



# RRA - Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia

## Autori

Giovanni Sironi<sup>1</sup>, Andrea Strati<sup>2</sup>

1 Consigliere Fondazione Bertini Onlus [giovanni.sironi@fondazionebertini.it](mailto:giovanni.sironi@fondazionebertini.it)  
(<mailto:giovanni.sironi@fondazionebertini.it>)

2 Responsabile Area Ricerche Fondazione Bertini Onlus [andrea.strati@fondazionebertini.it](mailto:andrea.strati@fondazionebertini.it)  
(<mailto:andrea.strati@fondazionebertini.it>)  
[www.fondazionebertini.it](http://www.fondazionebertini.it) (<http://www.fondazionebertini.it>)

*Inviato il 15 novembre 2015, rivisto il 27 novembre 2015, accettato il 5 dicembre 2015*

---

## Riassunto

Vengono qui presentati i risultati della Ricerca sulla Risposta Abitativa in Regione Lombardia svolta da Fondazione Bertini Onlus su incarico della DG Salute Regione Lombardia nel 2012-2013. L'unione dei tre assi di ricerca (un sistema informativo geografico, la produzione di indicatori statistici derivanti da survey strutturate, la conduzione di focus group capillarmente sul territorio) è restituita dalla seguente tavola di sintesi.

Figura 1. Tre assi di Ricerca sulla Risposta Abitativa in Regione Lombardia

---

## Abstract

The paper resumes the goals and achievements of the Research on Psychiatric Housing in Lombardia, lead in 2012-2013 by Bertini NGO within a framework established by the Central Direction of the Region's Administration. The achieved synthesis among the three vectors of research, namely, as first, a geographical informative system, as second, statistical results from structured surveys and, as third, the set of focus groups led diffusively in the region, is effectively returned by the comprehensive picture just introduced.

Figure 1. Three vectors of Research on Psychiatric Housing in Lombardia

---

## Introduzione

La ricerca è stata svolta da Fondazione Gaetano Bertini Malgarini Onlus su incarico del comitato scientifico progetti innovativi DG Salute Regione Lombardia, per valutare i progetti nati in conformità al DGR 4221/2007, a seguito del PRSM del 17 maggio 2004, su finanziamento regionale e in assenza di conflitto di interessi.

Nel Piano Regionale per la Salute Mentale 2002-2004 Regione Lombardia ha introdotto due servizi residenziali innovativi, le Comunità Riabilitative a Media assistenza (CRM) e i programmi sanitari di residenzialità leggera (RL), confermati in seguito dalla circolare 49/san e dalla delibera n. VIII/4221 del 28.2.2007. Per la residenzialità leggera si sono inoltre succedute una sentenza del Tar e un'ulteriore delibera, la DGR 7681 del 30/07/2008. Da quel momento, con le linee d'indirizzo triennali del 2008 per il periodo 2009/2011 si sono avviati i programmi innovativi sperimentali, verificati i quali CRM e residenzialità leggera sono entrate in regime ordinario.

Nel corso dell'anno 2011/2012 il comitato scientifico progetti innovativi DG Salute della Regione Lombardia ha programmato la prima valutazione qualitativa e quantitativa dei progetti avviati, assegnando a Fondazione Gaetano Bertini Malgarini Onlus il compito di condurre la ricerca. Ha così preso forma RRA, Ricerca sulla Risposta Abitativa, avviata con la supervisione del Prof. Germano Rossi e del Dott. Giuseppe Trevisi. La ricerca ha coinvolto responsabili, operatori, utenti e familiari, raggiungendo un tasso di risposta superiore all'ottanta per cento del totale della popolazione.

La valutazione dei percorsi è stata effettuata tramite cinque tipi di questionari. Si sono così raccolte le risposte di 80 responsabili, 398 case manager, 39 referenti territoriali, 380 utenti e 205 familiari. Alla somministrazione dei questionari hanno fatto seguito 25 focus group dedicati agli operatori. I cinque questionari e le due schede sono andati a comporre un'unica matrice a 330 variabili. Da questa matrice sono state estratte, tramite analisi multivariata dei dati, 29 variabili di riferimento per ogni CRM/appartamento RL. Sono stati quindi elaborati 6 indicatori, utilizzati per stimare una sintesi e collocare le abitazioni in 9 cluster (raggruppamento di somiglianza) di comportamento. Tutti questi risultati, riuniti in un rapporto di oltre 250 pagine, sono stati presentati al 46° Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria e sono disponibili su richiesta.

## Materiali e metodi

Con riferimento alla temporalità della ricerca, in Lombardia si trovano 22 CRM e 173 appartamenti di residenzialità leggera che fanno capo a 60 progetti, per un totale di 275 utenti in carico a 311 operatori nelle CRM e 399 utenti per 325 operatori nelle RL. Per entrambe le tipologie di servizio la soddisfazione riportata da case manager, utenti e familiari ha un valore medio di 8 punti su una scala da 1 a 10 (si può notare che il dato non è viziato da medie generalmente alte, dal momento che più di una variabile ha media molto bassa). Altro segnale di successo è il bassissimo tasso di ricoveri in SPDC: sui 571 utenti residenti in comunità e appartamenti per cui è stata compilata la scheda personale completa, 463 non sono mai stati ricoverati e per i restanti 92 il tasso medio di ricoveri al mese è stato inferiore allo 0,3 per cento.

Come per ogni percorso innovativo, anche per le CRM e le RL i servizi hanno impiegato del tempo a conoscere i limiti e le potenzialità dei due modelli. Fa parte di questo iter di miglioramento anche l'adeguatezza degli invii, ovvero l'assegnazione alla giusta soluzione abitativa e terapeutica di ogni persona. Le soluzioni adottate per superare le difficoltà emerse in un primo momento spaziano dalla stesura di un protocollo condiviso tra pubblico e privato per la selezione degli utenti, alle costanti riunioni di verifica con gli operatori, oltre all'adozione di principi guida da parte di CPS e cooperative. Gli aspetti valutati più di frequente, specialmente per il passaggio da una comunità riabilitativa alla residenzialità leggera, sono: il quadro clinico stabile; la compliance al trattamento; la capacità di cura di sé e dell'ambiente; la capacità di relazionarsi con gli altri; l'impossibilità di essere accolti dalla famiglia d'origine; l'autosomministrazione del farmaco; la presenza di impegni lavorativi.

Per quanto riguarda l'esito dei percorsi, dalle CRM la prospettiva di una vita in autonomia (in una casa popolare, in affitto, o in un appartamento di proprietà), è reale solo per il 12 per cento degli utenti; dalle RL lo è invece per il 58, oltre la metà. Dopo l'esperienza in una CRM, infatti, la prospettiva futura per un utente su tre è ancora una comunità, mentre il passaggio a un percorso in RL diventerà la soluzione abitativa del 28 per cento degli ospiti. Dopo la dimissione da un percorso in residenzialità leggera, invece, gli alloggi popolari costituiscono il principale ambito d'inserimento, considerando che vi è destinato più di un utente su tre, a fronte del 17 per cento per cui è prevista la possibilità di sostenere un'abitazione in affitto e del 9 per cento che diventerà proprietario di casa. L'11 per cento dei residenti in RL intervistati (personalmente e attraverso case manager e operatori) prevede infine di tornare in comunità, e ben il 13 per cento degli ospiti è destinato al ricovero in RSA.

L'invio a residenze per anziani non deve stupire. La popolazione inserita in residenzialità leggera, infatti, è molto distribuita nelle diverse fasce di età ed è mediamente anziana (il 25 per cento dei residenti ha più di 50 anni), con un picco registrato in un appartamento che accoglie quattro utenti con età media pari a 72 anni. Nel 50 per cento delle CRM, invece, gli ospiti hanno un'età compresa tra i 35 e i 40 anni e in nessuna comunità gli utenti hanno un'età media superiore ai 50. In entrambe le tipologie di struttura risultano poco presenti i giovani: le persone con meno di 35 anni sono solo il 7 per cento del totale degli ospiti nelle CRM e il 14 nelle RL.

Considerato, infine, che uno dei tratti caratteristici dei servizi per la salute mentale in Lombardia è la forte collaborazione fra pubblico e privato sociale, anche per quanto riguarda le comunità riabilitative e i percorsi di residenzialità leggera l'apporto del terzo settore è fondamentale: tra le 22 CRM, 15 sono a gestione pubblica e sette privata, mentre dei 125 nuclei abitativi per la residenzialità leggera attivi a gennaio 2012 (si raggruppano qui gli appartamenti indicati allo stesso indirizzo), 72 sono a gestione pubblica e 53 fanno capo al terzo settore. Statisticamente, il confronto fra progetti a gestione pubblica e privata ha dato risultati uguali per quanto riguarda la soddisfazione di utenti e familiari, l'autonomia raggiunta dagli utenti, l'integrazione e la collaborazione fra il gruppo di residenti e l'appropriatezza nella localizzazione delle strutture. Sono generalmente più elevati i valori attribuiti alle strutture gestite dal terzo settore invece quando si valutano la qualità interna e l'integrazione degli utenti con l'esterno.

Da ultimo è interessante segnalare, sul fronte della localizzazione, che le CRM che registrano risultati migliori per la soddisfazione di case manager, familiari e utenti, oltre che per la qualità interna, sono quelle collocate nei comuni medio piccoli, ovvero con una popolazione compresa fra i 1000 e i 30.000 abitanti. Le comunità che si trovano in paesi con meno di 5000 abitanti registrano anche un picco per l'integrazione degli utenti con l'esterno. La dinamica comuni piccoli/grandi si capovolge se si considerano le RL: in questo caso le abitazioni che si trovano in paesi di dimensioni medio/grandi (tra i 30.000 e i 500.000 abitanti) fanno registrare le performance migliori in termini di soddisfazione e di autonomia.

## Risultati

Entriamo ora nel dettaglio, descrivendo brevemente le caratteristiche principali di entrambe le tipologie di servizio.

### Le CRM

Le CRM sono strutture ideate per programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa e a media assistenza sanitaria. L'offerta assistenziale è garantita sulle 24 ore, con la presenza prevista di un solo ausiliario di notte. Le comunità possono ospitare fino a 20 persone alla volta, i cui programmi hanno una durata massima di 18 mesi, rinnovabili per ulteriori sei mesi. Nel rinnovo dell'accreditamento, le strutture hanno potuto proseguire alcuni programmi oltre la soglia prevista, fino a 36 mesi. Le attività erogate vengono remunerate con una tariffa forfettaria di 140€ giornalieri per paziente.

La media delle presenze rilevate nel gennaio scorso era di 12 utenti per comunità (11 nel pubblico, 15 nel privato). Su 22 comunità, 16 ospitano sia uomini che donne, una soltanto è unicamente maschile e cinque non hanno dato quest'informazione. Mediamente ogni struttura dispone di 18 locali (17 nel pubblico, 19 nel privato).

Per 210 utenti, su un totale di 275, che vivono in CRM, è stata compilata una scheda personale (anonima) completa. Il campione risulta composto da 70 donne e 140 uomini, con un'età media di 40,8 anni. Altri dati: nove persone in passato sono state in ospedali psichiatrici giudiziari, otto sono di nazionalità straniera e la quasi totalità degli utenti (193 su 210) ha familiari ancora in vita.

Da quanto emerso dai questionari e dai focus group organizzati nel corso di RRA, la permanenza in CRM è spesso associata a un ruolo di "allenamento" e "training" dello sviluppo da parte dell'utente di una nuova autonomia abitativa. Questa convinzione, in alcuni casi, ha portato all'ideazione di vere e proprie simulazioni delle attività necessarie per la gestione indipendente della casa: preparazione del pranzo, pulizia e ordine della stanza, organizzazione dell'abitazione. Le CRM sono inoltre vissute dagli operatori come un luogo da cui partire per migliorare l'integrazione dell'utente con la sua rete naturale, alleviando il carico delle famiglie e iniziando ad osservare l'integrazione degli utenti nel territorio. Il coinvolgimento dei familiari, quando è possibile, è alto, e la sua efficacia incide positivamente sulla valutazione delle comunità, molto più di quanto non accada nei percorsi di RL. Proprio per questo sono stati spesso evidenziati come problemi e punti di debolezza la mancanza d'integrazione col vicinato, l'indifferenza dei comuni e degli enti locali nei confronti degli utenti, l'assenza di supporto da parte del volontariato. L'attività d'integrazione e accompagnamento all'esterno è, infatti, considerata già nelle CRM molto importante dagli operatori, che dedicano settimanalmente 43 ore di lavoro ad ogni utente.

### Le Residenzialità Leggere

L'area della residenzialità leggera è stata creata per l'erogazione di programmi sanitari che «non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto», come recita la delibera n. VIII/4221. La residenzialità leggera è stata, infatti, individuata come risposta flessibile alle esigenze abitative di utenti clinicamente stabilizzati, allo scopo di permettere il completamento del loro percorso riabilitativo. Gli appartamenti possono ospitare un massimo di 5 persone e non vi sono limiti di tempo alla loro permanenza.

I percorsi di residenzialità leggera sono rivolti al sostegno dell'autonomia e allo sviluppo della rete sociale della persona. Elemento cardine del modello è il sostegno sociale da parte di cittadini e comuni «tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza». Le prestazioni sanitarie erogate per le attività vengono remunerate con una tariffa forfettaria di 45€ giornalieri per paziente, cui va aggiunta una "quota sociale" che copre le spese di vitto e alloggio e che è a carico dell'utente, dei familiari o del Comune. Il valore della quota sociale varia quindi in relazione al contesto abitativo e alle scelte del DSM. Al momento della rilevazione (gennaio 2012) la cifra variava tra i 10 e i 27 euro al giorno per persona. Nel corso della ricerca sono stati individuati 125 nuclei abitativi, per un totale di 399 utenti, di cui 216 ospitati in progetti a titolarità pubblica e 183 in residenze gestite dal terzo settore. La media registrata a

gennaio 2012 era di 3,2 utenti per abitazione (3 nel pubblico, 3,5 nel privato) e di 4,5 locali per appartamento (3,9 nel pubblico, 5,3 nel privato). 51 abitazioni hanno un'utenza solo maschile, 35 solo femminile e 25 mista. Per 14 abitazioni non è stato fornito alcun dato a riguardo. Di 360 utenti su 399 è stata compilata la scheda anonima completa.

Il campione risulta composto da 134 donne e 226 uomini, con un'età media di 44,6 anni. Altri dati: 26 persone sono state in passato accolte in ospedali psichiatrici giudiziari, 18 sono di nazionalità straniera e 324 utenti hanno familiari ancora in vita. Per la maggior parte degli operatori intervistati, i percorsi di RL rappresentano una soluzione dinamica, costruttiva e adeguata alle esigenze di molti utenti, oltre a diventare un percorso innovativo anche per gli operatori. Un responsabile di progetto, ad esempio, ha sottolineato come la RL sia una forma di residenzialità molto inserita nel contesto "umano", che potrebbe favorire rapporti di vicinato e di interazione tra le persone inserite e il contesto urbano. Diversi operatori hanno evidenziato come, rispetto alle Comunità, nelle RL sia importante la dimensione poco "sanitaria", l'aspetto più "familiare" e "quotidiano" del progetto. In alcuni casi, inoltre, la permanenza in RL degli utenti ha consentito di migliorare la stabilità dei rapporti con la famiglia e con la rete di provenienza, rafforzando delle competenze che già esistevano, anche nell'area della socialità. Secondo diversi operatori, infine, i progetti di Residenzialità leggera possono contribuire all'abbattimento dello stigma nei confronti della malattia mentale poiché aiutano gli utenti ad integrarsi nel quartiere in cui vivono.

Gli aspetti positivi sottolineati più di frequente sono quindi quelli dell'autonomia, della libertà, della familiarità nell'ambiente e nel rapporto con gli operatori. Elementi che si trovano anche nelle risposte aperte date dagli utenti, nelle quali le parole "autonomia", "libertà" e "condivisione" sono particolarmente ricorrenti. Le opinioni positive espresse dagli utenti sono spesso condivise dai loro familiari, che nelle risposte aperte ripetono più volte la parola "casa".

A differenza delle comunità, dove la prestazione di servizio è regolata per ogni professionalità, nelle RL la composizione dell'equipe di lavoro dipende dalle scelte del DSM o dell'Unità operativa. Stando ai dati raccolti nel corso di RRA, l'equipe che corrisponde ai valori più alti di soddisfazione per utenti, familiari e case manager e per l'autonomia raggiunta dagli ospiti, è quella composta prevalentemente da OSS/Infermieri e Educatori. Anche l'equipe indicata con "NP" (ovvero quella più eterogenea, dove non c'è una netta prevalenza di una qualifica professionale rispetto alle altre) ha per tutti gli indicatori di successo valori molto alti. Quando invece in un'equipe una qualifica unica è presente in misura superiore al 65 per cento, si hanno risultati di soddisfazione inferiori a quelli di NP.

Per quanto riguarda infine la localizzazione, le cinque abitazioni per la residenzialità leggera che si trovano all'interno di una cascina hanno ricevuto i giudizi più alti sia per quanto riguarda la soddisfazione di utenti, familiari e case manager che per l'integrazione interna. I punteggi inferiori di soddisfazione si riscontrano invece nelle tre villette a schiera e nelle nove villette singole presenti, per le quali anche i valori di autonomia e l'integrazione sono tra i più bassi. Le 31 abitazioni che si trovano all'interno di palazzine con più di 12 appartamenti hanno infine punteggi molto alti per tutti gli indicatori. La percezione positiva della vicinanza è verificabile anche all'interno degli stessi appartamenti. I valori mediamente più alti di soddisfazione si registrano, infatti, nelle abitazioni con 1-1,8 locali per utente; rispetto a queste la flessione negativa è registrata non dalle abitazioni con meno di un locale a testa, bensì, sorprendentemente, da quelle con più di due locali a testa.

La principale criticità emersa rispetto al riferimento normativo della residenzialità leggera riguarda il tempo. Responsabili e operatori hanno voluto spesso sottolineare come le ore previste dalla quota sanitaria siano insufficienti per garantire la buona qualità del servizio. Per questo è emerso quanto sia importante organizzare al meglio la comunicazione interna (tramite mail circolari da inviare a fine servizio, ad esempio), per alleggerire il carico di lavoro sugli operatori. L'altro problema è quello della quota sociale. Se da una parte è stata vista, e applicata, come un tentativo di restituire ai pazienti psichiatrici quei "diritti di cittadinanza" di cui spesso si vedono privati, dall'altra in un periodo di spending review reperire i fondi necessari dagli enti locali è spesso un calvario per i responsabili di progetto. Nel caso di presenza, collaborativa, del Comune di riferimento, la quota sociale è solitamente inquadrata come rimborso assistenziale stabilito in base alla dichiarazione ISEE dell'utente oppure come intervento economico ad hoc fondato su accordi quadro con i servizi di salute mentale (come avviene, ad esempio, a Milano). Quando invece gli enti locali dimostrano di non avere intenzione di collaborare, la quota è corrisposta direttamente dall'utente o dalla sua famiglia oppure recuperata attraverso fondi e accordi intercomunali.

---

## Risultati

I dati raccolti e le considerazioni formulate hanno portato all'individuazione di alcune buone prassi. Queste condotte, che si sono finora rivelate efficaci in specifiche situazioni, potrebbero in futuro trasformarsi in regole condivise.

La prima buona prassi riguarda la flessibilità dei servizi e il rafforzamento della comunicazione fra centri, strutture e responsabili. L'offerta nell'ambito della residenzialità psichiatrica è oggi infatti particolarmente ricca e variegata, sicuramente più di quanto accadesse in passato. L'esigenza che emerge è quella di non disperdere queste potenzialità cercando di inquadrare le diverse forme di residenzialità in compartimenti stagni. Altrettanto importante è non gestire la residenzialità leggera come se fosse una realtà a sé stante nel percorso vissuto dal paziente: i progetti di RL hanno più possibilità di successo se sono elaborati ed attuati di concerto con gli altri percorsi riabilitativi.

Altra buona prassi emersa è quella relativa alla contrattazione con il territorio. L'accreditamento di appartamenti come residenzialità leggera si è infatti spesso tramutato in un'opportunità di miglioramento per i Dipartimenti di Salute Mentale, sotto diversi punti di vista: miglioramento dell'abitazione, del rapporto con il quartiere, della relazione con le istituzioni. In molti DSM, inoltre, la ricerca di appartamenti adatti è diventata l'occasione per avviare un nuovo rapporto con gli enti locali, Comuni in particolare, e con le agenzie come l'Aler per l'assegnamento di case sfitte o da ristrutturare.

Dai focus group è infine emersa la vitalità delle proposte da parte di operatori e responsabili per quanto riguarda l'apertura al territorio e il coinvolgimento di volontari nei percorsi riabilitativi degli utenti, un ambito in cui si riscontrano ancora grosse difficoltà ma che continua a dare ottimi risultati, soprattutto quando i volontari coinvolti sono ragazzi giovani.

Mutuando la formulazione di un maestro, possiamo affermare che in nessun punto della ricerca è emerso un servizio ideale, ma questo non ha impedito di individuare molteplici servizi sufficientemente buoni. Un servizio che sia in grado ad esempio di utilizzare il proprio budget per sistemare la casa di un utente, in cambio dell'ingresso di altri utenti nell'abitazione, tramutando una situazione di emarginazione, degrado e isolamento in un piccolo gruppo sperimentale, potrà avere situazioni più o meno difficili, ma ha saputo contrattare con il territorio, e innescare dinamiche evolutive. Viceversa, se un servizio deve, con il medesimo budget per utente, inviare un educatore a una sequenza di appartamenti monoutente lontani fra loro, avrà "poche ore" a disposizione per lui. Ugualmente, abbiamo servizi che hanno affrontato in molti modi, anche creativi, il tema della quota sociale e del rapporto con i comuni; viceversa, è presente il rischio di permettere la risoluzione del problema attraverso il semplice "accreditamento" come residenzialità leggera di assistenze domiciliari ad utenti che risiedono singolarmente in abitazione di proprietà.

Abbiamo servizi che conoscono le proprie situazioni, fanno calcoli, si chiedono cosa costa di più e cosa meno, si chiedono come si possa interpretare la normativa, individuano dei micromodelli di sostenibilità, hanno le proprie idee su cosa possa essere l'housing sociale in psichiatria, conoscendo e valorizzando le possibilità dei propri territori; parlando con loro si ha il quadro di una situazione molteplice, differenziata, in cui si ha a che fare non con problemi generici, cronici e inaffrontabili, bensì con storie individuali, che là dove presentano problematiche presentano anche delle risorse, e con progetti collettivi, che fanno uso dei budget e diversificano le possibilità. Sarebbe produttivo, in questo senso, dotarsi degli strumenti in grado di ricostruire l'intervento dei servizi nei singoli rami interdipartimentali, di permettere analisi longitudinali, di comparare risolutamente differenti modelli d'intervento, affinché la condivisione di questa attitudine evolutiva diventi sistematica e transterritoriale.

---

Gli autori dichiarano che non ci sono conflitti di interesse e che la ricerca ha avuto un finanziamento da Eupolis Lombardia, nell'ambito dell'incarico conferito ad I.Re.F. dalla DG Sanità, decreto n. 12404 del 24.11.2009, per un totale di 75.000 euro.