"SUPPORTED HOUSING"

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

Direttore Dr. Teodoro Maranesi

Milano
Comune di Milano
Politiche Sociali e Cultura della Salute

"SUPPORTED HOUSING"

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 ANNUALE 2012

ATTIVITA'

È stato mantenuto l'assetto operativo sinora utilizzato, privilegiando l'attività degli operatori direttamente a contatto con i loro assistiti e continuando con gli incontri settimanali di equipe per il coordinamento, i momenti di supervisione/formazione e la presenza alle microequipe di verifica sull'andamento dei casi con gli operatori dei CPS.

Si è inoltre cercato, compatibilmente con gli impegni degli operatori del DSM, di rendere l'equipe settimanale il momento strutturato e "ufficiale" di raccolta delle candidature e relative presentazioni dei casi da parte dei servizi invianti per le nuove segnalazioni.

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.

Prosegue inoltre l'utilizzo della video camera come ulteriore strumento di documentazione dell'attività svolta rendendola di fatto parte integrante e specifica della modalità operativa dell'equipe soprattutto in momenti "critici" come, per esempio, il riordino e il rientro a casa di un paziente dopo lunga permanenza in CP che è stato oggetto di uno specifico video documentario visibile nell'area http://supportedhousing.altervista.org/video/ del sito.

Nella stessa area sono presenti i due video (Supported Housing: la misteriosa semplicità dell'abitare I e II) anche per chi volesse lasciare commenti e suggerimenti.

Nel corso dell'anno è stato elaborato e portato a termine un primo specifico momento di verifica del progetto attraverso l'uso di video-interviste: a tale scopo, tra ottobre e dicembre, sono state effettuate 8 video interviste di follow up con pazienti dimessi dal progetto a cui sono state poste le seguenti domande:

-valutazione complessiva dell'esperienza di assistenza SH

-valutazione e definizione della situazione attuale rispetto agli obiettivi iniziali dell'intervento del progetto SH

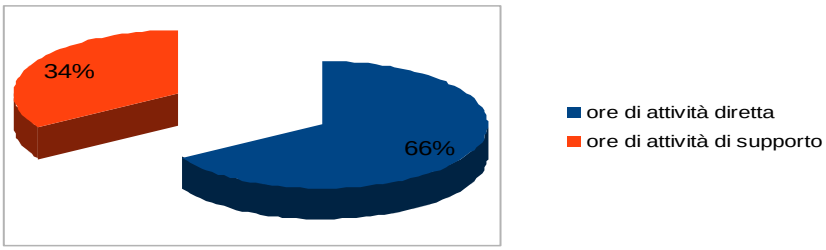
-principale difficoltà che si viveva nel proprio ambiente al momento della presa in carico da parte del SH

-prospettive ed aspettative future

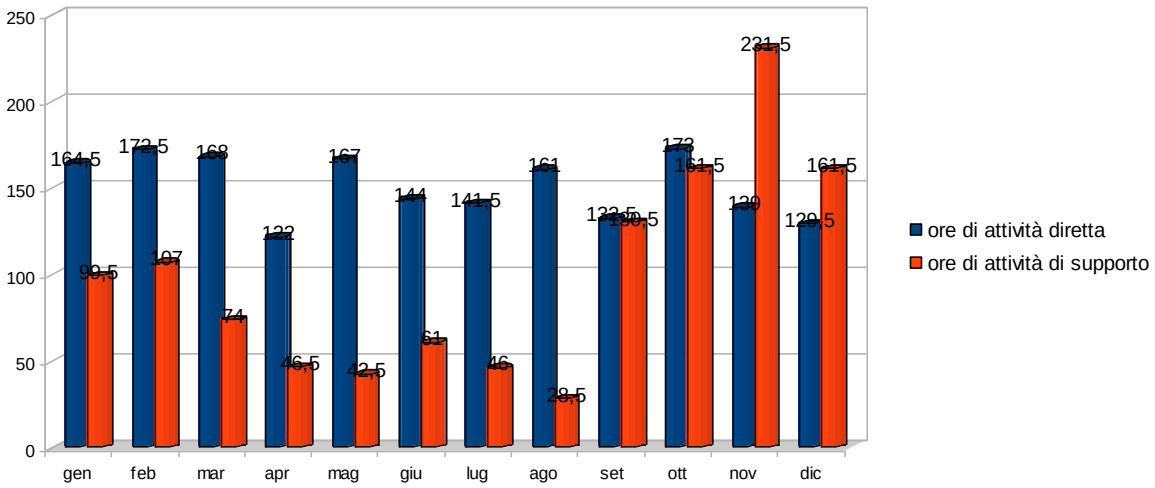
L'elaborazione dei dati consente da un lato di confrontare le risposte dei pazienti per trarne indicazioni generali di valutazione del progetto, dall'altro di estrapolare, all'interno delle narrazioni individuali di ciascun paziente e di alcuni familiari che hanno partecipato all'intervista portando contributi al di là e in aggiunta alle 4 domande poste a tutti, utili suggerimenti e osservazioni per il proseguo delle attività con gli attuali e futuri pazienti in carico. Le prime 8 interviste sono state montate in un filmato, disponibile all'interno dell'equipe SH per attività di formazione/supervisione, per i medici dei cps e per il Comune di Milano per momenti di restituzione del lavoro svolto insieme, che sarà integrabile con i successivi controlli periodici che saranno effettuati con i pazienti di volta in volta dimessi dal progetto.

Le **ore totali** di attività degli operatori dell'equipe nell'anno 2012 sono state **2380** , di cui 1574 (66%) di attività diretta con l'utenza e 806 (34%) per attività indirette di supporto.

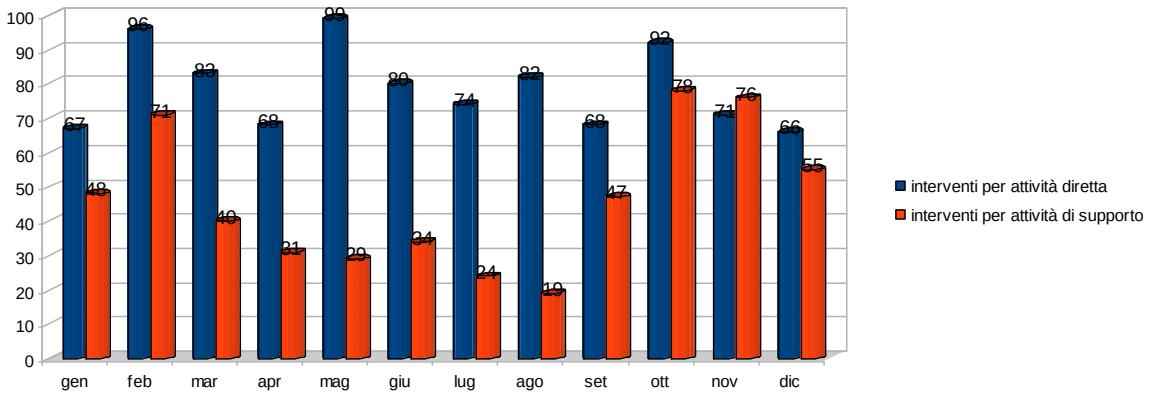
Il numero totale degli **interventi** è **1288** , di cui 799 diretti con l'utenza e 489 indiretti.



Distribuzione mensile delle ore destinate ad attività dirette con l'utenza e ad attività di supporto

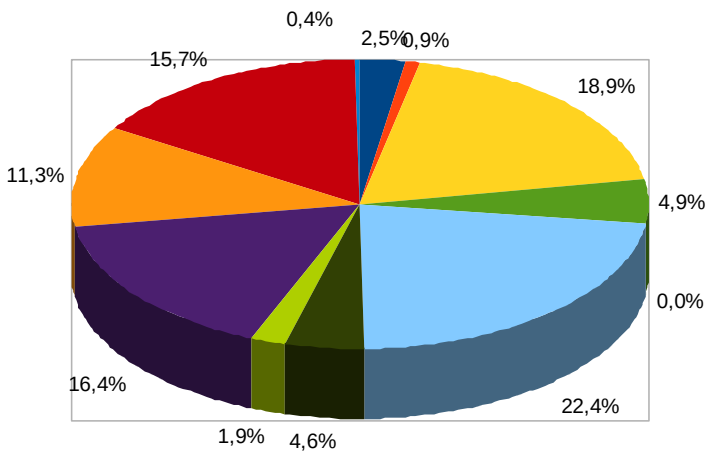


Distribuzione mensile degli interventi destinati ad attività dirette con l'utenza e ad attività di supporto

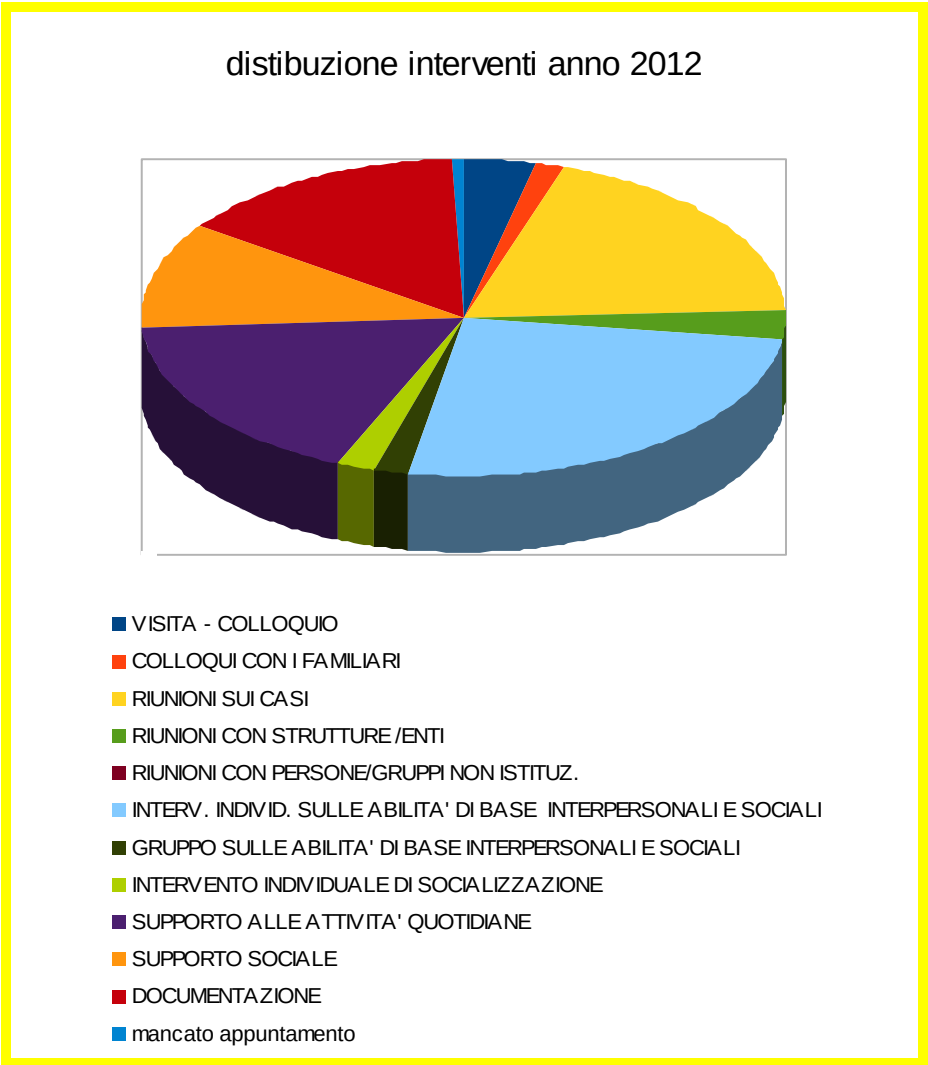


I grafici che seguono illustrano la distribuzione degli interventi degli operatori, utilizzando la classificazione del registro regionale, e la ripartizione delle ore dedicate ai diversi tipi di attività.

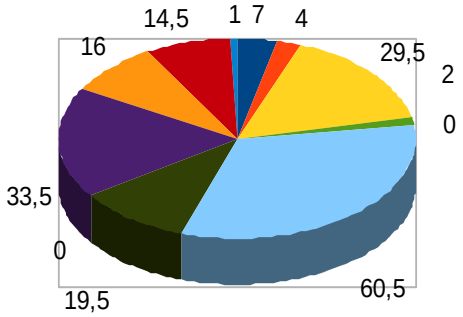
distribuzione ore anno 2012



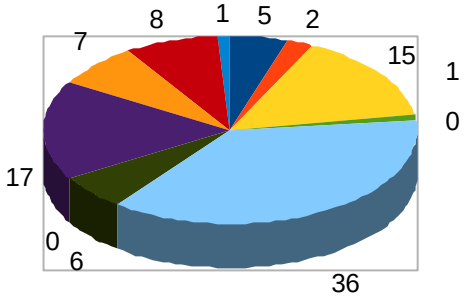
- VISITA - COLLOQUIO
- COLLOQUI CON I FAMILIARI
- RIUNIONI SUI CASI
- RIUNIONI CON STRUTTURE /ENTI
- RIUNIONI CON PERSONE/GRUPPI NON ISTITUZ.
- INTERV. INDIVID. SULLE ABILITA' DI BASE INTERPERSONALI E SOCIALI
- GRUPPO SULLE ABILITA' DI BASE INTERPERSONALI E SOCIALI
- INTERVENTO INDIVIDUALE DI SOCIALIZZAZIONE
- SUPPORTO ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE
- SUPPORTO SOCIALE
- DOCUMENTAZIONE
- mancato appuntamento


distibuzione interventi anno 2012
VISITA - COLLOQUIO
COLLOQUI CON I FAMILIARI
RIUNIONI SUI CASI
RIUNIONI CON STRUTTURE /ENTI
RIUNIONI CON PERSONE/GRUPPI NON ISTITUZ.
INTERV. INDIVID. SULLE ABILITA' DI BASE INTERPERSONALI E SOCIALI
GRUPPO SULLE ABILITA' DI BASE INTERPERSONALI E SOCIALI
INTERVENTO INDIVIDUALE DI SOCIALIZZAZIONE
SUPPORTO ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE
SUPPORTO SOCIALE
DOCUMENTAZIONE
mancato appuntamento

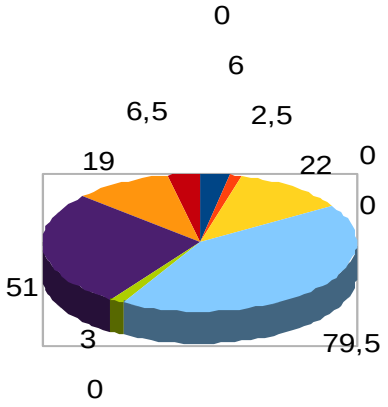
prospetto ore luglio 2012



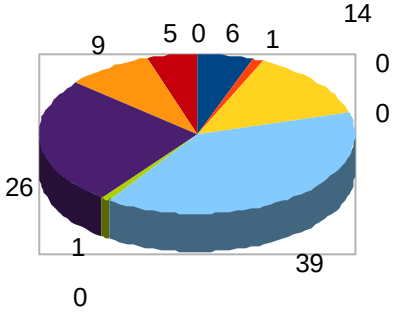
prospetto interventi luglio 2012



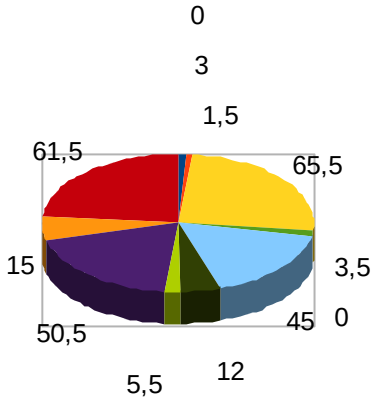
prospetto ore agosto 2012



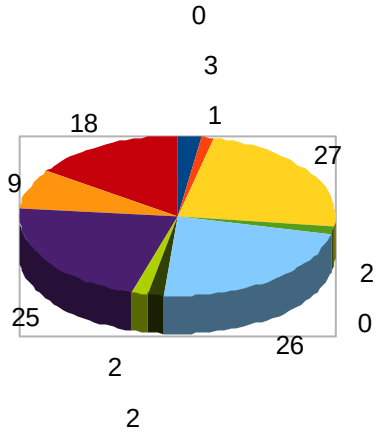
prospetto interventi agosto 2012



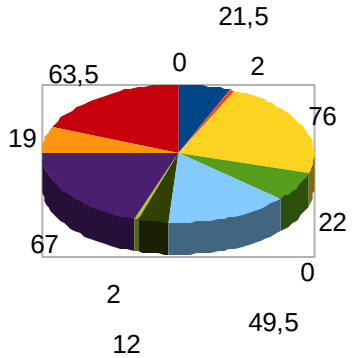
prospetto ore settembre 2012



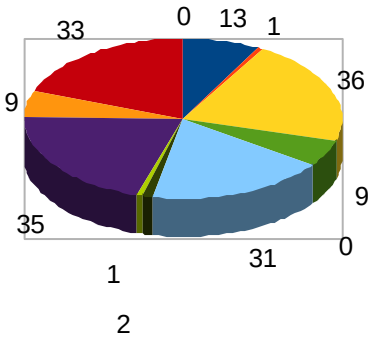
prospetto interventi settembre 2012

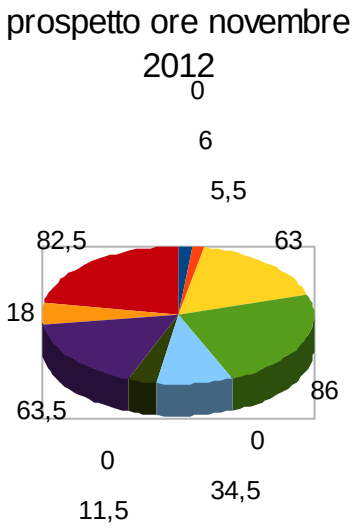


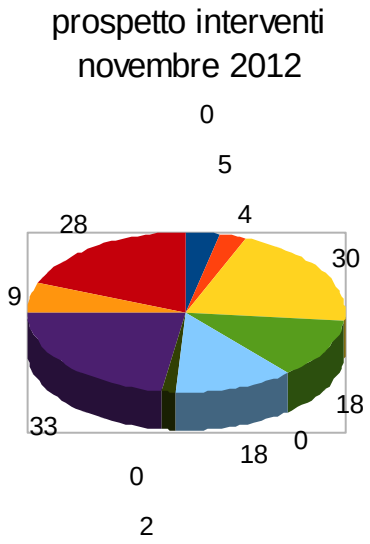
prospetto ore ottobre 2012

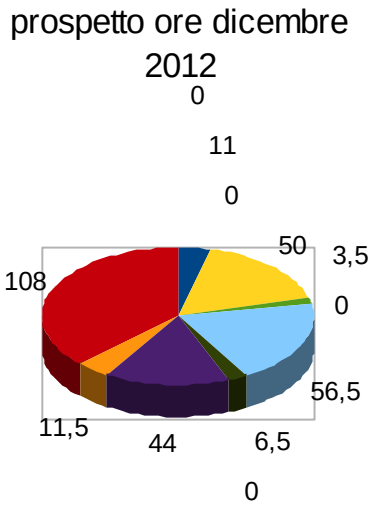


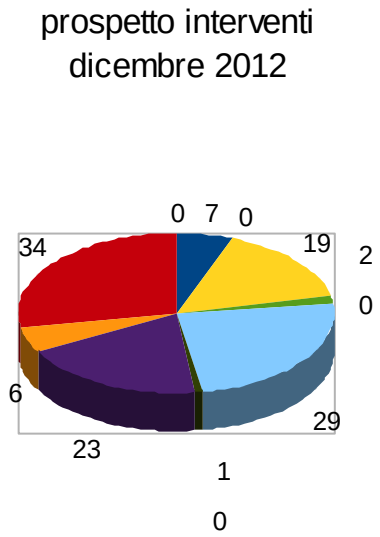
prospetto interventi ottobre 2012











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 2012 sono stati **75**, di cui **20** nell'anno **2012.**

I pazienti per i quali è stato attivato o è proseguito un programma di intervento nel corso dell'anno sono stati **32**.

Di questi **10** sono stati i **nuovi casi presi in carico nel 2012 .**

Al 31 dicembre i pazienti in carico sono **27 e** altri **5** pazienti, già segnalati e presentati all'equipe, sono in attesa di avvio.

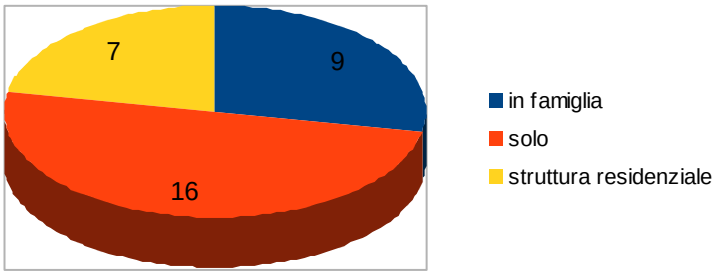
Il prospetto che segue mostra l'andamento della presa in carico nell'anno.

	età media pz alla presa in carico: 46	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
BA	53 a.												
BV	58 a.												
BD	53 a.												
CG	51 a.												
CE	43 a.												
CL	43 a.												
CS	51 a.		avvio										
DA	43 a.												avvio
DC	47 a.											avvio	
FF	45 a.												
FR	43 a.												
GM	53 a.												
GAM	42 a.										avvio		
GS	34 a.												
GA	53 a.			avvio									
GAN	55 a.										avvio		
LN	47 a.												
MF	75 a.											avvio	
MA	51 a.												
MG	50 a.												
ME	51 a.										avvio		
MM	45 a.												
MAN	53 a.												avvio
PM	47 a.												
PE	42 a.										avvio		
PER	51 a.												
RGP	41 a.									avvio			
RG	51 a.	avvio											
RR	62 a.		avvio										
SR	44 a.												
SG	57 a.												
TA	51 a.												
VS	49 a.			avvio									
VL	38 a.												
VC	57 a.												
VD	33 a.												
ZE	51 a.												
Totale pazienti 37		18	19	21	21	20	20	21	22	25	26	27 31	27 32

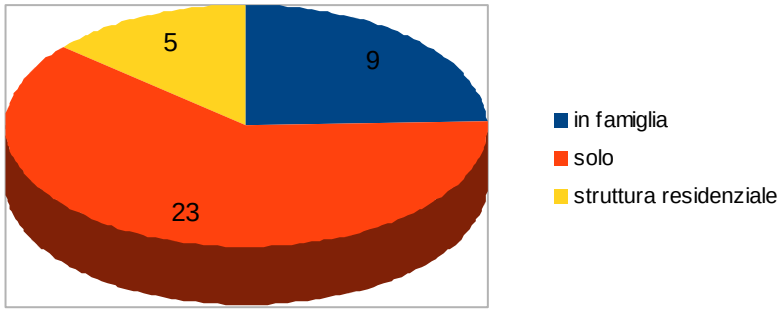
LEGENDA	
pazienti già in carico	**17**
pazienti segnalati e presi in carico	**10**
pazienti dimessi /interrotti	**5**
pazienti segnalati in attesa di avvio	**5**

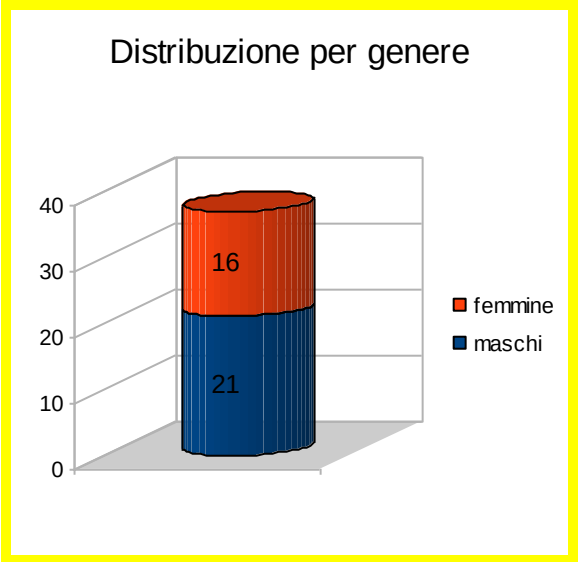
I grafici che seguono mostrano la distribuzione per condizione abitativa, genere, fascia d'età (l'età media delle persone inserite è di 46 anni).

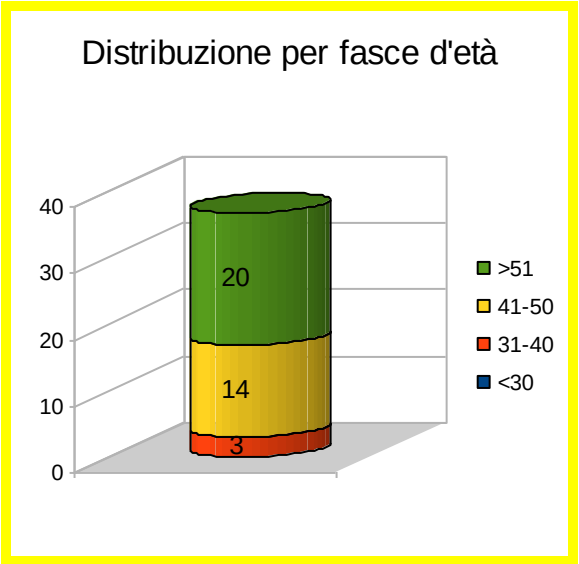
Situazione abitativa al momento della presa in carico



Situazione abitativa al 31 dicembre 2012 o alle dimissioni







Il grafico che segue mostra le ore complessive destinate a ciascun paziente. La durata degli interventi con l'utenza varia dalla mezzora alle 4 ore, con una media di circa 2 ore settimanali ad utente.

L’attività di gruppo del “**laboratorio multimediale**”, avviata ad aprile 2011 in fase sperimentale, si è confermata un’utile occasione di aggregazione e di empowerment per i pazienti coinvolti e di supervisione/formazione per gli operatori, si è quindi deciso di mantenere anche nel 2012 la continuità con quanto svolto nel corso del 2011, anche considerando i risultati raggiunti sia in termini di pazienti coinvolti, sia per quanto riguarda la qualità del lavoro.

Nel corso del 2012 sono stati effettuati **12 “laboratori multimediali”** da gennaio a dicembre , che si aggiungono ai precedenti 25 realizzati nell’anno 2011.

Gli incontri al laboratorio multimediale si sono confermati un´occasione di socializzazione e condivisione delle abitudini personali relative alla sfera dell´alimentazione e una risorsa aggiuntiva nei progetti riabilitativi per le tre tipologie di pazienti inserite nel progetto Supported Housing. Inoltre il laboratorio, in sintonia con la sua natura di spazio aperto e non istituzionale, accoglie anche i pazienti dimessi dal progetto ma che desiderano preservare questa esperienza e la relativa rete amicale.

L’attività continua a svolgersi all’interno di un appartamento, messo a disposizione dall’associazione Zuccheribelli onlus, dotato di impianto di videoregistrazione ambientale dove un piccolo gruppo di pazienti del progetto si ritrova per organizzare una cena.

Il laboratorio si è ulteriormente arricchito grazie alla stipula di una convenzione con la scuola di counseling “Panta Rei“ (http://www.centropantarei.it/) che, a partire da gennaio e per tutto il 2012, ha fornito regolarmente tirocinanti per l’attività di registrazione, supervisione e formazione.

Ogni volta il gruppo si cimenta – con telecamera a mano - nella produzione di un breve video “tutorial” sulle ricette (serie “Il Signore dei fornelli”).

Attualmente sono disponibili al pubblico sul sito 36 video ricette nell’apposita area ***http://supportedhousing.altervista.org/laboratorio-multimediale/*** dove rimane attivo il blog, aperto a tutti e gestito dal gruppo, che ha registrato vari commenti favorendo uno scambio anche con persone estranee al contesto psichiatrico.

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

Da gennaio a dicembre sono stati coinvolti 11 pazienti del progetto, inclusi nel percorso in tempi diversi; 4 sono nuovi ingressi nel gruppo. Ulteriori due pazienti non in carico al progetto hanno sperimentato il laboratorio: in un caso su invito del partner (utente del progetto), in un caso -in qualità di aiutante in cucina- in accordo con l’ass. sociale del progetto “reti sociali naturali”.

Il tono informale, l'atmosfera accogliente, la sede in un appartamento, la novità e la frequenza "aperta" contribuiscono infine 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.

VALUTAZIONE

L'intervento con i pazienti

Nel corso del 2012 sono stati inseriti nel progetto **10 nuovi pazienti,** per un totale di **32 assistiti nell'arco dell'anno**, a cui si aggiungono **5 pazienti** segnalati e presentati, **in attesa di avvio**.

La tavola sintetica che segue ne indica il programma in atto.

ANNO 2012

PAZIENTE	Note andamento progetto 2012	Programma 2013	Ore mensili intervento previste
BA	Il paziente ha ormai attiva una presa in carico da parte del NOA per la definizione di un programma di intervento possibile.	In dimissione	
BV	Dopo la fase iniziale che ha richiesto un consistente intervento dell'operatore SH ora il paziente appare ben integrato nel contesto abitativo e nell' uso delle risorse del servizi	Si conferma la presa in carico con riduzione delle ore settimanali di intervento	a scalare fno a **8** (1 intervento settimanale di 2 ore) attualmente 12
BD	Il paziente si trova da qualche tempo in una condizione di sempre maggiore deterioramento fisico e trascuratezza nella gestione personale e ambientale. Più insofferente e persecutorio nei confronti degli interventi dell'operatore e del servizio	Ridefinizione dell'intervento in direzione di una possibile dimissione dal SH	
CG	Da molti anni in carico al servizio, vive con la sorella , anch'essa in carico al CPS. Segnalato al SH per un tentativo di aggancio più stabile continuativo su un programma riabilitativo orientato ad una maggiore autonomia coinvolgimento del pz nel proprio progetto di vita	IN ATTESA DI AVVIO	
CE	Affiancata nella gestione dell'appartamento e della vita di quartiere dpo l'uscita dalla famiglia di origine.	Prosegue l'intervento in atto	**8** (1 intervento settimanale di 2 ore)
CL	Paziente con un carico assistenziale molto impegnativo, che necessita dinintervento massiccio e continuativo, integrato con gli altri operatori del servizio	Revisione del progetto di presa in carico: aumento delle ore di intervento integrato Cps -SH o possibile inserimento in comunità	**20** (2 interventi settimanali di 2/3 ore)
CS	Paziente seguito nel rientro a domicilio dalla Comunità con affiancamento nella gestione della quotidianità domestica	RIDEFINIZIONE DELL'INTERVENTO	**14** (1 intervento settimanale di 3-4 ore)
DA	Intervento avviato di recente, con il rientro del paziente al domicilio, finalizzato ad un affiancamento nella gestione della casa e della spesa	prosegue l'intervento in atto	**12** (1 intervento settimanale di 3 ore)

DC	Breve periodo di valutazione sugli esiti di un possibile rientro a casa dopo il periodo residenziale in CRA. Il suo percorso continua con un nuovo inserimento in una nuova comunità protetta	IN DIMISSIONE	0
FL	paziente segnalato per un affiancamento nella gestione del suo percorso di autonomia abitativa anche in relazione a percorsi di inserimento lavorativo rivlelatisi non sostenibili nel tempo dal pz	IN ATTESA DI AVVIO	
FR	La paziente, dopo interventi anche legati alla cura dell'obesità è ora in attesa di inserimento presso una comunità a Cernusco s/N	Si mantiene una presa in carico leggera in attesa dell'inserimento in Comunità	**2**
GM	Il contatto con il paziente è soprattutto in funzione di un sostegno nelle complesse dinamiche familiari simbiotiche con la madre	Prosegue l'intervento in atto	**12** **(**1 intervento settimanale di 3 ore)
GAM	Intervento avviato da pochi mesi in modo graduale con affiancamento alla paziente mirato a coinvolgerla nella gestione della quotidianità abitativa e delle relazioni sociali	Prosegue l'intervento in atto	**4** (1 intervento settimanale di 1 ora)
GS	Intervento improntato ad una condizione di mantenimento e centrato soprattutto sugli aspetti relazionali	prosegue in vista delle possibili dimissioni dal programma	**2**
GA	Ipaziente affiancato nella gestione domestica e di avvicinamento alle offerte territoriali di socializzazione, è deceduto nel mese di settembre	deceduto	
GAN	Difficoltà nell'aggancio con il paziente sul programma previsto	Revisione del progetto di presa in carico.	
LN	pz vive in famiglia.condizione difficile da agganciare in percorsi di cambiamento per la forte modalità omeostatiche del nucleo familiare. L'intervento del SH è chiesto quale possibile "agente perturbatore" e stimolo di apertura verso il contesto esterno territoriale	IN ATTESA DI AVVIO	
MF	Dopo una iniziale fase di conoscenza e condivisione degli obiettivi dell'intervento , il rapporto con l'operatore si è ormai connotato verso una semplice visita di cortesia	RIDEFINIZIONE INTERVENTO	**2**

MA	Paziente in condizione di grave ritiro sociale. L'intervento è finalizzato sia al supporto nella gestione dell'ambiente domestico, sia all'avvicinamento al contesto territoriale e dei servizi	concordato avvio a gennaio	**8** (1 intervento settimanale di 2 ore)
MG	Si avviato il lavoro insieme al paziente di sistemazione della casa in vista del suo rientro dalla comunità	Prosegue l'intervento in atto	**8** (1 intervento settimanale di 2 ore)
ME	Intervento avviato da pochi mesi in modo graduale con affiancamento alla paziente mirato a incoraggiarla nella gestione della quotidianità abitativa e dell fruizione del territorio	Prosegue l'intervento in atto	**8** (1 intevento alla settimana di 2 ore)
MM	Il paziente nel corso dell'anno ha progressivamente preso le distanze dal Cps e dall'intervento in atto con il SH.	IN DIMISSIONE	
MA	Paziente recentemente presa in carico con definizione di progetto ancora in atto negli ambiti del sostegno nella gestione della casa dopo la morte dei genitori e nella ridefinizione del complessivo progetto di vita	Prosegue l'intervento in atto	**8** (1 intevento alla settimana di 2 ore)
PM	Il lavoro condotto in questi anni con la paziente e gli attuali rapporti della stessa con il Servizio può considerarsi giunto ad una situazione di mantenimento orientata ad una possibile dimissione dal programma del SH	Definizione delle modalità e dei tempi della dimissione	
PE	Il programma si svolge prevalentemente sul territorio (spesa e supporto sociale)	Prosegue l'intervento in atto	**16** (2 interventi settimanali da 2 ore)
PER	il paziente è entrato in comunità	DIMESSO	
RGP	Dopo l'iniziale fase di conoscenza del paziente e affiancamento nella gestione del nuovo appartamento dove vive da solo, occorre rivalutare gli obiettivi della presa in carico da parte del SH e connesioni con gli altri interventi in atto.	prosegue in vista di ridefinizione del programma	**8** (1 intervento settimanale di 2 ore)
RG	Il paziente è ora in fase di dimissione dal CRA (semires.) e si prevede l'affiancamento nel rientro al domicilo	intervento di supporto a domicilio	**12** (1 intervento settimanale di 3 ore)
RR	Paziente affiancata periodo di monitoraggio e supporto nella gestione dei contatti esterni all'ambiente familiare, percepiti come ostili e minacciosi.	dimessa dal progetto dopo il periodo di osservazione ed ora affiancata con supporto più leggero da UFE	

RS	concordate le dimissioni dal programma, avendo raggiunto l'obiettivo prefissato per il rientro a casa e la presa in crico del CPS	in dimissione	
TA	La paziente, anche in seguito al peggioramento delle sue condizioni di salute e delle criticità nel rapporto con il fratello, è stata dimessa dal progetto al suo ingresso in Comunità, secondo un programma concordato con lei e il medico curante		
SG	in funzione della possibile dimissione dal programma SH si ritiene utile una definizione con i servizi delle modalità di sostegno al paziente dopo lo sganciamneto dal SH	prosegue in vista delle possibili dimissioni dal programma	**8** (1 intervento settimnale di 2 ore)
VS	incostante la tenuta della paziente nell'adesione ai programmi concordati	ridefinizione del progetto e dei tempi di intervento	**4** (1 intervento settimanale di 1 ora)
VL	paziente gravemente deficitaria nella capacità di gestire programmi sul lungo periodo sia nell'ambito della cura di sé e della casa che in quello delle relazioni sociali	IN ATTESA DI AVVIO	
VC	attualmete ricoverato in comunità evasione si mantiene un contatto minimo col pz nella dimensione legata al domicilio e contatti col quartiere	prosegue intervento in atto in attesa di una revisione delle finalità e dei tempi	**1**
VD	Nel corso dell'anno si è intensificato il programma in atto, con una significativa apertura del paziente soprattutto verso le esperienze territoriali	Prosegue l'intervento in atto	**12** (1 intervento settimanale di 3 ore)
ZE	il programma è andato gradualmente ad esaurirsi. La pz frequenta ora con regolarità il CD	DIMESSA	

LEGENDA	
Pazienti in carico con prosecuzione programma in corso	**11**
Pazienti in carico con programma da ridefinire o in dimissione	**16**
Pazienti dimessi nel corso del 2012	**5**
Pazienti segnalati in attesa di avvio	**5**

- Con i pazienti che vivono in famiglia, il lavoro più consistente continua ad essere quello di favorire un graduale distacco e una riappropriazione degli ambiti di vita di quartiere e cittadini.
- Si conferma inoltre l'importanza del ruolo dell'operatore del Supported Housing, oltre che nelle fasi delicate del rapporto con l'utente nella realizzazione del progetto riabilitativo, anche nella dimensione di mediatore e facilitatore delle comunicazioni tra i servizi di riferimento del paziente e il paziente stesso.
- Con i pazienti che vivono da soli la possibilità di un sostegno flessibile e modulato in base al progetto individualizzato ha favorito in molti casi una graduale riappropriazione delle competenze e della consapevolezza dei propri bisogni; l'affiancamento dell'operatore ha inoltre spesso consentito un minore ricorso ad un uso improprio dell'offerta dei servizi psichiatrici.
- Con tutti i pazienti prosegue il lavoro di radicamento nel contesto territoriale di appartenenza attraverso costanti contatti con l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono ("*Fattori ambientali*")

L'integrazione con i servizi

La presenza continuativa dell'intervento del Supported Housing ha favorito il processo di capitalizzazione del sistema di procedure, competenze e relazioni nel tempo costuito grazie all'attivazione del progetto.

La stabilità dell'equipe che può contare sulla presenza di operatori nella maggior parte inseriti dall'inizio del progetto, permette una sempre maggiore integrazione degli operatori con il personale dei Servizi del DSM, favorendo i processi di comunicazione e modalità condivise di presa in carico del paziente.

La modalità propria dell'equipe di utilizzare la registrazione via mail del diario di attività con i pazienti, ha inoltre facilitato lo scambio e la condivisione tra operatori del percorso riabilitativo in atto col paziente, in una logica di maggiore elasticità propria dell'intervento del Supported Housing.

Poter disporre di una ulteriore risorsa per affrontare i bisogni di sostegno domiciliare ha consentito attraverso interventi più informali e flessibili, di affiancare il paziente in fasi anche critiche di allontanamento dal servizio evitando o almeno dilazionando percorsi di istituzionalizzazione, o laddove attivati, di poterli inserire in un percorso di condivisione e consapevolezza da parte del paziente stesso

Le azioni sul contesto territoriale

Sono stati avviati contatti con le associazioni di quartiere, in particolare nella zona di piazzetta Capuana, per l'avvio di possibili collaborazioni e progettazioni condivise miranti ad una riqualificazione dell'area e degli spazi aggregativi presenti.

Nel corso dell'anno la nostra equipe è stata invitata a partecipare il 21 giugno 2012 al seminario "Microcontesti metropolitani e disagio psichico tra dipartimenti di salute mentale e popolazione" organizzato dall'Associazione Contatto e il 3 ottobre alla Giornata Mondiale della Salute Mentale presso sala Alessi del Comune di Milano presentando in entrambi i casi il nostro progetto attraverso video e testimonianze dirette.

Il 30 novembre, dopo quello del 2010, si è svolto il **secondo barcamp** (convegno partecipato) sul tema del sostegno all'abitare presso Villa Scheibler a Milano: **"Ripensiamoci!: Domiciliarità supportata, non solo una questione psichiatrica".**

Questa edizione ha visto la partecipazione di più di 20 relatori e più di 100 iscritti appartenenti complessivamente a 45 associazioni ed enti pubblici e privati provenienti da 15 Comuni del nord Italia.

Sono state previste 3 aree tematiche nell'ottica di individuare nuovi modelli e prospettive nei confronti sia della residenzialità leggera sia di residenze assistite o di housing sociale:

1-La domiciliarità e le istituzioni psichiatriche

2-La domiciliarità nelle situazioni critiche/estreme

3-Nuove forme e architetture della domiciliarità

Abbiamo quindi non solo inteso fare il punto su pensieri e pratiche in ambito psichiatrico, ma anche individuare come, a fianco e oltre le istituzioni, siano consolidate o in fase nascente esperienze che guardano a popolazioni di cittadini con disagi psicologici e sociali e sperimentano forme di aiuto domiciliare temporaneo o definitivo che possono essere un riferimento per la psichiatria stessa. Supported housing, housing sociale, habitat sociale, cohousing, temporary housing, abitare diffuso eccetera sono state presentate e discusse per non farle rimanere sigle incomprese ma per evidenziarle agli occhi di operatori famigliari volontari pazienti e cittadini come pratiche reali di aiuto a persone in difficoltà, da conoscere, da contattare, da farsi contaminare. Alcuni interventi programmati hanno riguardato la domiciliarità in situazioni critiche o estreme, altri nuove forme di supporto in ambito etero famigliare, altri il supporto specifico a

fasce deboli della popolazione. Obiettivo dichiarato del convegno era creare le condizioni per una Psichiatria che sappia guardare anche fuori da se stessa, attraverso il tema dell'abitare o altro, una Psichiatria che non teme il confronto costante con i cittadini e con i nuovi bisogni che chiamano anche nuove risposte.

Due anni fa la giornata fu intitolata "Riprendiamoci" ed era esplicito il doppio senso sul versante dello stare meglio e dello strumento proposto ai relatori, cioè l'esclusivo materiale filmico.

Questa volta abbiamo proposto **" Ripensiamoci",** con l'esplicito messaggio di ripensare alla Psichiatria e alle sue proposte di residenzialità che meritano di essere ripensate e rinnovate.

La pagina web dedicata all'evento all'interno del sito: supportedhousing.altervista.org è stata utilizzata per caricare materiale vario (pdf, video, foto, link, pagine personali…) prima e dopo l'evento per creare un portale di riferimento a disposizione anche per il futuro per tutti i partecipanti e per chi vorrà dare un contributo al tema.

Gli incontri e l'organizzazione del barcamp hanno rappresentato un esempio concreto dell'utilità di coniugare l'attività riabilitativa rivolta ai pazienti con la necessità di essere nel e sul territorio, in un'ottica di coinvolgimento e attivazione della cittadinanza, di azioni di contesto attraverso il rafforzamento dei legami con altre realtà "in rete", e di lotta allo stigma.

Il sito del progetto http://supportedhousing.altervista.org/ continua ad essere un aggiornato punto di riferimento per la divulgazione e conoscenza delle nostre attività e luogo virtuale di scambio, comunicazione e "contaminazione" con chi, a vario titolo, si occupa di sostegno all'abitare; in particolare nelle sezione "eventi" chiunque può segnalare una propria iniziativa e/o progetto in un'ottica di collaborazione e reciproco arricchimento.