



# I programmi di residenzialità "leggera" tra recente normativa nazionale ed esperienze

## Autori

Giorgio Cerati<sup>1</sup>, Panfilo Ciancaglini<sup>2</sup>, Luigi Ferrannini<sup>3</sup>, Dagmar Merckling<sup>4</sup>

1 Psichiatra, Componente Comitato Regionale Salute Mentale, Lombardia - [giorgio.cerati48@gmail.com](mailto:giorgio.cerati48@gmail.com)  
(<mailto:giorgio.cerati48@gmail.com>)

2 Psichiatra, Gruppo Redancia

3 Psichiatra, Consulente Agenzia Sanitaria, Regione Liguria

4 Psichiatra, UOP Magenta, DSM A.O. di Legnano

*Inviato 3 dicembre 2015, rivisto il 6 dicembre 2015, accettato il 10 dicembre 2015*

---

## Riassunto

Il tema della residenzialità "leggera" non può essere trattato senza considerare il documento Le Strutture Residenziali Psichiatriche, che propone una risposta ai bisogni specifici rilevati del paziente, definendo gli interventi appropriati, la loro durata e i programmi-tipo indicati, differenziati per intensità e configurati in risposta ai bisogni individuali terapeutico-riabilitativi e assistenziali. A fronte dell'elevato utilizzo delle strutture e dopo 35 anni dalla 180, l'evoluzione dei bisogni e dei modelli di intervento, a partire da esperienze regionali, ha motivato la ricerca di una normativa di validità nazionale per rendere omogenee sia la nomenclatura e la tipologia delle diverse SR, che le caratteristiche e la durata dei programmi riabilitativi, le aree dei disturbi trattati, i requisiti e gli assetti organizzativo-gestionali.

La tipologia delle SR viene distinta quindi sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato alla compromissione di funzioni e abilità del paziente, sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, sono tre le tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi, con livelli di intensità assistenziale differenti, articolata in tre sottotipologie, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

In quest'ultima tipologia, Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale per Fasce Orarie, rientrano i programmi di residenzialità leggera.

A partire da riflessioni di rilievo generale tratte da alcune significative esperienze di programmi svolti in Lombardia e in Liguria, si sottolinea che la residenzialità "leggera", cui ora la normativa nazionale offre un quadro di riferimento, può essere vista come un'opportunità per le persone, in risposta ad una esigenza ubiquitaria di ritrovare casa, ambiente di vita, cittadinanza: la riabilitazione diventa un percorso oltre i confini istituzionali verso il recupero di un'appartenenza alla rete sociale della propria comunità. Nel contempo è anche l'occasione per gli operatori di sperimentare un lavoro innovativo: ad accompagnare le persone curando il contesto; o a sperimentare un progetto clinico "forte" in contrasto apparente con una residenzialità "leggera"; o ad articolare una flessibilità di interventi dentro un impegno più intenso e diretto con le persone; oppure a vivere la normalità e l'informalità come componenti non spurie della professione.

---

## Abstract

The concept of “Residenzialità Leggera” (“Light Residency” = a new way of supported living) cannot be faced without considering the document “Le Strutture Residenziali Psichiatriche” (about the psychiatric-therapeutic communities) which offers a response to the specific needs of the patient: it defines the adequate interventions, their duration and their typus-programs, differentiated on the bases of their intensity and configured on the basis of the individual needs of the patient for rehabilitation and assistance.

Facing the huge utilization of the psychiatric communities and after 35 years since the issue of the law 180, the evolution of the necessities and of the intervention models encouraged, starting from regional experiences, research aimed at the development of a national law to homogenize both the nomenclature and the various types of community structures as well as properties and durations of rehabilitation programs, the handled pathologies, management and organization requirements and assets.

The residential structures are defined on the basis of two criteria: the intensity of therapeutic-rehabilitation interventions and the degree of assistance. The first relates to the level of the patient’s functional and ability loss; the second links to the degree of the patient’s overall autonomy.

The combination of these two criteria defines the different types of community structures:

- Psychiatric Residency for intensive therapeutic-rehabilitation intervention
- Psychiatric Residency for extensive therapeutic-rehabilitation intervention

Both these community types can be set-up at different levels of assistance

- Psychiatric Residency for social-rehabilitation intervention with varying assistance levels which give rise to 3 subtypes, defined by different sanitary personnel presence: 24 hours, 12 hours or specified limited daily periods.

Psychiatric Residency for social-rehabilitation intervention with personnel in limited daily periods include also the so called programs of Residenzialità Leggera (Light Residency).

The article presents some relevant experiences from programs carried out in Lombardia and Liguria Regions which offer interesting considerations. The Light Residency, now ruled by a national law, can be considered as an opportunity for persons with severe psychiatric illness to find, fulfilling basic needs, a new home, a new living and a new social environment: the rehabilitation becomes a route beyond institutional limits for the recovery of the belonging to a social network.

Contemporaneously it offers also the opportunity to the operators to experience an innovative way of work: accompanying persons caring for the surrounding context or experiencing a strong clinical project (apparently opposing a “light” residential); or managing flexible interventions within a more intense and direct interaction with persons or living normality and informality as significant part of professionalism.

---

## Introduzione

Il tema della residenzialità leggera non può essere trattato senza considerare il documento Le Strutture Residenziali Psichiatriche, che propone una risposta ai bisogni specifici rilevati del paziente, definendo gli interventi appropriati per il paziente, la loro durata e i programmi-tipo indicati, differenziati per intensità e configurati in risposta ai bisogni individuali terapeutico riabilitativi e assistenziali. Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente viene declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), elaborato dall’equipe della struttura residenziale in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale (PTI) elaborato dal CSM, a sottolinearne l’unitarietà e l’integrazione in una cornice di Psichiatria di Comunità. A fronte dell’elevato utilizzo delle strutture e dopo 35 anni dalla 180, l’evoluzione dei bisogni e dei modelli di intervento, a partire da esperienze regionali, ha motivato la ricerca di una normativa di validità nazionale per rendere omogenee sia la nomenclatura e la tipologia delle diverse SR, che le caratteristiche e la durata dei programmi riabilitativi, le aree dei disturbi trattati, i requisiti e gli assetti organizzativo-gestionali.

Appare significativo che la tematica della residenzialità leggera abbia potuto essere considerata all’interno di questa normativa, nonostante sia difficile inquadrarla in quanto portatrice di una logica esperienziale, derivante dalle molteplici modalità di concezione e di realizzazione nei diversi contesti regionali e locali.

---

## 1. I contenuti del documento “Le strutture residenziali psichiatriche”

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede tra i propri obiettivi di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

Per attuare questo obiettivo, il documento "Le strutture residenziali psichiatriche (SR)", emanato dalla C. U. 17.10.2013, si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni. Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici offerti agli utenti.

Occorre considerare che l'espansione delle SR ha di gran lunga superato quanto previsto dai PP.OO., arrivando fino a quadruplicare il numero dei posti individuato come massimo, e che questo ha enfatizzato una serie di criticità pratiche, economiche, programmatiche, evidenziando come le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica fossero insufficienti e inadeguate all'evoluzione dei bisogni, della domanda, delle metodologie di cura e riabilitazione. Inoltre, gli assetti normativi delle diverse regioni hanno creato una grande ricchezza di modelli e soluzioni offerte negli anni, dando luogo tuttavia a una eterogeneità tanto interessante quanto problematica. Ne è prova il fatto che non sia stato possibile concludere la ricognizione tentata a livello regionale nel corso dei lavori di elaborazione del documento svolti con AGENAS: oltre al numero delle SR, è risultato arduo leggere e raffrontare i dati riguardanti ad es. denominazione e tipologia delle strutture, pazienti trattati, durata di degenza, requisiti accreditamento, tariffe, partecipazione alla spesa ecc.

Il lavoro del Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM – Commissione Salute della Conferenza delle Regioni) ha preparato il terreno ponendosi come luogo di condivisione delle politiche regionali, sempre valorizzando le buone pratiche di Psichiatria di Comunità: da qui la redazione del PANSM, con la sua proposta tutta intonata alla progettualità e percorsi di cura individuali. La collaborazione con AGENAS, volta a tracciare indirizzi coerenti al PANSM per la residenzialità psichiatrica, ha poi consentito di attuare una metodologia di lavoro efficace e tale da arrivare a redigere un documento condiviso, solido nell'impianto e recepibile da tutte le regioni.

Con questo viene del tutto superato il modello di strutture - contenitori a modalità di funzionamento asilare, cioè simili in parte agli ospedali psichiatrici, privilegiando, rispetto a quello strutturale, l'aspetto funzionale dei programmi di cura e riabilitazione a termine, arricchito da contenuti operativi e indicazioni tecniche: una normativa perciò rivoluzionaria, ben più che una semplice sistematizzazione dell'esistente.

---

## Le strutture residenziali psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del DSM (cfr. P.O. nazionale 1998-2000), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto socio-sanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con compromissione delle abilità personali e sociali e con bisogni complessi, che necessita quindi di interventi multiprofessionali, comporta una presa in carico da parte del CSM e l'elaborazione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI). Nel Piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile. L'inserimento avviene a cura del CSM, tramite procedura di consenso con sottoscrizione di un accordo / impegno di cura tra DSM e utente, in un'ottica di continuità terapeutica e coinvolgendo la rete familiare e sociale. Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di case manager), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

La gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, stabilita in base a strumenti di valutazione standardizzati, le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica offrono gli elementi di valutazione per orientare sia il programma di cura e di assistenza territoriale sia l'eventuale progetto di trattamento residenziale con l'intensità riabilitativa e il livello assistenziale da prevedere.

Infatti, gli interventi necessari al paziente nell'insieme rientrano in programmi nei quali sono differenziati i livelli di intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale, dalla durata del programma fino alle prestazioni richieste: di qui la scelta della tipologia di struttura residenziale. Il percorso clinico-assistenziale svolto da ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura in coerenza con il PTI predisposto dal CSM a livello territoriale. Il PTRP a sua volta si basa su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda, quali: l'osservazione delle aree problematiche (psicopatologia, cura di sé e ambiente, competenza relazionale, gestione economica, abilità sociali), gli obiettivi dell'intervento, le aree e i tipi di intervento, la durata prevista.

La tipologia delle SR viene distinta quindi sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente, sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, sono tre le tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi, con livelli di intensità assistenziale differenti, articolata in tre sottotipologie, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Per ognuna delle tipologia di struttura vengono descritte le caratteristiche dei pazienti corrispondenti alle specifiche indicazioni clinico-riabilitative e le aree di intervento appropriate all'intensità riabilitativa. La lettura del documento offre una serie di approfondimenti utili, soprattutto riguardo ai modelli di intervento attuabili, con le varie attività - di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo - svolte a cura delle diverse competenze professionali presenti, a seconda che il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato richieda un programma riabilitativo ad alta, media o bassa intensità. Anche il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente, ove un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione.

## Le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP). In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

- SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere
- SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere
- SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale per Fasce Orarie.

In quest'ultima tipologia, Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale per Fasce Orarie, rientrano i programmi di residenzialità "leggera". Le SRP.3.3 sono descritte nel Documento Le Strutture Residenziali Psichiatriche con le seguenti caratteristiche.

Indicazioni cliniche: i pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare: condizioni psicopatologiche stabilizzate; compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze; problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti; aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione: area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;

area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura; area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale; area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

---

## 2. L'esperienza insegna

Ci è parso utile, accanto all'attuale quadro di sistema che abbiamo prima presentato, offrire qui di seguito una serie di riflessioni di rilievo generale tratte da alcune significative esperienze di programmi di residenzialità "leggera" cui abbiamo partecipato in Lombardia e in Liguria.

---

### Il bisogno di residenzialità "leggera" e il modello

Assumendo ad esempio il Piano lombardo di salute mentale (PRSM, 2004), ove si afferma che il contesto di riferimento del modello di residenzialità "leggera" è la psichiatria di comunità, fortemente radicata nella rete sociale territoriale, si definiscono di residenzialità "leggera" i programmi che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano di una situazione abitativa adeguata con proposte abitative di tipologia variabile.

I programmi di residenzialità "leggera", infatti, sono sorti come una risposta 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. Pazienti con bisogni differenti e divenuti, pur in grado diverso, più idonei all'autoconservazione, ma non del tutto emancipati: persone che hanno goduto i frutti della riabilitazione, ma che talora sperimentano proprie angosce psicotiche o bisogni di ritiro relazionale. Si tratta perciò di valorizzare o conservare le spinte evolutive e insieme di non abbandonare le persone, anzi di accompagnarle proteggendo le parti più bisognose di sostegno.

Parliamo di un modello innovativo di residenzialità psichiatrica che si colloca come una realtà intermedia tra territorialità e residenzialità attraverso la compresenza di competenze sanitarie (riabilitative) e sociali (legate al diritto di cittadinanza): indicata quindi per pazienti clinicamente stabilizzati, ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere. I programmi, quindi, sono rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti, assimilabili ai programmi di media/bassa intensità riabilitativa, comprendono un ampio spettro di attività possibili, con particolare attenzione agli interventi di rete sociale. Programmi sanitari la cui attuazione è garantita da soggetti accreditati per attività di psichiatria; sostenibili con idonee garanzie di ordine sociale: i programmi di residenzialità leggera, per essere realizzati, si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme di sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti locali. La parte sanitaria comprende: programma riabilitativo, lavoro di rete, presenza di operatori in alcuni momenti della giornata; la parte sociale: soluzioni abitative, vitto, fruizione dei diritti di cittadinanza.

---

### Riflessioni su esperienze di residenzialità leggera

In questa parte del lavoro vengono riassunti alcuni dei contenuti di due articoli pubblicati in precedenza da uno di noi (1,2). Essi rimandano ad una esperienza ligure, il cui significato ci sembra essere ulteriormente avvalorato dall'analogia con altre esperienze lombarde.

Si tratta di tre appartamenti del Gruppo Redancia, situati in condomini nel centro di Savona, dove vengono accolti ospiti affetti da patologie psichiatriche. Gli operatori sono presenti per alcune ore durante la giornata e sono contattabili telefonicamente sulle 24 ore. In ciascun appartamento si svolge una assemblea quindicinale degli ospiti condotta dalla direttrice di comunità e dallo psichiatra. L'intero staff si riunisce settimanalmente per due ore. Negli appartamenti convivono maschi e femmine. Nessuna attività strutturata è svolta all'interno degli stessi.

Nella prima delle Lezioni Americane Italo Calvino scrive: "la leggerezza per me si associa con la precisione e la determinazione, non con la vaghezza e l'abbandono al caso" (3) e, successivamente, le attribuisce la qualità di "inseguimento perpetuo delle cose, adeguamento alla loro varietà infinita". Precisione ed elasticità ci sembrano elementi utili a guidare la nostra riflessione.

Due questioni relative a tutti i trattamenti residenziali assumono particolare rilievo in questa tipologia di appartamenti. La prima è quella dei rapporti tra cura e vita, che diventano più intricati e sfumati, favorendo fenomeni di disorientamento nell'équipe curante su quale sia l'oggetto del dispositivo terapeutico. Quando la presenza degli operatori è ridotta aumenta il loro bisogno di "manutenzione emotiva" e l'investimento sulle riunioni di staff deve essere massimo in puntualità, assiduità, tempo a disposizione e protezione dalle interferenze.

La seconda è ciò che possiamo definire "l'equivoco della linearità e progressività dei percorsi di cura e riabilitazione" o per usare l'espressione di Maone (4) il mito del continuum residenziale. L'enfasi sull'esperienza dell'appartamento protetto come "tappa di un percorso" può essere nociva. La possibilità di dover affrontare momenti di difficoltà, non gestibili con le risorse della comunità alloggio e che richiedano l'allontanamento temporaneo, deve essere considerata la regola e non l'eccezione, salvo operare una selezione molto restrittiva e "difensiva" dei candidati. Le crisi a cui ci riferiamo non sono solo quelle con una sintomatologia acuta che richiedono un ricovero ospedaliero, ma anche crisi relazionali per le quali l'ospedalizzazione sarebbe una risposta inappropriata ed è, invece, adatto un trasferimento anche molto breve in altra SR.

Tutti i trattamenti, sia farmacologici che psico-sociali, dovrebbero tendere a potersi considerare "mirati" in riferimento alla specificità degli obiettivi, alla dose minima efficace per raggiungerli e al tempo necessario. Spesso questi parametri vengono presi in considerazione solo per i farmaci (non sempre) e molto meno per gli interventi psico-sociali, probabilmente per il fatto che non si considera pericolosa una esposizione eccessiva per intensità e durata. Non possiamo però trascurare due questioni: quella di un inutile consumo di risorse e quella di un possibile ostacolo al progresso delle competenze e dell'autonomia. "Leggera" potrebbe essere il programma residenziale in cui l'intensità del trattamento è più facilmente modulabile sui bisogni dell'ospite e pertanto:

- Fase-specifico
- Ad intensità variabile
- Con livello di protezione mirata
- Supportato da una rete territoriale e di SR
- Parziale, condiviso, integrato
- Orientato alla gestione della crisi.

Il lavoro negli appartamenti è più simile a quello di un servizio psichiatrico territoriale che non di una comunità terapeutica. Il fatto che gli ospiti di notte e per parte del giorno siano soli cimenta i singoli operatori e il gruppo con le ansie tipiche della presenza a casa di un paziente "difficile" che viva solo o in famiglia. In alcune circostanze occorre prendere decisioni rapide in solitudine o fronteggiare l'ostilità come avviene talora durante visite domiciliari a pazienti aggressivi.

La presa in carico condivisa con il CSM richiede attitudine alla collaborazione con operatori diversi per storia e identità. In un recente lavoro gli autori analizzano il fenomeno del "meticcio" (5) tra servizio pubblico e gestori privati nella conduzione di alcune SR leggere della Lombardia, evidenziandone le potenzialità. Il tema dell'integrazione compare già in esperienze pilota (6,7) nel cercare di modellare "équipe integrate" tra CSM e Cooperativa sociale per la gestione del programma di residenzialità leggera.

Abbiamo attribuito massima attenzione alle problematiche riguardanti la salute fisica. La misurazione della pressione arteriosa, il controllo del peso, l'effettuazione degli esami strumentali e di laboratorio costituiscono uno scadenziario nel quale l'ospite deve avere un ruolo attivo e tra le prime operazioni all'ingresso vi è quella di aiutarlo a relazionarsi con il proprio MMG. Occorre superare l'atteggiamento paternalistico-compassionevole riguardo gli stili di vita dannosi della frase "hanno una vita già tanto sfortunata, perché incalzarli riguardo cibo, caffè o sigarette?".

Riguardo la terapia farmacologica è buona norma ridurre al minimo indispensabile il numero delle assunzioni giornaliere (come si fa per i pazienti che vivono a casa) privilegiando le compresse rispetto alle gocce. In linea di massima viene consegnato un blister contenente la terapia di un giorno. Con la supervisione dell'operatore, va valutato caso per caso il da farsi cercando soluzioni temporanee e personalizzate.

Riprendendo il concetto di "giusta dose" un tema importante è quello della stimolazione, soprattutto con ospiti molto passivi. In alcuni casi, all'inizio della permanenza, questo atteggiamento può dipendere da quella che Correale definisce "micro depressione preliminare" (8) in reazione al cambiamento di struttura. Quando l'inerzia si protrae non è semplice definire una posizione corretta tra assertività e accudimento, nel poco tempo a disposizione. Nelle riunioni l'abbiamo talora definita "sorellanza maggiore" come modalità intermedia tra codici paterni e materni.

Un'osservazione specifica sul primo periodo ha riguardato le difficoltà di ospiti provenienti da comunità terapeutiche. Alcuni di loro hanno lamentato il senso di solitudine e abbandono, l'assenza dell'operatore nel momento del bisogno e la bassa frequenza dei colloqui. In tutti i casi questo disagio si è risolto in un paio di mesi al massimo. Discutendo con gli

operatori della struttura inviante abbiamo notato che nella fase precedente la dimissione gli interventi psico-sociali erano stati intensificati, quasi a dotare l'ospite di una riserva da portare con sé per le difficoltà da affrontare. In realtà sarebbe opportuno agire in senso inverso, "scalando" gli interventi in previsione della separazione.

Gli appartamenti non dispongono di spazi per gli operatori, ma di questo con il passare del tempo abbiamo apprezzato gli aspetti positivi: i cosiddetti "ospiti" assumono la veste dei padroni di casa che ospitano gli operatori quando sono presenti.

La possibilità di una presa in carico "leggera" e cioè, nell'accezione che abbiamo dato, mirata e flessibile, dipende soprattutto dalla qualità della rete di servizi a cui appartiene la struttura. In questo caso la metafora della rete non riguarda solo i collegamenti, ma anche il sostegno che ogni nodo riceve in quanto appartenente a un sistema. La nostra esperienza di collaborazione con il DSM di Savona è ottima e ha consentito di superare i momenti di difficoltà, individuando soluzioni "personalizzate". Diversi ospiti frequentano regolarmente strutture semiresidenziali del DSM.

In conclusione, il nostro contributo sulla residenzialità "leggera" è quello di mettere in guardia da un eccessivo riduzionismo che ne faccia una sorta di trattamento low cost. La nostra esperienza è che la gestione di appartamenti protetti, in ottica evolutiva e non custodialistica, richieda interventi complessi e sofisticati nonché una preparazione specifica degli operatori dedicati. Il contenimento dei costi è solo uno degli obiettivi e la determinazione della retta dovrebbe far maggiore riferimento alle caratteristiche dell'ospite e alla distribuzione dei compiti tra servizio psichiatrico di comunità e gestore privato accreditato che non alla tipologia della struttura.

Rispetto a questa serie di osservazioni, nelle esperienze sopra citate, sorte nell'ambito di progetti innovativi in Lombardia e nella prospettiva di limitare i processi di cronicizzazione, sono state rilevate molte situazioni del tutto analoghe, annotando inoltre alcune caratteristiche generali del passaggio delle persone alla nuova casa e contesto di vita, che sono state identificate come "fasi" in sequenza: di trasferimento, di inserimento e di consolidamento.

Altri rilievi essenziali riguardano i principi dell'integrazione e del lavoro di rete, che hanno trovato piena espressione in una molteplicità di risvolti: dal processo di osmosi con la rete naturale locale al forte coinvolgimento della rete dei servizi, fino al passaparola tra pazienti motivati dal desiderio di essere protagonisti del proprio percorso insieme agli operatori, ad es. nel confronto diretto con la realtà del mondo esterno, non sempre corrispondente alle aspettative, nella condivisione dei problemi, fondamentale nella preparazione di appartamenti di nuova apertura, e nella creatività per individuare strategie e soluzioni abitative su misura, decisive per vivere nella rete sociale, che a sua volta viene provocata ad essere accogliente, ovvero se stessa.

---

## Conclusioni

La residenzialità "leggera", cui ora la normativa nazionale offre un quadro di riferimento, può essere vista come un'opportunità per le persone, in risposta ad una esigenza ubiquitaria di ritrovare casa, ambiente di vita, cittadinanza: la riabilitazione diventa un percorso oltre i confini istituzionali verso il recupero di un'appartenenza alla rete sociale della propria comunità. Nel contempo è anche l'occasione per gli operatori di sperimentare un lavoro innovativo: ad accompagnare le persone curando il contesto; o a sperimentare un progetto clinico "forte" in contrasto apparente con una residenzialità "leggera"; o ad articolare una flessibilità di interventi dentro un impegno più intenso e diretto con le persone; oppure a vivere la normalità e l'informalità come componenti non spurie della professione. E' la sfida - anzitutto culturale - di un lavoro per la salute mentale, che sa utilizzare le istituzioni e le risorse che trova, cercando di rinnovarsi sempre.

---

## Bibliografia

- 1) Ciancaglini P., Meistro M., Vuillermoz G. "L'insostenibile leggerezza delle strutture residenziali" Il Vaso di Pandora Vol. XXI n.1, 2013
- 2) Ciancaglini P., Meistro M. "Comunità alloggio" in Giusto G., Conforto C., Antonello R. (a cura di) "Comunità terapeutiche. Storie di lavoro quotidiano" Pearson, 2015
- 3) Calvino I., "Lezioni americane" Garzanti, 1988
- 4) Maone A. "Dimissione e inserimento sociale. Oltre il mito del continuum residenziale." in Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M. (a cura di) "Le comunità terapeutiche" Raffaello Cortina Editore, 2012

- 5) Di Lello C., Cataldi A., Meneguzzi E., Orrù S., Pozzi G., Biffi G. "L'integrazione possibile delle culture aziendali dei DSM e delle cooperative sociali nei programmi di residenzialità leggera" *Psichiatria di Comunità* vol. X n.1 2011
  - 6) Cerati G., Percudani M., Merckling D., Castiglioni PL., Valvasori Bolgé G., Arosio M., Torti A., "Percorsi riabilitativi: i nuovi programmi e la residenzialità leggera", *Psichiatria Oggi*, Anno XXI, n. 1-2, 2008
  - 7) Cerati G., Percudani M., Vita A., Sironi G., Merckling D., Valvasori 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", Eupolis Lombardia - Mc Graw Hill, 2013
  - 8) Correale A. "Il gruppo in psichiatria" Borla, 2001
- 

Gli autori dichiarano assenza di conflitti di interesse e di fonti di finanziamento.