



# La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato

## Autori

Roberto Mezzina<sup>1</sup>, Pina Ridente<sup>2</sup>

1 Direttore Dipartimento di Salute Mentale, AAS n.1 Trieste / WHO Collaborating Centre for Research and Training

2 DSM AAS n.1, Direttore Centro di Salute Mentale, Trieste

*Inviato il 10 dicembre 2015, rivisto l'11 dicembre 2015, accettato il 12 dicembre 2015*

---

## Riassunto

Il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico a Trieste ha comportato l'impiego di soluzioni abitative e riabilitative che si sono evolute in stretto rapporto con la rete dei servizi del DSM, in modo sinergico all'azione dei Centri di Salute Mentale aperti sulle 24 ore nella presa in carico e nei percorsi di cura e di inclusione sociale. Dai primi gruppi-appartamento si è passati a piccole comunità residenziali e a nuclei di convivenza supportati, fino alla sperimentazione di modalità transizionali abilitative orientate alla recovery e al tempo stesso di soluzioni di abitare supportato personalizzate e finalizzate alla vita indipendente. La progressiva riduzione dei posti letto residenziali si è poi avuta, nell'ultima decade, della metodologia del budget di salute collegata ad un progetto terapeutico abilitativo personalizzato. L'intero processo è stato indirizzato alla disarticolazione e trasformazione di strutture ed organizzazioni esistenti verso situazioni più vicine ai bisogni delle persone coinvolte, favorendo e sostenendo la riappropriazione degli spazi dell'abitare in un processo di forte personalizzazione dei progetti. I dati indicano come la riconversione delle risorse dalle strutture agli ambiti di vita delle persone e ai loro contesti abbia avuto una serie di ricadute sul sistema complessivo, che rafforzano i progetti individuali di presa in carico delle persone con bisogni complessi.

---

## Abstract

The process of phasing out the psychiatric hospital in Trieste outlined and used a diverse array of housing and rehabilitative solutions which evolved in a close relationship with the whole service network of the Mental Health Department, in a synergic action with 24-hour Mental Health Centres and in the processes of "shouldering the burden" of care and social inclusion pathways. From the first group-homes we moved to small residential communities and supported shared living dwellings, till the experiment of transitional recovery-oriented models, alongside personalized supported housing, aimed at independent living. Over the last decade, the progressive decrease of residential bed places was based on the healthcare budget method in connection with personalized therapeutic rehabilitation projects. Therefore the whole process was focused on disarticulating and transforming existing facilities and organisations to move them closer to the needs of the involved people, thus fostering a re-appropriation of living areas in a process of deep project personalisation. The data indicate that reconversion of resources from facilities to living settings of people and the relevant contexts encompassed a number of consequences on the overall system, which support individual care project for people with complex needs.

---

## Introduzione

Scopo di questo articolo è descrivere il passaggio operativo e concettuale da strutture residenziali a percorsi personalizzati di abitare supportato, definiti sulla base dei bisogni rilevati dai servizi e/o espressi autonomamente dalle persone, attraverso i risultati quali-quantitativi che esso ha prodotto nel sistema costituito dai Servizi per la salute mentale, dai partner del privato sociale e dagli stakeholders nel loro insieme.

In psichiatria di comunità, la questione dell'abitare è fondamentale nei processi di autonomia e soggettivazione / recovery (1) per persone con disturbo mentale. L'assenza o l'impossibilità ad abitare una propria casa costituiscono fattori di aggravamento di ogni forma di disagio e marginalità, se non ne sono causa principale di disagio laddove obbligano a convivenze indesiderate e dannose o impediscono alla persona la possibilità di sperimentare situazioni più emancipanti. In ogni caso, le persone che accedono alle strutture residenziali sono prevalentemente quelle con minor contrattualità, a maggior rischio di stigma e invalidazione sociale, ostacolate nell'esercizio di essenziali diritti di cittadinanza, a volte a causa di convivenze familiari difficili, di grave isolamento sociale e di scarse abilità di vita autonoma. Proprio con queste persone è più facile correre il rischio di proporre modalità di gestione spersonalizzanti e di ricreare condizioni di istituzionalizzazione.

In Italia si è registrato nella seconda metà degli anni '90 un forte incremento dei posti letto in strutture psichiatriche residenziali. Dopo la riforma, in rapporto alla chiusura degli OP, si è sviluppata una vasta e controversa tipologia di residenzialità assistita, evidenziata nel 2000 dal censimento ProgRes (2,3,4). e rimane tuttora carente una più chiara definizione della progettualità più complessiva riferita alla residenzialità come strumento di inclusione sociale. Risultano altresì poco evidenti le modalità in cui vengono investite le risorse, unitamente ad una qualificazione e valutazione di esito degli interventi.

È importante distinguere tra residenzialità intesa come percorso abilitativo, con modellistica spesso a tipo comunità terapeutica, a carattere transizionale, e questione abitativa in sé, che sostanzia il diritto ad una vita indipendente, come dichiara la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU. Pertanto da un lato è necessario sviluppare la capacità del servizio pubblico di provvedere ad una adeguata continuità nei casi più complessi, per direzionare i percorsi di cura ed interagire con le situazioni comunitarie. Dall'altro, va garantito il diritto alla casa ed i diritti all'abitare – la città, i quartieri, le reti di relazioni e di servizi, il che implica riarticolare spazi e funzioni di vita quotidiana nella comunità, e rinvia al grande tema del rapporto tra abitare assistito e habitat sociale in toto. Al di là delle classificazioni riguardanti la tipologia e l'intensità riabilitativa e assistenziale (5), le strutture residenziali risultano spesso un mix tra questi diversi aspetti, e talora sembrano rispondere alla domanda di razionalizzazione del fallimento dei progetti individuali terapeutico-abilitativi, diventando una soluzione di lunga durata.

La residenzialità dovrebbe invece, nel favorire e sostenere processi di deistituzionalizzazione, prevedere forme di transizione verso un abitare supportato a più pieno diritto per le persone, restituendo strumenti di capacitazione, e competenze, per poter abitare il sociale in un processo di inclusione.

Le questioni che si pongono sul piano dell'articolazione dei servizi sono molteplici. La residenzialità dovrebbe essere in tutto o solo in parte organizzata e/o direttamente gestita dai servizi territoriali (CSM)? O è invece necessario disporre di un servizio separato che si occupa delle residenzialità, vale a dire dei percorsi riabilitativi residenziali? E in tal caso come si articola la triangolazione tra servizio territoriale, area della residenzialità e partner del privato sociale? Un'importante criticità è qui rappresentata dalla discontinuità che si viene a creare con la continuità terapeutica in termini di responsabilità dello stesso servizio territoriale. Inoltre, la residenzialità risponde a bisogni di miglior articolazione dell'offerta di cura, o rappresenta principalmente lo scarto dell'inefficacia del lavoro territoriale, in particolare per gli utenti "difficili"?

Tra i rischi di operazioni razionalizzanti della sofferenza, vi è quello di tornare a dei luoghi dove si accetti una "vita minima per il paziente".

---

## La realtà triestina

L'organizzazione del sistema dei servizi di salute mentale a Trieste, dagli anni '70, con la nascita dei primi "gruppi appartamento" per ospitare persone dimesse dall'OP, ha sviluppato direttamente, con personale a sua volta deistituzionalizzato, e poi in collaborazione col privato sociale a partire dagli anni '90, modalità organizzative e terapeutico-abilitative nell'area della residenzialità, con varie soluzioni differenziate e personalizzate, per dimensione e intensità di supporto. La tipologia iniziale dei "gruppi appartamento" rispondeva sia al bisogno di abitare che a finalità riabilitative e di reintegrazione sociale per i dimessi dall'ospedale psichiatrico.

La definizione del DSM come rete di servizi ha posto l'accento sulla interconnessione delle strutture e delle prestazioni, offerte lungo un continuum, ed è proprio la stretta integrazione tra servizi differenti, senza transizioni o passaggi di presa in carico tra esse, che garantisce la tenuta complessiva dell'apparato. In particolare la centralità del Centro di Salute Mentale (CSM) a 24 ore, in quanto detentore della continuità di cura, lo connota come "struttura che connette", capace di costruire, caso per caso, il progetto terapeutico-riabilitativo con l'utente complessivo (6). Nel far ciò esso va ad

interfacciarsi con le altre risorse e strutture del DSM e dell'azienda, allo stesso modo di come può e deve attivare altri servizi socio-sanitari, o armonizzare l'utilizzo delle risorse della comunità (famiglie, volontari) od altre risorse informali di supporto (es. accompagnatori, lay-care, etc.). Il DSM dunque dispone in questo modo un ventaglio di programmi che rappresentano poi strumenti per la costruzione dei percorsi individuali, che abbiamo definito progetti, di volta in volta singolarizzati.

Per quanto concerne specificamente le strutture residenziali e i progetti relativi all'abitare assistito, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trieste ha utilizzato programmi terapeutici riabilitativi, rispetto ai quali svolge una funzione di progettazione, monitoraggio, verifica e supervisione, offrendo un ventaglio di possibilità con una diversa presenza di operatori e una diversa intenzione e intensità terapeutico/riabilitativa.

Come da regolamento del DSM (1995), le strutture residenziali, che operano in stretta dipendenza degli attuali 4 CSM (aperti sulle 24 ore e dotati ciascuno di 6-8 posti letto finalizzati all'accoglienza di situazioni di crisi sul breve e medio periodo), si distinguono in:

- a) Residenze di Integrazione Sociale che ospitano utenti del DSM, con ridotte capacità di vita autonoma, che necessitano in particolare di un supporto per le attività della vita quotidiana e che traggono significativo vantaggio e sostegno dalla vita comunitaria, in particolare per disabilità originarie e/o acquisite.
- b) Residenze Terapeutico Riabilitative che ospitano utenti con presenza di problemi rilevanti di salute mentale, assenza o nocività della rete familiare o sociale di supporto, elevata disabilità per i quali il CSM valuta che l'inserimento residenziale sia indispensabile in ordine alle specifiche problematiche soggettive, familiari e sociali in atto.

Il supporto nelle strutture residenziali viene fornito da operatori del privato sociale (cooperative sociali A e B) in un rapporto di partnership con l'Azienda sanitaria. Il Servizio abilitazione e residenze (SAR) del DSM, nato nel 1997, in stretto raccordo con i CSM, svolge un coordinamento delle strutture residenziali, promuove iniziative e ricerca strategie finalizzate alla qualificazione dell'abitare e allo sviluppo di progetti abilitativi/formativi per persone che, per periodi definiti o di lunga durata, sono ospitate nelle strutture residenziali. Esso svolge funzioni di monitoraggio dell'ospitalità, evidenzia i posti disponibili, ne coordina l'utilizzo e attiva progetti innovativi nell'ambito dell'abitare assistito.

Vanno sottolineate le peculiarità della realtà triestina nei percorsi di residenzialità.

1) Il CSM, e la sua équipe, il case manager, il medico di riferimento, individuano la necessità di un percorso residenziale di vario tipo a seconda dei bisogni e delle disponibilità in essere del sistema. Ciò in particolare quando emergono necessità di:

- esperienze ri-abilitative nel campo della vita quotidiana, dell'autonomia personale, dell'emancipazione da contesti familiari marcati da dipendenza o della costruzione di reti di supporto in assenza di rete sociale;
- condizione di grave disabilità e espressività psicopatologica che richiedono un intervento continuativo in un contesto di maggior protezione e di graduale ri-acquisizione di competenze, skills, capacità. In questa area la "sponda" costituita dalla residenzialità è importante per distanziamento da situazioni familiari ad alta emotività, per una maggior continuità di supporti di vario genere, inclusi quelli farmacologici, e per un ingaggio in altri programmi abilitativi che sarebbero altrimenti poco accessibili, incluso l'inserimento lavorativo con gradi variabili di supporto.

2) Il progetto viene organizzato sotto forme di convivenza costruite dal CSM stesso con un mix unico e individualizzato di risorse, ad esempio in situazioni di coabitazione, oppure accedendo ai posti messi a disposizione da parte dei partner, fino alle 24 ore, attraverso tavoli di discussione a livello dipartimentale. Esso nasce sin dall'inizio col coinvolgimento dell'utente e del suo contesto, e dell'équipe del CSM che resta titolare e responsabile del percorso, comunque a termine ed in evoluzione, che si intraprende. Dunque tutto ciò non interrompe la presa in carico ma ne rappresenta un'articolazione temporalmente definita.

Giova qui sottolineare le differenze con altri modelli italiani di residenzialità dove le "24 ore" sono spesso garantite in strutture residenziali di carattere istituzionale, sostenute da operatori del DSM che lavorano a tempo pieno o parziale "nella" struttura; o con altre forme di residenzialità offerte da operatori privati o del privato sociale, che comunque assumono la titolarità della presa in carico per un periodo determinato, con forme diverse di connessione e di supporto col pubblico.

Nell'ultimo decennio, l'introduzione della metodologia del c.d. "budget di salute", abbinata al progetto personalizzato, ha permesso una riconversione della risorsa economica investita nelle strutture (retta per l'accoglienza) in risorsa indirizzata alla persona, permettendo un sostegno personalizzato anche presso il proprio domicilio. In questo modo è stato possibile, con la chiusura di alcune delle strutture residenziali esistenti, attivare progetti personalizzati di abitare supportato.

Il Progetto Personalizzato / budget di salute si declina sugli assi principali non solo dell'abitare, ma anche del lavoro e della socialità, a partire dai bisogni espressi dalle persone e dalle necessità individuate collaborativamente. Lo strumento del budget individuale di salute rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare a una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità (7,8). Si tratta di una modalità di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona. I partner, rappresentati da operatori del privato sociale (cooperative sociali A e B), co-gestiscono i singoli progetti e contribuiscono alla co-progettazione proponendo le azioni e le modalità concrete di realizzazione degli stessi progetti.

## I dati del processo

Prendendo come riferimento il 1999, vi erano 96 posti (con turnover assai basso: 105 persone in totale nell'anno) nell'area della residenzialità, che includeva – e tuttora include - anche tipologie legate all'handicap, storicamente gestite dall'ospedale psichiatrico, e persone anziane con precedenti psichiatrici. Tra le residenze, 5 avevano una copertura sulle 24 ore, per 30 persone in totale; su 96 posti, 42 erano gestiti esclusivamente da personale del privato sociale in convenzione, 22 da personale del servizio pubblico, e 32 da entrambi.

Negli anni a seguire, si incrementava progressivamente la ricerca di soluzioni più personalizzate, si riduceva il numero di posti letto residenziali, ed il relativo turnover. Nelle tabelle di seguito viene considerato come T-0 il 2002.

Nel 2005 (T-1) il processo di riordino della residenzialità prevedeva la sperimentazione iniziale della metodologia del budget di salute per persone per cui erano state già fatte ipotesi progettuali di uscita dalle residenze sulle 24 ore verso situazioni di abitare assistito differenziate. I primi 66 budget di salute corrispondevano ai costi fino allora sostenuti con il sistema delle rette per persone ospiti nelle strutture residenziali del DSM gestite da una unica cooperativa sociale di tipo A, per la quale era in scadenza l'appalto stipulato con una precedente gara. Il budget complessivo dedicato, di quasi 3 milioni di euro, andava ad aumentare leggermente negli anni successivi anche per l'aggiunta dei fondi FAP (Fondo per l'autonomia possibile, sperimentazione regionale di co-finanziamento e co-progettazione tra servizi sociali e sanitari, che veniva esteso alla salute mentale).

I dati mostrano:

- 1) l'aumento dei budget di salute (da 66 a 140 budget nel 2012), a diversa intensità (altissima-alta-media-bassa), con un tasso di turnover medio annuo del 33%. Ancora, nel 2014 il totale degli utenti era 164, di cui 99 uomini e 65 donne. Il turnover dell'anno ha riguardato 45 persone e 82 budget di salute pari al 27% dell'utenza coinvolta in totale e al 23% dei budget di salute.
- 2) La differenziazione dei partner: da 2 cooperative sociali di tipo A nel 2005, ai 10 attuali (cooperative sociali A e B, associazioni).
- 3) La chiusura delle strutture a 24 ore: nel decennio 2002-2012 sono state chiuse quattro strutture, che ospitavano da più di 10 anni 32 persone e, attraverso un lavoro di riformulazione dei progetti, individuate soluzioni alternative improntate alla domiciliarità e rivolte a persone con bisogni complessi, nell'ambito dei percorsi di cura e di presa in carico in atto da parte dei CSM. Al contempo è stato possibile prevenire il ricorso alla residenzialità (nuova domanda) avviando progetti personalizzati in collaborazione con il Comune e con l'Agenzia Territoriale Edilizia Regionale (ATER) capaci di promuovere nuove modalità di abitare assistito e potenziando forme di supporto domiciliari (vedi tabella 1).

**Tab. 1 Percorsi delle persone ospiti nelle strutture residenziali ad alta intensità dal 2002 al 2012**

	N. Strutture	Posti letto	Deceduti	Transitati in casa riposo	Spostamenti tra strutture	N. progetti abitare supportato
T0 2002	12	93	-			-
T1 2005	12	88	8	9	27	21
T2 2012	8	42	6	10	44	49
Sintesi dei 10 Anni	- 4	-51	14	19	71	70
		Riduzione 55%	9,60%	13,00%	49,00%	48,00%

4) La dimissione delle verso l'abitare indipendente: 70 persone nel periodo dal 2002 al 2012 sono state dimesse dalle strutture residenziali per essere allocate in piccoli alloggi ATER (come assegnatari) e sostenute con progetti di abitare supportato ad alta, media e bassa intensità, i quali sono stati modulati nel corso del tempo a seconda del bisogno e dell'autonomia sviluppata (vedi tabella 2).

**Tab. 2 Tipologia di supporto attivata a favore delle 70 persone che dal 2002 al 2012 sono state dimesse dalle strutture residenziali**

<b>ALTA INTENSITA' (fino a 24 ore/die)- con Budget di salute</b>	<b>Persone</b>
Nuclei di convivenza (criterio max 3 persone)	3
Abitare personalizzato (Domicilio)	2
Progetto Villa Carsia (Domicilio)	9
<b>MEDIA INTENSITA' (Fino a 14 ore /die)- con Budget di salute</b>	5
<b>BASSA INTENSITA' (max 32 ore settimanali)-con Budget di salute</b>	
Sostegno personalizzato a domicilio	25
Famiglia affidataria	2
<b>SUPPORTO CSM-senza Budget di Salute</b>	
Esclusivo intervento operatori CSM	24
<b>TOTALE</b>	<b>70</b>

5) La riconversione delle risorse: risorse economiche già indirizzate alla gestione di Strutture Terapeutico Riabilitative sulle 24 ore sono state spostate su progetti anche per persone ad alto bisogno di assistenza, senza un incremento

consistente di budget e utilizzando finanziamenti condivisi (FAP, Fondo per l'Autonomia Possibile) concepiti per favorire la co-progettazione e l'integrazione sociosanitaria su popolazioni target a rischio di esclusione sociale (vedi tabella 3).

**Tab.3 Comparazione costi 2005-2012**

	<b>RISORSE BUDGET DSM</b>	<b>Costo Residenzialità</b>	<b>Costo Abitare supportato</b>	<b>Costo Supporto domiciliarità</b>
<b>2005</b>	<b>€ 2.961.691,40</b>	<b>€ 2.806.969,40</b>	<b>€ 0</b>	<b>€ 154.722</b>
<b>2012</b>	<b>€ 3.458.666,90</b>	<b>€ 1.755.646,90</b>	<b>€ 575.500</b>	<b>€ 1.127.520</b>
<b>Differenza</b>	<b>+17%</b>	<b>-37%</b>		
	<b>Aumento €496.975,5</b>	<b>Quota riconvertita € 1.051.322,50</b>		

6) L'affrontamento di situazioni ad altissimo carico: si è reso possibile, in questo modo, riaccogliere anche le ultime quattro persone provenienti da Trieste e internate presso Ospedali Psichiatrici Giudiziari, prevenendo nuovi invii.

## Sperimentazione di nuove modalità di abitare supportato e di residenzialità

Anche grazie alla flessibilità organizzativa e allocativa garantita dal budget di salute, si sono potuti sviluppare nuovi modelli e programmi nell'area della residenzialità. Tra essi ricordiamo:

### 1. Il programma di cluster housing

A partire dal 2009 è stato avviato, in un quartiere della città, denominato "Villa Carsia", un progetto di abitare supportato. "Villa Carsia" fa parte di un complesso residenziale dell'ATER, di cui 5 alloggi sono stati assegnati nominalmente ad otto persone provenienti da strutture residenziali del DSM. In tali alloggi le persone vivono da sole o in coppia. Il progetto garantisce un'assistenza a domicilio flessibile, fino alle 24 ore, fornita da operatori del privato sociale, centrata nella personalizzazione dell'intervento abitativo, che promuove la piena titolarità della vita autonoma in casa propria. Ciascuno è titolare dei propri contratti e gli viene attribuito un budget di salute personalizzato. Gli operatori del DSM supervisionano il progetto onde garantire la qualità del servizio. Gli operatori fanno base in una delle case, la più grande, che può accogliere tutti quando si vogliono condividere attività di gruppo o momenti conviviali. Essi garantiscono la loro presenza in affiancamento/supporto nei momenti cruciali del giorno e della notte, muovendosi al bisogno e su richiesta delle persone da una casa all'altra. L'organizzazione delle presenze degli operatori calibrate sul bisogno personalizzato, piuttosto che sulla copertura delle strutture e del "turno", elimina i tempi morti nella prestazione del servizio e favorisce la privacy di chi abita la casa dando alle persone la dimensione di poter chiedere l'aiuto necessario e non sentirsi obbligati alla costante presenza degli operatori nella propria casa. Lo strumento budget di salute permette di fatto la concretizzazione di una tale personalizzazione e flessibilità di intervento. Uno degli aspetti innovativi di questo progetto sta in buona misura proprio nell'aver reso possibile l'agire il diritto a una casa da abitare da soli, a persone che da molti punti di vista non appaiono in grado di farlo senza adeguato supporto, favorendo così la riappropriazione di diritti e l'aumento di contrattualità delle persone.

### 2. Il programma di accoglienza per la recovery di genere

Il progetto, iniziato nel 2007 e sostenuto da una convenzione stipulata dall'Azienda Sanitaria con un'associazione culturale e di volontariato femminile, ha come obiettivi l'accoglienza ed il sostegno rivolti a donne con un'esperienza di disagio e sofferenza psichica, con le quali viene elaborato un progetto personalizzato finalizzato all'acquisizione di un maggior grado di benessere e autonomia nell'abitare e nella vita di relazione e socio-lavorativa. Rispetto alla solitudine e all'assenza di punti di riferimento, ma anche all'ignoranza dei propri diritti e delle possibili alternative alla propria esistenza, si rende disponibile l'aiuto di altre donne con cui stringere relazione di reciproco sostegno, allargando le possibilità di scelta e di empowerment. I programmi di accoglienza si avvalgono di una casa collocata nel centro della città che ha 2 stanze dedicate all'accoglienza notturna ed altri 3 locali utilizzati per svolgere attività socializzanti e culturali rivolte a tutte le donne della città. L'impegno del gruppo di accoglienza, composto da donne che hanno attraversato al sofferenza psichica in ripresa e da operatrici del DSM, è modulato sul particolare bisogno della donna accolta. Potrà così essere necessaria una presenza interna o esterna alla casa e comunque alla persona, che può andare da poche ore nell'arco della giornata a 24 ore, a seconda del bisogno.

### **3. La casa per la recovery**

Il programma si è costituito presso una residenza sulle 24 ore in precedenza occupata da persone per lunghe durate, che sono state collocate in altre soluzioni abitative nel 2015. Si è creato un percorso di ingresso con l'esplicitazione delle intenzioni e degli obiettivi, in modo da favorire candidature consapevoli e responsabili. L'esperienza in gruppo di 6 giovani, con problemi di psicosi, coabitante per sei mesi, ha la finalità di favorire i percorsi individuali di recovery, anche attraverso la riduzione o la revisione dell'uso dei farmaci. I vari sotto-sistemi (gruppo della casa, gruppo familiari, operatori del privato sociale, operatori del DSM), dialogano tra loro sulla base dei principi della massima trasparenza e condivisione delle decisioni, che vedono sempre i giovani utenti come protagonisti. L'uscita dalla casa coincide con la costruzione di un progetto personalizzato, che può essere sostenuto con budget di salute.

### **4. La rete di self-help supportata.**

Contemporaneamente, lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cucine, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di peer, o di familiari in supporto ad altri, che possono anche rappresentare punti di riferimento, sulla base della convivialità, per altri utenti che vengono ospitati (programma "Aggiungi un posto a tavola").

### **5. Gli appartamenti transizionali.**

Gli alloggi messi a disposizione dalla LR n. 15, che restavano di proprietà pubblica, e quindi non potevano essere case "delle persone", sono stati utilizzati come soluzioni transitorie per percorsi progressivi, a volte in uscita dalla residenzialità a tipo comunità sulle 24 ore, altre per facilitare la fuoriuscita da lunghe permanenze nei CSM.

### **6. La REMS a porte aperte.**

Dal maggio 2015, in una sede di Centro diurno, frequentato da una quarantina di utenti, è stata realizzata la prima REMS provvisoria (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), per due posti letto, che grazie all'ambiente normalizzante e alle attività abilitative realizzate con associazioni, aperte alla comunità, ha potuto garantire la più alta qualità terapeutica e abilitativa in un'ottica "no-restraint".

---

## Cambiamenti di sistema

Il cambio di sistema che si è determinato può essere sottoposto anche ad una valutazione qualitativa riferito ai vari livelli e soggetti coinvolti: destinatari d'intervento, servizi, privato sociale (9).

### **a) rispetto alle persone**

La riduzione degli interventi relativi all'area residenzialità, e il contemporaneo aumento degli interventi a sostegno della domiciliarità e degli interventi ad intensità variabile (interventi fortemente calibrati, in termini di supporto e temporalità, sulla necessità individuata e con sempre più frequente "affido diretto" del budget all'utenza), in relazione alla riconversione delle risorse da costi indirizzati ad alta intensità in media e bassa, hanno garantito una modulazione a favore della crescita in autonomia delle persone, nella direzione di un approccio al progetto integrale di vita (10,11). La maggior personalizzazione dei progetti e la possibilità di dare risposte più aderenti ai bisogni, inoltre, sono elementi che potenzialmente garantiscono il miglioramento complessivo della qualità degli interventi, in particolare laddove accolgono e tengono in forte considerazione le indicazioni dei diretti interessati, attivando e favorendo il processo di recovery personale (12,13,14).

## **b) rispetto al sistema dei servizi**

La metodologia del progetto personalizzato / budget di salute ha promosso cambiamenti significativi nella modalità di utilizzo delle risorse e nella cultura della personalizzazione degli interventi all'interno dei gruppi di lavoro nei Servizi, favorendo maggior chiarezza e consapevolezza nell'impiego delle risorse e più attenzione alla razionalizzare del turn-over delle risorse stesse. La risorsa economica non viene più investita nella struttura ma nel processo che sottende al progetto. La dinamizzazione del sistema ha ridotto fortemente il tempo intercorrente tra il bisogno e l'intervento anche laddove i servizi in campo erano molteplici.

## **c) rispetto ai rapporti di partenariato**

Le compagini sociali coinvolte nella cogestione dei Budget di salute con il DSM di Trieste hanno sviluppato capacità di proposta, di sperimentazione, di collaborazione non solo con il servizio pubblico ma anche tra di loro, sia sul piano della co-progettazione che della co-gestione anche su un singolo progetto (vedi Villa Carsia). Attraverso tutti i momenti di discussione, monitoraggio e valutazione, che vedono riuniti operatori del DSM e partner coinvolti nei diversi progetti, si è favorito lo sviluppo di culture e linguaggi condivisi.

## **Conclusioni**

Nel complesso del sistema di servizi offerto dal DSM, in collaborazione coi suoi partner, si è progressivamente meglio qualificata l'area della residenzialità che ha cercato di evitare la costituzione di luoghi statici di contenimento delle problematiche delle persone con bisogni complessi e ad alta disabilità. Tale ridefinizione di scopi e metodologie, in una logica più complessiva di "capacitazione", ha messo a disposizione risorse ed opportunità per realizzare una reale scelta sulla propria vita in una direzione che ne massimizzi l'autonomia e l'indipendenza (15,16). Nel considerare la centralità delle persone e dei loro contesti come l'obiettivo principale dell'intervento, il progetto terapeutico-abilitativo personalizzato, sviluppato in equipe, ha assunto il ruolo del più importante dispositivo di intervento nel percorso di cura e di inclusione sociale, a partire dal primo contatto di un cittadino con i servizi di salute mentale. In tale progetto tutte le risorse utilizzate, in modo integrato con l'approccio strettamente clinico e di cura, permettono una diversificazione dei percorsi incidendo in maniera importante sulla qualità della vita e sulla soddisfazione dei bisogni percepiti ed espressi, e favorendo il miglioramento della funzionalità sociale.

Con l'introduzione della procedura del Budget di salute, tale progettualità ha acquistato una maggior coerenza tra risorse impiegate e scopi da raggiungere, e si è concretizzato inoltre un ampliamento delle opportunità di partecipazione diretta di chi vive l'esperienza del disagio mentale alla definizione dei progetti che li riguardano e alla vita del servizio che utilizza. Rispetto ai servizi del DSM, la metodologia del budget di salute ha introdotto cambiamenti significativi nella modalità di utilizzo delle risorse e nella cultura della personalizzazione degli interventi all'interno dei gruppi di lavoro. Il modello del budget di salute garantisce quindi prestazioni flessibili definite non sulle caratteristiche dell'offerta disponibile, ma sulla base dei reali bisogni, dei "diritti di cittadinanza" dell'individuo, verso un approccio alla vita nella sua globalità. L'accento posto sul progetto personalizzato ha sancito la pratica di riscrivere le storie con tutti gli attori accrescendo la cultura dell'individualizzazione dei progetti in contrasto a quella di pacchetti di intervento predefiniti per costi ed obiettivi frequenti nei processi di esternalizzazione dei servizi. I rapporti di partnership si sono sviluppati, all'interno delle culture della co-progettazione partecipativa, proponendo una nuova forma di relazione con il privato sociale. Tale modello, sottoposto a valutazione, ha dimostrato effettivi vantaggi sul piano dell'efficienza gestionale, dell'efficacia nella pratica, dell'economicità. In particolare, esso ha mostrato di essere valido strumento per la riqualificazione e la dinamizzazione della spesa sanitaria e sociale in nuovo welfare community. Appare oggi fondamentale che i servizi territoriali, nell'organizzare il proprio agire, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni di utilità sociale che nascono all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni.

---

## **Bibliografia**

- 1) Borg M, Sells D, Topor A et al. What makes a house a home: the role of material resources in recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2005; 8:"243-256".
- 2) De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R. et al. for the PROGRES Group. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry.* 2002; 181: "220-225".



- 3) Picardi A, Lega I, Candini V et al. Monitoring and evaluating the Italian Mental Health System. The “Progetto Residenze” Study and Beyond. *J Nerv Ment Dis.* 2014; 202: “451-459”.
- 4) Picardi A, Rucci P, De Girolamo G et al. for the PROGRES group. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. Findings from a national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: “372-381”.
- 5) Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Le strutture residenziali psichiatriche. 2013; 13/054/CR7A/C7.
- 6) Dell’Acqua G, Mezzina R Il Centro di Salute Mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa. In: AA.VV. Riabilitazione psicosociale in psichiatria. Napoli: Idelson; 1992.
- 7) Starace F. Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma: Carocci; 2001.
- 8) Monteleone R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: Bifulco L., Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti. Roma: Carocci; 2005.
- 9) Ridente G, Furlan M. Applicazione dei PTRI-Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste. In Starace F., Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma: Carocci; 2011.
- 10) Jenkins J, Rix S The Whole Life Programme. NIMHE East Region. London: NHS; 2003.
- 11) Mezzina R. Community Mental Health Care in Trieste and Beyond: An “Open Door / No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202: “440-445”.
- 12) Marin I, Bon S. Guarire si può. Persone e disturbo mentale. 180 – Archivio Critico della Salute Mentale. Merano:Alphabeta Verlag; 2012.
- 13) Mezzina R, Borg M, Marin I et al. From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006; 9:”39-61”.
- 14) Mezzina R, Davidson L, Borg M et al. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9: “63-80”.
- 15) Sen A. Development as freedom. 2nd ed. Oxford New York: Oxford University Press; 2001.
- 16) Nussbaum M. Creating Capabilities. The human development approach. Cambridge and London: The Belknap Press at Harvard University Press Cambridge; 2011.

---

Mezzina Roberto dichiara di aver libero e completo accesso ai dati presentati nel presente elaborato e si assume la responsabilità della loro correttezza e dell’accuratezza delle analisi su di essi condotte. Dichiara che non ci sono conflitti di interesse né fonti di finanziamento per il presente lavoro.