ñSUPPORTED HOUSINGò

Ospedale Luigi Sacco
Azienda Ospedaliera - Polo Universitario
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Direttore Dr. Teodoro Maranesi

Milano
Comune di Milano
Salute

ñSUPPORTED HOUSINGò

Programmi riabilitativi rivolti a soggetti affetti da gravi disturbi psichici

per il reinserimento e il mantenimento al domicilio

per il potenziamento delle autonomie sociali e quotidiane

per il radicamento nel contesto territoriale di appartenenza

RELAZIONE ANNO 2011

ATTIVITAô

Lôattività nel corso del 2011 è proseguita sia utilizzando le modalità dimostratesi efficaci nel corso degli anni precedenti, sia ampliando la gamma degli interventi, anche grazie a un contributo aggiuntivo che per il 2011 ha concesso la Banca del Monte di Lombardia a partire da Aprile.

Si è confermato lôassetto operativo del 2010, privilegiando lôattività degli operatori direttamente a contatto con i loro assistiti mantenendo comunque gli incontri settimanali di equipe per il coordinamento, i momenti di supervisione/formazione e la presenza alle microequipe significative e agli incontri di verifica sullôandamento dei casi con gli operatori dei CPS.

Si sono mantenuti gli strumenti di valutazione e analisi quantitativa già predisposti (scheda inserimento utente, diario settimanale attività, registro mensile attività) e si è concordata stabilmente la modalità di invio diretto dei diari settimanali di attività ai medici e agli operatori di riferimento tramite posta elettronica.

Eô inoltre proseguita la rilevazione delle condizioni dei pazienti inclusi nel progetto mediante lôutilizzo della Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute (ICF) e si è mantenuto e consolidato lôutilizzo della video camera come ulteriore strumento di documentazione dellôattività svolta diventando di fatto parte integrante e specifica della modalità operativa dellôequipe.

In tre occasioni lôequipe è stata invitata a presentare il progetto Supported Housing anche attraverso il materiale video prodotto:

- nella prima (20 maggio 2011) al convegno dellôAssociazione Bottega del Possibile di Torre Pellice (Torino) come relatori allôinterno del workshop ñLôintorno: il ben-essere, pilastro portanteò;
- nella seconda (9 giugno 2011) al seminario dellôAssociazione Contatto di Milano ñMicrocontesti metropolitani e disagio psichico, quali competenze e quali interventiò
- nella terza al Congresso Nazionale WAPR Italia (World Association for Psychological Rehabilitation) tenutosi a lôAquila il 6-7 ottobre 2011 ñLe buone pratiche nei trattamenti psicosociali integrati: benvenuti al sudò, per lôoccasione il poster relativo allôesperienza del Supported Housing ha vinto in secondo premio nella apposita sessione.

Questi incontri sono stati unôutile occasione di confronto tra operatori e unôopportunità per far conoscere fuori dal contesto di appartenenza, e anche fuori regione, il nostro progetto come uno tra i tanti promossi dal Comune di Milano.

Le video interviste effettuate nel corso dellôautunno-inverno scorso, hanno permesso la realizzazione del secondo video documentario che si affianca e integra il primo nella documentazione e verifica delle attività.
I due video documentari (Supported Housing: la misteriosa semplicità dellôabitare I e II) sono a disposizione nel sito:
www.supportedhousing.altervista.org/video/ anche per chi volesse lasciare commenti e suggerimenti.

Le **ore** totali di attività degli operatori dellôequipe (63% dirette con gli utenti e 37% di supporto) nellôanno sono state 3138, di cui 858 rese possibili grazie allôintegrazione finanziaria della Banca del Monte di Lombardia

Il **numero** totale degli interventi è 1535, di cui 65% diretti con lôutenza e 35% indiretti.

I grafici che seguono (Fig. 5-6) illustrano la distribuzione degli interventi degli operatori, utilizzando la classificazione del registro regionale e la ripartizione tra le ore dedicate ai diversi tipi di attività.

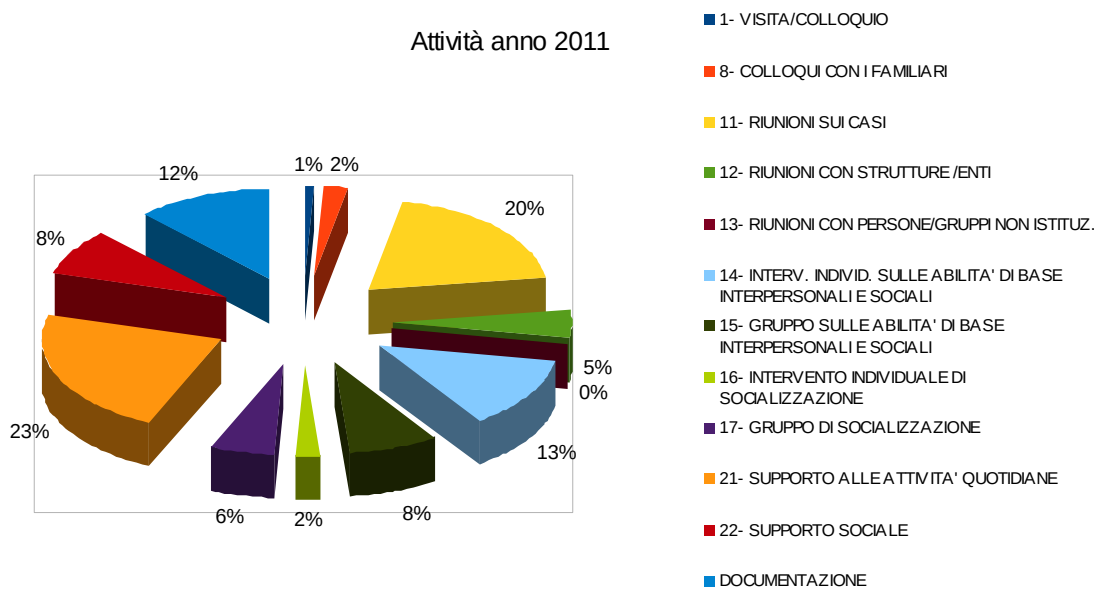


Fig. 5

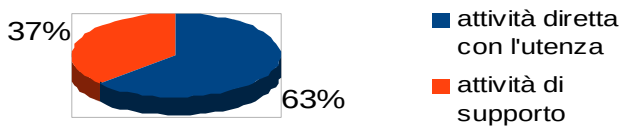


Fig.6

L'attività di valutazione di nuovi casi è proseguita nel corso dell'anno ed è sempre attiva; complessivamente i pazienti sottoposti a screening dall'inizio del progetto a dicembre sono stati 55. (Fig. 7)

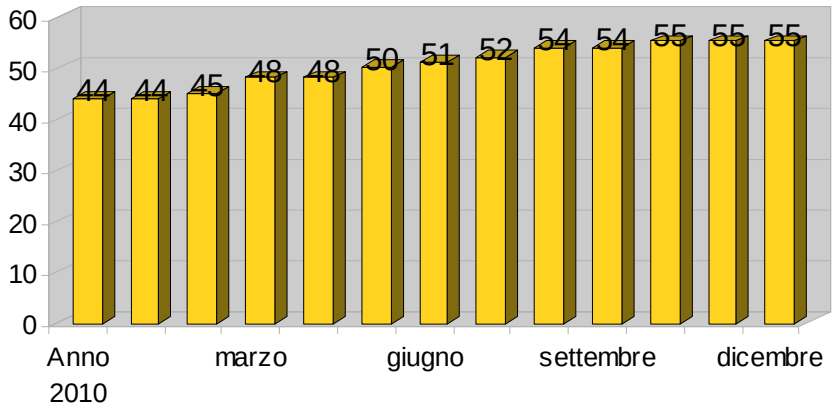


Fig. 7

I pazienti per i quali è stato attivato o è proseguito un programma di intervento nel corso dell'anno sono stati 24, di cui 20 sono tuttora in carico. (Fig.8)

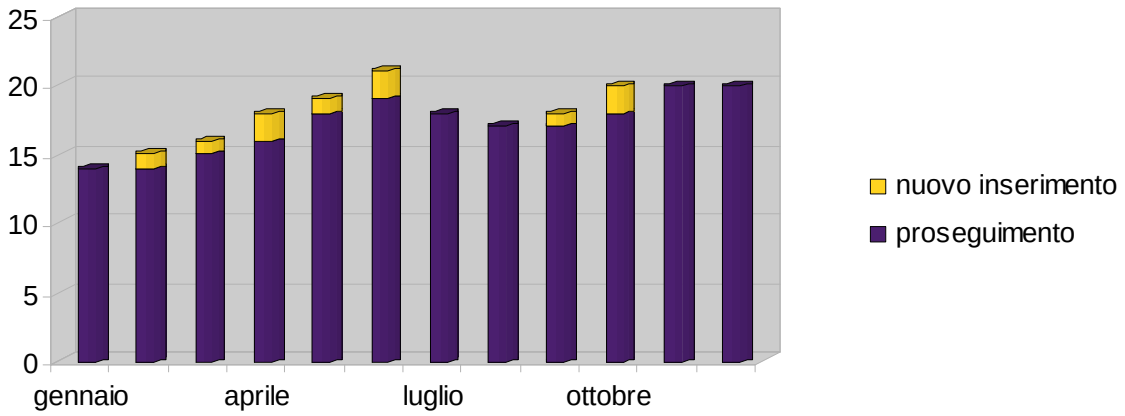


FIG. 8

I grafici (Fig. 9a-9b-10-11) che seguono mostrano la distribuzione per condizione abitativa, genere, età.

Fig. 9a: situazione abitativa al momento dellôinclusione nel progetto SH

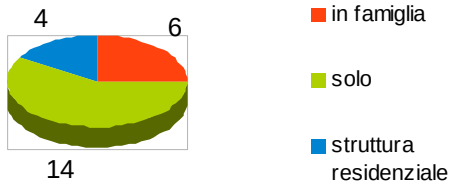
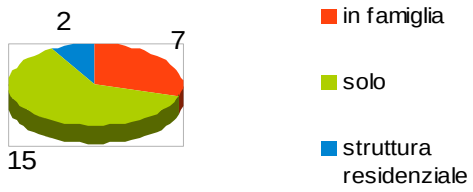


Fig. 9b: situazione abitativa al 31 dicembre 2011 o al momento delle dimissioni dal progetto SH



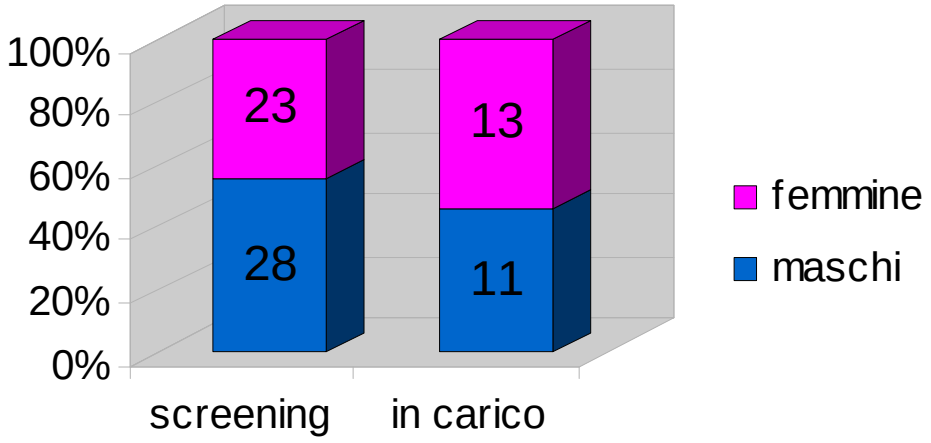


FIG 10

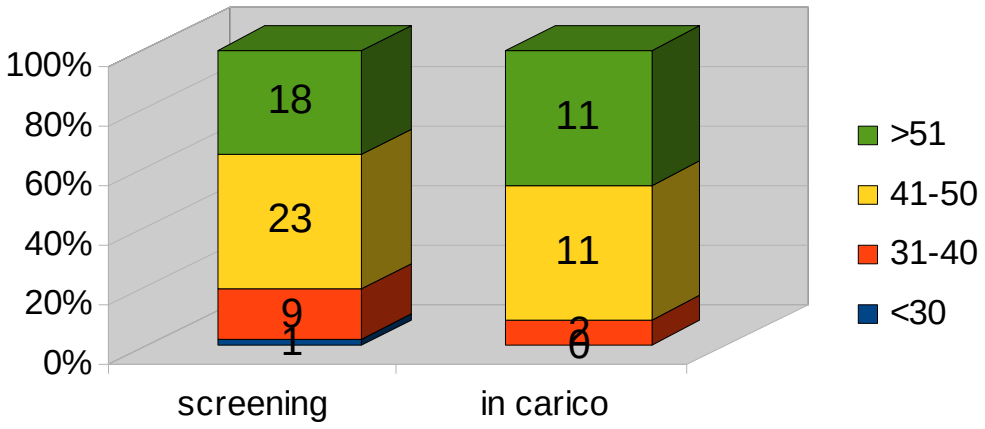


FIG 11

Il grafici che seguono mostrano le ore complessive del 2011 destinate a ciascun paziente, la media delle ore settimanali di intervento con lôutenza (circa due ore) e la situazione rispetto al progetto (Fig. 12-13-14)

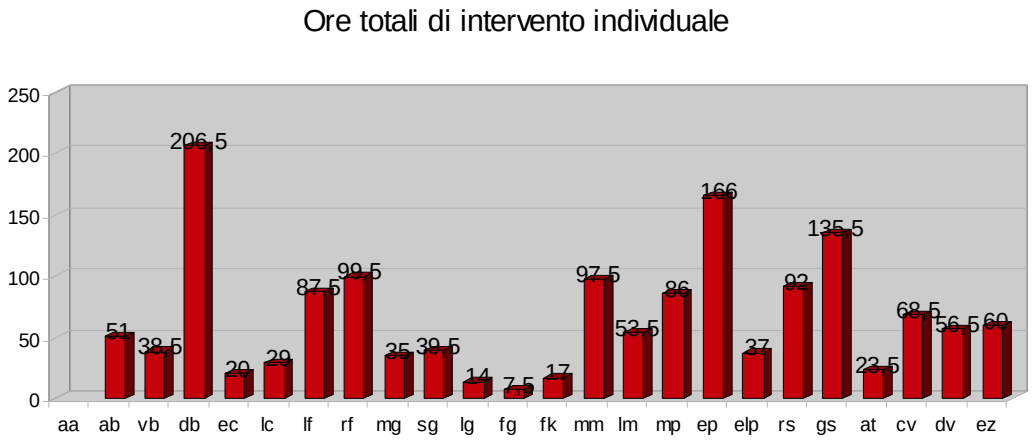


FIG. 12

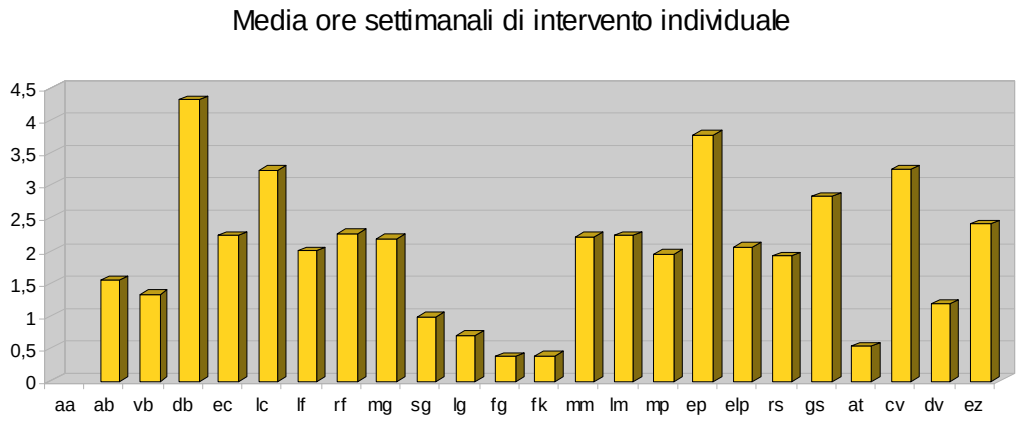


FIG. 13

PZ	**Totale ore**	Media ore settimanale	situazione		
aa			partecipa al gruppo laboratorio		
ab	**51**	1,5	in carico da aprile		
vb	**38,5**	1,3	in carico da aprile		
db	**206,5**	4,3	proseguimento		
ec	**20**	2,2	in carico da ottobre		
lc	**29**	3,2	in carico da ottobre		
lf	**87,5**	2,0	proseguimento		
rf	**99,5**	2,3	proseguimento, partecipa al gruppo laboratorio		
mg	**35**	2,2	in carico da settembre		
sg	**39,5**	1,0	in carico da marzo		
lg	**14**	0,7	dimessa a maggio		
fg	**7,5**	0,4	dimessa a maggio		
fk	**17**	0,4	Interventi al bisogno,partecipa al gruppo laboratorio		
mm	**97,5**	2,2	proseguimento, partecipa al gruppo laboratorio		
lm	**53,5**	2,2	deceduta a maggio		
mp	**86**	2,0	proseguimento		
ep	**166**	3,8	proseguimento, partecipa al gruppo laboratorio		
elp	**37**	2,1	in carico da febbraio a luglio		
rs	**92**	1,9	proseguimento, partecipa al gruppo laboratorio		
gs	**135,5**	2,8	proseguimento, partecipa al gruppo laboratorio		
at	**23,5**	0,5	dimessa a novembre		
cv	**68,5**	3,2	in carico da maggio, partecipa al gruppo laboratorio		
dv	**56,5**	1,2	proseguimento		
ez	**60**	2,4	in carico da giugno, partecipa al gruppo laboratorio		

Fig. 14

Con il mese di aprile lõequipe originaria è stata potenziata con lôinserimento di un nuovo operatore dedicato, in via privilegiata, alla conduzione ad una specifica attività di gruppo (Laboratorio multimediale), ed è stato ampliato il monte ore degli altri operatori dellôequipe.

Gli incontri al laboratorio multimediale sono un´occasione di socializzazione e condivisione delle abitudini personali relative alla sfera dell´alimentazione; si svolgono allôinterno di un appartamento, messo a disposizione dallôassociazione Zuccheribelli onlus, dotato di impianto di videoregistrazione ambientale dove settimanalmente un piccolo gruppo di pazienti del progetto si ritrova per organizzare una cena. L´accoglienza con un aperitivo e la preparazione del pasto favoriscono il recupero delle tradizioni attraverso i ricordi dei partecipanti e la sperimentazione con il nuovo attraverso la degustazione di prodotti insoliti o particolari. Gli incontri sono arricchiti dalla presentazione di una o più clip cinematografiche ï prevalentemente comiche ï sulle diverse implicazioni simboliche e sociali del cibo.

Ogni volta il gruppo si cimenta ï con camera a mano- nella produzione di un breve video ñtutorialò sulle ricette (serie ñIl Signore dei fornelliò). Le video ricette sono poi rese disponibili sul sito del progetto, dove trova posto anche

uno spazio commenti aperto a tutti e gestito dal gruppo:

(http://supportedhousing.altervista.org/laboratorio-multimediale/).

Il blog ha registrato vari commenti favorendo un scambio anche con persone estranee al contesto psichiatrico.

La strumentazione presente in appartamento, 5 telecamere, 6 microfoni e una piccola sala regia con monitor, permette di osservare e registrare quanto avviene nel corso del lavoro di gruppo. Le attività del laboratorio sono condotte da un operatore specifico dellôequipe, affiancato e supportato di volta in volta da un diverso collega del progetto; il materiale videoregistrato può quindi essere utilizzato nellôambito della supervisione e formazione degli operatori.

Da aprile a dicembre sono stati realizzati 25 ñlaboratori multimedialiò incentrati sullôalimentazione, due uscite gastronomiche sul territorio (una a Milano ed una nelle Langhe), un pranzo natalizio aperto ad amici e parenti preparato nella sede dellôappartamento e un ñcateringò a domicilio per una festa organizzata da un paziente.

I laboratori sono ideati per un massimo di 4 pazienti per volta.

Da aprile a dicembre sono stati coinvolti in questa nuova attività 9 pazienti: 3 di sesso femminile e 6 di sesso maschile (il 45% dei pazienti seguiti dal progetto SH a dicembre). Di questi 8 abitano al domicilio soli, supportati

dagli operatori del SH ed uno è passato dalla comunità ad appartamento protetto durante il percorso (Fig. 15 e 16).

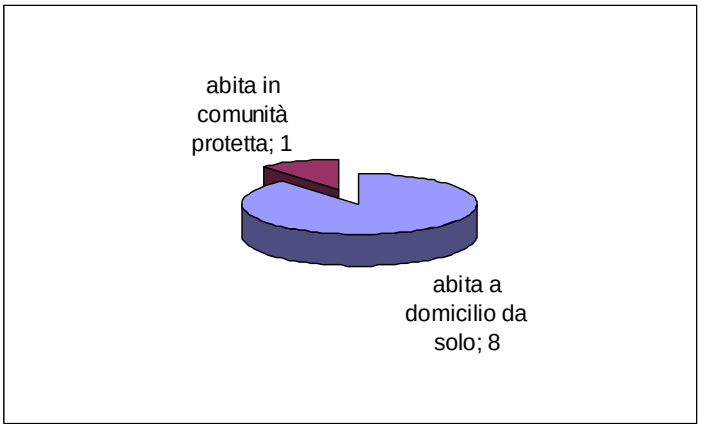


Fig 15

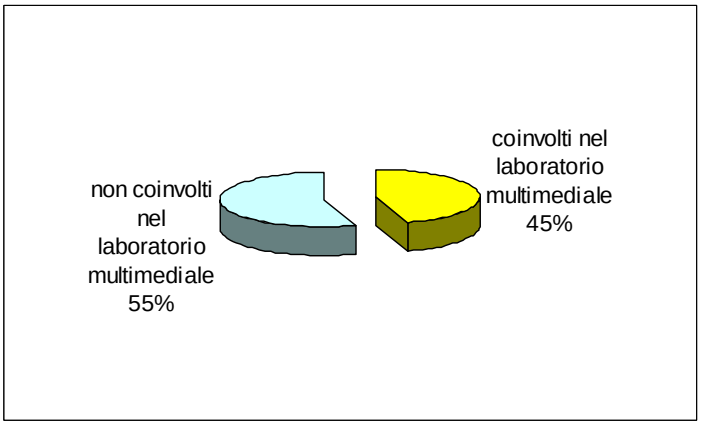


Fig 16

Il grafico di seguito (Fig.17) indica il numero di incontri al quale i singoli pazienti hanno partecipato (su un totale di 25). I pazienti sono stati inclusi nel percorso in tempi diversi; C.V., per esempio, è stato incluso nellôultimo incontro dellôanno in prospettiva di una ripresa nel 2012.

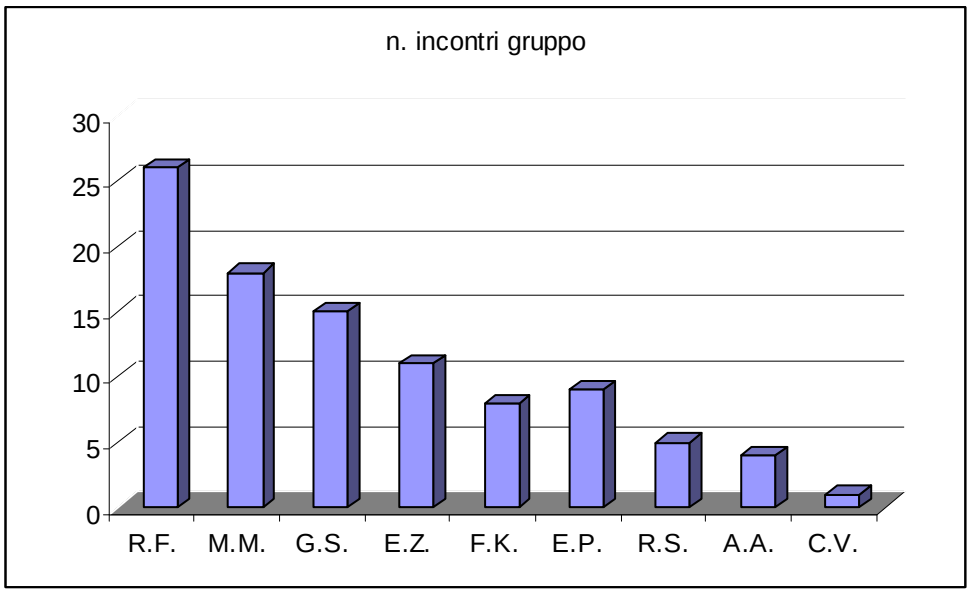


Fig. 17

Per quanto riguarda la frequenza di partecipazione nei mesi di effettiva inclusione nel percorso del laboratorio, questa è molto variabile. Quando i pazienti disponibili a partecipare allôattività risultano essere più di 4, si stabiliscono dei turni a rotazione, con dei fattori correttivi. Criterio generale, come per tutti gli altri interventi del SH, è comunque individualizzare lôattività sui bisogni specifici di ciascun partecipante e sulle sue condizioni generali (vedi fig. 18)

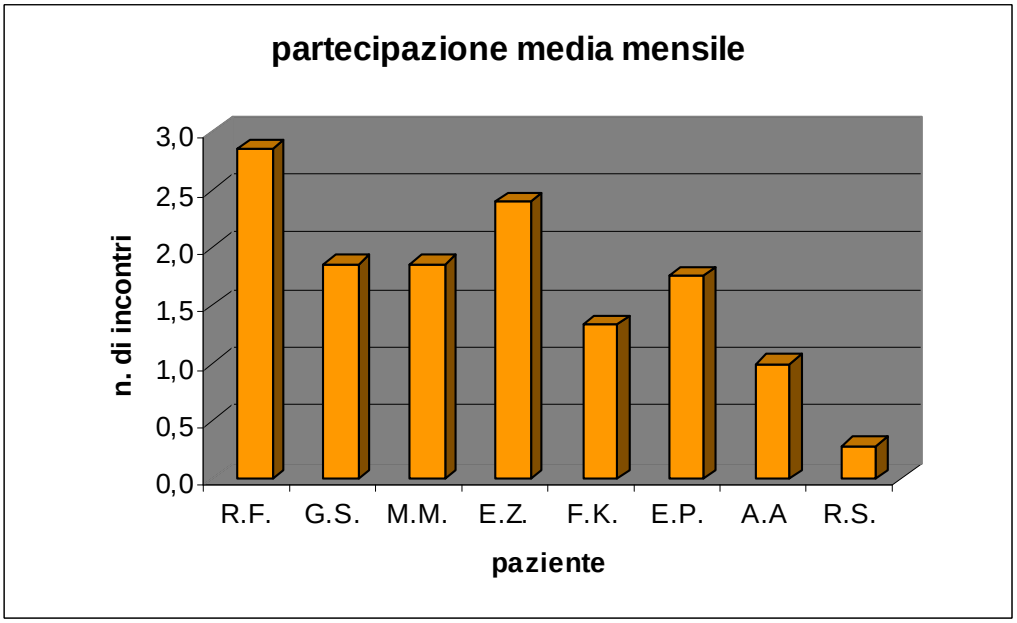


Fig. 18

Il laboratorio ha una durata consistente (dal momento del ritrovo al ritorno a casa passano circa 6 ore) e stimola i partecipanti su più piani: quello relazionale, operativo, dei ricordi, della creatività, dell'umorismo e così via.

Il contesto di piccolo gruppo consente agli operatori di sostenere adeguatamente l'operatività di tutti i partecipanti, prestando attenzione alla narrazione di ricordi, al recupero delle tradizioni e all'espressione di desideri, in particolare in riferimento alla sfera dell'alimentazione. Quanto emerso viene utilizzato nella programmazione degli incontri successivi.

Il tono informale, l'atmosfera accogliente, la sede in un appartamento, la novità e la frequenza "aperta" contribuiscono a smarcare questa esperienza

da quelle più istituzionali, consentendo ad alcuni pazienti di giocarsi un'identità diversa da quella vissuta all'interno del servizio psico sociale.
Nella fase più conviviale del laboratorio quando si degustano le ricette realizzate normalmente sono coinvolti, oltre gli operatori, anche i tirocinanti della sala regia ed eventuali ospiti esterni con il risultato di un ambiente integrato e poco connotato psichiatricamente.
In generale osserviamo un positivo effetto sull'autostima e la self efficacy anche in un'ottica preventiva sulle ricadute (con significativa diminuzione delle richieste di ricovero) e di empowerment dei pazienti coinvolti. In questi mesi alcuni pazienti hanno iniziato a cucinare a casa e a fare la spesa, altri hanno introdotto qualche novità nella vita quotidiana (riavvio elettrodomestici prima inutilizzati e/o assenti). Tutti i pazienti fanno richieste e danno indicazioni per i successivi incontri e tutti hanno voluto partecipare alla realizzazione delle video ricette rese disponibili sul sito del progetto .
M.M. si è autonomamente attivato rispetto al finanziamento del progetto per il futuro, ed ha promosso un momento di incontro con gli interlocutori del Comune ed i referenti dell'A.O. Sacco. Tale momento si è effettivamente concretizzato in una cena il 20 di dicembre.
Sono state realizzate 26 video ricette, tutte disponibili sul sito del progetto.
Nel mese di dicembre sono stati stampati e masterizzati i dvd con tali ricette

e sono stati regalati in più copie ai pazienti, che in qualche caso li hanno utilizzati come regali di Natale.

Sono state revisionate più di 100 ore di registrazioni audio/video da telecamere e microfoni ambientali. Le interazioni significative sono state condivise allôinterno delleôequipe del progetto nel corso di 8 incontri di supervisione/formazione supportata da video per focalizzare gli scambi comunicativi e le dinamiche che coinvolgono i partecipanti. La finalità principale è quella di favorire in tutti gli operatori una maggiore consapevolezza del proprio stile relazionale, attraverso lôauto osservazione ed una riflessione condivisa tese a sviluppare modalità efficaci di intervento per il potenziamento delle autonomie abitative e lôattivazione delle risorse dei pazienti coinvolti. A tal fine a dicembre agli operatori è stato sottoposto, nellôottica di ñcristallizzareò e definire il lavoro svolto nei mesi precedenti, un breve questionario, con successivo confronto in gruppo, focalizzato sullôauto descrizione dei propri stili relazionali e dei relativi aspetti facilitanti e/o ostacolanti la relazione con i pazienti e il raggiungimento degli obiettivi del progetto.

In qualche caso il materiale video è stato utilizzato nel corso degli incontri con gli psichiatri di riferimento dei pazienti nellôambito delle periodiche equipe di verifica sui casi.

VALUTAZIONE

Nel corso del 2011 sono stati inseriti nel progetto 10 nuovi pazienti, per un totale di 24 assistiti nellôarco dellôanno e 20 in carico al 31.12.2012.

Dei pazienti attualmente in carico 3 sono stati riattivati dopo precedenti interruzioni e stanno ora dando esiti molto buoni:

- BD mantiene ormai uno stabile rapporto con lôoperatore che ha favorito anche la ripresa dei rapporti con i fratelli.
- CL sta avviando un positivo legame di fiducia con lôoperatrice nella gestione dellôappartamento.
- VD, dopo un precedente allontanamento dal progetto, ha ora intensificato la frequenza degli incontri e le uscite sul territorio.

Un pazienti è stato assistito nel passaggio dalla comunità psichiatrica ad alta assistenza di partenza al rientro al proprio domicilio dove ora risiede stabilmente; un altro, che ha frequentato il laboratorio multimediale, è passato dalla struttura ad alta assistenza alla residenzialità leggera.

Con tutti i pazienti prosegue inoltre il lavoro di radicamento nel contesto territoriale di appartenenza attraverso costanti contatti con i ñ*Fattori ambientali*ò, ovvero lôambiente fisico e sociale in cui le persone vivono.

Dei 9 pazienti che hanno iniziato il percorso del laboratorio multimediale 7 proseguono lôesperienza in modo costante e con modalità individualizzate

Insieme allôattività di monitoraggio degli esiti dellôintervento attraverso lôutilizzo delle videointerviste, è proseguito anche questôanno lôutilizzo dellô ICF.

Dopo le precedenti somministrazioni (febbraio 2009, novembre 2009, maggio 2010) che hanno permesso unôanalisi completa della situazione bio-psico-sociale, tra febbraio e marzo 2011 si è proceduto a una somministrazione di una selezione di items che riguardano esclusivamente i *Fattori ambientali* (ICF parte 2). Questa scelta è nata dallôesigenza di approfondire il punto di vista dei pazienti rispetto a 5 fattori e di confrontarlo con quello dei loro medici psichiatri.

I fattori presi in considerazione fanno riferimento:

-e110 ai farmaci

-e325 ai conoscenti, colleghi e vicini di casa

-e410 agli atteggiamenti dei componenti della famiglia ristretta

-e440 al sostegno fornito dagli operatori del progetto Supported Housing

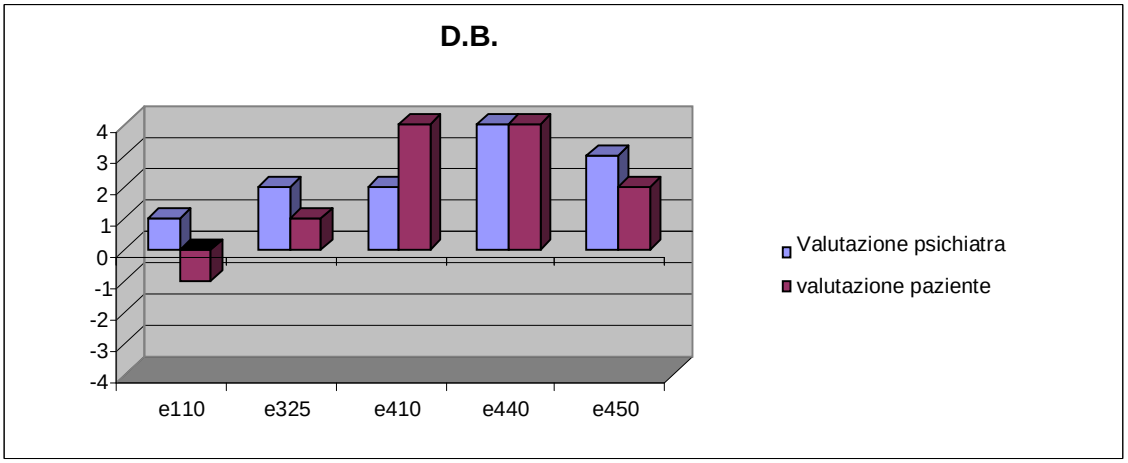
-e450 al sostegno fornito complessivamente dal CPS

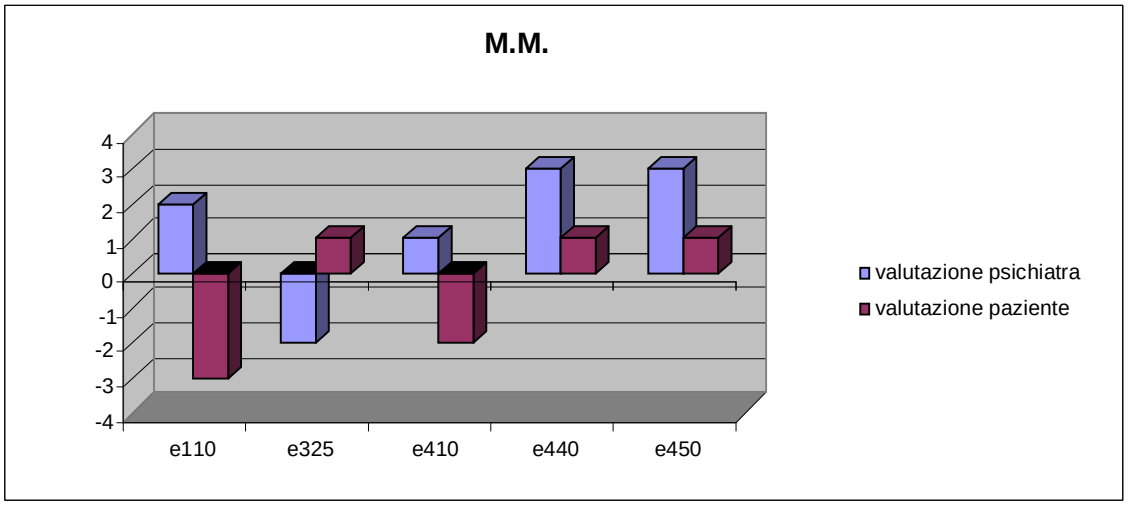
Paziente e psichiatra dovevano dire quanto le voci riportate sono considerate, dal loro punto di vista, una BARRIERA (cioè un ostacolo per il paziente), o un FACILITATORE (un aiuto). Ne è emerso un interessante confronto (solo sulla carta per adesso) tra i pazienti che hanno deciso di partecipare alla ricerca e i loro medici.

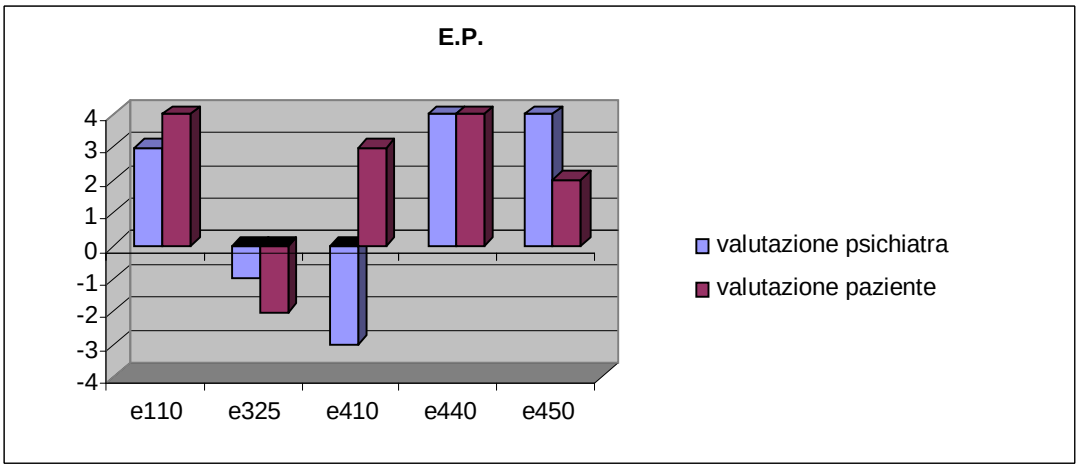
Rispetto alla barriera e al facilitatore, psichiatra e paziente hanno inoltre espresso un livello:

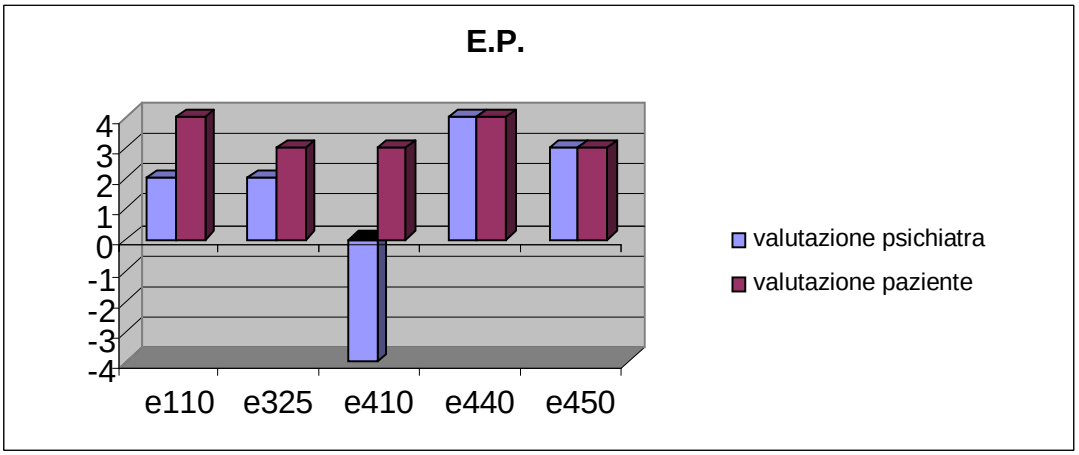
BARRIERA	**FACILITATORE**
-1 LIEVE	+1 LIEVE
-2 MEDIA	+2 MEDIO
-3 GRAVE	+3 SOSTANZIALE
-4 COMPLETA	+4 COMPLETO

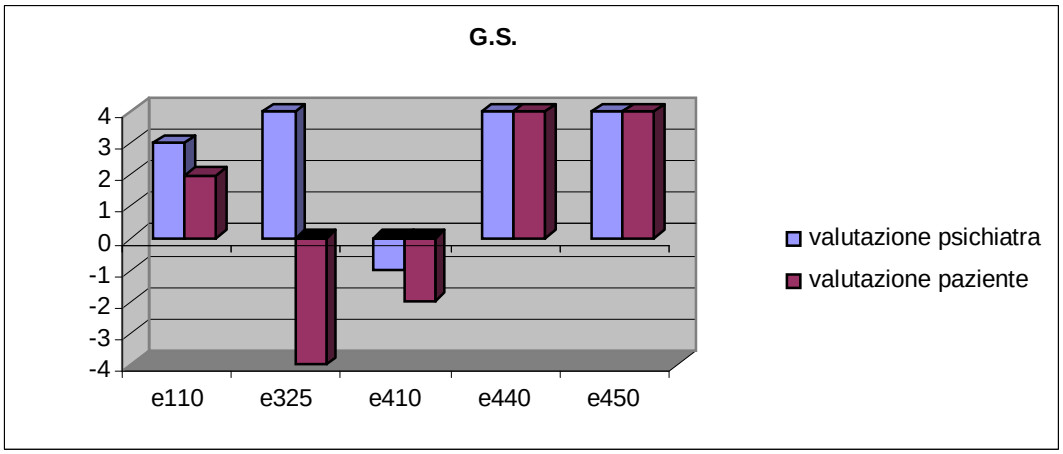
Di seguito riportiamo i grafici di ciascun confronto analizzato.

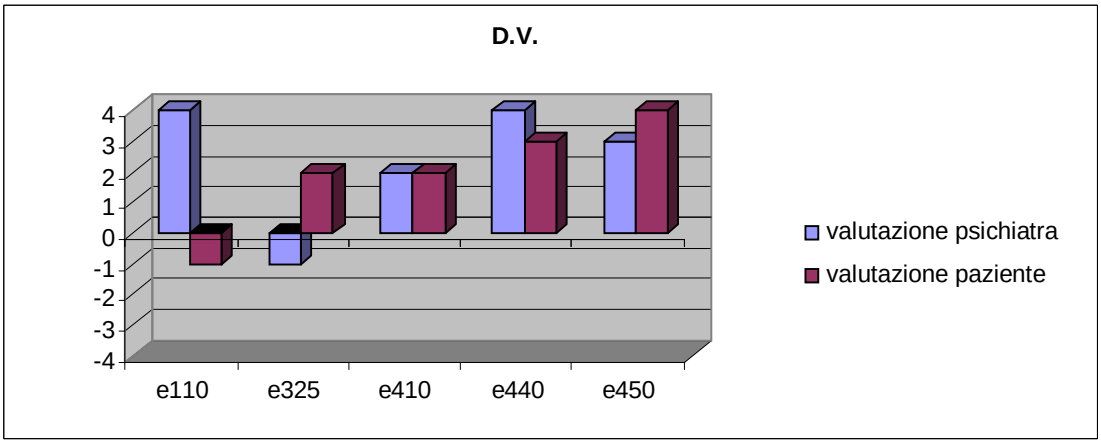

D.B.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
Valutazione psichiatra
valutazione paziente

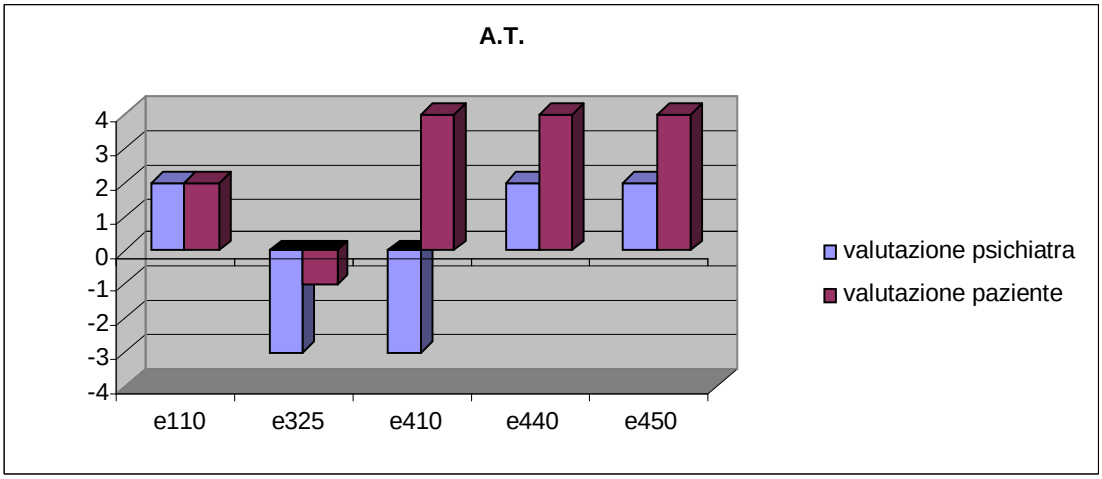

M.M.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente

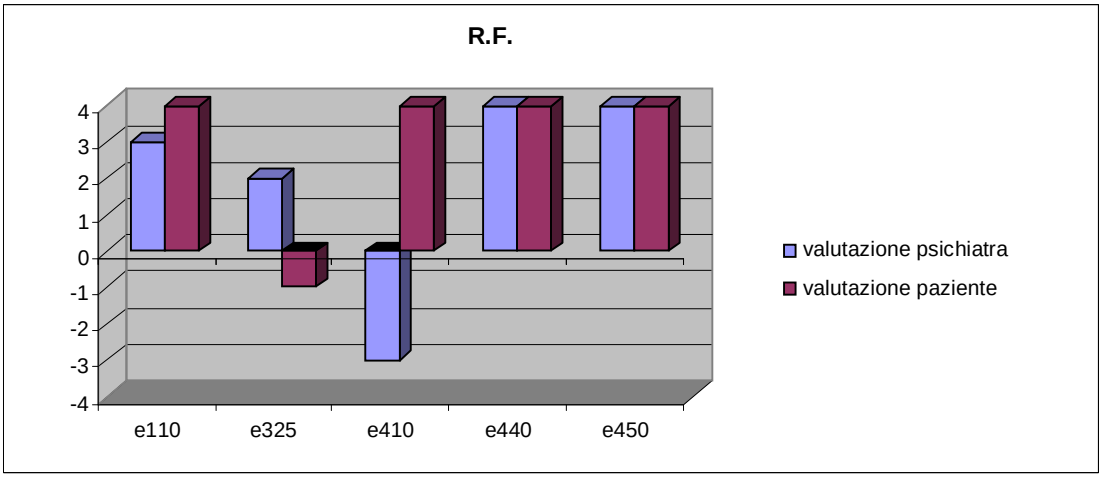

E.P.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente

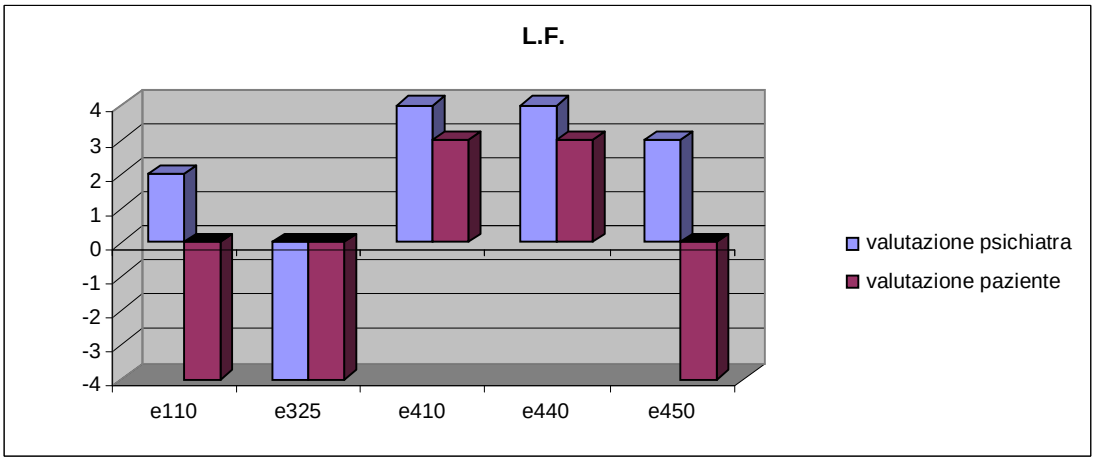

E.P.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente

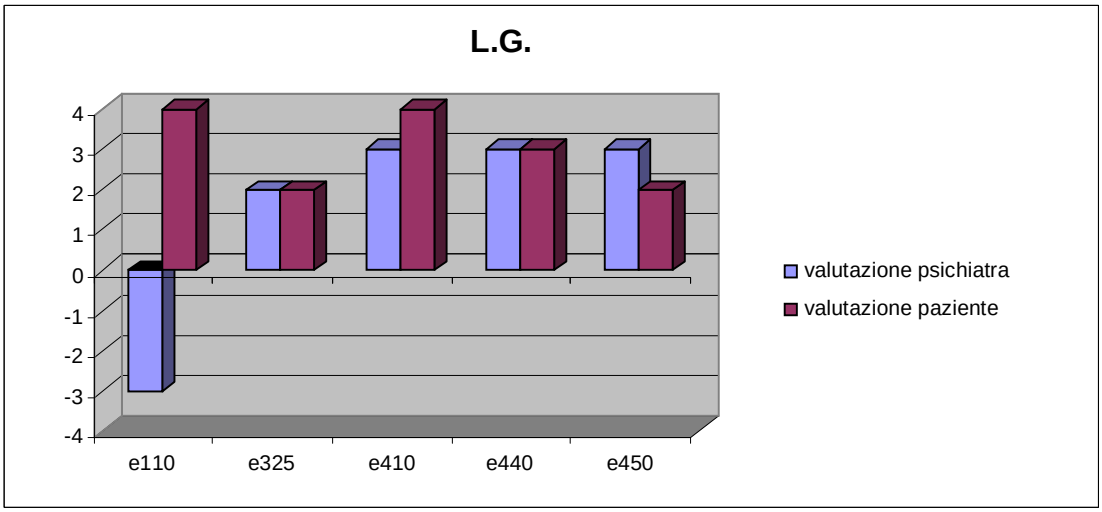

G.S.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente


D.V.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente


A.T.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente


R.F.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente


L.F.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente


L.G.
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
e110
e325
e410
e440
e450
valutazione psichiatra
valutazione paziente