



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

4 Un affettuoso saluto al Direttore Alberto Giannelli di Percudani M. e Clerici M.

5 Nuovi bisogni e nuovi Servizi per la salute mentale di Percudani M. e Clerici M.

PARERI

9 Risposta all'articolo di Amatulli A., in *Psichiatria Oggi* Anno XXXIII n. 1 di Pellegrini P.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 La paura dell'altro, o la follia dell'intimità
Distanza personale e distanziamento sociale.
di Rabboni M.

21 Il TSO medico al tempo della Pandemia CoViD-19
di Ceglie R.

27 Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?
Uno studio sugli esiti del Progetto Bet della Cooperativa Filo di Arianna (2009-2019)
di Dudek C., Casorati A., Corti D., Corti M., Ferrari Treccate J., Laurenzano E., Seregni A., Spinelli S. e Carozzi A.

37 Melanconia in tempo di CoViD-19
Attualità della lezione di H. Tellenbach di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G. e Miragoli P.

42 Sviluppo e validazione di "AMBRA", uno strumento di valutazione della prestazione degli operatori
di Rapisarda F., D'Avanzo B., Polizzi M., Boccia F., Gala V., Marinkovic I., Massarotto F., Noris J., Todisco A. e Erlicher A.

56 COVID-19 e salute mentale
Una guida "evidence-based" sulla telepsichiatria
di Zangani C., Giordano B., Bonora S., Stein H., Demartini B., Smith K., Ostinelli E., Gambini O., Cerveri G., Cibra C., Poli V., Sacchi P., Macdonald O., Cipriani A. e D'Agostino A.

67 Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD
di Zita G. e Migliarese G.

PSICHIATRIA FORENSE

71 Quando si verifica il suicidio di un paziente in ospedale come si possono individuare i limiti della responsabilità, ai fini risarcitori, dei sanitari
di Mantovani R.

POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO

74 Proposte per una riorganizzazione dell'attività Territoriale in Salute Mentale in Lombardia

82 Le equipe per il trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

87 Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico Lombardo

96 La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche e comportamentali

101 Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

104 La posizione della Società Scientifica sul tema Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

110 Commenti da altre società scientifiche

Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?

*Uno studio sugli esiti del Progetto Bet
della Cooperativa Filo di Arianna
(2009-2019)*

Dudek Casimiro, Casorati Alice**, Corti Diego°,
Corti Maurizio^, Ferrari Treccate Jacopo°,
Laurenzano Erika**, Seregni Alfredo**,
Spinelli Stefano°, Carozzi Alessandro†*

INTRODUZIONE

La Residenzialità Leggera (RL) si inserisce nell' articolato e ricco panorama dei servizi per la salute mentale della psichiatria contemporanea italiana e lombarda come un intervento di cura che ruota attorno al tema di un "abitare terapeutico", di un "abitare per la cura" (Rabboni, 2007, p. 4). E non può essere diversamente se teniamo conto che "l'abitare ha caratterizzato (sempre) la storia delle cure per chi soffre di disagi mentali" e che anche "la storia della psichiatria italiana attraversa un percorso di case, più o meno chiuse, più o meno isolate, spesso vigilate" (Goglio, 2004, p. 109).

Negli ultimi anni sono comparsi alcuni studi, a dire il vero non molti, dedicati a questa nuova forma dell'intervento in psichiatria in Lombardia. Si tratta prevalentemente dei testi che analizzano la Residenzialità Leggera dal punto di vista generale e qualitativo. Possiamo trovare, per esempio, la descrizione del modello della residenzialità psichiatrica che viene attuato attraverso i programmi RL (Cerati, 2013; Percudani, 2015) oppure l'analisi della Residenzialità Leggera nella prospettiva organizzativa attuata in Provincia di Lecco (Gatti, 2015). È da menzionare il libro che descrive la Residenzialità Leggera come luogo elettivo dove si "educa leggermente" (Brambilla, 2010) e lo studio che analizza RL come una nuova forma del gruppo nella psichiatria contemporanea (Di Lello, 2015). L'unico studio, a nostra conoscenza, che,

accanto all'aspetto qualitativo, esamina anche l'aspetto quantitativo, è stato fatto nel 2013 (Di Lello, 2013) e riguarda i programmi RL attuati in due Dipartimenti di Salute Mentale a Milano in collaborazione con alcune realtà del terzo settore, tra cui la Cooperativa Filo di Arianna.

Il presente lavoro vuole presentare gli esiti del Progetto Bet che include tutti i programmi di Residenzialità Leggera gestiti dalla Cooperativa Filo di Arianna. L'arco temporale è decennale e va dal 2009, ossia l'anno dell'attivazione dei primi appartamenti, fino al 2019. La domanda principale che ha guidato il lavoro dell'équipe nella raccolta e nell'analisi dei dati è la seguente: *la Residenzialità Leggera funziona?* In altre parole: abitare in un appartamento RL è terapeutico? Comporta, almeno per alcuni pazienti, un passaggio evolutivo dal circuito psichiatrico verso casa propria? I dati emersi che presentiamo in questo studio permettono non solo di dare una risposta positiva a questa domanda, ma di capire, grazie all'analisi di alcune caratteristiche quali sesso, età, diagnosi clinica, durata del percorso, presenza di una rete sociale, *per quali pazienti* l'esperienza nel Progetto Bet ha dato i risultati migliori.

LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA IN LOMBARDIA

La Residenzialità Leggera nasce in Lombardia come una risposta innovativa e necessaria al "bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con un grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti" (2, p.180) offrendo loro, nella continuità di cura, una prospettiva abitativa autonoma.

Il primo accenno a questo tipo di trattamento residenziale in psichiatria lo troviamo nel Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 che identifica tre principali aree funzionali dei programmi individuali di cura: Area Riabilitativa, Area Assistenziale, Area Sociale. La Residenzialità Leggera si richiama infatti all'Area Sociale che comprende i programmi individuali di trattamento

che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata. Successivamente, con la DGR VIII/4221 del 28 febbraio 2007, viene identificata e descritta nel dettaglio l'area di intervento della Residenzialità Leggera e, con la DGR VIII/7861 del 30 luglio 2008, vengono definiti i criteri e i requisiti autorizzativi minimi (organizzativi e strutturali), necessari per lo svolgimento dei percorsi in Residenzialità Leggera.

Per Residenzialità Leggera si intende, quindi, l'insieme di programmi sanitari individuali che, per essere attuati, richiedono l'appoggio di una soluzione abitativa adeguata e di una procedura autorizzativa da parte dell'ATS di competenza, per consentire ai pazienti psichiatrici adulti, clinicamente stabilizzati, il completamento del percorso riabilitativo ideale possibile. Tali interventi possono essere garantiti solamente da soggetti accreditati e contrattati per attività di psichiatria, come è il caso della Cooperativa Filo di Arianna, promotrice del Progetto Bet. La richiesta dell'attivazione di un programma di Residenzialità Leggera può venire solamente da parte del Centro Psicosociale di competenza che mantiene, per tutta la durata della permanenza in appartamento, la titolarità del progetto individuale di cura del paziente.

Gli appartamenti di Residenzialità Leggera sono equiparati alle abitazioni civili, con un massimo di 5 utenti per unità abitativa e un massimo di 10 utenti per stabile, al fine di favorire un processo di inclusione sociale. In questi alloggi vengono accolti pazienti con un buon compenso clinico, ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali questa modalità di residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Sono da sottolineare due criteri su cui si basa l'attuazione dei programmi di RL, ossia la *flessibilità* e la *territorialità*. La Residenzialità Leggera garantisce la flessibilità sia sulla tipologia degli utenti sia sui tempi di permanenza. Possono essere accolti tre tipologie di

pazienti: 1) persone che hanno già intrapreso un percorso riabilitativo e lo devono terminare; 2) persone giovani, per i quali è indicato un tipo di intervento precoce e calibrato, evitando l'ingresso in comunità e quindi un processo più istituzionalizzante; 3) persone ad uno stadio di cronicità tale per cui è indicata un'attività riabilitativa a bassa intensità. Lo stesso approccio flessibile si nota nei tempi di accoglienza che vanno dalla breve temporaneità a quella della vita. Infatti, la durata dei percorsi di Residenzialità Leggera, essendo strettamente legata ai progetti individuali, può essere a medio-breve termine, ma anche lunga o addirittura definitiva per utenti con particolari complessità cliniche e sociali. Inoltre la Residenzialità Leggera si colloca come una realtà intermedia e di confine tra residenzialità e territorialità, tra l'abitare comunitario e l'autonomia abitativa, tra l'essere strumento per la continuità della cura e il progetto d'integrazione territoriale. La compresenza di competenze e di interventi sanitari (riabilitativi) e sociali (legati ai ritmi della casa e del territorio di appartenenza), contrasta il processo di istituzionalizzazione e di cronicizzazione delle persone.

PROGETTO BET

Il Progetto Bet è stato promosso dalla Cooperativa Filo di Arianna al fine di offrire accoglienza nei propri alloggi alle persone con disagio psichico. Nel 2009 la Cooperativa ha ottenuto dall'allora ASL Città di Milano l'autorizzazione per attivare 13 programmi di Residenzialità Leggera da svolgere in quattro appartamenti (Casa Vite, Casa Cedro, Casa Mandorlo, Casa Ginepro). La scelta di aprirsi all'impegno in Residenzialità Leggera è nata grazie alla pluriennale esperienza che la Cooperativa poteva vantare nell'ambito dell'assistenza psichiatrica e particolarmente nella gestione di tre comunità psichiatriche a Milano. A seguito dei risultati positivi ottenuti nel lavoro con i pazienti inseriti negli alloggi RL, la Cooperativa ha deciso di ampliare il Progetto Bet e nel 2011 sono stati autorizzati ulteriori 9 programmi di Residenzialità Leggera da attivare in altri due alloggi (Casa Betulla e Casa Sequoia). Infine

nel 2014 l'ATS Milano Città Metropolitana ha autorizzato un altro appartamento con 4 programmi RL (Casa del Tè). Allo stato attuale il Progetto Bet conta 7 appartamenti di Residenzialità Leggera (sei ubicati a Milano e uno a Cinesello Balsamo) con 26 posti letto autorizzati per svolgere altrettanti programmi di Residenzialità Leggera.

La finalità e gli obiettivi del Progetto Bet rispecchiano in pieno le linee guida e le indicazioni inserite nella normativa vigente riguardante la Residenzialità Leggera delineata nel paragrafo precedente: favorire un miglioramento della qualità di vita della persona proponendosi sia come luogo di promozione dell'autonomia sia come luogo di cura e di protezione. Nello specifico il lavoro dell'équipe si pone numerosi obiettivi: raggiungere un livello di autonomia complessivamente sufficiente affinché i pazienti possano condurre una vita soddisfacente nelle sue diverse dimensioni (personale, relazionale, lavorativa); raggiungere l'autonomia abitativa; migliorare e mantenere le abilità individuali, come ad esempio programmare la propria giornata, gestire i momenti di difficoltà e di crisi, anche attraverso la capacità di chiedere aiuto, gestire i momenti di solitudine e il tempo libero, gestire il denaro; migliorare e mantenere le abilità domestiche (cura della propria igiene e del proprio abbigliamento, cura degli spazi, saper cucinare e fare la spesa); migliorare e mantenere le abilità relazionali e sociali (saper stare con gli altri, avere i comportamenti adeguati nei contesti sociali, saper collaborare, saper condividere il tempo e gli spazi con gli altri); favorire l'autogestione della terapia; migliorare la gestione di emergenze/urgenze di tipo sanitario, domestico, relazionale; avviare, dove possibile e in collaborazione con gli enti preposti, percorsi lavorativi e/o occupazionali; ottenere un re-inserimento sociale, possibilmente nel proprio territorio di provenienza.

Gli interventi quotidiani guidati da questi obiettivi sono di assoluta importanza nell'ottica di una futura vita in autonomia nella propria abitazione. L'équipe, composta principalmente da educatori professionali e operatori socio-sanitari, si avvale dell'affiancamento e della collaborazione di figure volontarie che possono garantire

un impegno anche minimo, ma stabile e continuativo nel tempo. Inoltre all'interno del Progetto Bet è possibile usufruire di colloqui con psicologi-psicoterapeuti, se pure non previsti dai requisiti minimi di autorizzazione. Grazie alla collaborazione con alcune Scuole di Specializzazione in Psicoterapia è stato possibile inserire in maniera stabile nell'équipe RL queste figure professionali a partire dal 2014 per offrire ai pazienti uno spazio di elaborazione dei vissuti personali emersi nel corso della permanenza nel Progetto.

RISULTATI ED ANALISI DEI DATI

Nei primi dieci anni dell'esistenza del Progetto Bet, cioè dal 2009 al 2019, sono stati accolti 62 pazienti negli appartamenti di Residenzialità Leggera.

I dati raccolti sono stati analizzati in funzione della situazione abitativa dei singoli pazienti al momento dell'ingresso nel Progetto e al momento della loro uscita, ossia la *provenienza* e la *destinazione*: struttura psichiatrica, abitazione, altro (strada, dormitorio, carcere, strutture di accoglienza non psichiatriche).

Tab. 1 – La provenienza dei pazienti all'ingresso in RL

Provenienza		
	N°	%
Casa	12	19,5%
Struttura	38	61%
Altro	12	19,5%
Totale	62	100%

Tab. 2 – La destinazione dei pazienti al momento delle dimissioni da RL

Destinazione		
	N°	%
Casa	39	63%
Struttura	15	24%
Altro	8	19,5%
Totale	62	100%

Il dato generale più importante che emerge dal confronto tra la provenienza e la destinazione dei pazienti (Tab. 1 e Tab. 2) è che a fronte del circa 20% di chi arriva in RL da casa, alla conclusione del percorso il numero di pazienti con destinazione casa è tre volte più alto, ossia più del 60%.

Di seguito saranno presi in considerazione gli aspetti legati a genere, età, patologia, durata del percorso, rete sociale, e saranno messi in correlazione con la provenienza e la destinazione.

GENERE

Nei 10 anni del Progetto Bet sono state accolte 62 persone, di cui 41 uomini (66%) e 21 donne (34%). La presenza maschile è due volte maggiore rispetto a quella femminile.

Tab. 3 Provenienza dei pazienti maschi e femmine

	Provenienza			
	Maschi		Femmine	
	N°	%	N°	%
Casa	4	10%	8	38%
Struttura	27	66%	11	52%
Altro	10	24%	2	10%

Per quanto riguarda la *provenienza* (Tab. 3), complessivamente sono più i maschi rispetto alle femmine che arrivano dalle strutture psichiatriche, rispettivamente il 66% e il 52%. Per contro, quasi il 40% delle donne arriva da casa, rispetto al 10% degli uomini. Un dato interessante è che molti uomini (24%) provengono da altri luoghi (strada, dormitori, carcere).

Un'analisi più dettagliata ci permette, adesso, di osservare in quale modo il luogo di provenienza (struttura, casa) si correla con la destinazione. Non sarà analizzato il dato di provenienza da altri luoghi in quanto poco significativo.

I programmi di RL risultano efficaci sia per i maschi sia per le femmine che arrivano dalle strutture psichia-

triche: rispettivamente il 60% e il 55% di chi arriva da una struttura psichiatrica trova come destinazione la casa (Tab. 4).

Tab. 4 La correlazione tra provenienza da Struttura e destinazione

Provenienza struttura psichiatrica	Destinazione			
	N°	Casa	Struttura	Altro
Maschi	27	16 (60%)	9 (33%)	2 (7%)
Femmine	11	6 (55%)	4 (36%)	1 (9%)

Un dato interessante riguarda le persone, sia maschi che femmine, che arrivano da casa e ci ritornano dopo la conclusione del percorso in RL. Infatti quasi tutti quelli che provengono da casa hanno come destinazione casa: ossia 11 su 12 (Tab. 5).

Tab. 5 La correlazione tra provenienza da Casa e destinazione

Provenienza Casa	Destinazione			
	N°	Casa	Struttura	Altro
Maschi	4	4 (100%)	0	0
Femmine	8	7 (88%)	1 (12%)	0

Analizzando la *destinazione* dei pazienti dopo la conclusione del percorso in RL, il 66% degli uomini si trasferisce in casa, il 22% in una struttura psichiatrica e il 12% in altri luoghi. Per le donne le percentuali sono più o meno uguali (Tab. 6).

Tab. 6 Provenienza dei pazienti maschi e femmine

	Destinazione			
	Maschi		Femmine	
	N°	%	N°	%
Casa	27	66%	13	62%
Struttura	9	22%	5	24%
Altro	5	12%	3	14%

Le differenze tra i maschi e le femmine si evidenziano quando si analizzano in dettaglio i luoghi di provenienza

delle persone che alla conclusione del progetto sono andate a casa. Per i maschi, dei 27 pazienti con destinazione casa, quasi due terzi (62%) provenivano da una struttura psichiatrica e solo il 19% da casa. Per le femmine, invece, più della metà proveniva da casa e quasi il 40% da una struttura (Tab. 7).

Tab. 7 La correlazione tra destinazione Casa e luoghi di provenienza

Destinazione Casa	Provenienza			
	N°	Casa	Struttura	Altro
Maschi	27	5 (19%)	17 (62%)	5 (19%)
Femmine	13	7 (54%)	5 (38%)	1 (8%)

Una sostanziale stabilità senza evoluzione dal punto di vista abitativo si riscontra nelle persone che alla conclusione della loro permanenza nel Progetto Bet hanno come destinazione una struttura psichiatrica o altro: quasi tutti i maschi (9 su 10) e quasi tutte le donne (4 su 5) con destinazione struttura provenivano da una struttura psichiatrica. Solo una persona su 15 proveniva da casa (Tab. 8).

Tab. 8 La correlazione tra destinazione Struttura e luoghi di provenienza

Destinazione Struttura	Provenienza			
	N°	Casa	Struttura	Altro
Maschi	10	0	9 (90%)	5 (19%)
Femmine	5	1 (20%)	4 (80%)	0

Analogamente su 8 persone con destinazione Altro solo una persona arrivava da casa (Tab. 9).

Tab. 9 La correlazione tra destinazione Altro e luoghi di provenienza

Destinazione Altro	Provenienza			
	N°	Casa	Struttura	Altro
Maschi	5	0	2	3
Femmine	3	1	1	1

Complessivamente, quindi, su 23 pazienti che alla conclusione del percorso di RL hanno avuto una destinazione diversa da casa (15 Struttura e 8 Altro), solo 2

pazienti hanno fatto un percorso involutivo dal punto di vista abitativo.

ETÀ

L'età media dei pazienti, che sono stati accolti nel Progetto Bet negli anni 2009–2019, è stata di 42 anni. Per analizzare meglio l'aspetto legato all'età sono stati creati cinque sotto gruppi:

1. gruppo 1 (< 25 anni)
2. gruppo 2 (da 26 a 35 anni)
3. gruppo 3 (da 36 a 45 anni)
4. gruppo 4 (da 46 a 55 anni)
5. gruppo 5 (> 55 anni)

Tab. 10 Fasce età dei pazienti

Fascia età	N° pazienti	% pazienti
<25 anni	4	6%
da 26 a 35 anni	15	24%
da 36 a 45 anni	19	31%
da 46 a 55 anni	15	24%
>55 anni	9	15%

Dalla Tab. 10 si vede chiaramente che i pazienti accolti nel Progetto Bet appartengono a tutte le fasce di età. Tuttavia la maggior parte dei pazienti (quasi 80%) si colloca nella fascia di età tra 26 e 55 anni con il numero assoluto più grande nella fascia tra i 36 e i 45 anni (31%).

È interessante mettere a confronto i gruppi di età, da un lato, e la provenienza Struttura e la destinazione Casa, dall'altro (Tab. 11). Non vengono presi in considerazione i pazienti più giovani (<25 anni) per il numero esiguo.

Tab. 11 La correlazione fasce età con provenienza Struttura e destinazione Casa

Fascia età	Provenienza struttura	Destinazione casa
da 26 a 35 anni	66%	47%
da 36 a 45 anni	61%	27%
da 46 a 55 anni	58%	61%
>55 anni	67%	67%

Emergono due dati importanti. Il primo è che le percentuali più alte di rientro a casa appaiono nelle fasce di età più adulte. Il secondo aspetto da sottolineare è che complessivamente il percorso in RL ha avuto un effetto anticronicizzante su pazienti con lunga storia di malattia evitando che queste persone restassero tutta la vita in comunità. L'eccezione è costituita dalla fascia di età 36-45 anni dove quasi 40% dei pazienti arriva da una struttura psichiatrica e ci ritorna.

DURATA

Per quanto riguarda la durata del percorso in Residenzialità Leggera emerge che il periodo di permanenza media è stato di 22 mesi. Per analizzare meglio questo dato si suddividono i periodi di durata in tre fasce: breve (fino a 24 mesi, ossia <2 anni), media (da 24 a 48 mesi, ossia da 2 a 4 anni), lunga (oltre 48 mesi, ossia >4 anni). Emerge che la maggior parte dei pazienti (68%) è rimasta nel Progetto Bet meno di due anni, e il 20% ha avuto una permanenza da 2 a 4 anni (Tab. 12). Complessivamente, quindi, quasi il 90% dei pazienti ha concluso il proprio percorso all'interno del Progetto Bet entro 4 anni dall'inserimento.

Tab. 12 La durata dei percorsi in RL

Durata permanenza	N° pazienti	% pazienti
< 24 mesi	42	68 %
24 – 48 mesi	12	20%
> 48 mesi	8	12%

Per ogni fascia di età viene analizzato il dato durata in relazione alla provenienza e alla destinazione dei pazienti, al fine di verificare la correlazione tra la durata dei percorsi e l'esito dei programmi di residenzialità leggera.

Tab. 13 La correlazione Permanenza <24 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (42)	% pazienti
Struttura -> casa	15	35%
Struttura ->struttura	11	25%
Casa->casa	7	18%
Casa->struttura	1	3%
Casa->altro	1	3%
Altro->struttura	1	3%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

Per i pazienti il cui percorso nel Progetto Bet ha avuto una durata fino a 2 anni, il 60% ha come destinazione casa. Si osserva che quasi il 40% dei pazienti ha fatto un percorso evolutivo rispetto alla provenienza da una struttura psichiatrica o da altri luoghi di accoglienza non psichiatrici (Tab. 13).

Tab. 14 La correlazione Permanenza 24-48 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (12)	% pazienti
Struttura -> casa	7	58%
Struttura ->struttura	1	8%
Casa->casa	1	8%
Struttura->altro	1	8%
Altro-> casa	2	18%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

Anche nella fascia di durata dei percorsi in RL che va da 2 a 4 anni, nella maggior parte dei percorsi dei pazienti (76%) si nota una chiara evoluzione dal punto di vista abitativo con la provenienza da una struttura (psichiatrica e non) e la destinazione verso una casa.

Tab. 15 La correlazione Permanenza >48 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (8)	% pazienti
Struttura -> casa	1	12%
Struttura ->struttura	3	38%
Casa->casa	3	38%
Casa->struttura	1	12%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

La situazione cambio nel terzo gruppo. Si nota infatti che oltre i 4 anni il percorso in RL non mostra un'evoluzione ulteriore nella vita dei pazienti, in quanto in quasi tutti i casi provenienza e destinazione non variano.

PATOLOGIA

Per quanto riguarda la patologia, il campione è stato diviso in quattro gruppi dal punto di vista della diagnosi psichiatrica all'ingresso in RL seguendo la codificazione dell'ICD10: F2 (schizofrenia, sindrome schizotipica e delirante), F3 (sindromi affettive), F6 (disturbi di personalità), Altro (sindrome di alterato sviluppo psicologico, sindromi con esordio nell'infanzia e disturbo psichico non specifico, sindromi nevrotiche).

Tab. 16 Diagnosi pazienti RL

Diagnosi ICD10	N° pazienti	% pazienti
F2	26	42%
F3	8	13%
F6	20	32%
Altro	8	13%
Altro->altro	4	10%

La maggior parte dei pazienti arriva in RL con la diagnosi di schizofrenia e disturbo di personalità.

Si analizza la correlazione fra la diagnosi dei tre gruppi prevalenti (F2, F3, F6), da un lato, e la provenienza e la destinazione, dall'altro (Tab. 17).

Tab. 17 La correlazione tra Diagnosi e Provenienza - Destinazione (le percentuali si riferiscono al totale pazienti per una certa diagnosi)

	F2	F3	F6
Provenienza struttura	83%	25%	44%
Provenienza casa	13%	38%	33%
Destinazione struttura	42%	25%	22%
Destinazione casa	54%	63%	67%

Emerge che il percorso in RL risulta maggiormente evolutivo per i pazienti con disturbi di personalità. Per i pazienti con la diagnosi di schizofrenia l'iter evolutivo è meno accentuato, in quanto molti pazienti arrivano da una struttura psichiatrica e ci ritornano.

I dati diventano ancora più interessanti se nell'analisi della variabile della patologia differenziamo la popolazione maschile da quella femminile (Tab. 18).

Tab. 18 La correlazione tra diagnosi e maschi/femmine

Diagnosi ICD10	N° maschi	% maschi (su totale)	N° femmine	% femmine (su totale patologia)
F2	21	81%	5	19%
F3	4	50%	3	50%
F6	10	48%	11	52%
Altro	6	67%	2	33%

Si può notare che, dal punto di vista della diagnosi, nella popolazione maschile prevale la schizofrenia, invece tra le femmine i disturbi di personalità e i disturbi affettivi. Questo dato mette in evidenza la necessità di mettere in atto, specialmente con le donne, un percorso di tipo diverso rispetto al tradizionale approccio riabilitativo, privilegiando l'ambito relazionale.

RETE SOCIALE

Un'altra variabile considerata dal nostro studio fa riferimento alla *rete sociale* (familiare e non) a supporto del paziente coinvolto nel progetto di RL. Anche in questo caso si è scelto di mettere in relazione tale variabile con

l'esito (out come) del progetto, ovvero con la destinazione successiva alle dimissioni del paziente (casa, struttura, altro).

Si ipotizza che la presenza di una rete sociale possa favorire un migliore outcome, ovvero che la maggior parte degli ospiti che dispongano di un supporto significativo da familiari, amici o altri, mantenesse o migliorasse l'income (la provenienza all'ingresso in RL) alla fine del loro progetto.

La variabile Rete sociale è definita in due livelli: 1-Presente; 2-Assente (Tab. 19).

Tab. 19 La presenza e l'assenza della rete sociale

Rete sociale	N° pazienti	% pazienti
1-Presente	49	79%
2-Assente	13	21%

La grande maggioranza di chi è coinvolto nel progetto di RL dispone di una qualche forma di supporto/rete sociale (79%), mentre per una parte minoritaria di soggetti (21%) si è verificata l'assenza di una qualsiasi rete sociale a supporto. Questo dato suggerisce che, tendenzialmente, chi approda ai progetti di RL beneficia di una qualche forma di supporto sociale.

Si analizza ora la correlazione tra questa variabile con la destinazione (Tab. 20 e Tab. 21).

Tab. 20 La correlazione Rete sociale Presente con la destinazione

Destinazione	N° pazienti (49)	% pazienti
Casa	31	64%
Struttura	12	24%
Altro	6	12%

Tab. 21 La correlazione Rete sociale Assente con la destinazione

Destinazione	N° pazienti (13)	% pazienti
Casa	4	31%
Struttura	6	46%
Altro	3	23%

Il primo dato da evidenziare è come la maggior parte (64%) di coloro che hanno beneficiato di una rete sociale nel corso della permanenza in RL, presenti un outcome positivo (destinazione Casa). Un secondo dato interessante fa riferimento al gruppo di coloro che non hanno beneficiato di alcuna rete sociale mentre ospitati in RL: se confrontiamo la destinazione di questi soggetti dopo la permanenza in RL, vediamo come la maggior parte di loro (69%) presenti un outcome peggiore (destinazione Struttura – 46% e Altro – 23%).

DISCUSSIONE

Il dato generale più rilevante è che il numero di pazienti che al termine del percorso di RL hanno la casa come destinazione è tre volte maggiore di quello dei pazienti che arrivano in RL da casa.

Per i maschi, in maggior numero provenienti da strutture psichiatriche, l'efficacia del progetto di RL permette ai pazienti di compiere un passo evolutivo verso l'autonomia abitativa, incentrando gli interventi di tipo riabilitativo sulle abilità di base e su quelle più complesse (cura della casa, cucina, gestione del denaro).

Per la popolazione femminile, invece, in prevalenza proveniente da casa, la permanenza in residenzialità leggera non segue l'iter "tradizionale" dei percorsi dei pazienti psichiatrici: comunità psichiatrica– residenzialità leggera– autonomia abitativa. Si può ipotizzare che per le persone che partono da casa e tornano a casa la residenzialità leggera potrebbe essere più un percorso legato alla gestione della crisi (emersa appunto nel contesto familiare) che un percorso riabilitativo in senso stretto, ossia quello che permette di acquisire delle abilità specifiche. Per questi pazienti che già possiedono queste abilità e le mantengono durante la durata del percorso, la malattia mentale sembrerebbe invadere altri aspetti, prevalentemente di tipo affettivo e relazionale.

Si può così evidenziare l'importanza anche in RL di due tipi di intervento adeguato ed efficace: di tipo riabilitativo sulle abilità di base e di tipo emotivo-relazionale (psicoterapia).

La presenza di pazienti di tutte le fasce di età evidenzia la necessità di ampia flessibilità dei programmi di RL. Inoltre comporta un grande impegno nel lavoro d'equipe in quanto richiede un alto livello di adattabilità da parte degli operatori che devono occuparsi delle problematiche esistenziali legate a tutte le fasi della vita, da chi si affaccia alla vita adulta e lavorativa a chi deve fare i conti con le vicissitudini e i fallimenti di una vita più lunga. Rimane un fatto tuttavia che la maggior parte dei pazienti si colloca nella fascia dell'età adulta e su questo gruppo devono concentrarsi prevalentemente gli interventi dell'equipe.

Come si è visto la durata media del percorso di RL è di 22 mesi, che può essere considerato un periodo complessivamente adeguato e non eccessivamente lungo, se si tiene conto di un numero importante di pazienti che compiono un passo rilevante verso l'autonomia abitativa.

È interessante notare che per i pochi pazienti con un percorso di oltre quattro anni non emerge un'evoluzione ulteriore della vita dei pazienti, in quanto in quasi tutti i casi provenienza e destinazione non variano.

Dal punto di vista della diagnosi, nella popolazione maschile prevale la schizofrenia, invece tra le femmine i disturbi di personalità. Questo dato mette in evidenza la necessità di mettere in atto, specialmente con le pazienti con disturbo di personalità, un percorso di tipo diverso rispetto al tradizionale approccio riabilitativo, privilegiando l'ambito relazionale. Ne è nata nel corso degli anni, all'interno dell'equipe, una riflessione sui reali bisogni dei pazienti e sulla necessità di rimodulare l'offerta terapeutico-riabilitativa, evidenziando l'utilità di percorsi psicologici. Ciò ha portato a inserire nell'equipe del Progetto Bet, alcuni anni fa, psicoterapeuti in formazione.

Infine, emerge un'influenza positiva della presenza di una rete sociale sulla possibilità che un ospite possa, alla conclusione del suo progetto, raggiungere un grado di autonomia sufficiente per vivere in un ambiente abitativo "non protetto".

CONCLUSIONE

I dati ci dimostrano che il percorso di Residenzialità Leggera è efficace nel favorire il raggiungimento di un'autonomia abitativa a persone che a causa della malattia hanno fatto percorsi in strutture psichiatriche o non erano più in grado di continuare la loro vita a casa propria o in famiglia.

Emerge che per raggiungere risultati soddisfacenti non sono necessari periodi estremamente lunghi in Residenzialità Leggera, in media meno di due anni.

I migliori risultati si raggiungono nella fascia d'età più adulta, anche in termini di contrasto alla cronicizzazione.

Sono da tenere presente due aspetti concreti inerenti al lavoro con i pazienti. Si nota che la possibilità di affiancare percorsi di psicoterapia alle classiche attività riabilitative risulta molto efficace soprattutto con pazienti con disturbo di personalità. Poi, prevedere un lavoro specifico sulla rete familiare/sociale potrebbe migliorare gli esiti di quei pazienti con una situazione di rete sociale/ familiare problematica o assente.

In generale, l'eterogeneità dei pazienti dal punto di vista dell'età, del genere, della diagnosi e della storia clinica rende necessaria una diversificazione dell'offerta riabilitativa e la capacità di organizzarsi e modellarsi a seconda delle situazioni e delle necessità. Per questo motivo l'equipe ha un'importante responsabilità nello svolgimento di un lavoro dinamico e su misura, con programmi personalizzati e strutturati sul singolo individuo oltre ad un continuo lavoro su sé stessa in termini di confronto e supervisione.

L'obiettivo futuro rispetto a questa ricerca è la conferma dei dati osservati con l'ampliamento nel tempo del campione con i nuovi pazienti reclutati nei prossimi anni. Inoltre sarà importante verificare se si manterranno nel tempo i risultati raggiunti in termini di autonomia abitativa con una valutazione follow up dopo alcuni anni dalla dimissione dal Progetto Bet.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psicologo psicoterapeuta, coordinatore Progetto Bet (Cooperativa Filo di Arianna)*

***Educatore professionale (Cooperativa Filo di Arianna)*

° *Tirocinante Psicoterapeuta*

^ *Coordinatore servizi psichiatria (Cooperativa Filo di Arianna)*

† *Medico Psichiatra (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano)*

BIBLIOGRAFIA

1. Brambilla L., Palmieri C. (a cura di), *Educare leggermente*. FrancoAngeli, Milano 2010
2. Cerati G., Percudani M., Vita A., Sironi G., Merckling D., Valvassori Bolgé G., *Nuovi modelli e nuove prospettive per la residenzialità psichiatrica*. in Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A. (a cura di), *La psichiatria di comunità in Lombardia*, McGraw Hill, Milano 2013
3. Di Lello C., *Residenzialità Leggera. Nuove forme del gruppo nella Psichiatria contemporanea*. Funzione Gamma Journal on line di psicologia di gruppo, N. 34, 2015
4. Di Lello C., Taddei S., Cataldi A., Ronchi E., Miragoli P., Pozzi G., Dudek C., Biffi G., Pismataro P., *L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano*. *Psichiatria Oggi* XXVI, I, 2013
5. Gatti F. M., Scerri S., *Psichiatria e Residenzialità Leggera in Provincia di Lecco: ricerca-azione partecipata in una prospettiva inter-organizzativa*. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*, Vol. 12, 2015
6. Goglio M., *La comunità terapeutica nella psichiatria di comunità*. in AA.VV., *La cura del disagio psichico*, FrancoAngeli, Milano 2004
7. Percudani M., Di Lello C., Biffi G., *Il modello lombardo della residenzialità leggera: la normativa, la rete, i programmi di cura*. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*, Vol. 12, 2015
8. Rabboni M., Gentile B., *Residenzialità riabilitativa in psichiatria*. *Errepiesse*, I, 2007

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni