



Psichiatria e Residenzialità Leggera in Provincia di Lecco: ricerca-azione partecipata in una prospettiva inter-organizzativa

Autori

Gatti Fabiana Maria¹, Scerri Simone²

1 PhD in Psicologia sociale e dello sviluppo

2 Laureato in Psicologia

Centro Studi e Ricerche di Psicologia della Comunicazione - Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Gemelli 1, 20123 Milano

Corresponding author: Simone Scerri, mail: simone.scerri@unicatt.it (mailto:simone.scerri@unicatt.it), mob. +393333152977, fax: +390341489176

Inviato il 2 dicembre 2015, rivisto il 5 dicembre 2015, accettato il 10 dicembre 2015

RIASSUNTO

Residenzialità Leggera (RL) e Housing Sociale sono diventati temi strategici nel panorama dei servizi offerti in psichiatria, oggetto di continui progetti di sviluppo sia a livello Regionale sia nei Dipartimenti di Salute Mentale. Il lavoro svolto negli ultimi anni dal Dipartimento di Salute Mentale della “Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco” insieme alla Cooperativa L’Arcobaleno ha consentito l’attivazione di percorsi di questo tipo in diverse aree del territorio provinciale: inizialmente i percorsi in RL contavano poche unità, attualmente sono circa quaranta le persone che beneficiano di questo tipo di programma. La crescita dell’offerta ha portato a una maggiore complessità da gestire e ha fatto emergere questioni inizialmente non previste; nel 2014, pertanto, si è avvertita la necessità di effettuare una ricognizione di quanto realizzato fino a quel momento, con un duplice obiettivo: ricostruire in modo condiviso il senso e i “valori” sottesi a questo tipo di offerta e tradurre i modelli epistemologici e culturali in assetti organizzativi, strumenti e pratiche professionali sempre più calibrati.

Il tema si situa in un’area di confine tra istanze e soggetti di diversa natura: cura, riabilitazione, socializzazione, cittadinanza e autonomia sono alcune delle questioni che hanno necessità di coesistere, di essere riconosciute e gestite dai singoli professionisti e dalle diverse Organizzazioni coinvolte (Azienda Ospedaliera, Privato Sociale, ASL, Comuni, Provincia, Associazioni di familiari etc.).

Per questo motivo si è scelto di avviare una ricerca azione fortemente partecipata – a cui hanno preso parte anche i pazienti e i loro familiari - nell’idea che le culture organizzative si possono consolidare solo attraverso il coinvolgimento di chi vi appartiene e a partire da oggetti di lavoro concreti.

Il processo di ricerca, durato circa un anno, è stata l’occasione per sperimentare modalità di lavoro intra- e inter-organizzative nuove e fortemente partecipate, ma soprattutto ha messo in luce in modo sistemico e sistematico gli aspetti critici esistenti, ridisegnando possibili metodi e strumenti in chiave migliorativa: alcuni di questi sono stati immediatamente introdotti, altri sono in fase di approfondimento in un’ottica di sviluppo a medio o lungo termine.

ABSTRACT

Assisted living, nursing homes and continuing care facilities (in the frame of “residenzialità leggera” – RL – and “housing sociale”) have acquired a strategic dimension in the range of services provided in psychiatry, with new projects developed both by Regions and Mental Health Departments.

In the last years, the work undertaken by the Mental Health Department of the Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco with Cooperativa L’Arcobaleno has made possible the launch of this kind of projects in different areas of the local territory. Whereas RL assisted paths initially involved few individuals, today around forty people are currently benefitting from these programmes.

This increase in the number of beneficiaries has determined a higher complexity in the management of the project, with the appearance of factors that were initially unexpected.

Consequently, the need for assessing what has been done in the last years has emerged, with a twofold objective. On the one side, to re-construct, through a shared and comprehensive approach, the deep sense and the “values” underlying this kind of health care tools; on the other, to translate epistemological and cultural models in coherent organizational arrangements, as well as ad hoc and more specific instruments and professional practices.

In fact, residenzialità leggera and housing sociale stand at the meeting point of diverse demands and interest-holders: issues of health caring, rehabilitation, socialization, citizenship and self-sufficiency of the person co-exist, and have to be jointly recognized and managed by each professional actor and by the plurality of entities involved in the project (Azienda Ospedaliera, Privato Sociale, ASL, Comuni, Provincia, Associazioni di Familiari...).

For this reason, a qualitative investigation has been undertaken with a deeply participating strategy – to which also patients and their relatives have taken part –, under the assumption that organised cultures can be consolidated only through the involvement of their participants and from empirical fieldworks.

The research process, that has had a duration of about one year, has been the opportunity to test innovative and intensively participating modalities of intra- and inter-organised work.

But, above all, it has highlighted, in a systemic and comprehensive way, existent critical aspects, by re-designing possible methods and tools in the light of continuous improvement: some of these have been immediately introduced, while others are still under research in the light of a medium and long term strategy of implementation.

INTRODUZIONE

Il processo di ricerca qui presentato è stato concepito come occasione per rivedere i processi di lavoro di un sistema che ha avuto uno sviluppo molto rapido e ricadute organizzative non preventivate: quello della Residenzialità Leggera (RL) in Provincia di Lecco. Se è vero infatti che una psichiatria riabilitativa - e non solo abitativa - deve considerare quotidianità e domesticità come elementi fondanti della funzione trasformativa della residenzialità [1], è altrettanto vero che la gestione di questi elementi richiede un raffinato disegno dei processi organizzativi ad essi sottesi. Basti pensare che a fine 2008 il numero di pazienti coinvolti era di 11 suddivisi su 3 appartamenti, mentre a fine 2014 gli appartamenti erano 11 e i pazienti coinvolti 33.

Dunque una prima finalità del lavoro è stata quella di attivare un alto grado di partecipazione in un'ottica di responsabilizzazione dei risultati. Sono stati identificati i seguenti obiettivi:

- Individuare obiettivi della RL coerenti e condivisi tra tutti i livelli coinvolti;
- Definire strumenti/dispositivi per una gestione funzionale dei processi di lavoro;
- Identificare i fattori di attenzione per la soddisfazione degli utenti, anticipando anche scenari futuri (invecchiamento dei pazienti, il dopo-RL etc.).

Le modalità di lavoro privilegiate sono state il focus group e il gruppo di lavoro, condotti in modo strutturato rispetto alle fasi e ai temi da trattare, ma valorizzando l'esperienza pratica dei partecipanti secondo un approccio fenomenologico [2].

Dovendo segmentare la popolazione di riferimento, sono stati identificati quattro tipologie di interlocutori:

• **Pazienti e familiari**

• **Livello Operativo:** riguarda la gestione concreta degli aspetti socio-sanitari connessi alla vita dei pazienti in RL.

Rientrano in questo livello: assistenti sociali, educatori, infermieri, medici, psicologi, OSS, terapeuti della riabilitazione psichiatrica.

• **Livello Tecnico:** riguarda gli aspetti di strategia, progettazione, sviluppo e coordinamento. Rientrano in questo livello: Direttore DSM, Responsabili d'area DSM, Referenti di settore Cooperativa L'Arcobaleno, Coordinatori delle strutture riabilitative.

• **Livello OCSM (Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale):** riguarda la programmazione e le politiche territoriali connesse al tema oggetto di studio. Rientrano in questo livello: Direttore del DSM, Responsabili di Struttura, Coop L'arcobaleno, Uffici di Piano, ASL, Consorzio Consolida, Associazioni di familiari.

A partire dall'identificazione di questi livelli sono stati contattati 81 soggetti (20 tra pazienti e famigliari, 36 del livello operativo, 12 del livello tecnico, 13 del livello OCSM) per ottenere la loro adesione ai diversi step della ricerca.

1. **Step 1:** Focus group in ognuno dei tre livelli (totale n°. 5), n.1 focus group con familiari e n.1 focus group con pazienti.

- Obiettivo: fare emergere rappresentazioni rispetto a: che cosa sono RL e Housing, quali attori coinvolgono, a chi si

rivolgono, quali obiettivi hanno, di quali strumenti si devono servire per raggiungere gli obiettivi;

- Output: a partire dai contenuti prodotti dai focus group (trascritti direttamente a video in presenza dei partecipanti), i ricercatori hanno elaborato un documento di sintesi delle macro-aree problematiche, degli elementi presenti in ciascuna area, dei gruppi in cui sono stati citati.

2. **Step 2:** n.1 gruppo di lavoro eterogeneo (con rappresentanti dei tre livelli)

- Obiettivo: a partire dalla condivisione dell'output dello Step 1, individuare gli obiettivi di sviluppo organizzativo della RL, definendone le priorità;
- Output: n.1 documento, da consegnare ai gruppi di lavoro dello Step 3, con l'indicazione, per ciascun gruppo di lavoro, degli obiettivi da raggiungere.

3. **Step 3:** n.2 gruppi di lavoro eterogenei (con rappresentanti dei tre livelli)

- Obiettivo: a partire dal mandato ricevuto dal gruppo di lavoro dello Step 2, mettere a punto proposte relative a dispositivi, metodi, strumenti e azioni volti al raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- Output: documento di sintesi delle proposte elaborate.

4. **Step 4:** Incontro di back-talk relativo ai risultati della ricerca a tutti i soggetti coinvolti professionalmente dal tema.

- Obiettivo: condividere i risultati della ricerca in modo complessivo e integrato, raccogliendo eventuali spunti ulteriori;
- Output: report conclusivo.

MATERIALI E METODI

Durante lo **Step 1** sono stati condotti focus group in ciascuno dei tre livelli identificati (OCSM, Tecnico e Operativo) e con pazienti e famigliari, selezionati secondo criteri di rappresentatività dei diversi gruppi-appartamento esistenti.

Nei focus group con pazienti e famigliari è stato attivato un confronto su punti di forza e debolezza dei programmi di Residenza Leggera.

Nei focus group con i tre livelli la traccia di discussione era rappresentata dal Documento Tecnico, un documento elaborato in passato all'interno dell'OCSM che in 11 punti traduce concretamente a livello territoriale quanto delineato nella normativa regionale: per ciascuno di questi punti è stato avviato un confronto su criticità esistenti e obiettivi da rimettere a fuoco. La traccia è stata arricchita da alcuni stimoli provenienti dalla ricerca "RRA. Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia" [3].

I ricercatori hanno quindi elaborato i contenuti emersi facendone un documento di sintesi: è stato così possibile individuare 13 aree di miglioramento, ciascuna delle quali composta da diversi fattori. A titolo di esempio riportiamo in tabella una di queste aree, in cui viene segnalato anche quali gruppi hanno citato i singoli fattori. E' interessante osservare che alcune criticità emerse all'interno di un singolo livello chiedevano di rivedere le modalità di lavoro all'interno di quello stesso livello; altre criticità necessitavano invece di un coordinamento con gli altri due livelli, cosa avvenuta nello step successivo.

Le macro-aree di lavoro individuate sono state le seguenti:

1. Criteri di inclusione/esclusione
2. Uso delle scale di valutazione dei pazienti
3. Connessioni e condivisione informazioni
4. Momenti di passaggio dei pazienti tra strutture
5. Gestione delle "sovrapposizioni di presenza" (pazienti in RL che sostano quotidianamente in CRA o CD)
6. Processi/Procedure di lavoro
7. Gestione degli aspetti economici legati ai pazienti in RL
8. Reperimento, tipologia e qualità delle situazioni abitative
9. Necessità di chiarire obiettivi ed esiti previsti dei percorsi in RL
10. Tipologie di percorsi in RL: necessità di differenziarli
11. Modalità di coinvolgimento e raccordo con l'esterno
12. Revisione del Documento Tecnico
13. Housing

| | | OCSM | TECNICO | OPERATIVO | PAZIENTI | FAMIGLIARI |
|----------|---|---|---------|-----------|----------|------------|
| 1 | Criteri di inclusione e esclusione | Tema sentito fortemente a livello tecnico (necessità di fissare criteri chiari, di condividerli, di comunicarli etc.) e dal livello operativo (l'assenza di un lavoro di questo tipo genera fatiche di varia natura nella gestione dei percorsi, ad esempio pz per cui RL non è forse la soluzione più adatta, aspetti amministrativi che interferiscono con quelli riabilitativi e/o viceversa, etc.) | | | | |
| | 1.1 | | | X | | |
| | 1.2 | | X | | | |
| | 1.3 | | | X | | |
| | 1.4 | | X | | | |
| | 1.5 | X | X | X | | |
| | 1.6 | | | X | | |

Tabella 1: Area critica: 1 di 13 - Criteri di inclusione/esclusione

Lo **Step 2** ha previsto l'incontro di un gruppo di lavoro eterogeneo, in cui cioè erano rappresentati tutti e tre i livelli.

Una volta presentate le 13 tabelle di sintesi, output dello step precedente, e approfondite le specifiche criticità, il gruppo ha negoziato al proprio interno le priorità su cui lavorare. È questo il momento in cui sono state prese decisioni di forte cambiamento rispetto al passato, che hanno determinato notevolmente gli esiti finali di questa ricerca. In particolare ci riferiamo alla scelta di:

- Definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei percorsi di RL non più sulla base del concetto di "stabilizzazione clinica", ma su quello di "autonomie";
- Concettualizzazione dei programmi di RL sulla base dei livelli di autonomia dei pazienti, non più unico e indifferenziato.

A partire da queste nuove premesse, il gruppo ha predisposto tre "blocchi" di obiettivi di lavoro, riportati qui di seguito.

- Differenziare percorsi (e relativi obiettivi) per durata e intensità (bassa/media/alta)
- Definire i criteri di inclusione/esclusione dei pazienti rispetto alle tipologie di percorso identificate (concentrandosi sulle autonomie anziché sul concetto di "stabilizzato clinicamente")
- Definire criteri/modalità di passaggio da un percorso RL a un altro
- Ipotizzare i livelli di coinvolgimento di CPS e case manager

- Individuare possibili ruoli/funzioni da attribuire alle famiglie dei pazienti in RL
- Mettere a punto un vademecum delle prestazioni offerte in RL, direttamente riferite al paziente e non (impostandone eventualmente un piano di comunicazione interna)
- Definire livelli/modalità di condivisione del PRL con pazienti e famigliari
- Ideare possibili strumenti di supporto ai/tra famigliari
- Definire le caratteristiche (obiettivi, contenuti, modalità e criteri d'accesso) di una piattaforma online per la condivisione tra operatori di informazioni utili legate al territorio (opportunità, risorse etc.)

- Elaborare proposte su livelli e modalità di integrazione operativa tra équipe del CPS ed équipe della RL
- Verificare l'opportunità di attivare "équipe di appartamento" (composte dalle microéquipe CPS+RL dei pazienti che coabitano) definendone natura, compiti, tempi etc.

Tabella 2: Obiettivi di lavoro (output dello Step 2)

Di fatto, l'ultimo obiettivo del terzo blocco è stato rimandato a un momento successivo alla ricerca, al fine di progettare tenendo conto di tutti i cambiamenti attivati dalla ricerca.

Lo **Step 3** ha visto due gruppi di lavoro in azione parallelamente per elaborare proposte concrete in risposta agli obiettivi "consegnati" dallo step precedente. La presenza del Direttore di Dipartimento in questa fase è stata un notevole valore aggiunto perché ha permesso di andare oltre la logica consultiva, assumendone una immediatamente decisionale. Presenteremo l'esito dello Step 3 tra i risultati della ricerca.

RISULTATI

Lo Step 3 ha coinciso con la produzione degli esiti più significativi della ricerca, che possono essere distinti in due aree:

1. Costruzione di una cornice concettuale condivisa
2. Definizione di aspetti organizzativi

Nella prima area rientrano:

A. Invio di pazienti alla RL direttamente dal territorio, senza obbligo di precedente percorso in strutture residenziali

- È un obiettivo non nuovo nel Dipartimento, ma mai perseguito in modo consapevole: la ricerca ha messo in luce come possa legarsi anche alla decisione di proporre percorsi in RL ai pazienti più giovani.

B. Passaggio da "stabilizzazione clinica" a "livelli di autonomia" nei criteri di accesso ai percorsi in RL

- Si tratta di un passaggio-chiave almeno per due ragioni. La prima è che sposta l'attenzione da criteri clinici a criteri psicosociali e in qualche modo organizzativi: è stato chiarito infatti che il carico di lavoro degli operatori non è legato alla stabilizzazione clinica dei pazienti ma ai loro diversi gradi di autonomia. La seconda, è che lavorare con pazienti non stabilizzati clinicamente richiede agli operatori di rivedere le aspettative e le modalità del lavoro.

C. Classificazione delle autonomie su 3 livelli in relazione al supporto richiesto e definizione dei rispettivi obiettivi

- i. Alto supporto da parte dell'operatore all'autonomia
 - Mantenimento delle abilità acquisite
 - Cura di sé
- ii. Medio supporto da parte dell'operatore all'autonomia
 - Autonomie di gestione personale
 - Del tempo libero, della casa, della quotidianità
- iii. Basso supporto da parte dell'operatore all'autonomia
 - Dimissione verso altri percorsi (housing, Aler, abitazione autonoma)
 - Accesso ai servizi e fruizione in modo indipendente (MMG, Comune etc.)

Nella seconda area rientrano invece i seguenti esiti:

A. Definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei percorsi in RL e di attribuzione del livello di autonomia

- A titolo di esempio riportiamo uno degli otto criteri individuati.

| | |
|-----------------------|---|
| Indicatore 1 | Compliance farmacologica |
| Esclusione | Rifiuto totale dei farmaci anche in presenza dell'operatore, con conflitto e aggressività. Uso di sostanze e/o alcool (attuale o comunque con meno di un anno di astinenza) |
| Alto supporto | Gestione totale da parte dell'operatore (ricette, acquisti, somministrazione; necessità di tenere i farmaci sotto chiave) |
| Medio supporto | L'operatore supporta il paziente nella gestione dei farmaci (scrive i farmaci da farsi "ricettare" ma il paziente va da solo dal medico; prepara la terapia settimanale che il paziente assume autonomamente) L'operatore al bisogno contatta il MMG |
| Basso supporto | Paziente autonomo sui tre livelli (ricette, acquisti, auto-somministrazione) Operatore presente solo nella supervisione scorte farmaci o per imprevisti (es: farmacia chiusa, MMG assente...) |

Tabella 3: Indicatore di inclusione 1 di 8: Compliance farmacologica

L'elenco di tutti gli indicatori individuati è il seguente:

2. Compliance farmacologica
3. Alleanza con microéquipe del CPS
4. Alleanza con il progetto di RL
5. Capacità di problem solving rispetto a imprevisti
6. Capacità di stare in un gruppo
7. Salute fisica e capacità di gestione di patologie specifiche croniche
8. Gestione della solitudine
9. Capacità pratiche.

B. Attribuzione del Case Manager a tutti i pazienti in RL

• Sono stati definiti anche alcuni aspetti aggiuntivi: che sia preferibilmente assistente sociale o infermiere, scelto dalla microéquipe e con funzioni di collettore di informazioni e “regista” del progetto individuale.

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">FASE DI AVVIO</p> <p style="text-align: center;">A 1 mese da inserimento:</p> <p style="text-align: center;">Obiettivo: verifica periodo di inserimento Soggetti coinvolti: équipe CPS + équipe RL</p> <p style="text-align: center;">A 3 mesi da inserimento:</p> <p style="text-align: center;">Obiettivo: definire il LIVELLO di supporto all'autonomia Soggetti coinvolti: équipe CPS + équipe RL</p> <p style="text-align: center;">FASE DI STABILIZZAZIONE</p> <p style="text-align: center;">Ogni 3 mesi:</p> <p style="text-align: center;">Obiettivo: monitoraggio a breve termine Soggetti coinvolti: Case Manager + Operatore RL</p> <p style="text-align: center;">Ogni 6 mesi:</p> <p style="text-align: center;">Obiettivo: monitoraggio e valutazione a lungo termine Soggetti coinvolti: équipe CPS + équipe RL</p> <p style="text-align: center;">VERIFICHE DI APPARTAMENTO</p> <p style="text-align: center;">Cadenza: 1 volta all'anno</p> <p style="text-align: center;">Obiettivo: Monitorare i percorsi dei diversi “gruppi appartamento” in un’ottica sistemica Soggetti coinvolti: équipe CPS + Equipe RL Modalità: da definire</p> |
|---|

Tabella 4: Agenda delle riunioni di lavoro collegate ai singoli percorsi in RL

D. Strumenti per il monitoraggio dei pazienti e cadenza di compilazione

E. Azioni, tempi e modalità di ingaggio delle famiglie

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">STRUMENTI:</p> <p style="text-align: center;">Honos (versione olandese) + Barthel</p> <p style="text-align: center;">TEMPI DI COMPILAZIONE:</p> <p style="text-align: center;">-> Al passaggio del pz da CD/CRA a RL -> Compilazione congiunta (équipe CPS + CD/CRA). -> Ogni 6 mesi (nella riunione di monitoraggio e valutazione a lungo termine) -> Compilazione congiunta (équipe CPS + équipe RL).</p> |
|--|

Tabella 5 Scale di valutazione dei pazienti in RL e tempi di compilazione

Rispetto a questo tema è stato fatto un consistente lavoro di ideazione che ha prodotto spunti in tre direzioni: il coinvolgimento delle famiglie da parte delle équipes (per esempio in fase di stesura del PRL), le attività di sostegno a favore delle famiglie [4], i possibili ambiti su cui chiedere collaborazione concreta ai famigliari nella gestione appartamenti. Le numerose proposte operative avanzate saranno oggetto di un ulteriore lavoro post-ricerca che ne valuterà la fattibilità.

F. Ricognizione delle attività/azioni necessarie, per garantire i percorsi di RL

Questa ricognizione ha permesso di “censire” tutte le attività che, pur non rientrando nelle prestazioni codificate a livello regionale, impegnano gli operatori della RL; tale esplicitazione ha un forte impatto sulla gestione dei carichi di lavoro e per l’organizzazione in generale. Allo stesso tempo, ha permesso di riconoscere come vi siano una serie di attività - spesso trascurate perché non esplicitate - che riguardano in particolare il coinvolgimento e il raccordo con l’esterno. Dato il valore strategico di quest’ultimo aspetto, anche in questo caso si è deciso di attivare un gruppo di lavoro post-ricerca per concretizzare alcune di queste azioni.

Accanto ai principali risultati qui descritti, la ricerca ha anche messo a fuoco obiettivi a medio-lungo termine, tra cui:

1. Stesura e condivisione delle procedure della RL, da ingresso a dimissione
2. Definizione di strumenti e metodi di osservazione in strutture residenziali e/o contesti riabilitativi pre-RL
3. Definizione delle prestazioni e (eventuale) riconoscimento delle stesse
4. Definizione del tetto min/max di ore/operatore nei tre livelli di RL
5. Piano d’azione per una intensificazione delle relazioni con territorio
6. Attività con Enti/istituzioni per negoziare condizioni migliori a favore dei pazienti in RL (quali, per esempio, entrate economiche, reperimento abitazioni, costo farmaci, costo affitti...)
7. Modifica del Documento Tecnico
8. Costruzione del sistema di Housing

Lo **Step 4** si è concentrato prevalentemente sulla condivisione allargata degli esiti della ricerca. Il dibattito ha permesso di sottolineare alcuni bisogni ricorrenti: in particolare quello di avviare percorsi di socializzazione al ruolo di Case Manager - coniugando l’esperienza esistente sul campo con la visione del DSM e le linee guida esistenti [5] - e quello di accompagnare gli operatori ai cambiamenti che i nuovi criteri di inclusione introdurranno nelle prassi lavorative.

CONCLUSIONI

Occasioni come questa ricerca rappresentano un modo per “capitalizzare” l’esperienza e dare evidenza al lavoro fatto (e non solo quello da fare), in modo da renderlo visibile a tutti i soggetti coinvolti: questo processo aumenta l’affidabilità e la credibilità dei diversi soggetti professionali protagonisti e può agire da rinforzo alla motivazione degli operatori [6].

I feedback ricevuti sembrano andare in questa direzione: durante lo Step 4 è stata data la possibilità ai presenti di aderire volontariamente a uno dei quattro gruppi di lavoro che prenderanno le mosse dai risultati della ricerca: il 50% dei presenti ha consegnato in seguito la propria adesione scritta; di questi, la metà sono persone che non avevano preso parte in modo diretto alla ricerca. Peraltro si tratta di operatori di tutte le categorie professionali e di tutte le strutture del Dipartimento, appartenenti sia alla Cooperativa L’Arcobaleno che all’Azienda Ospedaliera. Gli oggetti di lavoro dei quattro gruppi saranno la definizione delle procedure della RL, la messa a punto di strumenti e metodi di osservazione strutturata all’interno delle strutture riabilitative, l’operazionalizzazione delle modalità di coinvolgimento dei famigliari e delle modalità di raccordo con l’esterno.

Feedback di natura qualitativa hanno invece segnalato come il metodo utilizzato per lavorare sulla Residenzialità Leggera abbia due costi: richiede tempo e richiede di affrontare diversi conflitti. D’altro canto, la presenza di ricercatori-conduttori orientati al processo, l’articolazione dei lavori per step, con obiettivi che si succedono man mano e l’integrazione costante di tutti i livelli coinvolti, hanno permesso di focalizzare il tempo attorno agli obiettivi e di gestire i conflitti utilizzandoli come strumenti di lavoro. Tra i guadagni di questa ricerca, i partecipanti hanno segnalato il clima di accettazione di ogni opinione, accolta come elemento utile alla discussione, una maggiore conoscenza della realtà attraverso “spaccati” di tutte le prospettive e una consistente appropriazione di scelte operative costruite a più voci e non calate dall’alto.

Tra i temi che la ricerca ha lasciato aperti vi è quello di poter riproporre il metodo per affrontare altri temi strategici all’interno dell’organizzazione dei servizi di cura e riabilitazione.

RIFERIMENTI

1. Rabboni M, Modelli di residenzialità. In: Errepiesse, 2009, III, 3, 65-70.
2. Gatti F, Graffigna G, Readme first. Prima guida all’uso della ricerca qualitativa, Milano, Franco Angeli, 2009.

3. Sironi G, Strati A, Sironi F, Ballabio S, RRA. Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia: [Progetto ricerca Valutazione nuoveforme residenzialita.pdf](http://www.noisanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/421/649/Progetto_ricerca_Valutazione_nuoveforme_residenzialita.pdf)
([http://www.noisanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/421/649/Progetto ricerca Valutazione nuoveforme residenzialita.pdf](http://www.noisanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/421/649/Progetto_ricerca_Valutazione_nuoveforme_residenzialita.pdf))
 4. Moretti C, Magrin M E, Scignaro M, Radice Fossati U, La psicoeducazione per i familiari e il “family to family” in Italia (nami-progetto Itaca). Risultati preliminari e obiettivi futuri. In: Nuova Rassegna di studi psichiatrici, 10, 2014.
 5. Cerati G, Il case manager nei dipartimenti di salute mentale nella Regione Lombardia, Milano, McGrawHill, 2013.
 6. Schein EH, Culture: the missing concept in organization studies. In: Administrative Science Quarterly, 1996, 41, 229-240.
-

RICONOSCIMENTI

La ricerca presentata nell'articolo è stata commissionata e finanziata all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano da parte della Cooperativa Sociale L'arcobaleno ONLUS - sita in Via Mascari, 1 - 23900 Lecco - all'interno di una Convenzione con il Centro Studi e Ricerche di Psicologia della Comunicazione dell'Università stessa.

Gatti Fabiana Maria dichiara di non avere conflitti di interessi in relazione alla ricerca, alla scrittura e alla pubblicazione del presente articolo. Scerri Simone 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, inoltre, di aver avuto negli ultimi tre anni rapporti di consulenza con la Cooperativa Sociale L'Arcobaleno – citata nel presente articolo.