca svariati ricoveri e degenze, anche lunghe, per ragioni psichiatriche.

- Non ci è possibile includere in alcuno dei sottogruppi individuati il percorso all'interno del PCS di una persona affetta da handicap sensoriale e neurologico, che vive in casa propria e per la quale il supporto quotidiano si è concentrato sulle necessità di mantenimento dello *status quo*, piuttosto che essere orientato propriamente alla riabilitazione psichiatrica.

Possiamo altresì considerare il contributo del PCS fondamentale per questa persona, al fine del mantenimento di una qualità dignitosa della sua vita e, almeno fino ad oggi, per garantirne la permanenza a casa piuttosto che in una struttura residenziale comunitaria.

Nel contesto attuale, una volta individuato come dominante il problema neurologico, anche a seguito di una lunga degenza presso una struttura competente, al momento del suo rientro a casa, lo staff del PCS ha predisposto e organizzato i vari aspetti dell'assistenza quotidiana in collaborazione con un gruppo di figure professionali gestite dal Comune di Torino: alcune di loro sono dipendenti dell'amministrazione comunale, altre sono in convenzione.

Tale collaborazione è l'esito di un intenso lavoro di *rete* che ha visto impegnati, tra contatti telefonici, riunioni organizzative e incontri di verifica, numerosi attori di varie agenzie dedicate, che in quest'occasione hanno prodotto risultati tangibili e soddisfacenti e che periodicamente si sono impegnati a monitorare il percorso concordato.

Ci auspichiamo che tale modello possa servire quale precedente per eventuali ulteriori future collaborazioni tra il servizio pubblico e le agenzie del privato sociale, in modo che l'utente possa costantemente usufruire di ciò di cui ha bisogno con la qualità adeguata, ma che al tempo stesso siano ottimizzate le risorse, nel rispetto delle competenze e dei doveri reciproci dei servizi preposti.

A conferma della validità di quanto affermato, si sta tracciando lo stesso tipo di percorso anche per un'altra persona, cui purtroppo è stata diagnosticata una patologia neurologica con esiti parzialmente invalidanti.

Un ultimo importante aspetto da considerare, soprattutto per buona parte delle persone inserite nel secondo e nel terzo sottogruppo, è relativo al versante lavorativo. Negli anni non sono stati molti a intraprendere e mantenere un percorso lavorativo e/o formativo: due persone hanno scelto di licenziarsi per motivi personali, un'altra invece sta continuando a mantenere la sua occupazione, che nel tempo si è trasformata da lavoro *protetto* in un'assunzione a tempo indeterminato, nel rispetto della *legge 68/99*<sup>34</sup>.

Il lavoro è ovviamente di fondamentale importanza, nell'ambito della realizzazione personale di chiunque, a prescindere da una diagnosi psichiatrica; si cerca pertanto di supportare le persone, secondo i loro momenti di vita, le loro capacità, competenze e risorse, anche nella ricerca di un'occupazione, organizzando contatti con le agenzie competenti quali i Centri per l'impiego, le agenzie interinali, le agenzie formative, il servizio sociale, oltre che le risorse informali.

#### ❖ *L'integrazione degli utenti nel quartiere*

Come già ricordato, gli alloggi degli utenti sono ubicati tutti sul territorio di competenza dell'ex ASL 4 (circoscrizioni 6 e 7), ora ASL TO 2, accorpata all'ex ASL 3. La grande maggioranza risiede comunque nel quartiere Barriera di Milano (circ. 6), periferia nord della città, caratterizzata da una forte presenza di residenti immigrati extra comunitari, che ammontano a più del 20% dei residenti complessivi, giustificata dalla massiccia presenza di edilizia popolare, che tende a livellare verso il basso il costo degli affitti. In questa realtà periferica risiedono 13 dei complessivi 15 utenti del PCS, appunto inseriti in alloggi di edilizia popolare (tranne un utente che abita in casa propria). I restanti 2 abitano invece uno nel quartiere Vanchiglia e l'altro in Madonna del Pilone (anche questo di proprietà).

Sul gradimento del quartiere, sono state rivolte due specifiche domande: "*Come definiresti il tuo quartiere*", con le risposte che variavano da *Per niente sicuro* a *Molto sicuro*, con la possibilità di esprimere la non conoscenza della situazione reale (*Non saprei*) e: "*Quanto sei soddisfatto del tuo quartiere*", con risposte variabili da *Per niente soddisfatto* a *Molto soddisfatto*.

Delle 14 risposte ricevute, nel primo caso 4 (28%) lo definiscono *Poco sicuro*, 9 (64%) *Sicuro* e solamente 1 non è in grado di esprimere un parere; sulla soddisfazione dell'abitare in quartiere, la valenza negativa scende a 2 (14%) *Sono insoddisfatto* contro i 12 (86%) che esprimono soddisfazione, da *Abbastanza* a *Molto*.

---

<sup>34</sup> A proposito della legge 68/99, si veda nota 10 a pag. 13.

Un altro elemento che permette di comprendere il livello d'inserimento degli utenti del PCS nel quartiere di residenza è legato alla loro conoscenza dei vicini di casa; gli è stato chiesto: "Conosci i tuoi vicini di casa"?, ponendo l'oscillazione da *Tutti* a *Nessuno* e: "Ti trovi bene con loro"? con le variabili tra *Molto poco* a *Benissimo*, includendo la possibilità *Non li conosco*.

La grande maggioranza delle 14 risposte, 12 (86%) ha risposto di conoscerne *Alcuni*, mentre 2 (14%) ha dichiarato di conoscerli quasi tutti; a proposito dei rapporti con loro, 4 risposte (28%) hanno valenza negativa (*Poco bene*), mentre 9 (64%) hanno dichiarato di avere buoni rapporti con i vicini conosciuti. Solo un utente, tra coloro che hanno dichiarato di conoscerli quasi tutti, ha risposto di trovarsi poco bene con alcuni e benissimo con altri.

Le domande del questionario rivolto agli utenti relative al quartiere, e più specificatamente alla conoscenza dei vicini di casa e la richiesta di esprimere un parere sulla qualità della relazione con loro, integra, con il punto di vista degli utenti, una sezione molto importante per la valutazione complessiva del PCS.

In un successivo capitolo<sup>35</sup> saranno prese in esame tutte le dinamiche relazionali, tutte le interazioni della vita quotidiana che, nel corso degli anni, hanno coinvolto altre persone (vicini di casa, negozianti, gente che frequenta luoghi in comune, quali enti, biblioteche o altro, ecc ...) dando origine a un conflitto con il gruppo degli utenti e il successivo tentativo di mediazione degli operatori dello staff.

❖ *Il supporto farmacologico: l'importanza di una terapia personalizzata, assunta con regolarità.*  
(a cura di L. Sorrentino)

L'intervento riabilitativo non esclude una valutazione clinica e farmacologica. Va da se che il punto di vista dell'utente deve essere rispettato, per cui per raggiungere gli obiettivi riabilitativi bisogna mettersi nella posizione di decodificare il linguaggio e il comportamento; lo stesso vale per il trattamento farmacologico che non deve essere volto solo a sedare il sintomo, ma ad attenuare l'angoscia e la sofferenza che trapela dal dialogo.

L'utente ha spesso timore dei farmaci perché, in genere, non gli si dà alcuna informazione.

Nel caso in cui abbia già una lunga carriera psichiatrica alle spalle, teme soprattutto gli effetti collaterali e la somministrazione a vita, che equivale alla cronicità di malattia, per cui è buona pratica spiegare bene le motivazioni all'uso del farmaco, i possibili effetti collaterali e garantire periodicamente la sospensione nei periodi di benessere.

Se teniamo conto delle esperienze che hanno attraversato la psichiatria nel tempo, sarebbe possibile evitare l'uso dei farmaci neurolettici di nuova e vecchia generazione: ricordo sia

---

<sup>35</sup> Si veda a pag. 56 il capitolo relativo all'*Impatto sociale del PCS*.

l'esperienza del 1836 di *John Conolly*<sup>36</sup>, che gestiva un manicomio senza mezzi di contenzione e a porte aperte, sia l'ospitalità data nelle famiglie ai "pazzerelli" nella città di *Gheel* (Belgio)<sup>37</sup> in un'epoca in cui i farmaci erano ben lungi da venire. Arrivando ai tempi nostri, l'importante esperienza di *Soteria*, diretta da *Loren Mosher*<sup>38</sup>, ha provato ampiamente che è possibile, a partire dalla prima crisi psicotica, non usare i neurolettici e così continuare nel tempo. L'eccezione riguarda chi ha già iniziato una carriera psichiatrica utilizzando gli stessi.

All'interno del PCS tutti gli utenti hanno una pesante carriera psichiatrica alle spalle e nel corso degli anni hanno assunto dosaggi elevati di psicofarmaci; è pertanto impossibile sospenderli, perché "... *i recettori hanno fame*" come sosteneva convenzionalmente Mosher, ma è possibile ridurre il dosaggio gradualmente e ottenere un buon risultato.

Tutto ciò considerato, a prescindere dal tipo di farmaco, l'orientamento generale è quello di aiutare l'utente a raggiungere un'auto somministrazione consapevole, di sospendere o diminuire il dosaggio nei periodi di maggiore benessere ovvero utilizzare i farmaci in modo flessibile per evitare il messaggio di *cronicità* che è insito nelle terapie infinite.

Il gruppo di utenti di cui ci occupiamo nel PCS ha avuto ricoveri prolungati in varie istituzioni psichiatriche: SPDC, Case di Cura, Comunità Protette, Istituti, prima dell'inserimento in un'abitazione. Sono pertanto persone che, esaminando le diagnosi degli specialisti che li hanno avuti in carico in precedenza, erano definite *gravi* clinicamente e *gravosi* sul piano della gestione.

Pertanto, all'atto dell'inserimento nel nostro programma riabilitativo, tutti hanno proseguito con le assunzioni relative alle precedenti prescrizioni di trattamenti farmacologici, che includono:

- Neurolettici di nuova e vecchia generazione<sup>39</sup>;

---

<sup>36</sup> Psichiatra inglese (1774/1866), nato nel Licolnshire da genitori irlandesi. Co fondatore, con Sir C. Hastings e Sir J. Forbes, della *British Medical Association*. Fondatore della residenza per malati di mente *Middlesex County Asylum*, ancora oggi funzionante e conosciuta come la struttura pubblica del West London, St. Bernard Hospital.

<sup>37</sup> *Gheel* (da un'antica parola germanica, che tradotta significa *Giallo*) è una ridente cittadina della provincia fiamminga di Anversa (circa 35.000 abitanti); sin dal XIII secolo è conosciuta come la più grande comunità psichiatrica terapeutica aperta del mondo. Si calcola che circa 1000 pazienti psichiatrici siano ospiti degli abitanti della cittadina, in cui è stato costruito anche un Istituto, utilizzato da molte delle persone come ricovero notturno.

<sup>38</sup> Psichiatra americano (Monterey 1933, Berlino 2004), specializzato in Schizofrenia. Fondatore nel 1971, nei pressi di San Jose, California, di un Centro Crisi (chiuso nel 1983 a causa dei tagli alle politiche sanitarie del presidente Reagan), ancora oggi modello per la gestione delle situazioni acute.

<sup>39</sup> Il termine neurolettico (o antipsicotico) è utilizzato genericamente per definire una classe di psicofarmaci utilizzati per il trattamento delle psicosi come, ad esempio, la *schizofrenia* o il *disturbo bipolare*. Scoperti ai primi del '900 da un derivato dell'anilina, la *prometazina* e da questa la *clorpromazina*, che *H. Laborit* usò come efficace sedativo. Visto l'enorme successo commerciale, la ricerca individuò molti altri principi attivi nel giro di una decina di anni. Recentemente si è vista l'introduzione di nuovi antipsicotici quali *risperidone*, *clozapina*, *quetiapina*, che vengono definiti *di nuova generazione*, efficaci nel trattamento dei sintomi sia positivi sia negativi delle psicosi gravi e croniche.



- Antidepressivi di nuova e vecchia generazione<sup>40</sup>;
- Benzodiazepine<sup>41</sup>.

Questi trattamenti oggi, per le persone inserite nel PCS, sono eseguiti nel modo sopra descritto, con l'opportuna flessibilità e variabilità anche grazie al sempre puntuale supporto degli operatori, nei casi e secondo i periodi che lo necessitano.

- **Commento degli utenti all'assunzione e degli operatori alla somministrazione della terapia**

All'interno del questionario rivolto agli utenti, era chiesto all'intervistato anche un personale commento sulla percezione dell'efficacia delle terapie prescritte.

Delle 13 risposte ricevute dagli utenti, 8 hanno valenza positiva, mentre 5 risposte indicano invece insoddisfazione per la scarsa efficacia della terapia.

| Valutazione della terapia farmacologica | Motivazioni addotte   |
|---|---|
| Positiva o molto positiva (n.8)         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benessere</li> <li>- Possibilità di condurre una vita normale</li> <li>- Regolazione dei ritmi biologici (sonno)</li> </ul>        |
| Negativa (n.5)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia non sempre compensa la patologia della depressione</li> <li>- La terapia produce sonnolenza e intorpidimento</li> </ul> |

<sup>40</sup> L'antidepressivo è un farmaco utilizzato in psichiatria in caso di particolari disturbi come la *depressione* o la *distimia*. Furono scoperti nei primi anni '50: casualmente l'*iproniazide*, fino allora utilizzato nella terapia della TBC, si rivelò efficace nel trattamento dei pazienti depressi; pochi anni dopo furono riconosciute anche all'*imipramina* proprietà antidepressive. Con il progressivo approfondirsi delle conoscenze sui meccanismi d'azione degli antidepressivi e sui correlati biologici dei disturbi dell'umore, recentemente si sono aggiunte altre sostanze, definiti di *seconda generazione*, come la *fluoxetina*.

<sup>41</sup> Le benzodiazepine sono una classe di farmaci con proprietà *sedative*, *ipnotiche*, *ansiolitiche*, *anticonvulsive*, *anestetiche*; sono spesso usate per offrire un sollievo di breve durata agli stati di ansia o insonnia grave o inabilitante. Trovano altresì impiego nel trattamento delle crisi convulsive e come coadiuvanti nell'induzione dell'anestesia. A lungo termine può essere problematico l'uso di tali sostanze per lo sviluppo della *tolleranza* e per il rischio d'instaurazione di una *dipendenza*.

Come si può notare, le motivazioni addotte dagli utenti riguardano alcuni aspetti intrinseci della terapia farmacologica, quali i suoi limiti rispetto a certe patologie e gli effetti collaterali.

Su questi dati è importante aggiungere una variabile di controllo, verificando tramite le valutazioni degli operatori se effettivamente tutti gli utenti assumono regolarmente le terapie prescritte. Per valutare quest'aspetto, è stata formulata agli operatori dello staff la domanda: *Come maneggia l'utente la sua terapia psichiatrica?* Le risposte, che riguardano 13 utenti, hanno dato il seguente esito:

- 7 maneggiano la propria terapia autonomamente e correttamente;
- 2 frequentemente non seguono le prescrizioni;
- 4 sono assistiti dagli operatori

Incrociando le risposte degli operatori con quelle date dagli utenti, emerge chiaramente come chi è più critico nei confronti della terapia farmacologica è anche chi, a detta degli operatori, ha le modalità di assunzione più disordinate o discontinue.

E' impossibile però in tale sede stabilire la direzione di questa relazione, ovvero se la percezione d'inefficacia della terapia abbia portato l'utente alla scelta di un'assunzione irregolare o se invece l'inefficacia della terapia sia causata proprio da un'assunzione non conforme alle prescrizioni.

- ***Gli utenti e le sostanze***

Alla domanda posta agli operatori sui consumi di sostanze delle persone inserite nel PCS: *L'utente utilizza le seguenti sostanze in modo che interferiscano con la sua vita quotidiana?* Le risposte, che coinvolgono, a diverso livello, 8 delle 15 persone, possono essere presentate con la seguente tabella:

| <b>Utente</b> | <b>Consumo non problematico</b>    | <b>Consumo problematico</b> |
|---------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1             | Alcool, cannabinoidi <sup>42</sup> | -                           |
| 2             | -                                  | Cannabinoidi, cocaina       |
| 3             | -                                  | Cannabinoidi, cocaina       |
| 4             | Cannabinoidi                       | Alcool                      |

<sup>42</sup> Con tale termine s'indicano le sostanze, quali *Hascisc e Marijuana*, che contengono il principio attivo del *Tetraidrocannabinolo (THC)*, da cui deriva il nome.

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| 6 | Alcool | -      |
| 7 | Alcool | -      |
| 8 | -      | Alcool |

Come si può evincere dalle risposte inserite in tabella, la tipologia delle sostanze indicate prescinde dalla loro liceità: sono state contemplate le più comuni sostanze psicoattive, la cui assunzione può diventare pericolosa per la salute delle persone. L'eventuale illegalità diventa ulteriore aggravante a livello giuridico, sia amministrativo sia penale, come stabilito dalla legge che regola tale materia<sup>43</sup>.

La valutazione dello staff, che ha fondato le proprie considerazioni, per i soggetti coinvolti, sulle definizioni condivise dagli operatori dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze di:

- Consumo;
- Consumo problematico;
- Dipendenza patologica;

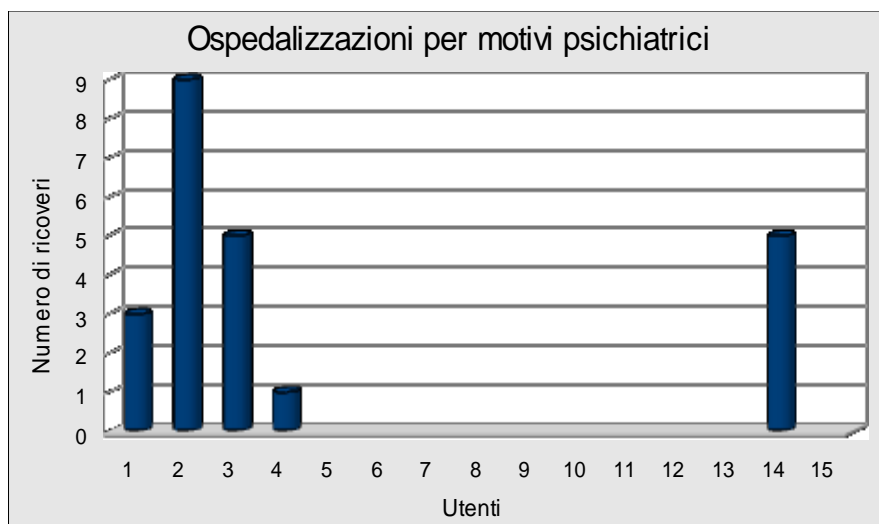
ha reputato di dover affrontare la problematicità del consumo in 4 casi, offrendo il supporto a loro necessario e invitandoli a recarsi, anche accompagnati se lo desideravano, presso i servizi preposti<sup>44</sup>, con i quali, negli anni, si sono sviluppate alcune importanti collaborazioni.

#### ❖ *Le ospedalizzazioni per ragioni psichiatriche*

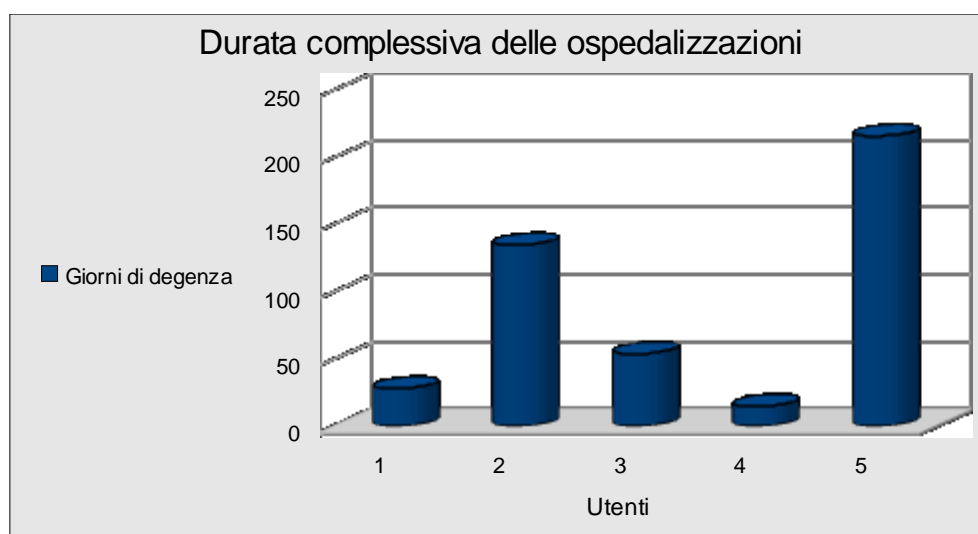
La funzionalità dei profili riabilitativi messi in atto dall'equipe e dei piani farmacologici prescritti è valutabile anche tramite il numero, la frequenza e la durata delle ospedalizzazioni per motivi psichiatrici. Durante i 4 anni di permanenza nel PCS, 5 utenti su 15, *un terzo*, hanno subito ospedalizzazioni per ragioni psichiatriche.

<sup>43</sup> Legge 162/90, divenuta T.U. 309/90; successivamente modificata e integrata dalla legge 145/99.

<sup>44</sup> Sui Servizi per le Dipendenze e di Alcolologia, precedentemente citati, si veda la nota numero 12 di pag. 13.



Come si nota dal grafico, le ospedalizzazioni occorse sono ripetute per 4 utenti su 5, con un minimo di 3 e un massimo di 9. La durata delle ospedalizzazioni è di solito contenuta in una o due settimane, sia essa negli SPDC degli Ospedali sia essa in una struttura dedicata, per gestire la fase più acuta della crisi. Il tempo complessivo quindi trascorso dagli utenti è minimo se rapportato alla durata della loro permanenza nel PCS, come dimostra il grafico seguente; anche il caso che ha richiesto un maggior numero di ospedalizzazioni ha comunque trascorso più dell'80% del tempo in



autonomia nel proprio alloggio.

Appare chiaro quindi che quando un utente viene ospedalizzato è stata prassi del PCS ridurre il più possibile il periodo di degenza, cercando di favorire il ritorno dell'utente alla propria abitazione.

## ❖ *Il gradimento degli utenti e dei loro familiari*

### • **Gli utenti**

Come primo argomento di valutazione del gradimento del PCS, sono state esaminate le risposte che gli utenti hanno dato alla domanda: *“Come sei trattato dagli operatori?”*. Le risposte si sono concentrate tutte sui valori più alti della scala proposta.

| <b>Valutazione del comportamento degli operatori</b> | <b>Motivazioni addotte</b>  |
|--|---|
| Bene- Benissimo (n.11)                               | - “Sono corretti e presenti”<br>- “Sostengono l'autonomia”<br>-“Sono professionali”<br>-“C'è una relazione di rispetto reciproco”   |
| Abbastanza bene (n. 3)                               | - “Alcuni sono giovani e inesperti e pertanto alle volte sbagliano”<br>-“Alle volte sono severi davanti ai miei errori”<br>-“Hanno dei limiti perché devono seguire molti utenti” |

In seguito, è stato preso in esame il supporto degli operatori nella gestione delle cose di casa dei singoli utenti. 11 (85%), su 13<sup>45</sup> rispondenti dichiarano di ricevere aiuto, 10 lo definiscono *buono o eccellente*. 2 rispondono di essere autonomi, pertanto di non ricevere, né di volere, il loro supporto; 2 (15%) definiscono *scarsa* la qualità dell'aiuto offerto dagli operatori.

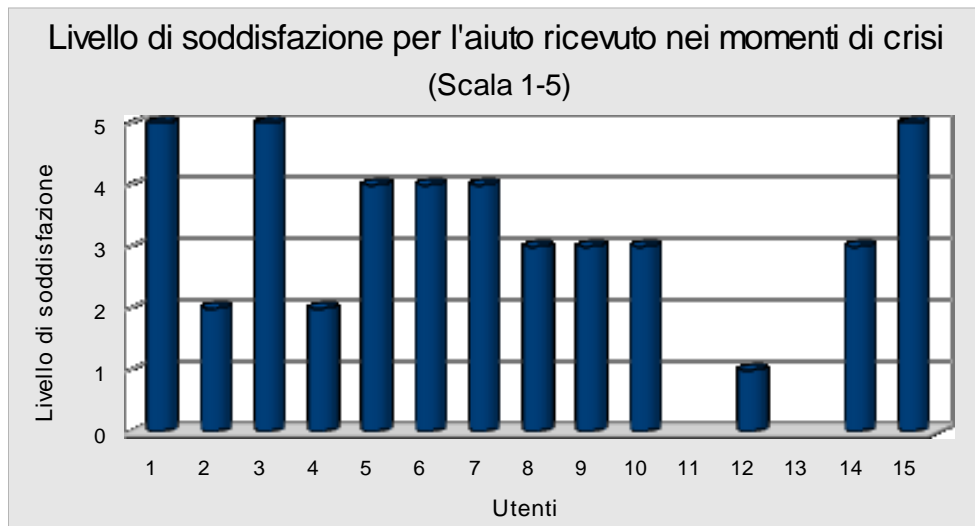
Rispetto alla gestione della casa (spesa, pagamento utenze, lavoretti domestici ...), e al supporto che gli operatori offrono agli utenti, è stato chiesto: *“Ti piacerebbe ricevere maggior aiuto dagli operatori?”*. Dei 13 rispondenti, la maggioranza 7 (54%) ha dichiarato di non volere un supporto maggiore, indice sia del buon lavoro svolto dagli operatori con gli ospiti, sia del loro impegno nel raggiungimento di un soddisfacente livello di autonomia.

---

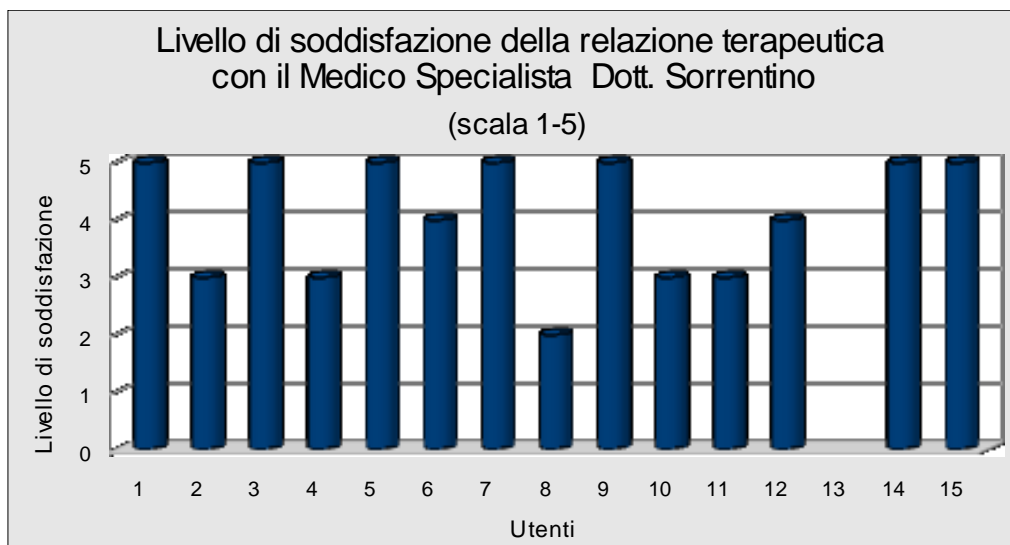
<sup>45</sup> Un'utente non ha risposto a tale domanda, poiché da un certo periodo convive, in una cittadina della cintura torinese, con la propria madre e il compagno. I periodici e regolari contatti con gli operatori e con lo specialista riguardano aspetti clinici e/o amministrativi.

Un altro aspetto che riveste grande importanza nell'interazione tra operatori e utenti riguarda i momenti in cui le persone possono attraversare una crisi; a questo proposito, è stata rivolta agli utenti, la domanda: *Nel complesso, quanto sei soddisfatto dall'aiuto ricevuto quando realmente hai avuto problemi o sei stato in crisi?* Per le risposte, è stata predisposta una scala valoriale da 1 *Decisamente insoddisfatto* a 5 *Molto soddisfatto*

Qui sotto la rappresentazione grafica delle risposte fornite. (1 rispondente ha dichiarato di non aver subito, nel passato recente, alcuna crisi).



Infine, si è cercato di misurare la soddisfazione degli utenti attraverso il rapporto con il loro specialista. E' stata quindi loro rivolta la domanda: *Quanto ti trovi bene con il tuo specialista, il Dott. Sorrentino?* La scala delle risposte andava da 1 *Per niente bene* a 5 *Benissimo*. Qui sotto la rappresentazione grafica delle risposte fornite.



- ***I famigliari***

La valutazione del programma da parte dei famigliari è stata effettuata attraverso la formulazione sul questionario di alcune domande che chiedevano di definire:

- ✓ Il loro rapporto con il Responsabile del PCS: *Come si trova con il Dott. Sorrentino?*

| <b>Valutazione del rapporto con il Medico Specialista</b> | <b>Motivazioni addotte</b>  |
|---|---|
| Bene - Molto bene (n.10)                                  | - "E' una figura umana e preparata"<br>- "E' una persona disponibile" |
| Abbastanza bene (n.1)                                     | - "Vorrei facesse di più"   |

- ✓ Le loro modalità di relazione con lo staff degli operatori: *E' trattato cortesemente e con rispetto dagli operatori?*

Delle 11 risposte ricevute dai famigliari 10 (90%) sono stati **SI**, motivati con le seguenti affermazioni:

- Non abbiamo mai avuto problemi;
- Qualsiasi necessità loro sono presenti (3 persone);
- Sono persone impegnate e fanno bene il loro lavoro;
- Si comportano in modo umano;
- C'è un rapporto di collaborazione e fiducia.

1 famigliare (10%) ha risposto con valenza parzialmente negativa:

- Solo qualche operatore non rispetta gli orari
- ✓ L'aiuto fornito dallo staff all'utente, sia nelle attività quotidiane sia nella gestione della casa: *Come definirebbe la qualità dell'aiuto fornito all'utente dagli operatori dello staff, nelle cose quotidiane di cui ha bisogno?*

| <b>Valutazione della qualità dell'azione degli operatori</b> | <b>Motivazioni addotte</b>   |
|--|--|
| Buono - Eccellente (n.8)                                     | -" Seguono attentamente le necessità del mio familiare"<br>- " Sono pazienti e generosi"<br>-"Vedo il mio familiare soddisfatto" |

|                |  |
|----------------|--|
|                | -"Con loro ha raggiunto un'autonomia prima impensabile"  |
| Discreto (n.3) | -"Non sempre sono presenti"<br>- "Il mio familiare dice che potrebbero fare di più"<br>- "Potrebbero curare di più l'ambiente in cui vive il mio familiare e la sua alimentazione" |

✓ Infine, è stato loro chiesto: *Se un vostro conoscente avesse bisogno di un aiuto simile a quello del vostro familiare, gli consiglierebbe questo tipo di programma?*

TUTTI hanno dato parere affermativo (*Si, penso di si – 3 persone*) o decisamente affermativo (*Si, decisamente – 8 persone.*)

- **Possibili miglioramenti al PCS proposti dagli utenti e dai familiari**

Nella parte conclusiva del questionario rivolto agli utenti, era chiesto loro, attraverso domanda aperta: *Come miglioreresti questo programma?* Di seguito elenchiamo tutte le indicazioni formulate dai 14 rispondenti, che mediamente hanno indicato tre voci ciascuno (considerato che 5 persone hanno dichiarato che il PCS a loro va bene così com'è) e che si sono trovati d'accordo, all'unanimità, nella richiesta di *aumento del sussidio*:

Parimenti, ai familiari degli utenti veniva posta la stessa domanda.

| <b>Miglioramenti al PCS proposte dai familiari</b>                      | <b>Miglioramenti al PCS proposte dagli utenti</b>                                    |
|---|--|
| Dando agli Utenti qualcosa da fare (sport, lavoro, ecc ...) (n.4)       | Aumento del sussidio terapeutico (n.9)   |
| Spronorlo/a a passare meno tempo in casa                                | Gli operatori che trascorrono più tempo con me, magari per uscite nel week end (n.4) |
| Un'assistenza più costante e prolungata nel quotidiano                  | Va bene così com'è   |
| Va bene e dovrebbe essere implementato in serie in tutti i DSM italiani | Maggior aiuto nella ricerca lavoro   |
| Bisognerebbe essere più autoritari                                      | Maggior aiuto in caso di crisi   |
| Maggior coinvolgimento dei famigliari (almeno una riunione l'anno)      | Più aiuto nelle faccende di casa e negli accompagnamenti                             |



|   |   |
|---|---|
| Migliorare i tempi d'intervento                       | Maggiore relazione con il Dott. Sorrentino                                |
| In caso di bisogno il supporto degli operatori sempre | Più sensibilità da parte degli operatori                                  |
|   | Un po' più di libertà   |
|   | Più case in zone migliori di Torino                                       |
|   | Assumere altro personale, più specifico rispetto ai problemi degli utenti |

❖ *La salute psicofisica, la soddisfazione nella vita quotidiana e la qualità nella relazione degli utenti tramite una valutazione incrociata.*

Per cercare di valutare in termini scientifici le aree di ricerca più importanti circa il funzionamento del PCS tenendo insieme i punti di vista dei diversi attori si è scelta una metodologia di tipo comparativo, che è stata svolta comparando le risposte, a domande uguali, di:

- ✓ *Utenti*, che auto valutavano le proprie condizioni;
- ✓ *Familiari degli utenti*, che valutavano le condizioni dei propri parenti nel PCS;
- ✓ *Operatori dell'equipe*, che valutavano gli utenti.

Con questo metodo sono state prese in esame due aree fondamentali che fondano la *mission* del servizio stesso: un miglioramento in termini evolutivi nel paradigma della riabilitazione psichiatrica e il mantenimento di un accettabile livello di qualità della vita.

- Le variazioni delle condizioni generali degli utenti (psico - fisiche – sociali) da quando sono inseriti nel PCS (o, per gli operatori meno anziani di servizio, da quando sono entrati nel PCS), sono misurate attraverso una scala che andava da: 1 (*Decisamente peggiorate*) a 5 (*Decisamente migliorate*.)

Sommando i punteggi delle risposte e dividendo per il numero di rispondenti otteniamo la media di:

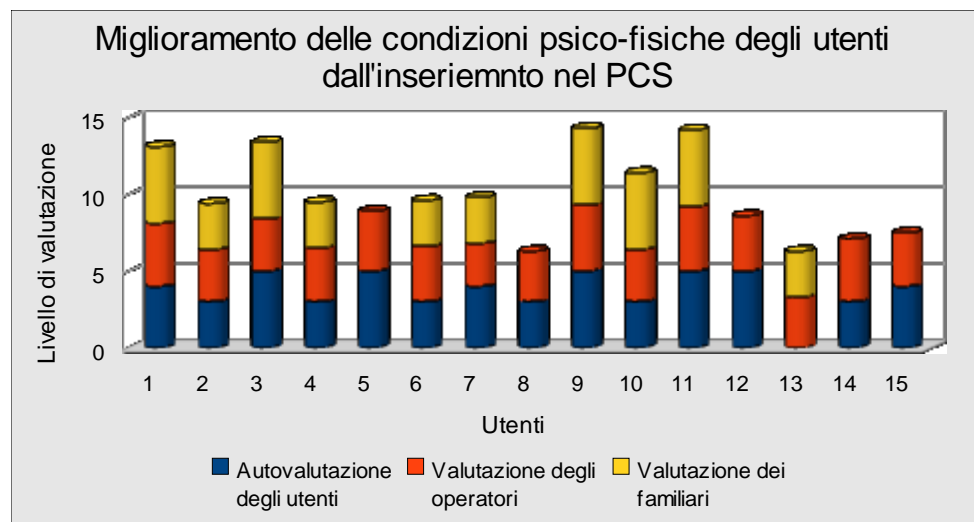
- 3,92 nell'autovalutazione degli utenti
- 3,90 nella valutazione dei famigliari
- 3,87 nella computazione degli operatori, con un valore massimo di 4,33 per alcuni utenti e un minimo di 2,77 per altri (la scala proposta agli operatori misurava variazioni da 1 a 6).

La varianza tra i gruppi è quindi decisamente bassa, a indicare *una generale opinione di miglioramento delle condizioni psico-fisiche di ognuno, che è condivisa dagli utenti, dai loro familiari e dagli operatori.*

Osservando invece la varianza all'interno dei gruppi, emergono dati più specifici che riguardano invece *come* si distribuisce una tale opinione di miglioramento.

Innanzitutto, è evidente la simmetria delle valutazioni di utenti, familiari e operatori, che sta a indicare la convergenza dell'opinione di miglioramento che si manifesta in modo uniforme riguardo a tutti gli utenti del PCS.

In secondo luogo dimostra come il miglioramento delle condizioni psicofisiche degli utenti, valutabile così attraverso le opinioni degli interessati, dei familiari e degli operatori sia stato non per tutti uguale; ciò dipende in parte certamente dalla riuscita del percorso riabilitativo, ma in parte anche dalle diversissime condizioni di partenza degli utenti all'inserimento del PCS.



- Come già anticipato, con lo stesso criterio di valutazione precedentemente applicato è stata esaminata soddisfazione nella vita quotidiana degli utenti, misurata attraverso una scala che andava da: 1 (*Decisamente insoddisfatto*) a 5 (*Decisamente soddisfatto*).

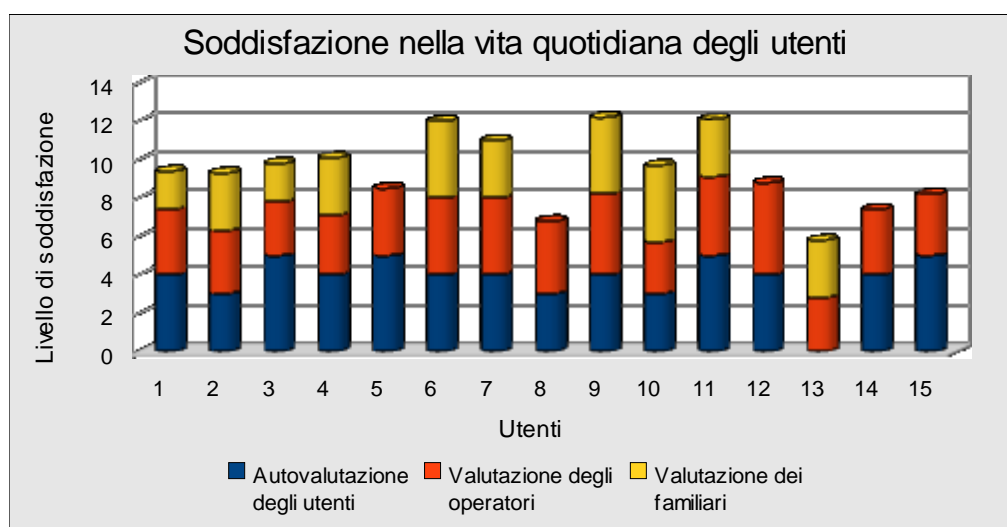
Sommando i punteggi e dividendoli per il numero dei rispondenti, otteniamo per questa seconda domanda:

- 4,07 nell'autovalutazione degli utenti
- 3,33 nella valutazione dei famigliari

- 4,00 nella valutazione degli operatori, con un valore massimo di 4,77 riferito ad alcuni utenti e un minimo di 2,77 per altri (ricordiamo che la scala proposta agli operatori variava da 1 a 6).

Anche qui si nota la stessa dinamica di convergenza delle opinioni in riferimento ad ogni singolo utente, anche se la proporzionalità tra le valutazioni circa la qualità della vita risulta meno simmetrica che rispetto al miglioramento delle condizioni psicofisiche.

Al contrario, i punteggi totali ottenuti dagli utenti sono alti e assai vicini tra loro, come descritto dalla tabella sottostante; segno che è *uniformemente percepita una buona qualità della vita degli*



utenti.

#### ❖ *L'opinione dell'equipe sul servizio offerto.*

- ***Efficacia e gradimento del proprio lavoro.***

Gli aspetti propriamente operativi del lavoro sono stati indagati attraverso una serie di domande, rivolte individualmente agli operatori, per tentare di valutare:

- ✓ Il proprio lavoro, a livello qualitativo e quantitativo;
- ✓ Approccio metodologico, linea d'indirizzo e livello di collaborazione del Responsabile del PCS, il Dott. Sorrentino;
- ✓ L'integrazione e la collaborazione con gli altri servizi della *rete*, interni alla stessa ASL e cittadini.

Le risposte delle 10 persone coinvolte: coordinatore, 8 operatori e tirocinante psicologa sono state assolutamente omogenee per ciò che riguarda i primi due punti:

- ✓ Il proprio lavoro è definito: *Gratificante, se pure faticoso*, in modo quasi plebiscitario;
- ✓ Allo stesso modo, l'approccio metodologico e la linea d'indirizzo del Dott. Sorrentino sono dichiarati *condivisi* da tutti i componenti del gruppo di lavoro, così come il suo livello di collaborazione con lo staff, che era da esprimere con una scala valoriale da 1 (*Pessimo*) a 5



(*Ottimo*), ed ha una media aritmetica di 4,7;

Meno omogenee, oltre che meno positive come esito, le risposte relative a integrazione e collaborazione con gli altri servizi: utilizzando la stessa scala valoriale applicata in precedenza da 1 (*Pessimo*) a 5 (*Ottimo*), la media calcolata assegna:

- ✓ All'interno dell'ASL TO 2 la collaborazione raggiunge il 2,7 (tra 2, *Mediocre* e 3, *Discreta*);
- ✓ Con gli altri servizi cittadini il 3,3 (poco più di 3, *Discreta* e piuttosto distante dal 4, *Buona*)

- **La relazione d'aiuto tra operatori e utenti**

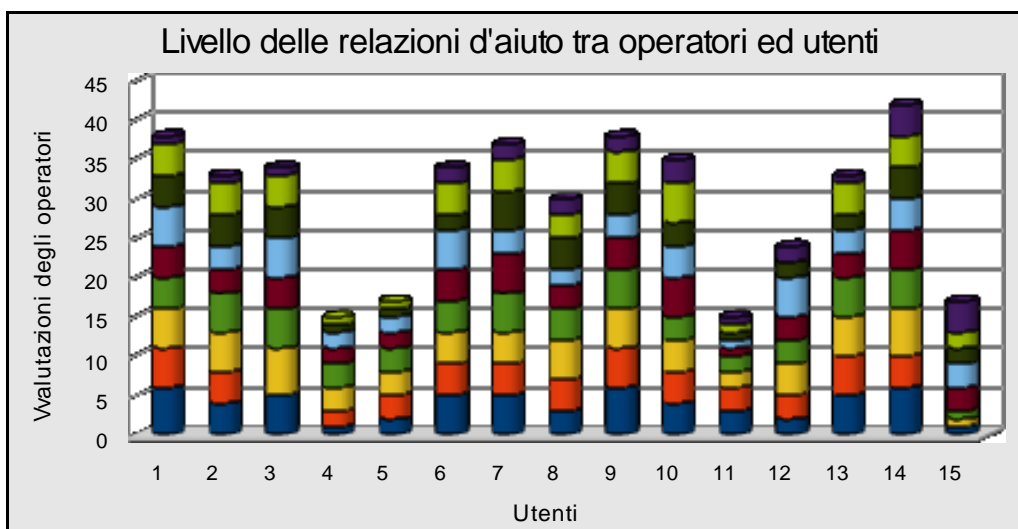
Un'opinione assai importante che è stata raccolta tra gli operatori riguarda il livello della relazione terapeutica che essi singolarmente sono riusciti a costruire con ogni utente.

Tale opinione, formulata attraverso la domanda: *Come consideri la relazione che hai con l'utente?* è stata misurata attraverso una scala da 1 (*Formale, di servizio*) a 6 (*Ad elevata intensità*),

La media così ottenuta è stata di 3,55, anche se le differenze di valore, relative al livello di relazione hanno delle oscillazioni inevitabilmente molto maggiori tra un utente e l'altro: si è ottenuto un *massimo di 4,66, seguito da 4,55 e 4,22 per alcuni; per contro come valori minimi si sono calcolati 1,66 e 1,88.*

Come dimostra il grafico seguente, gli operatori, nonostante la loro diversa anzianità di servizio, affermano tutti di essere giunti a *una buona relazione terapeutica* con quasi tutti gli utenti; laddove

le valutazioni sono insoddisfacenti, queste sono condivise da tutti i membri dell'equipe e fanno riferimenti ai casi da loro considerati più problematici sotto differenti aspetti.



*N.B. I differenti colori corrispondono alle valutazioni dei singoli operatori su ogni utente*

- **Punti di forza e criticità**

Nella sezione della ricerca dedicata alla valutazione del programma da parte dello staff, agli operatori sono stati chiesti:

- Gli aspetti positivi del loro lavoro: *Quali sono i punti di forza del PCS?*
- Gli aspetti critici: *Quali sono i limiti del PCS?*
- I suggerimenti: *Quali miglioramenti proporresti?*

Tali domande sono state individualmente proposte dall'intervistatore al coordinatore, al gruppo completo degli operatori e alla tirocinante psicologa.

- ❖ *I punti di forza del PCS.* Ogni operatore ha esplicitato vari aspetti, che di seguito saranno indicati; ciò che emerge fortemente, in modo plebiscitario da tutte le risposte è sicuramente la **condivisione della prospettiva terapeutica che è alla base dell'intero intervento riabilitativo e che ricalca le convinzioni professionali e personali del Responsabile e degli Operatori (vedere 2 grafici precedenti).**

in sintesi, sono stati maggiormente evidenziati, con sfumature differenti:

- La compattezza, la capacità di confrontarsi, la disponibilità e la flessibilità del gruppo di lavoro;

- La competenza del Responsabile, la sua presenza costante e il continuo confronto tra lui e lo staff;
- La dedizione, la comprensione e il rispetto nel confronto degli utenti, condivisa in egual misura da tutti i componenti del gruppo di lavoro.
- ❖ Per quanto concerne i *limiti* invece, le risposte citate comprendono vari aspetti:
  - i limiti intrinseci dell'organizzazione del servizio (risorse);
  - l'isolamento e la poca integrazione con altri servizi;
  - l'eccessivo impegno dell'operatività, che penalizza altre dinamiche, quale quella relazionale e ricreativa;
  - alcuni dei punti di forza, che possono anche essere considerati aspetti di debolezza.

Questo l'elenco di tutte le risposte degli operatori:

| <b>Punti di forza del PCS citati dagli operatori</b>  | <b>Limiti del PCS citati dagli operatori</b>  |
|---|---|
| Il confronto continuo all'interno dello Staff e con il Responsabile                           | La scarsa integrazione con altri servizi dedicati   |
| La presenza di uno Staff e di un Responsabile che credono in questo lavoro                    | La dinamica per cui alcuni punti di forza, estremizzati, rischiano di diventare un limite (flessibilità, relazioni significative e condivisione con gli Utenti, la reperibilità loro rivolta, la loro libertà e autonomia, la bassa intensità di controllo) |
| La presenza costante dello psichiatra di riferimento  | L'esiguità delle risorse  |
| La professionalità del gruppo di lavoro   | La logica dell'appalto che limita l'integrazione  |
| La flessibilità oraria dello Staff  | Poche opzioni sia lavorative sia ricreative per gli utenti a causa della carenza di servizi dedicati sul territorio   |
| Il numero adeguato degli operatori  | Il rischio di cadere nell'assistenzialismo: <i>l'empowerment</i> non sempre dà risultati  |
| La flessibilità e l'adattabilità del servizio   | L'eccessivo impegno dell'operatività, che penalizza altre dinamiche, quale quella relazionale e ricreativa  |
| La capacità di cogliere i bisogni degli Utenti e quindi di non avere risposte preconfezionate | La confusione e la fatica che si possono creare non avendo modelli preconfezionati  |
| Poca invasività verso gli utenti  | L'invasività nei confronti degli utenti   |

|   |   |
|---|---|
| Il rispetto reciproco tra Operatore e Utente  | L'isolamento e la scarsa integrazione con altri servizi   |
| La libertà e l'autonomia concessa agli utenti che è alla base della filosofia dell'intervento | La scarsa visibilità del servizio   |
| La bassa intensità di controllo nell'azione riabilitativa                                     | La natura del servizio non lo rende un programma idoneo a casi di Doppia Diagnosi e/o di Utenti con passato di forte devianza |
| La possibilità di poter lavorare su pochi Utenti  |   |

- **Le proposte di miglioramento**

*I miglioramenti proposti.* Nei suggerimenti di miglioramento proposti, tornano più volte:

- La richiesta di maggiori risorse, economiche e di personale;
- Maggiori possibilità di confronto e integrazione, all'interno del gruppo di lavoro e verso altri servizi con cui si collabora;
- Un'attenzione superiore verso la complessità della vita degli utenti, in tutti gli aspetti possibili, (anche sul versante sanzionatorio, nel caso di eventuali ripetuti accordi disattesi e/o comportamenti non consoni allo spirito di rispetto reciproco che governa le interazioni tra operatori e fruitori del PCS).

Di seguito sono elencate tutte le proposte formulate: segnaliamo che le ultime due sono *state espresse in modo dubitativo dagli operatori* che le hanno citate; sono pertanto segnalate con un punto interrogativo in parentesi.

- ✓ Più personale (2 operatori);
- ✓ Più ore di lavoro per gli operatori;
- ✓ Più risorse, per incidere su una serie di limiti, e rendere il PCS replicabile;
- ✓ Formalizzare ulteriori momenti d'incontro fra il gruppo di lavoro;
- ✓ Supervisione (2 operatori);
- ✓ Rimborso per gli spostamenti;
- ✓ Maggiore possibilità di confronto con realtà simili, sia istituzionali sia non (aggiornamento/formazione) (3 operatori);
- ✓ Trovare, per casi estremi, formule sanzionatorie per chi non rispetta i propri doveri o gli accordi presi con l'équipe;

- ✓ Maggior integrazione con le risorse del territorio, meglio se strutturate (protocolli, convenzioni ecc ...) (2 operatori);
- ✓ Programmi che si occupassero maggiormente del tempo libero degli Utenti, sempre nel rispetto della loro autonomia;
- ✓ Maggior tempo da investire con gli Utenti non solo nel quotidiano e nelle emergenze ma anche per vacanze e attività collaterali (2 operatori);
- ✓ Trovare, per casi estremi, formule sanzionatorie per chi non rispetta i propri doveri o gli accordi presi con l'equipe;
- ✓ Maggiori strumenti di controllo, e se si rende necessario, l'allontanamento degli Utenti dal PCS (??);
- ✓ Diventare singoli referenti per i nostri utenti (??).

❖ *L'impatto sociale: i problemi insorti, i tentativi di mediazione dei conflitti e gli esempi di buon vicinato.*

Riteniamo l'impatto sociale una sezione molto importante per la valutazione complessiva del PCS: pertanto saranno prese in esame tutte le principali dinamiche relazionali, le interazioni della vita quotidiana che, nel corso degli anni, hanno coinvolto altre persone (vicini di casa, negozianti, gente che frequenta luoghi in comune, quali enti, biblioteche o altro, ecc ...) dando origine in alcune occasioni a conflitti con il gruppo degli utenti, con la successiva messa in atto di tentativi di mediazione da parte degli operatori dello staff e/o del Responsabile.

L'importanza che vogliamo attribuire a quest'aspetto è strettamente correlata alla filosofia che governa l'intero programma riabilitativo, ovvero che **cittadini portatori di un disagio mentale possano condurre, se pure supportati, una vita il più possibile autonoma, in una casa propria, tendendo a una normalità** che il pregiudizio nei confronti dei pazienti psichiatrici considera impossibile da perseguire.

Numerosi studi di diversa estrazione dimostrano come le persone normodotate si sentano al sicuro pensando che i malati di mente risiedano in luoghi di contenimento protetti, interpretando altresì il contenimento in struttura come una tutela per i malati stessi ma soprattutto per la collettività. In questo pensiero ristagna uno dei pregiudizi più radicati nei confronti del paziente psichiatrico, ovvero la sua presunta e intrinseca pericolosità sociale.

Senza assolutamente addentrarsi sul versante clinico e mantenendo l'interpretazione su di un profilo sociologico, sono stati analizzati di seguito gli avvenimenti e le interazioni più significative che hanno avuto come protagonisti alcuni utenti e varie persone che risiedono entro il territorio cittadino dal Gennaio 2006, periodo d'inizio del PCS, al maggio del 2010; nel riportare i vari



accadimenti, saranno considerati altresì i tentativi di mediazione proposti dagli operatori e le eventuali ricadute sociali, positive e negative, di breve e medio termine, che tali interazioni hanno causato.

- **Riepilogo degli eventi, conflittuali o semplici interazioni, generati dagli utenti del PCS con il coinvolgimento di terzi, da inizio programma a oggi (Gen '06/Mag '10).**

Dei 15 utenti complessivi, 6 (40%) hanno dato origine a eventi conflittuali; in totale gli episodi, di entità e gravità molto diverse tra loro, sono stati 18, di seguito elencati:

| <b>Evento conflittuale</b>  | <b>Soggetti coinvolti</b>                               | <b>Intervento</b>  | <b>Frequenza</b> |
|---|---|--|------------------|
| Stalking  | Amica   | Intervento educativo da parte dell'equipe e del Dott. Sorrentino | 1                |
| Comportamenti non consoni e disturbo alla quiete                                | Vicini di casa  | Mediazione da parte dell'equipe                                  | 5                |
| Dissidi sul posto di lavoro   | Collega   | Mediazione da parte dell'equipe                                  | 1                |
| Comportamenti non consoni e disturbo alla quiete derivanti da abuso di alcolici | Vicini di casa, esercizi commerciali                    | Mediazione da parte dell'equipe                                  | 2                |
| Mancata estinzione di debiti  | Esercizi commerciali, vicini di casa, Forze dell'Ordine | Mediazione da parte dell'equipe, risarcimento                    | 2                |
| Danneggiamento (involontario) dell'autovettura                                  | Vicini di casa  | Mediazione da parte dell'equipe, risarcimento                    | 1                |
| Danneggiamento di parti comuni dello stabile (scritte)                          | Inquilini   | Mediazione da parte dell'equipe e del Dott. Sorrentino           | 2                |
| Danneggiamento di parti private dello stabile                                   | Inquilini   | Mediazione da parte dell'equipe, risarcimento                    | 1                |
| Sospetti di comportamenti delinquenti (spaccio/ prostituzione) e tossicomani    | Inquilini, vicini di casa                               | Mediazione da parte dell'equipe e del Dott. Sorrentino           | 1                |
| Disturbo alla quiete causato da dissidi con il convivente                       | Inquilini, vicini di casa, Forze dell'Ordine            | Mediazione da parte dell'equipe                                  | 2                |

Dei 18 episodi complessivi, 12 (66,6%) NON hanno avuto alcun tipo di ripercussione nel lungo periodo, mentre 6 episodi hanno originato effetti negativi a breve termine, poi risolti o rientrati.

Solo in 1 caso, gli eventi causati dall'utente hanno portato alla creazione di una forte opposizione tra gli inquilini residenti nello stesso isolato, finalizzata a impedire il rientro dell'utente presso la sua abitazione; la situazione è tuttora in divenire e si stanno predisponendo ulteriori processi di mediazione.

- **Eventi accidentali subiti dagli utenti del PCS, con il coinvolgimento di terzi.**

Nel corso degli anni, vi sono stati anche 5 episodi, che hanno coinvolto 4 utenti:

| <b>Evento accidentale</b>   | <b>Soggetti coinvolti</b><br><b>Che in tutti i casi si sono rivolti all'operatore reperibile</b>    |
|---|---|
| Caduta dal balcone di casa  | Vicini di casa, inquilini per richiesta d'intervento dei Servizi Sanitari                           |
| Problemi di salute  | Vicini di casa, inquilini per richiesta d'intervento dei Servizi Sanitari                           |
| Problemi di origine psichiatrica  | Vicini di casa, inquilini per richiesta d'intervento dei Servizi Sanitari e delle Forze dell'Ordine |
| Richiesta intervento Forze dell'Ordine per erronea percezione dell'utente | Corpo dei Carabinieri   |

Nessuno di questi accadimenti ha avuto ripercussioni o effetti negativi né a breve né a lungo termine.

A completamento del quadro relativo all'impatto sociale, citiamo gli eventi, dall'inizio del PCS a oggi, in cui sono stati coinvolti utenti del PCS che hanno originato interventi delle Forze dell'Ordine: delle 15 persone, 2 hanno subito, se pur lievi coinvolgimenti:

- 1 per atti osceni in luogo pubblico;
- 1 per possesso di sostanze stupefacenti e tentato furto.

Un terzo caso, relativo a un utente che vagava in stato confusionale, è rientrato poiché tale stato derivava da accertata patologia neurologica.

Infine, sono stati 2 gli utenti vittime di reato:

- 1 vittima di furto (del portafoglio, gettato nelle vicinanze e successivamente ritrovato con i documenti);
- 1 vittima di un (presunto, mai accertato) abuso sessuale.

Rispetto alla pericolosità sociale da un lato e alla vulnerabilità sociale dall'altro questi episodi, questi pochi episodi, avvenuti in un arco temporale di circa quattro anni e mezzo, confermano sia l'idonea selezione e riabilitazione degli utenti sia i dati più generali sulla popolazione psichiatrica che evidenziano una bassissima relazione tra malattia mentale e antisocialità auto-etero diretta.

- **Rapporti di buon vicinato e collaborazioni di terzi con gli utenti del PCS.**

Ricordiamo infine che, una volta completata la fase di radicamento sul territorio e di riconoscimento degli utenti e degli operatori, si contano anche rapporti di buon vicinato, collaborazioni e particolari attenzioni dei vicini e dei negozianti limitrofi nei confronti di alcuni utenti del PCS: sono state molte le persone in qualche modo aiutate, o soggette a qualche attenzione da parte di abitanti o commercianti del quartiere.

A titolo di esempio:

- ✓ Offerta di un vicino di prendersi cura del cane, durante un periodo di degenza ospedaliera dell'utente;
- ✓ Disponibilità di una negoziante a portare la spesa al domicilio di un utente nel periodo di convalescenza post ospedaliera della stessa;
- ✓ Richiesta d'informazioni agli operatori da parte di alcuni dei vicini, a seguito di un periodo di assenza da casa di diversi utenti (più episodi);
- ✓ Coinvolgimento degli utenti nelle decisioni da prendere come condominio;
- ✓ Partecipazione a una festa di cortile di alcuni utenti ben accetti ai vicini;
- ✓ Diversi negozianti della zona hanno più volte mostrato interesse per la salute, oltre che simpatia e disponibilità, nei confronti di diversi utenti.

Spesso queste buone prassi di vicinato sono scaturite proprio a seguito di eventi conflittuali, grazie alla mediazione dell'equipe e alla volontà di comprensione dei soggetti coinvolti. Se con alcuni vicini si è stabilito da subito un buon rapporto, iniziato agli esordi del PCS con un rassicurante presentarsi degli operatori a chiunque venisse incontrato nei cortili e negli androni di condominio<sup>46</sup>, con altri il rapporto è restato assente, o educato ma formale.

---

<sup>46</sup> Per eventuali approfondimenti sul tema, si veda il capitolo dedicato all'organizzazione del servizio, da pag. 10.

In conclusione, è possibile affermare che gli utenti di tutti gli alloggi inseriti nel PCS hanno un rapporto con i propri vicini simile a quello di qualsiasi altro cittadino: con alcuni di essi si è instaurata una relazione quotidiana piacevole, in cui possono avvenire scambi di cortesie reciproche e aiuti in caso di necessità mentre con altri sono subentrate normali antipatie o indifferenza.

### **Conclusioni**

Il presupposto che governa il PCS è il rispetto per le persone e per la loro autonomia. Tale aspetto può essere considerato l'elemento caratterizzante dell'intero programma riabilitativo e viene declinato quotidianamente attraverso le attività e le interazioni che gli operatori svolgono nel loro lavoro di supporto con gli ospiti.

Attraverso la ricerca si è cercato di analizzare il Programma a diversi livelli e da differenti prospettive; le conclusioni possono essere sintetizzate come segue:

- ❖ Le persone inserite nel PCS, indipendentemente dalla gravità della loro condizione psichiatrica, che pure aveva causato precedenti ricoveri e sistemazioni in strutture protette, sono estremamente motivate al mantenimento della loro attuale situazione abitativa autonoma, di cui sono soddisfatti in termini di qualità della vita.
- ❖ Gli utenti considerano in modo positivo, come importante risorsa, lo specialista e lo staff di operatori, con i quali si è sviluppata una relazione significativa non solo formale, ma con un'importante componente emotiva, empatica.
- ❖ Mediamente, le condizioni di salute, generali e specifiche, delle persone, sono migliorate nel corso degli anni di permanenza nel PCS; se pure non sono mancati gli episodi di crisi ed emergenziali, complessivamente quest'aspetto ha evidenziato miglioramenti.
- ❖ I familiari, dove presenti, valutano positivamente le condizioni psico – fisiche – sociali dei loro congiunti inseriti nel PCS; in alcuni casi specifici sono stati riallacciati rapporti precedentemente interrotti e si è ristabilita una relazione.
- ❖ Vivere in autonomia, in un dato territorio, in un quartiere, rende cruciale l'aspetto dell'impatto sociale di tale programma. Analizzando in profondità tutti gli episodi conflittuali che hanno coinvolto alcuni utenti nell'interazione con vicini di casa, commercianti, Forze dell'Ordine, non sono emerse situazioni di estrema gravità; per contro, non mancano esempi di buon vicinato e di collaborazione reciproca tra le persone, che costituiscono ulteriori tasselli nel quotidiano degli utenti.

- ❖ Gli operatori, che condividono pienamente filosofia e metodologia d'intervento sia all'interno dell'equipe che con lo specialista, sono motivati a declinare, negli interventi quotidiani, i valori e gli assunti scientifici dell'intero programma. Tentano altresì di costruire fattive collaborazioni con le altre agenzie dedicate presenti sul territorio cittadino.
- ❖ Se pure inevitabilmente sono segnalati alcuni limiti del programma, in particolare relativi all'esiguità di risorse disponibili e al livello non ottimale di confronto e collaborazione con altri servizi e agenzie della *rete*, lo staff al completo definisce *gratificante* (se pure *faticoso*) il proprio lavoro.

Possiamo pertanto concludere che il PCS svolge efficacemente le proprie attività, gli ospiti sono soddisfatti della qualità della loro vita e gli operatori hanno saputo creare interazioni e relazioni che vanno aldilà della semplice formalità del servizio, emotivamente significative.

*Tutto ciò con costi notevolmente inferiori a qualsiasi altro percorso verso cui i pazienti psichiatrici possono essere inviati dagli operatori loro referenti.*

*Sarebbe sicuramente auspicabile l'implementazione di tali Programmi riabilitativi replicandoli, con le dovute e opportune contestualizzazioni, sull'intero territorio nazionale.*

