Ospedale Luigi Sacco
AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO

Milano
Comune di Milano

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

A.O.- POLO UNIVERSITARIO

OSPEDALE " L. SACCO "

PROGETTO "SUPPORTED HOUSING"

Responsabile dr. Claudio T. Pagani

RELAZIONE CONCLUSIVA

ANNO 2009

L'attività del progetto nel 2009 si è sviluppata in linea con le strategie metodologiche utilizzate nel corso del 2008 che si sono dimostrate efficaci nell'affrontare i bisogni di sostegno degli utenti.

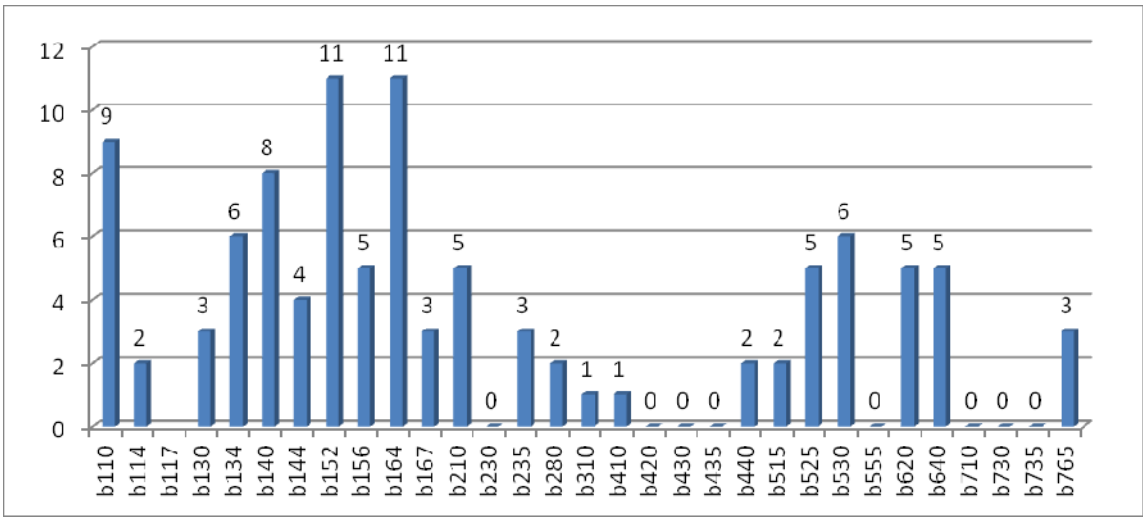
È stata mantenuta l'équipe inizialmente costituita con i relativi ruoli e, confermando la modalità operativa già avviata nei primi mesi del 2009, si è privilegiata l'attività degli operatori direttamente a contatto con i loro assistiti mantenendo comunque gli incontri periodici di coordinamento e supervisione/formazione e la presenza ad alcune microequipe significative con gli operatori del CPS.

Per evidenziare e registrare informazioni sul funzionamento e sulla disabilità dei pazienti inclusi nel progetto nei primi mesi del 2009 è stata utilizzata la Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute (ICF). La compilazione della Checklist è avvenuta all'interno dell'équipe.

Questa metodologia, che si basa sul confronto e sulla circolazione di informazioni, si è affiancata ed integrata al momento della supervisione clinica e si è dimostrata un'utile occasione formativa e di sostegno reciproco per gli operatori.

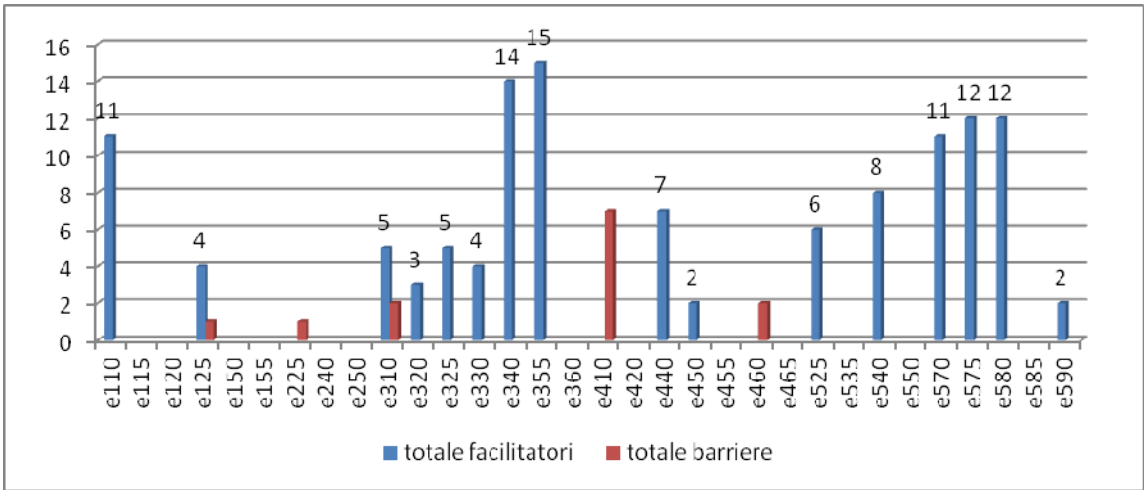
Tra ottobre e novembre 2009 si è conclusa la seconda somministrazione del questionario per quei casi già testati ad inizio anno e la prima per i nuovi pazienti inseriti nel progetto. Il confronto tra le due compilazioni è stato oggetto di elaborazione statistica di cui, a titolo esemplificativo, si riporta una serie di grafici significativi per sottolineare alcune caratteristiche ed effetti dell'intervento.

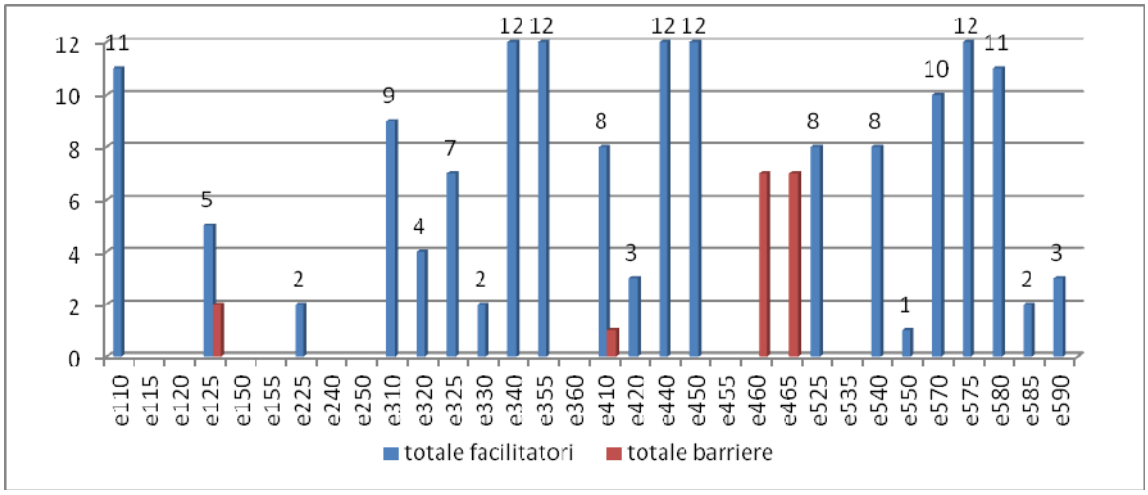
Il grafico 1 evidenzia i problemi più diffusi tra i pazienti, individuati dagli operatori durante la prima somministrazione: tali caratteristiche (qualificatori b152 e b164: Funzioni emozionali, Funzioni cognitive di livello superiore) fanno riferimento a problemi tipici di pazienti psichiatrici. L'intervento per questi utenti risulta quindi adeguato e centrato essendo il target del progetto rivolto a soggetti affetti da gravi disturbi psichici.



TAV 1 – Qualificatori delle menomazioni delle funzioni corporee (rilevazione febbraio 2009)

I grafici 2 e 3 si riferiscono ai fattori ambientali che costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui i pazienti conducono la loro esistenza. All'interno di questo contesto si possono identificare delle *barriere* e dei *facilitatori.*





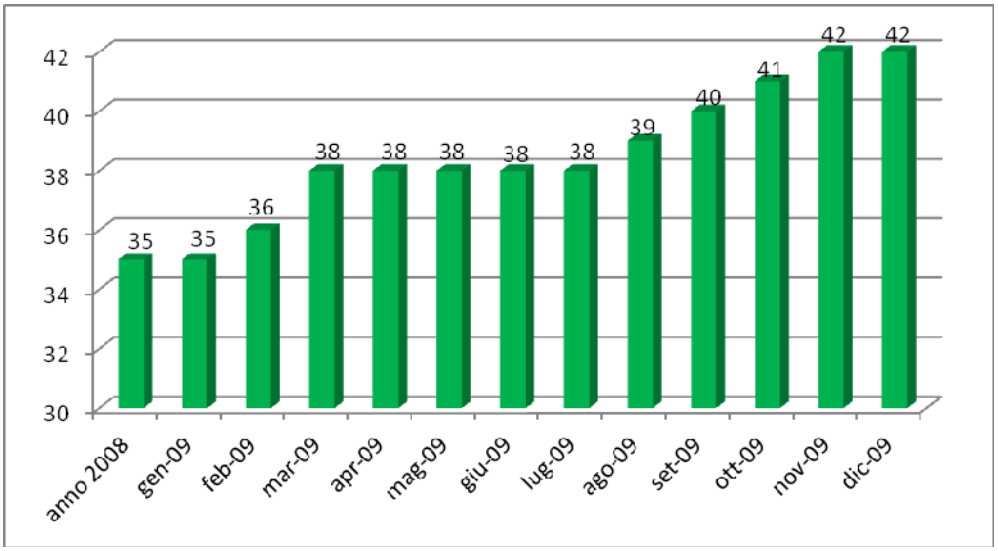
TAV 3 – fattori ambientali: facilitatori e barriere (rilevazione novembre 2009)

I due grafici, che confrontano la situazione a febbraio 2009 e 8 mesi dopo, mostrano che il numero totale dei *facilitatori* è aumentato (da 16 a 21), mentre è diminuito il numero totale delle *barriere* (da 5 a 4)

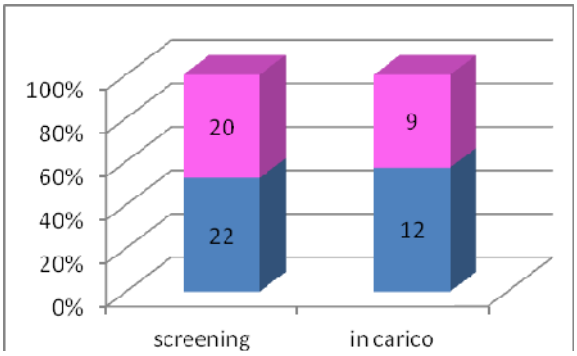
Questi aspetti sono molto importanti per un progetto che interviene per il reinserimento e il mantenimento al domicilio, per il potenziamento delle autonomie sociali e quotidiane e per il radicamento nel contesto territoriale di appartenenza.

Oltre all'ICF si sono mantenuti gli strumenti di valutazione e analisi sia quantitativa che qualitativa già utilizzati nel corso del 2008 (scheda inserimento utente, diario settimanale attività, registro mensile attività).

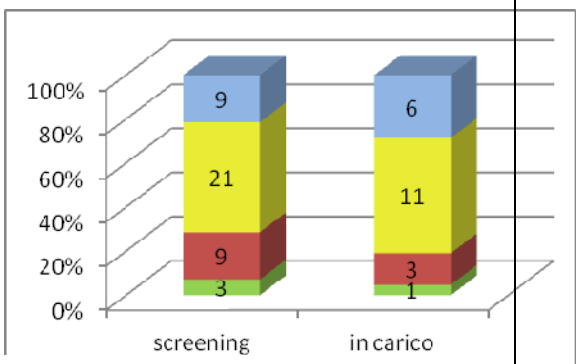
L'attività di screening di nuovi casi è proseguita nel corso di tutto il 2009 ed è tuttora attiva; complessivamente i pazienti finora sottoposti a screening sono stati 42, dei quali 35 nel primo anno.



I grafici che seguono ne illustrano caratteristiche generali e andamento (TAV 4, 5 e 6).



VALUTAZIONE

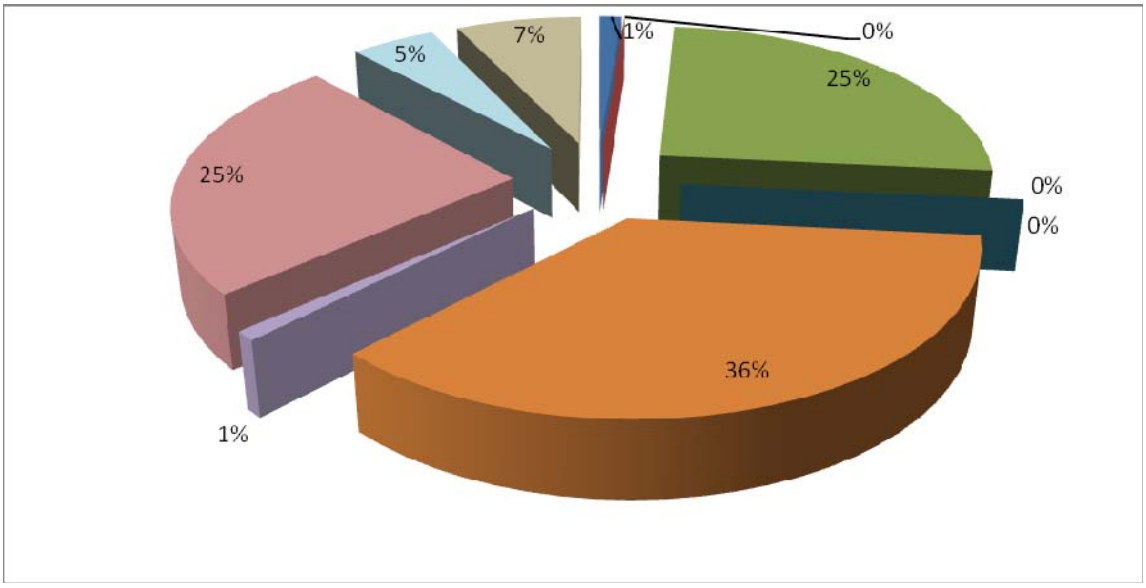


TAV 5 E 6 - Composizione dei pazienti sottoposti a screening e inclusi nel progetto (genere ed età)

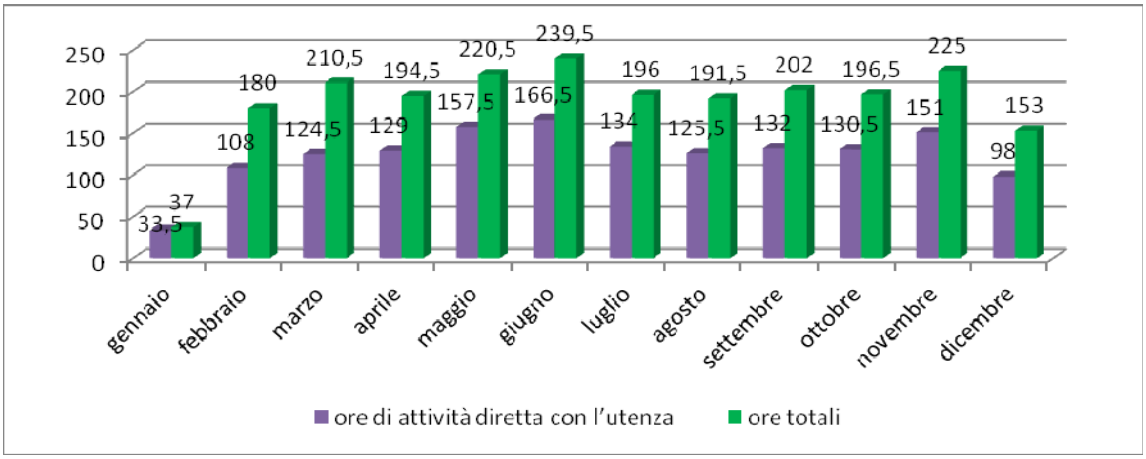
Per tutto il 2009 l'èquipe ha continuato ad essere operativa e ad intervenire al domicilio dei pazienti inclusi nel progetto, con lo specifico obiettivo di prevenire fenomeni di deriva sociale e prematuri inserimenti in strutture assistenziali.

Le ore totali di attività degli operatori dell'èquipe sono state 2246.

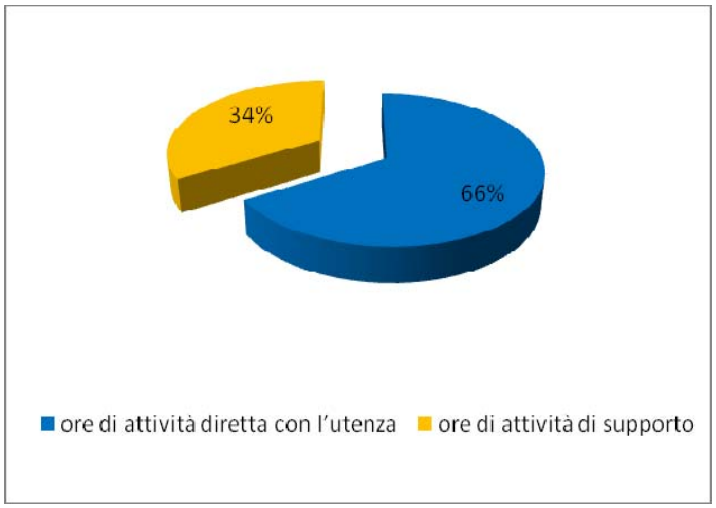
I grafici che seguono illustrano la distribuzione mensile degli interventi degli operatori, utilizzando la classificazione del registro regionale, e la ripartizione tra le ore dedicate all'attività diretta con l'utenza e quelle destinate alle attività di supporto.



Visita – colloquio	28 ore
Colloqui con i familiari	0 ore
Riunioni sui casi	568 ore
Riunioni con strutture / enti	0 ore
Riunioni con persone/gruppi non istituzionali	0 ore
Intervento individuale sulle abilità di base interpersonali e sociali	806 ore
Intervento individuale di socializzazione	21 ore
Supporto alle attività quotidiane	555,5 ore
Supporto sociale	107,5 ore
Documentazione	160 ore



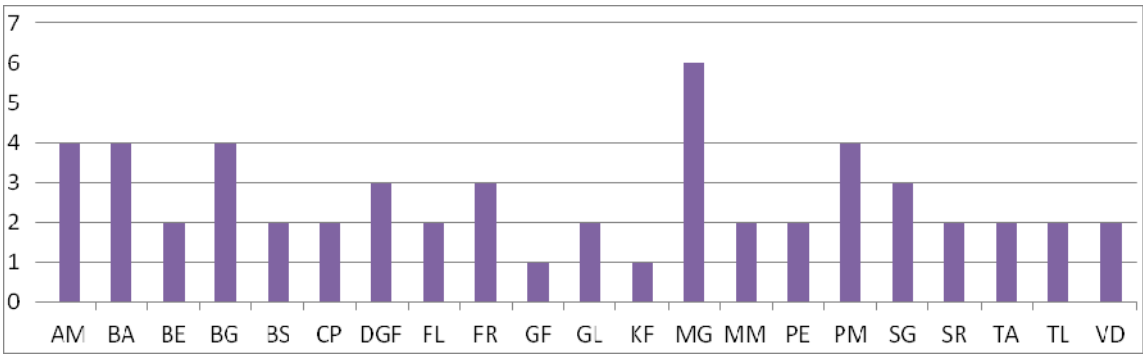
TAV 8 - *Attività diretta con l'utenza in relazione alle ore totali*



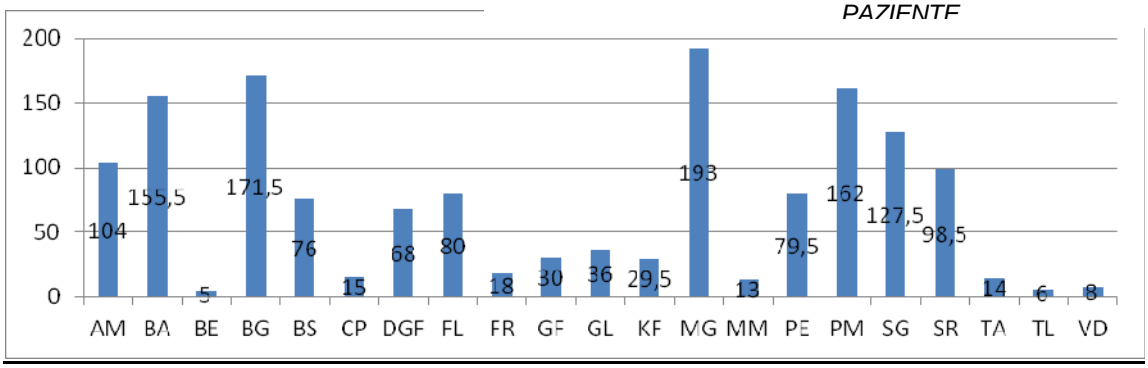
I pazienti presi in carico nel corso del progetto sono stati 23, quelli per cui è stato attivato un programma di intervento nel corso dell'anno sono 21, tuttora in carico 15.

Un caso, sospeso nel corso del 2009, è stato riattivato e, terminata la fase di osservazione, potrebbe essere inserito nei nuovi spazi di intervento previsti nel 2010 dedicati ai pazienti che vivono in famiglia o in comunità, che non dispongono di una casa propria e per i quali si ritiene opportuno favorire un processo di sganciamento, attivando specifici momenti dedicati alla sperimentazione delle autonomie sociali e quotidiane.

La media di intervento settimanale con l'utente è di 4 ore, in alcuni casi particolari può rendersi necessario un intervento più massiccio, legato alla maggiore compromissione del paziente per gli aspetti più assistenziali.



TAV 10 – MEDIA ORE SETTIMANALI PER PAZIENTE

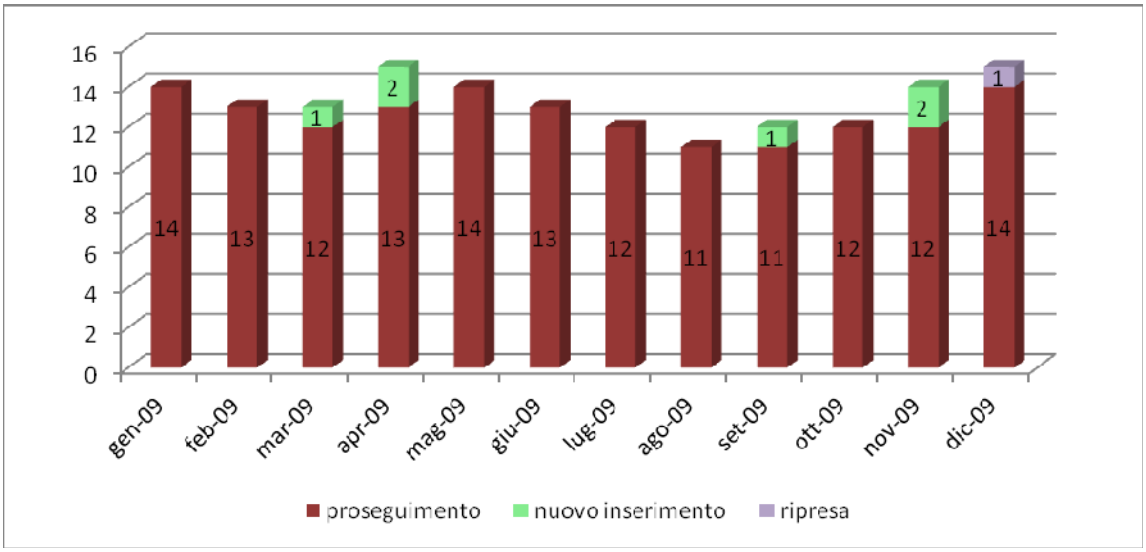


TAV 11 – ORE DI INTERVENTO TOTALI PER PAZIENTE

AM	in carico fino a luglio 2009	104 ore
BA	proseguimento dal 2008	155,5 ore
BE	in carico dal 20 al 30 aprile 2009	5 ore
BG	proseguimento dal 2008	171,5 ore
BS	proseguimento dal 2008	76 ore
CP	dimesso a febbraio 2009	15 ore
DGF	dimesso a giugno 2009	68 ore
FL	proseguimento dal 2008	80 ore
FR	attivata a novembre 2009	18 ore
GF	pz seguita occasionalmente, in concerto con l'a.s. per la gestione della pensione	30 ore
GL	attivata a settembre 2009	36 ore
KF	pz dimessa, viene effettuato periodicamente un monitoraggio	29,5 ore
MG	attivato ad aprile 2009	193 ore
MM	in carico dal 19 marzo al 30 aprile 2009	13 ore
PE	proseguimento dal 2008	79,5 ore
PM	proseguimento dal 2008	162 ore
SG	proseguimento dal 2008	127,5 ore
SR	proseguimento dal 2008	98,5 ore
TA	attivata a novembre 2009	14 ore
TL	dimesso a gennaio 2009	6 ore
VD	sospeso nel 2008, viene riattivato a dicembre 2009	8 ore

Valutazione di esito

La prosecuzione del progetto nel 2009 ha permesso di mantenere i percorsi individualizzati già avviati, consolidando i risultati raggiunti, e di valutare e avviare nuovi inserimenti.



TAV 12 – PAZIENTI PER I QUALI È ATTIVO L'INTERVENTO

In relazione agli utenti provenienti dalle CP, I risultati già ottenuti nel corso del primo anno di progetto si sono confermati e in un caso ulteriormente ampliati:

- l'utente AR continua a vivere nel suo appartamento
- l'utente LB continua il suo percorso di residenzialità leggera
- l'utente RS, dopo il periodo di sperimentazione con la permanenza diurna e notturna nel suo appartamento, si è definitivamente trasferito nella propria abitazione passando al regime di semiresidenzialità diurna e ha iniziato un percorso di tirocinio osservativo .

Per quanto riguarda i pazienti in carico al CPS supportati al domicilio, in un caso la famiglia in accordo col CPS ha optato per un graduale inserimento in comunità protetta, un paziente è deceduto, per gli altri si conferma, come già accaduto nel 2008, che tutti i soggetti per i quali è attivo il programma continuano ad essere residenti al proprio domicilio.

Anche l'andamento dei ricoveri in SPDC, considerando per i pazienti inseriti nel progetto l'anno precedente alla presa in carico, il periodo di presa in carico e quello successivo all'eventuale dimissione, si può notare complessivamente un calo del numero di ricoveri dopo l'inserimento .

	data presa in carico	data dimissioni	ricoveri da gennaio 2006 alla presa in carico	ricoveri dalla presa in carico a dicembre 2009	ricoveri da dimissioni a dicembre 2009
BA	Agosto 2008		2	0	
BG	Ottobre 2008		1	0	
BS	Agosto 2008		0	0	
FL	Agosto 2008		0	0	
FR	Novembre 2009		1	0	
GF	Settembre 2008		0	0	
GL	Settembre 2009		3	0	
KF	Agosto 2008		2	0	
MG	Aprile 2009		4	0	
PE	Novembre 2008		3	0	
PM	Agosto 2008		8	3	
SG	Agosto 2008		2	1	
SR	Luglio 2008		0	0	
TA	Novembre 2009		n.r.	0	
VD	Dicembre 2009		0	0	
AM	Agosto 2008	Luglio 2009	1	2	0
BE	Aprile 2009	Aprile 2009	n.r		
BL	Luglio 2008	Ottobre 2008	1	0	0
CP	Agosto 2008	Febbraio 2009	1	0	1
DGF	Agosto 2008	Giugno 2009	3	0	0
MM	Marzo 2009	Aprile 2009	1	0	0
RA	Luglio 2008	Dicembre 2008	0	1	0
TL	Ottobre 2008	Gennaio 2009	3	0	0

Valutazione di programma

L'assetto organizzativo e la metodologia di intervento previste dal progetto hanno sinora consentito:

- una presa in carico territoriale flessibile e intensiva, permettendo di aumentare il livello di assistenza domiciliare offerta al paziente in caso di bisogno e diminuire così il ricorso alle strutture sociosanitarie che offrono livelli di assistenza simili
- la possibilità per l'assistito di usufruire del sostegno previsto, anche per brevi periodi ad hoc, in base al progetto individualizzato
- l'aiuto nell'organizzazione del tempo libero e nella gestione e utilizzo del denaro
- l'attivazione di momenti di aggregazione e di condivisione tra i soggetti coinvolti, al di fuori dei servizi psichiatrici
- il continuo monitoraggio dei bisogni e il rispetto delle scelte delle persone coinvolte
- il supporto nelle crisi
- l'utilizzo di risorse non sanitarie nella comunità locale

I risultati ottenuti, come è riscontrabile dai periodici aggiornamenti trasmessi, confermano l'adeguatezza degli interventi sia per gli utenti nella fase di rientro a domicilio dopo la permanenza in strutture residenziali, sia per quelli supportati presso le proprie abitazioni.
Ulteriore spazio di intervento potrà essere dedicato ai pazienti che vivono in famiglia o in comunità, che non dispongono di una casa propria e per i quali si ritiene opportuno favorire un processo di sganciamento, attivando specifici momenti dedicati alla sperimentazione delle autonomie sociali e quotidiane.
L'utilizzo della video camera come ulteriore strumento di valutazione e documentazione dell'attività svolta si è mantenuto e consolidato, diventando di fatto parte integrante della modalità operativa dell'equipe (previo accordo e firma di liberatoria da parte del paziente). Tale dispositivo si è dimostrato un'utile occasione di autonarrazione per i pazienti ed un efficace strumento di formazione per gli operatori.

Il materiale video registrato è stato visionato dall'equipe e montato in modo da produrre un video documentario che è stato presentato alla cittadinanza in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale (10 ottobre 2009) nell'ambito delle iniziative organizzate dal Comune di Milano per l'occasione.

Il video è stato inoltre mostrato sia agli ospiti della Comunità Protetta, stimolando in tal senso interessanti riflessioni anche in quanto potenziali fruitori del progetto Supported Housing, sia agli operatori del CPS.

Per il futuro si pensa di utilizzare la produzione di video, anche ricorrendo ad operatori professionisti, per la promozione del progetto sul territorio e per sensibilizzare la cittadinanza al tema della malattia mentale attraverso proiezioni pubbliche.