



RAPPORTI ISTISAN 23|9

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive

A cura di
M.L. Scattoni
per il Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica"



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Residenzialità psichiatrica:
analisi e prospettive**

A cura di
Maria Luisa Scattoni
per il Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”
Servizio di Coordinamento e Supporto alla Ricerca

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
23/9

Istituto Superiore di Sanità

Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive.

A cura di Maria Luisa Scattoni per il Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”
2023, vii, 40 p. Rapporti ISTISAN 23/9

Il rapporto, prodotto dal Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”, costituito in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, presenta un’analisi della residenzialità psichiatrica effettuata attraverso la ricognizione dei riferimenti normativi, la rassegna dei modelli di classificazione adottati in Italia e a livello internazionale e delle definizioni operative relative alle caratteristiche strutturali, organizzative e delle tipologie dei processi assistenziali. Il Gruppo di Lavoro ha inoltre esaminato le criticità applicative dei criteri definiti sul piano nazionale e declinati nei diversi contesti regionali. Sono state infine analizzate le modalità innovative (Soluzioni Abitative Supportate) sviluppate nello scenario nazionale ed internazionale per orientare l’area della residenzialità psichiatrica verso obiettivi di *recovery*. Il rapporto si conclude con alcune raccomandazioni che definiscono le tappe fondamentali per un progetto personalizzato finalizzato ad un sempre maggiore recupero delle abilità sociali, lavorative e relazionali.

Parole chiave: Salute mentale; Strutture residenziali; Linee guida; Ripresa

Istituto Superiore di Sanità

Psychiatric residence: analysis and perspectives.

Edited by Maria Luisa Scattoni for “Psychiatric Residential Care” Working Group
2023, vii, 40 p. Rapporti ISTISAN 23/9 (in Italian)

The report, produced by the “Psychiatric Residential Care” Working Group, formed within Section III of the Consiglio Superiore di Sanità, presents an analysis of psychiatric residential care carried out through a review of regulatory references, of the classification models adopted in Italy and internationally, and of operational definitions relating to structural, organizational characteristics and types of care processes. The Working Group also examined the critical application issues of the criteria defined at the national level and declined in the different regional contexts. Finally, innovative modalities (*supported housing*) developed in the national and international scenario to orient the area of psychiatric residential care toward recovery goals were analysed. The report concludes with a number of recommendations that define the key steps for an individualized project aimed at increasing recovery of social, work and interpersonal skills.

Key words: Mental health; Residential facilities; Guidelines; Recovery

Per informazioni su questo documento scrivere a: marialuisa.scattoni@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Scattoni ML per il Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica” (Ed.). *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/9).

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Componenti Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”

COORDINATORE

Fabrizio Starace

Consiglio Superiore di Sanità, Roma

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Modena

COMPONENTI ESPERTI

Enrico Alleva

Consiglio Superiore di Sanità, Roma

già Istituto Superiore di Sanità, Roma

Angelo Barbato

Dipartimento di Politiche per la Salute, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Giovanni de Girolamo

Unità Operativa di Psichiatria Epidemiologica e Valutativa, IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Paola Di Giulio

Consiglio Superiore di Sanità, Roma

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino

Mila Ferri

Direzione Salute mentale e dipendenze patologiche, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Roberto Mezzina

International Mental Health Collaborating Network, Exeter, United Kingdom

Program Development, World Federation for Mental Health

Mirella Ruggeri

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona, Verona

Maria Luisa Scattoni

Servizio di Coordinamento e Supporto alla Ricerca, Istituto Superiore di Sanità, Roma

INDICE

Prefazione	v
Presentazione	ix
Introduzione	1
1. Questioni della residenzialità psichiatrica	3
1.1. Impatto del COVID-19 sulla residenzialità psichiatrica	5
2. Riferimenti normativi e criticità evidenziate	7
3. Dati quantitativi e qualitativi sul sistema delle strutture residenziali in salute mentale	10
3.1. Studio ProgRes	10
3.2. Relazione della Commissione di inchiesta sull’SSN	12
3.3. Situazione attuale e attendibilità dei dati	13
3.4. Figure e profili professionali che operano nelle strutture residenziali psichiatriche per adulti.....	16
4. Strutture residenziali, riabilitazione psichiatrica e organizzazione dei servizi	18
4.1. Linee guida internazionali	18
4.1.1. Servizi basati sul rispetto dei diritti umani: il programma WHO QualityRights	18
4.1.2. NICE: riabilitazione di persone con bisogni complessi	19
4.2. Criticità del modello del “ <i>continuum</i> tra strutture”	20
5. Studi di valutazione e prospettive di ricerca	22
5.1. Criticità evidenziate	22
5.1.1. Durata della permanenza nelle strutture residenziali	22
5.1.2. Tasso di occupazione lavorativa	22
5.1.3. Risposta ai bisogni legati all’autogestione.....	23
5.1.4. Isolamento sociale e dipendenza del paziente dal personale	24
5.1.5. Scarsità di pratiche orientate alla recovery e rischio di istituzionalizzazione e trans-istituzionalizzazione	24
5.2. Strumenti di (auto)valutazione del programma della struttura.....	25
5.3. Budget di Salute.....	26
5.4. Modelli innovativi	27
5.4.1. Housing First	27
5.4.2. Domiciliarità innovativa sostenuta da Budget di Salute	28
5.4.3. Cluster housing	28
5.4.4. Modello degli “Ambienti abilitanti di sostegno all’abitare”	28
5.4.5. Programmi di accoglienza di genere.....	28
5.4.6. Case per la recovery	29
5.4.7. Reti di self-help supportate.....	29
5.4.8. Inserimento eterofamiliare supportato di adulti.....	29
5.4.9. Accredimento tra pari (<i>visiting</i>).....	29
5.5. Prospettive di ricerca	30

6. Discussione	31
7. Raccomandazioni	35
7.1. Diritto all'abitare per persone con problemi di salute mentale	35
7.2. Politiche di accesso alla casa e supporto all'abitare.....	35
7.3. Semplificazione tassonomica e priorità	35
7.4. Adozione del Budget di Salute	35
7.5. Pre-requisiti per la qualità delle cure	36
7.6. Valutazione multidimensionale riguardante l'accesso e l'esito	36
7.7. Progetto personalizzato come base del sistema centrato sulle persone.....	36
7.8. Co-produzione e non delega al privato sociale	36
7.9. Progetti di innovazione	36
7.10. Formazione e riqualificazione del personale	37
Bibliografia	38

PREFAZIONE

Questo Rapporto ISTISAN presenta un'analisi dettagliata della residenzialità psichiatrica in Italia, elaborata dal Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica" costituitosi in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità nell'ottobre 2020.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha richiamato l'attenzione sull'ambito complessivo della residenzialità per i pazienti affetti da patologie croniche, e il tema è stato al centro del dibattito sulle politiche sociosanitarie per far fronte all'emergenza pandemica e promuovere la ripresa e la resilienza. Appare perciò particolarmente attuale un'analisi approfondita del sistema della salute mentale con le sue criticità e le sue potenzialità, come presupposto per aggiornare uno degli strumenti fondamentali per l'attuazione della riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia.

I riferimenti normativi riportati nel rapporto aiutano a inquadrare storicamente il tema e restituiscono la vitalità del dibattito tra gli operatori sanitari del settore, con la sempre maggiore attenzione posta negli anni sull'importanza dei percorsi terapeutici individualizzati e sulla necessaria articolazione degli interventi riabilitativi in base a molteplici fattori (livelli di autonomia funzionale personale e sociale di ciascun paziente, età, competenze, rete di relazioni affettive, ambiente di vita) che definiscono l'unicità di ogni persona con disturbo psichiatrico.

La Legge 180/1978 successivamente recepita nella Legge 833/1978 sancì la chiusura degli ospedali psichiatrici in Italia, chiusura che veniva attuata definitivamente solo nel 2000. Sarà il Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" (DPR 274 del 1999) a definire il ruolo delle strutture residenziali per utenti di esclusiva competenza psichiatrica all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Nel 2013 nel 2013 il documento approvato in Conferenza Stato Regioni definì le diverse tipologie di strutture, basate sia sul livello di intervento terapeutico riabilitativo che su quello dell'intensità assistenziale. Nel modello sviluppato a seguito della chiusura degli ospedali psichiatrici, questa diversificazione si basava sull'idea che una progressiva emancipazione del paziente psichiatrico potesse realizzarsi attraverso soluzioni residenziali con diverso livello di protezione e di intensità assistenziale per raggiungere finalmente l'indipendenza abitativa, condizione necessaria per l'inclusione sociale e lavorativa.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 in cui venivano definiti i nuovi Livelli di Assistenza Sanitaria pose specificamente l'attenzione sulla diversificazione dell'offerta assistenziale e residenziale in base alle tipologie di paziente e, pur includendo l'aspetto della personalizzazione dei percorsi terapeutici, consolidò la tassonomia delle strutture residenziali così come erano state precedentemente definite.

E' utile chiedersi se oggi con l'aumento di forme diversificate di disagio psicologico e di disturbo psichiatrico, con un riscontro preoccupante di frequenti disturbi anche gravi nelle fasce d'età adolescenziale e giovanile, la classificazione delle tipologie di strutture residenziali sia ancora attuale, o non vi sia la necessità di ripensare complessivamente il tema della residenzialità in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale.

Il Rapporto presenta dati quantitativi e qualitativi sul sistema delle strutture residenziali in salute mentale in Italia, partendo dal primo studio sistematico, lo studio ProgRes, condotto oltre 20 anni fa su tutte le 1370 strutture residenziali allora presenti in Italia, e comparando i dati quantitativi e qualitativi con il rapporto prodotto in base al Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) 2018, che riporta il numero delle strutture a 1850. Sia lo studio ProgRes che le elaborazioni condotte sui dati del SISM nel 2018 evidenziano significative differenze tra le

Regioni, e persino all'interno delle singole Regioni, nel numero e nelle caratteristiche strutturali e funzionali delle strutture residenziali.

A distanza di circa 20 anni tra le due rilevazioni, si evidenziano tuttavia alcune caratteristiche costanti:

- l'incremento della durata del ricovero in strutture residenziali, che diventano in molti casi "case per la vita";
- l'insufficiente impiego dei trattamenti psicosociali, a fronte di evidenze scientifiche robuste sull'efficacia di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi, da soli o in associazione al trattamento farmacologico;
- l'insufficiente dotazione di personale, in particolare di psichiatri e psicologi clinici e in generale di operatori formati all'impiego degli interventi riabilitativi mirati a favorire l'autonomia e la partecipazione alla struttura sociale;
- il basso tasso di occupazione lavorativa e scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti.

È proprio questo ultimo aspetto che richiede la massima attenzione: i dati evidenziano quale tratto distintivo la prevalenza marcata nel sistema residenziale italiano di strutture residenziali ad elevata intensità assistenziale, con una forte protezione dei pazienti residenti, che non favoriscono il raggiungimento di una maggiore autonomia in termini di acquisizione di abilità e competenze per vivere una vita più indipendente. La stabilità residenziale può considerarsi positiva per una limitata quota dei pazienti, in particolare per quelli originariamente dimessi dagli ospedali psichiatrici, e per quella relativamente piccola proporzione di pazienti con disturbi mentali gravi e cronicizzati nel tempo. Per queste persone, le strutture residenziali possono rappresentare effettivamente delle "case per la vita" e la stabilità residenziale, ossia l'adattamento a uno specifico contesto di vita pur se tutelato e limitato nella relazione con l'esterno, può essere considerata come un esito positivo, soprattutto laddove i progetti di dimissione possono trasformarsi nell'abbandono del paziente.

Tuttavia, come chiaramente discusso nel Rapporto, l'aumento della stabilità residenziale di lungo periodo generalizzata che emerge con chiarezza da tutti i dati disponibili non sembra adeguata per la maggior parte dei pazienti che afferiscono oggi ai servizi di salute mentale. Questi lunghi tempi di permanenza comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale. Come ben esplicitato nel Rapporto, le criticità documentabili nel sistema residenziale psichiatrico italiano necessiterebbero dell'adozione di una vera prospettiva di "sistema", che comprenda soluzioni residenziali appropriate e individualizzate secondo i bisogni e le scelte delle persone, sul modello delle Soluzioni Abitative Supportate. A questo proposito, il Rapporto presenta e discute esperienze innovative, adottate in alcune nazioni e in atto anche in diverse Regioni italiane. Queste esperienze mirano ad una maggiore flessibilità della residenzialità, e includono soluzioni abitative all'interno di percorsi terapeutici differenziati erogati dal personale del Dipartimento di Salute Mentale anche supportate da strumenti quali il Budget di Salute, esperienze di *cluster housing*, inserimento eterofamiliare supportato di adulti, esperienze di coabitazione con condivisione di servizi e risorse supportate, supporto tra pari, case per il recupero. Si tratta di soluzioni alternative che favoriscono la possibilità dell'inclusione sociale e lavorativa: un aspetto fondamentale per esempio in gruppi di pazienti psichiatrici giovani con forte potenziale di recupero.

Prezioso nel Rapporto il riferimento alle linee guida internazionali, quali quelle della WHO (*World Health Organization*) e del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), che ponendo l'accento le prime in particolare sull'aspetto dei diritti umani, le seconde sulla qualità delle procedure e la valutazione delle strutture, evidenziano il valore innovativo dell'abitare assistito e la sua attualità come modello esportabile in diversi contesti.

Le raccomandazioni che concludono il rapporto enfatizzano il valore dell'idea di fondo che ha guidato l'istituzione delle strutture residenziali, quali tappe di un percorso di de-istituzionalizzazione della persona con disturbo mentale verso la prospettiva di un sempre maggiore recupero delle abilità sociali, lavorative e relazionali laddove possibile e all'interno di un progetto personalizzato nello spirito originale della riforma psichiatrica.

La pubblicazione di questo approfondito documento sotto forma di Rapporto edito dall'Istituto Superiore di Sanità risponde alla convinzione che la ricerca sui servizi sanitari produce informazioni che possono orientare il miglioramento dei servizi, la corrispondenza tra la domanda di salute e l'offerta dei servizi stessi e la loro programmazione al variare delle condizioni sociodemografiche e anche epidemiologiche.

Nell'area della salute mentale e della disabilità più in generale, la realizzazione del diritto alla cura va di pari passo con quello del diritto all'abitare e all'inclusione sociale e lavorativa, in un approccio integrato e multisettoriale che coinvolge non solo i servizi specificamente dedicati alla salute mentale, ma tutta la rete sociosanitaria e le politiche di welfare.

Gemma Calamandrei

*Direttrice del Centro di riferimento
per le scienze comportamentali e la salute mentale
dell'Istituto Superiore di Sanità*

Silvio Brusaferrò

*Presidente
dell'Istituto Superiore di Sanità*

PRESENTAZIONE

Il Gruppo di Lavoro “Residenzialità psichiatrica”, costituito in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, ha effettuato un’analisi della residenzialità psichiatrica attraverso la ricognizione dei riferimenti normativi, la rassegna dei modelli di classificazione adottati in Italia e a livello internazionale, e delle definizioni operative relative alle caratteristiche strutturali, organizzative e delle tipologie dei processi assistenziali.

Il Gruppo di Lavoro ha inoltre esaminato le criticità applicative dei criteri definiti sul piano nazionale come declinati nei diversi contesti regionali. Sono state infine analizzate le modalità innovative – Soluzioni Abitative Supportate – sviluppate nello scenario nazionale e internazionale per orientare l’area della residenzialità psichiatrica verso obiettivi di *recovery*.

Il tema è stato al centro del dibattito sulle politiche sociosanitarie per far fronte all’emergenza COVID-19 e promuovere la ripresa e la resilienza.

Il Gruppo di Lavoro ha previsto riunioni online, la condivisione di documentazione, la predisposizione di contributi da parte dei componenti e l’organizzazione di audizioni di esperti esterni (audizione del Prof. Mauro Palma, Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale; Angelo Picardi, del Centro di riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma) su alcuni temi considerati prioritari per la tematica oggetto del Rapporto.

Le attività si sono articolate nelle seguenti fasi:

- a) prioritizzazione dei temi principali attraverso discussione preliminare tra i membri del Gruppo di Lavoro;
- b) ricerca e analisi della documentazione e della letteratura riguardante i seguenti aspetti:
 - lo stato dei servizi residenziali in Italia: normativa e dati conoscitivi
 - residenzialità psichiatrica: tassonomia e classificazione interventi
 - riabilitazione e setting residenziali
 - housing sociale e politiche finalizzate all’inclusione
 - budget personalizzati di cura
 - diritti umani e diritto all’abitare indipendente
 - bisogni di cura e profili di utenza
 - programmi ed esperienze innovative
 - valutazione della qualità delle cure e del rapporto costo-efficacia;
- c) discussione dei contributi pervenuti dai singoli componenti;
- d) audizione e acquisizione di contributi di esperti;
- e) stesura di una bozza di documento;
- f) discussione generale sulle principali indicazioni emerse;
- g) stesura del documento in bozza avanzata, raccolta di ulteriori emendamenti, note e commenti;
- h) approvazione del documento finale.

INTRODUZIONE

Il presente documento prende in considerazione le criticità che emergono dal percorso legislativo e normativo che ha condotto all'attuale configurazione delle strutture residenziali e dell'abitare supportato nel nostro Paese.

Il loro sviluppo è connesso al percorso di deistituzionalizzazione e chiusura dei manicomi, completato alla fine degli anni '90 del secolo scorso, con la necessità di rispondere a bisogni assistenziali di medio e lungo periodo in un contesto abitativo, ma anche al diritto all'abitare nel proprio territorio per persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali che non avevano accesso alla casa e al reddito per il proprio sostentamento.

La definizione degli standard abitativi e assistenziali ha portato dapprima ad una classificazione delle strutture residenziali e poi a un tentativo di definirle come strumenti dei percorsi individuali di trattamento terapeutico riabilitativo e di reinserimento sociale garantiti ai cittadini con tali bisogni, con relativa individuazione di requisiti strutturali e organizzativi, target, tempistiche di permanenza, tipologie di personale. Esse sono state incluse tra le componenti essenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) definite dai Progetti Obiettivo, confermate dai successivi atti normativi, quindi comprese in una tassonomia che è sottoposta a monitoraggio regionale e nazionale. Quest'ultima ha tuttavia irrigidito, in una visione eminentemente sanitaria, l'articolazione del sistema di risposte riabilitative e ha quasi del tutto omesso il tema dell'abitare supportato.

Dai dati quali-quantitativi disponibili, risulta non del tutto chiarito il quadro della spesa, rilevante e talvolta preponderante nella rete dei servizi per la tutela della salute mentale, né la componente fornita da Organizzazioni Non Governative o dal privato sociale e imprenditoriale, mentre emerge in modo eclatante l'estrema variabilità regionale e locale, con conseguenti difficoltà di classificazione e quindi di armonizzazione e confronto dei dati disponibili. La Commissione sullo Stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) aveva definito le strutture psichiatriche riabilitative molto onerose dal punto di vista economico e non efficienti in termini di esito, oltre che di processo. La pandemia da COVID-19 ha mostrato le vulnerabilità delle strutture residenziali per anziani, specie a carattere istituzionale, ma ha anche messo in evidenza la buona tenuta della residenzialità, di piccola scala, come in Italia, con bassi tassi di infezione tra gli ospiti.

La letteratura internazionale che esamina la relazione tra strutture residenziali e riabilitazione psichiatrica evidenzia che tali ambiti vengono spesso sovrapposti tra loro, come pure quelli dell'abitare e del trattamento. Ciò ha rilevanti implicazioni sugli aspetti organizzativi dei servizi di salute mentale. Nella linea guida del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) "Rehabilitation for adults with complex psychosis" (NICE, 2020) si sostiene la necessità di un percorso riabilitativo di comunità come componente essenziale dell'offerta di cura, e la residenzialità viene messa in connessione con l'abitare supportato e con interventi domiciliari di sostegno limitati e commisurati ai bisogni, in un approccio volto all'ottenimento della massima autonomia e *recovery*. Ciò richiede la costruzione di percorsi di cura flessibili e il superamento delle strutture residenziali a lungo termine che non adottano tale approccio e che non si collocano in rete col sistema pubblico. Occorre inoltre limitare il fenomeno della de-territorializzazione e favorire il rientro nel territorio dell'ASL (Aziende Sanitaria Locale) di residenza della persona; intervenire sul rispetto dei diritti umani, in relazione a fenomeni spesso segnalati di strutture segreganti, che limitano grandemente la libertà delle persone e il diritto all'abitare indipendente e alla partecipazione alla comunità. Appaiono peraltro evidenti i limiti del modello residenziale, chiamato "lineare" e basato su un *continuum*, secondo cui le persone dovrebbero passare

gradualmente dalle strutture ospedaliere a reparti per sub-acuzie, a strutture residenziali a minore intensità assistenziale, strutture intermedie, gruppi-appartamento, per raggiungere finalmente l'indipendenza abitativa.

La ricerca sui servizi sanitari dovrebbe ispirarsi al principio che le informazioni prodotte siano in grado di orientare il miglioramento dei servizi e la programmazione. Gli studi di valutazione disponibili mostrano che la durata della permanenza nelle strutture residenziali è superiore rispetto alle indicazioni, con processi di 'restituzionalizzazione' o 'transistituzionalizzazione' in cui esse assumono la funzione di "case per la vita", limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente. Il basso tasso di occupazione lavorativa risulta connesso alla carenza di adeguati programmi di riabilitazione volti a ottenere e mantenere un impiego competitivo per le persone con problemi psichiatrici. È frequente inoltre una risposta inadeguata all'autonomia e all'autogestione, con atteggiamenti di "tutela" del personale che ostacolano l'acquisizione delle competenze necessarie per la vita indipendente. Un persistente isolamento sociale è connesso infine alla dipendenza del paziente dal personale delle strutture. In generale, emerge la scarsità di pratiche orientate alla *recovery*.

Sono numerose le applicazioni di modelli innovativi che hanno affrontato le criticità su esposte. Tra questi il più diffuso è il Budget di Salute la cui implementazione può offrire alle persone con problemi di salute mentale l'opportunità di avere più controllo e scelta del percorso di cura, di costruire maggiore fiducia in sé stesse e aumentare il senso di auto-efficacia. Il processo di responsabilizzazione e consapevolezza dell'utente viene favorito dalla buona qualità e dalla continuità della relazione con gli operatori e con le persone di supporto. Insieme al Budget di Salute, sono disponibili numerosi modelli innovativi di Soluzioni Abitative Supportate (SAS), con caratteristiche di personalizzazione e aspetti comunitari, che in alcune Regioni, sono stati regolati da specifici provvedimenti normativi.

Il presente rapporto si conclude con una serie di raccomandazioni riassuntive rivolte a tecnici, decisori, altri portatori di interesse, e soprattutto ai diretti interessati, finalizzate al miglioramento di qualità e alla maggiore aderenza ai bisogni degli utenti in questo ambito cruciale del sistema di cura per la salute mentale. Esse riguardano: il rispetto dei diritti umani, dei valori e delle preferenze individuali; la necessità di politiche per rendere effettivo il diritto all'abitare; l'identificazione di percorsi riabilitativi in ambito residenziale che siano di durata definita e garantiti da continuità e qualità complessiva delle cure, piuttosto che restare vincolati alle strutture residenziali; la necessità di riconvertire la spesa residenziale e di superare il sistema delle rette, sottolineando la centralità del progetto personalizzato, ben sostenuto dallo strumento del Budget di Salute; il principio della coprogettazione, cogestione e co-produzione, evitando al contempo una delega totale al privato e al privato sociale; la necessità di limitare l'assistenza residenziale intensiva e di superare quella estensiva, a favore di progetti socioriabilitativi nell'area dell'abitare, anche nella direzione di progetti di innovazione; il superamento delle disomogeneità e disparità nella raccolta dati e proposte la semplificazione tassonomica e normativa; la necessità di monitoraggio e valutazione multidimensionale di esito, soprattutto nella direzione della costo-efficacia.

1. QUESTIONI DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA

Il Gruppo di Lavoro ha inizialmente definito un elenco di questioni da tenere in considerazione ed eventualmente affrontare nell'ambito della residenzialità psichiatrica:

– *Variabilità delle strutture residenziali*

Le strutture residenziali svolgono funzioni diverse e perseguono obiettivi diversi, che non sono colti dalla tassonomia attuale.

Anche strutture residenziali con medesima denominazione possono essere molto differenti per obiettivi, numero di posti letto, organizzazione, attività, dotazione di personale e specifiche competenze richieste, livelli di intensità assistenziale e durata della permanenza.

Il protrarsi dei tempi di permanenza si associa a un maggior rischio di comportamenti disfunzionali da istituzionalizzazione.

Non si rileva sempre una relazione diretta tra le strutture e le attività riabilitative, lasciando ipotizzare che le SAS possano svolgere tutte le funzioni delle strutture residenziali differenziandosi unicamente in termini di intensità dell'intervento a sua volta calibrato sui bisogni terapeutico-riabilitativi della persona assistita.

È difficile differenziare i programmi e l'offerta riabilitativa che risente della ridotta flessibilità nell'utilizzo delle risorse professionali dovuta agli standard di accreditamento. I costi delle strutture residenziali inoltre incidono in modo significativo sul budget complessivo dei DSM.

– *Esistenza di esperienze alternative*

Nella realtà nazionale e in letteratura sono riportate numerose esperienze alternative alle strutture residenziali con l'obiettivo di perseguire per ciascuna persona la possibilità di condurre la propria vita nella comunità con il sostegno di tutte le agenzie coinvolte (salute mentale, servizi sociali, ecc.); esiste tuttavia un rapporto diretto tra la diffusione di tali esperienze e possibilità di accesso alla casa nelle differenti aree territoriali (es. modello *Housing First*, vedi § 5.4.1).

Il rilievo di significative disparità inter-regionali, forse dovute anche a distorsioni nella raccolta e analisi dei dati, rende necessaria la proposizione di strategie di riequilibrio.

– *Qualità degli interventi*

Va costantemente perseguito il miglioramento della qualità degli interventi condotti nelle strutture residenziali secondo la prospettiva dei diritti umani (in accordo con quanto previsto nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) (United Nations, 2006). Andrebbero più accuratamente definiti i criteri su cui si fondano gli interventi in strutture residenziali nella prospettiva di correlare la valutazione dei bisogni di cura / assistenza (con strumenti idonei anche a misurare la loro modificazione in termini di esito) con le attività che si svolgono nelle strutture residenziali.

A tal proposito andrebbe generalizzato l'uso di strumenti sviluppati per valutare le caratteristiche delle strutture residenziali, come la QuIRC (*Quality Indicator for Rehabilitative Care*), anche nella sua versione per l'abitare supportato, e il miglioramento di qualità nella prospettiva dei diritti umani – in coerenza con il progetto QualityRights della Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO).

- *Adattamento degli interventi a livello locale*

Occorre inoltre individuare e applicare in modo estensivo modalità per ridurre le discrepanze tra raccomandazioni e realtà operativa, evitando la generalizzazione degli interventi, e valorizzando esperienze innovative di accreditamento tra pari.
- *Personale*

Viene ribadita l'importanza di definire gli aspetti quantitativi e qualitativi (competenze, formazione) relativi al personale delle strutture residenziali e di affrontare le criticità relative alla profilatura delle professioni sanitarie potenzialmente impegnate nelle strutture residenziali.
- *Caratteristiche aspecifiche e personalizzazione*

Va posta attenzione al riequilibrio tra le caratteristiche aspecifiche (non personalizzate) delle strutture residenziali e condizioni specifiche degli ospiti (es. interventi da adottare nel caso di esordi psicotici o nuove necessità e nuovi bisogni residenziali e programmi riabilitativi per pazienti con grave disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze).

Vi è inoltre carenza di strutture residenziali a carattere sociosanitario per l'accoglimento dei pazienti psichiatrici anziani o con gravi disabilità o con patologie organiche e compromissioni fisiche che limitano la capacità di vita autonoma.
- *Contesto riabilitativo o bisogno abitativo*

È necessaria la distinzione fra strutture residenziali come contesto di trattamento e riabilitazione, e strutture residenziali come risposta a un bisogno abitativo.

D'altro canto, l'obiettivo primario del supporto all'abitare è di favorire per gli utenti una vita indipendente in un contesto abitativo normale.
- *Programmi di sostegno all'abitare*

Il supporto all'abitare come strategia di salute mentale non può essere la soluzione per la necessità delle persone con disturbi mentali di avere accesso alla casa.

È difficile attuare programmi di sostegno all'abitare per questa popolazione in assenza di una politica per l'accesso alla casa rivolta a persone con disabilità associate a malattie croniche, indipendentemente dalla causa e dalla tipologia della disabilità.
- *Accesso alla casa*

Per affrontare i bisogni abitativi degli utenti dei servizi di salute mentale, l'abitazione dovrebbe essere resa disponibile dai servizi sociali che si occupano dell'accesso dei cittadini alla casa e i programmi di trattamento e riabilitazione essere forniti dai servizi di salute mentale.

Questi due aspetti – la casa e la cura – richiedono quindi l'interazione di due organizzazioni diverse. La disponibilità di abitazioni a costo accessibile è un elemento importante del quadro di riferimento. L'accesso alla casa, anche per chi ha bisogno di supporto per poterne usufruire, è un elemento di valore per la coesione sociale e va considerato un *diritto umano fondamentale*.
- *Supporto alla vita indipendente*

Coloro che posseggono o sono in grado di ottenere un'abitazione, devono essere aiutati a vivere in modo indipendente e a superare le condizioni di isolamento sociale. A queste esigenze possono rispondere in sinergia tra loro, a seconda delle situazioni locali, servizi

sociali e sanitari. Il sostegno alle persone nel loro contesto di residenza deve essere flessibile e modulato secondo i bisogni, considerando comunque che una minoranza di utenti con disturbi mentali gravi non ha le risorse personali e le abilità necessarie per la gestione della casa e richiede un supporto costante prolungato nel tempo. In quanti casi e in che misura un supporto intensivo deve essere mantenuto per tempi molto lunghi o anche indefiniti deve essere materia di un'attenta valutazione.

– *Valutazione degli esiti*

Qualunque tipo di intervento fornito agli utenti in diversi contesti, sia una struttura residenziale come luogo di cura sia il supporto all'abitare, deve essere basato su evidenze e sottoposto a valutazioni di esito. L'efficacia del trattamento residenziale va valutato in relazione a esiti clinici e riabilitativi, e in termini di qualità di vita, non in relazione all'accesso alla casa.

– *Ricerca*

Le future ricerche sul supporto all'abitare in salute mentale devono comprendere sia studi controllati che considerino il mantenimento di un'abitazione indipendente come indicatore di esito, sia studi osservazionali di buona qualità, che includano valutazioni quantitative e qualitative.

1.1. Impatto del COVID-19 sulla residenzialità psichiatrica

La metà dei decessi per COVID-19 in Europa è avvenuta nelle strutture residenziali a lungo termine. Anche in Italia (ove si stimano in oltre 400.000 le persone anziane, minori, disabili, con problemi di salute mentale o dipendenze ospitate in residenze) si è preso atto che queste residenze erano spesso luoghi vulnerabili, separati dalla società e poco visibili anche ai sistemi di protezione dalla pandemia.

Le strutture residenziali a lungo termine sono state particolarmente colpite dalla pandemia, come risulta evidente dall'analisi dei tassi di mortalità riportati (de Girolamo *et al.*, 2020a).

Nel settore della salute mentale, le strutture residenziali hanno significativamente limitato gli scambi con l'esterno (de Girolamo *et al.*, 2020b), ma pur con le restrizioni dei nuovi accessi sono rimaste pienamente operative (Carpiniello *et al.*, 2020). Si deve verosimilmente alle dimensioni più limitate e al minor numero di ospiti, il più contenuto impatto della pandemia nelle strutture residenziali per la salute mentale. Numerosi report hanno mostrato che piccoli nuclei di coabitazione e tutte le forme di abitare supportato sono state molto più sicure delle grandi istituzioni residenziali. Nelle istituzioni psichiatriche ospedaliere invece la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché l'attenzione ai diritti dei pazienti è stata messa in discussione da diversi organismi internazionali (Rosenberg *et al.*, 2020).

Nei Paesi ove le strutture residenziali hanno più posti letto, la diffusione del coronavirus è stata molto più ampia. Ad esempio Xiong e i suoi collaboratori (Xiong *et al.*, 2020) hanno rilevato un 74% di positività al SARS-CoV-2 negli ospiti di una struttura residenziale riabilitativa a lungo termine in California. Ciò si è verificato anche in Italia, nei contesti residenziali ove nella stessa istituzione c'erano più moduli di 20 posti letto.

Uno specifico rapporto (WHO/Europe, 2020) ha valutato l'impatto della pandemia di COVID-19 su servizi, personale, utenti di servizi e residenti con disabilità psicosociali e intellettuali in 169 istituzioni a lunga permanenza nella Regione europea della WHO. Temi affrontati sono stati

il modo in cui le istituzioni erano preparate per la crisi, la qualità delle comunicazioni all'interno delle istituzioni e con gli utenti dei servizi e i familiari, la disponibilità di dispositivi di protezione individuale, l'erogazione di assistenza e l'impatto del rischio di infezione e misure protettive sul personale e sui residenti. La relazione svolge alcune fondamentali considerazioni circa l'impatto negativo sui diritti umani in termini di personalizzazione delle cure da un lato, e di uso di pratiche contenitive dall'altro. Fornire assistenza individualizzata e centrata sulla persona è stato significativamente più difficile in grandi istituzioni rispetto ai setting di comunità o a domicilio e questo ha esposto le persone con disabilità psicosociale a un maggior rischio di disuguaglianze nelle cure e nei trattamenti.

Analoghe considerazioni sono state elaborate (Castelpietra *et al.*, 2021) in uno studio sull'impatto della pandemia nelle persone seguite dai DSM in Friuli Venezia Giulia, Regione che dispone di una vasta rete di servizi per la salute mentale di comunità e di opzioni residenziali realizzate secondo il modello dell'abitare supportato. Durante il periodo del primo lockdown è stata osservata una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri ma permanevano le attività dei servizi territoriali. Tra gli utenti dei DSM si rilevava un più basso numero di casi positivi al SARS-CoV-2 rispetto alla popolazione generale

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E CRITICITÀ EVIDENZIATE

La Legge 180/1978, successivamente recepita nella Legge 833/1978, ha sancito la chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) in Italia. Tale chiusura si è attuata definitivamente solo nel 2000, a seguito della legge finanziaria del 1995 che prescriveva la chiusura dei residui ex-OP entro dicembre 1996 e della Legge del Ministero Bindi 449/1997 (legge di accompagnamento alla legge finanziaria per il 1998) che definiva la data del 31 dicembre 1998 come termine ultimo tassativo per la chiusura degli ex-OP (fascia psichiatrica) e la proroga al 31 dicembre 1999 per le fasce psico-organiche e psico-geriatriche.

Il primo Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale” fu emanato solo nel 1994, mentre il secondo Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” fu approvato con DPR 274/1999.

All'interno del documento Progetto Obiettivo 1998-2000 veniva fornita la seguente definizione riguardo le strutture residenziali:

“Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come chiaramente indicato nel precedente Progetto Obiettivo, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipativi, all'interno di specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa”.

Indicava inoltre:

“Le strutture residenziali dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali e organizzativi, indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Presidente del Consiglio dei Ministri Bindi). Saranno, quindi, differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non avranno più di 20 posti. Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, le strutture residenziali vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. Opportuno, anche, prevedere la presenza di adeguati spazi verdi esterni.

Le strutture residenziali possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso, fatti salvi i requisiti e gli standard previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 e dal presente Progetto Obiettivo, i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengano in conformità ad un programma personalizzato concordato, e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura residenziale, pazienti ed eventuali persone di riferimento.

Si conferma lo standard tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti, di cui al precedente progetto obiettivo. Tuttavia, per le necessità residenziali dei degenti di pertinenza psichiatrica, dimessi dagli ex ospedali psichiatrici, le Regioni, province autonome possono stabilire una quota aggiuntiva di un secondo posto letto ogni 10.000 abitanti.

Le Regioni, province autonome riesaminano l'offerta complessiva di posti residenziali, pubblici e privati convenzionati, anche in considerazione del fatto che la disponibilità in alcune Regioni è superiore allo standard. Ai fini dell'accreditamento, valutano la corrispondenza delle strutture residenziali esistenti ai requisiti del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 e ad eventuali ulteriori requisiti regionali”.

La legge stabiliva che la struttura residenziale psichiatrica:

“esplica le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di elusiva competenza psichiatrica, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero: per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l’attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere, con il riconoscimento dei posti letto equivalenti”.

Solo dopo diversi anni il Ministero della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, ha proceduto a differenziare l’offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità, approvando in Conferenza unificata il 17 ottobre 2013 il documento specificamente dedicato alle strutture residenziali psichiatriche in età adulta (Conferenza Unificata, 2013).

L’Accordo si riferiva a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell’ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l’età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale.

In premessa il Documento rileva che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all’evoluzione della domanda assistenziale, individuata sia in base al quadro epidemiologico, che ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale) e delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

Evidenzia inoltre una forte eterogeneità, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l’inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

Vengono identificate tre tipologie di strutture residenziali in relazione sia al livello di intervento terapeutico-riabilitativo, sia al livello di intensità assistenziale:

1. *Strutture residenziali P1 – SRP1*

Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo. La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi.

2. *Strutture residenziali P2 – SRP2*

Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo. La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi.

3. *Strutture residenziali P3 – SRP3*

Strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolate in tre sottotipologie: 1. con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali); 2. con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali); 3. con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie).

La durata dei programmi è definita nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP).

Anche le strutture residenziali P1 e P2 possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 – in cui sono definiti i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) (DPCM 12 gennaio 2017) (Italia, 2017) – recepisce all’art. 33 “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali” le indicazioni del Documento della Conferenza Unificata.

In particolare, l’art. 33 recita, al comma 1:

“Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata”.

Al comma 2:

“In relazione al livello di intensità assistenziale, l’assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento: a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo) [...] b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. [...] c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa”.

L’Accordo sulle strutture residenziali, pur avendo il merito di spostare l’ottica dalla tassonomia difforme delle strutture residenziali ai percorsi individualizzati e ai trattamenti, tentando una possibile armonizzazione, ha tuttavia irrigidito l’articolazione del sistema di risposte riabilitative e ha quasi del tutto omesso il tema dell’abitare supportato.

Inoltre, vincolare a categorie e termini diagnostici il target di utenza, e non alla considerazione della estrema variabilità delle situazioni individuali e dei determinanti sociali che vi impattano, ha consolidato una visione dominata dalla clinica laddove dovrebbero avere prevalenza le prospettive di ripresa e inclusione sociale. Trovano difficile collocazione nella tassonomia adottata quei trattamenti residenziali che, mutuando il modello della comunità terapeutica, sono costruiti su target specifici di disturbo, come i programmi riabilitativi per gravi disturbi di personalità, per disturbi del comportamento alimentare, per dipendenze in comorbidità con disturbi psichiatrici severi.

3. DATI QUANTITATIVI E QUALITATIVI SUL SISTEMA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI IN SALUTE MENTALE

3.1. Studio ProgRes

Lo studio ProgRes (de Girolamo *et al.*, 2005; Picardi *et al.*, 2006), condotto oltre 20 anni fa, ha analizzato tutte le 1.370 strutture residenziali, sia pubbliche che private, con più di 4 posti, operative all'epoca sul territorio nazionale, e in maggior dettaglio 265 strutture residenziali psichiatriche, costituenti un campione del 20% (10% per Sicilia e Lazio) di quelle censite nella prima fase (con l'eccezione della Regione Abruzzo).

Il numero di strutture residenziali è aumentato dalle 1.370 strutture e 17.138 posti rilevati dallo studio ProgRes alle 1.850 strutture con 25.932 posti (dati del Sistema Informativo Salute Mentale-SISM, 2018). Il numero di posti in strutture residenziali per abitante rilevato dal SISM 2016, 2017 e 2018 è pressoché identico.

Sia lo studio ProgRes che le elaborazioni condotte sui dati del SISM (Starace & Baccari, 2020) hanno mostrato l'esistenza di una grande variabilità tra Regioni, e persino all'interno delle singole Regioni, nel numero delle strutture residenziali e nelle loro caratteristiche strutturali e di gestione. Alcune delle differenze nella dotazione e strutturazione delle strutture residenziali riflettono probabilmente differenze più generali nell'organizzazione complessiva dell'assistenza psichiatrica.

L'intensità assistenziale delle strutture residenziali italiane è mediamente elevata: infatti, nello studio ProgRes circa i tre quarti delle strutture residenziali garantisce una copertura assistenziale 24 ore su 24; queste strutture a maggiore intensità ospitano pazienti più gravi, come è indicato da un livello di funzionamento sociale significativamente peggiore tra gli ospiti di queste strutture residenziali.

Comparabile risulta il quadro fornito dall'ultima rilevazione SISM nel 2018: gli utenti psichiatrici presenti nelle strutture residenziali con elevata intensità di assistenza sanitaria rappresentano il 78% dell'utenza dei centri residenziali, il 10,6% è presente nei centri con personale sanitario per non più di 6 ore, e il 9,1% in centri con presenza di personale sanitario nelle ore diurne.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia e altre psicosi funzionali rappresentano la metà dell'utenza delle strutture residenziali (49,8%).

Gli inserimenti nel 2018 sono stati oltre 13.000, con l'85,7% delle ammissioni che si riferisce a strutture con elevata assistenza sanitaria, il 5,6% a centri con presenza di personale sanitario per non più di 6 ore, e l'8,3% a strutture con assistenza sanitaria nelle ore diurne.

Similmente, l'80,4% delle dimissioni ha riguardato strutture con elevata assistenza sanitaria, il 12,2% a centri con presenza di personale sanitario per non più di 6 ore e il 7,1% a strutture che assicurano assistenza sanitaria nelle 12 ore diurne.

La marcata eterogeneità regionale è esemplificata dai dati su:

- gli inserimenti, il cui tasso per 10.000 abitanti spazia da 0,1 per la Calabria a 11,5 per la Basilicata;
- le dimissioni, il cui tasso per 10.000 abitanti varia da meno di 0,1 per la Calabria a 12,4 per l'Emilia-Romagna;
- il totale delle persone in cura in strutture residenziali nel corso dell'anno, con tassi per 10.000 abitanti che vanno da 0,4 per la Campania a 13,4 per l'Emilia-Romagna.

Sebbene già il Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” avesse definito il ruolo e le funzioni di una struttura residenziale parlando di una “struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica” che “non va intesa come soluzione abitativa”, i dati ProgRes, e anche gli attuali dati SISM, mostrano che, per molti pazienti, esse rappresentano delle vere e proprie “case per la vita” (Trieman *et al.*, 1998). Infatti, già nella prima fase dello studio ProgRes si era osservato che nel corso dell’anno precedente la rilevazione il 38% delle strutture residenziali non aveva dimesso nessun ospite, il 31% aveva dimesso un massimo di due ospiti, e soltanto nel 31% circa delle strutture residenziali erano stati dimessi tre o più ospiti.

Più di tre quarti dei quasi 3.000 pazienti esaminati nella seconda fase ProgRes viveva nella stessa struttura residenziale da più di un anno. Fu chiesto, al responsabile di ciascuna di strutture residenziali, di valutare, per ciascuna persona, quale fosse la previsione relativa alla sua collocazione entro 6 mesi dal momento della valutazione stessa. Rimarchevole come soltanto per il 6,9% degli ospiti fu previsto, nei 6 mesi successivi alla valutazione, un passaggio a una condizione di vita indipendente, quale il ritorno in famiglia o presso una propria abitazione.

Il dato della molto lunga durata della permanenza in strutture residenziali suggerisce che la maggioranza dei residenti sembri ottenere solo benefici molto modesti dal trattamento farmacologico, che pressoché tutti ricevono per anni: basti pensare che nello studio ProgRes il 96% dei pazienti esaminati era in trattamento farmacologico, molto spesso con antipsicotici, prescritti non di rado anche in politerapia. Anche le attività con intento riabilitativo sembrano risultare spesso inefficaci. Va ricordato al proposito che la prima fase dello studio ProgRes aveva rilevato che circa il 40% degli operatori delle strutture residenziali italiane non posseggono alcuna formazione psichiatrica specifica.

Gli aspetti critici principali che sembrano evidenziarsi sulla base dei dati resi disponibili dalla ricerca sui servizi di salute mentale e dal sistema informativo SISM sembrano dunque essere:

- *Incremento della durata del ricovero*
in strutture residenziali, unito a una scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti;
- *Insufficiente impiego dei trattamenti psicosociali*
a fronte di evidenze scientifiche molto numerose e robuste dell’efficacia di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi, da soli o in associazione al trattamento farmacologico, per la gran parte dei disturbi mentali;
- *Insufficiente dotazione di personale*
in particolare di psichiatri e psicologi clinici e in generale di operatori formati all’impiego degli interventi riabilitativi sostenuti da evidenze di efficacia e orientati a favorire l’autonomia e la partecipazione alla struttura sociale.

Quest’ultimo punto è importante poiché la letteratura mostra che i programmi di residenzialità psichiatrica che sono associati a stabilità e ad alti livelli di soddisfazione dei pazienti si caratterizzano per la presenza di uno staff esperto nella riabilitazione psichiatrica che sostenga le scelte informate e la partecipazione alla vita della comunità (Taylor *et al.*, 2009).

3.2. Relazione della Commissione di inchiesta sull'SSN

Il quadro complessivo della residenzialità psichiatrica fu analizzato anche dalla Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza dell'SSN ad esito dei sopralluoghi effettuati in tutto il Paese negli anni 2011-2012 (Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'Efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, 2013).

Il quadro che ne emergeva era poco confortante, con:

“situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione, spesso connotate da scarsa consistenza di interventi realmente socio- riabilitativi di reintegro del paziente nel contesto territoriale di vita”.

Più in dettaglio la Commissione rilevava che: “le strutture “intermedie”, riassumibili nel termine generico di “comunità riabilitative”, rappresentano una criticità importante della situazione della psichiatria italiana territoriale post legge 180.

Ogni Regione, concluso il superamento degli ex-OP, ha autorizzato molteplici, e diverse tra loro, strutture psichiatriche riabilitative, molto onerose dal punto di vista economico sul bilancio complessivo dei DSM e “non-efficienti” in termini di esito, oltre che di processo.

Presentano, per la maggior parte, le seguenti problematiche: *in primis*, un ridottissimo “turn-over” dei ricoveri, con situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione, spesso connotate da scarsa consistenza di interventi realmente socio-riabilitativi di reintegro del paziente nel contesto territoriale di vita, a fronte di un dichiarato o reale alto tenore sanitario di attività cliniche interne alle strutture stesse; scarse sono ancora le possibilità di inserimento lavorativo; non così comuni sono le esperienze di gruppi-appartamento in mutuo-aiuto, di natura sociale, che risultano più funzionali solo dove esiste anche un sostegno da parte dei Centri di Salute Mentale (CSM).

In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e di scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le ASL e le Regioni finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali, nonché regionali, sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale specialistico; e a seguire, anche i controlli su questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali, quando non inesistenti.

Ad oggi, molte diventano contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di *wandering* istituzionale tra luoghi di ricovero; alcune diventano perfino strutture indecenti “per un Paese appena civile”.

Infine, come situazione paradossale rispetto a quanto sopra evidenziato, vi è una carenza di strutture semiresidenziali e residenziali per la cura dei disturbi psicopatologici più gravi delle fasce adolescenziali, che non possono trovare risposta nelle strutture per gli adulti e che necessitano di ampio approccio multidisciplinare e di un diretto coinvolgimento familiare nell'assunzione in cura.

Il quadro evidenziato impone una profonda riflessione della comunità scientifica sulla situazione dell'assistenza psichiatrica italiana, preferibile a proposte integrative di legge, soprattutto in ragione del fatto che la riabilitazione del malato psichiatrico non possa, in alcun caso, tradursi in un'ospedalizzazione, più spesso realizzata con implementazione del privato convenzionato, per mancanza di servizi idonei sul territorio.”

3.3. Situazione attuale e attendibilità dei dati

La situazione attuale delle strutture residenziali per la salute mentale, analizzata sulla base dei dati quantitativi pubblicati nel rapporto sulla salute mentale del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2019), conferma i rilievi della Commissione di Inchiesta, soprattutto per la durata di permanenza nelle strutture residenziali stesse (Starace, 2020):

– *Strutture residenziali psichiatriche attive pubbliche e private*

Il tasso di strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 3,7 / 100.000 abitanti, sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2015 (3,6 / 100.000 abitanti).

I valori regionali variano da un minimo di 0,2 strutture residenziali / 100.000 abitanti in Calabria (-93,5%) ad un massimo di 10 in Umbria (+166,8%). Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Umbria (+134,7%), Piemonte (+86,9%), Valle d'Aosta (+76,5%), Molise (70,9%), Liguria (66,5%), Basilicata (+66,0%), Puglia (+60,4%) e Emilia-Romagna (+59,5%).

Una dotazione di strutture residenziali psichiatriche / 100.000 abitanti inferiore al 50% del valore medio nazionale si rileva in Calabria (-93,5%) e Campania (-81,5%).

– *Posti in strutture residenziali psichiatriche*

Il tasso di posti in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 51,2 / 100.000 abitanti, leggermente in calo rispetto all'anno 20165 (52 / 100.000 abitanti).

I valori regionali variano da un minimo di 9,7 posti in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 abitanti in Calabria (-81,1%) ad un massimo di 166,3 in Valle d'Aosta (+225%). Un numero di posti superiore al 50% di quello di riferimento si riscontra anche in Liguria, nelle Marche e in Piemonte rispettivamente +190,5%, +110,5% e +90,2%).

Un numero di posti inferiore al 50% di quello di riferimento si riscontra nella Provincia Autonoma (PA) di Trento e in Campania (rispettivamente -65,7% e -63,8%).

– *Presenze in strutture residenziali psichiatriche*

Il tasso di presenze in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 58,4 / 100.000 abitanti, leggermente in calo rispetto all'anno 2015 (61,0 / 100.000 abitanti).

I valori regionali variano da un minimo di 0,9 presenze in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 abitanti in Calabria (-98,4%) ad un massimo di 146,6 in Molise (+151,1%).

Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Emilia-Romagna, Basilicata, Liguria e Valle d'Aosta (rispettivamente +129,1%, +98,8%, 88,3% e +51,7%). Valori inferiori si riscontrano in Campania (-92,5%).

– *Ammissioni in strutture residenziali psichiatriche*

Il tasso di nuove ammissioni in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 34,9 / 100.000 abitanti, in crescita rispetto all'anno 2015 (32,3 / 100.000 abitanti).

I valori regionali variano da un minimo di 0,5 presenze in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 abitanti in Calabria (-98%) ad un massimo di 114,8 in Basilicata (+316,8%).

I dati presentano un'ampia variabilità in quanto quasi la totalità delle Regioni si discosta dal valore medio nazionale con percentuali superiori al 50%, sia in negativo che in positivo.

– *Durata del trattamento residenziale*

La durata del trattamento residenziale in Italia è pari a 963,5 giorni, in significativo aumento rispetto all'anno 2015 (756,4 giorni).

I valori regionali variano da un minimo di 83,6 giorni in Friuli Venezia Giulia (-91,3%) a un massimo di 2.681,4 giorni nelle Marche (+178,3%).

Scostamenti sensibilmente più elevati dal valore di riferimento nazionale si riscontrano anche in Toscana, Sicilia e Liguria (rispettivamente +113,7%, +104% e +84,2%).

I valori più bassi si riscontrano oltre che in Friuli Venezia Giulia, in Campania, Basilicata e Abruzzo (rispettivamente -82,8%, -81,6% e -79,5%).

– *Spesa per strutture residenziali*

La spesa complessiva per le strutture residenziali è pari a oltre 1,5 mld € e sommata alla spesa per la semi-residenzialità (oltre 400.000 €) approssima il 50% della spesa totale per la salute mentale in Italia.

I dati disponibili non consentono una valutazione disaggregata delle strutture residenziali a gestione pubblica e privata.

Inoltre, la ricognizione delle strutture residenziali P1 (intensive) e delle strutture residenziali P2 (estensive) del SISM (Ministero della Salute, 2018) presenta alcuni problemi di attendibilità e validità.

In particolare, esaminando i dati sugli utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche per tipo struttura residenziale (dati dalla Tabella 9.1 a pag. 112 del citato rapporto del Ministero della Salute), si nota che per ben 14 Regioni e PA (Piemonte, Lombardia, PA Trento, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) non risultano popolate le caselle relative a utenti inseriti in strutture residenziali P1 (intensive) e strutture residenziali P2 (estensive) (Tabella 1).

Se per alcune Regioni questo può effettivamente riflettere le peculiarità dell'organizzazione regionale dei servizi (es. Friuli Venezia Giulia), per altre non rispecchia quanto presente sul territorio. È verosimile che ciò sia dovuto a modalità di codifica diverse nelle differenti Regioni e PA.

Più omogenea, seppure con valori molto differenti, appare la compilazione delle caselle relative alle strutture SPR3 (socioriabilitative). Anche qui tuttavia si nota qualche discrepanza che meriterebbe un approfondimento.

Le stesse osservazioni valgono per tutte le tabelle successive relative al capitolo "Assistenza residenziale".

Analogamente, sono state rilevate alcune incongruenze nei dati trasmessi dalle Regioni relativamente al personale operante presso i DSM e le strutture accreditate e convenzionate.

Tabella 1. Utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche per tipo struttura residenziale, dati 2018 (Fonte Ministero della Salute, 2019)

Regione	CSM		SRP1		SRP2		SRP3		Totale					
	n.	per 10.000 ab*	n.	per 10.000 ab*	n.	per 10.000 ab*	n.	per 10.000 ab*	n.	per 10.000 ab*				
Piemonte	-	-	10	0,9	36	3,4	689	1,9	153	0,4	1.067	2,9	1.909	5,1
Valle d'Aosta	-	-							23	2,2	25	2,4	94	8,9
Lombardia							136	0,2	1.628	2,0	4.286	5,1	6.050	7,3
PA Bolzano														
PA Trento														
Veneto	91	0,2	378	0,9	395	1,0	58	1,3	95	2,1	528	1,3	1.948	4,8
Friuli Venezia Giulia	3	0,1	400	3,0	409	3,0	38	1,5	11	0,4	44	1,7	96	3,7
Liguria			2899	7,8	718	1,9	85	0,6	11	0,1	579	4,3	1.484	11,0
Emilia-Romagna							1.385	3,7					5.002	13,4
Toscana	533	1,7					31	0,1	110	0,3	528	1,7	1.202	3,8
Umbria							61	0,8	189	2,5	281	3,7	531	7,1
Marche			16	0,1	338	2,6	33	0,3			510	3,9	897	6,9
Lazio			2.297	4,7	906	1,8	65	0,1	117	0,2	504	1,0	3.889	7,9
Abruzzo	1	0,0					2	0,0			618	5,5	621	5,5
Molise	-	-									390	14,7	390	14,7
Campania	36	0,1					5	0,0	8	0,0	160	0,3	209	0,4
Puglia			1.082	3,2	435	1,3					432	1,3	1.949	5,8
Basilicata	-	-					197	4,1			364	7,5	561	11,6
Calabria											15	0,1	15	0,1
Sicilia	2	0,0							14	0,0	1.879	4,5	1.895	4,5
Sardegna														
Italia	666	0,1	7.082	1,4	3.237	0,7	3.059	0,6	2.641	0,5	12.210	2,5	28.895	5,8

SRP1 Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

SRP2 Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

SRP3 Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi: **A** - con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali); **B** - con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali); **C** - con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore per 10.000 abitanti residenti

3.4. Figure e profili professionali che operano nelle strutture residenziali psichiatriche per adulti

Un ulteriore aspetto che influenza profondamente la funzionalità delle strutture residenziali per la salute mentale riguarda le figure e i profili delle professioni sanitarie che vi operano, con riferimento ai percorsi formativi, alle qualifiche, alle competenze specifiche.

In particolare:

– *Educatori professionali*

Attualmente esistono due corsi di laurea triennali con la medesima denominazione di “Corso di Laurea per Educatore Professionale”, ma afferenti a due distinti ambiti disciplinari: quello pedagogico (classe 18, ora L19, lauree in scienze della formazione) e quello sanitario (classe SNT/2, lauree sanitarie della riabilitazione). Negli anni le diverse figure (psicologi, pedagogisti, ecc.) sono state riconosciute sul campo come educatori professionali. Il gruppo degli educatori è pertanto molto eterogeneo, con qualifiche diverse.

– *Tecnici della riabilitazione psichiatrica*

I corsi per Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) non sono molto diffusi e i tecnici vengono spesso inquadrati come educatori professionali. Diverse aziende pubbliche hanno introdotto la figura del TeRP, già da oltre 10 anni sia con rapporto di impiego pubblico (attraverso i concorsi) sia con l'appalto di Cooperative Sociali o Altre Società e/o Agenzie di Lavoro. Attualmente si formalizzano Bandi di Manifestazione di Interesse o anche Avvisi Pubblici per i TeRP da assumere in libera professione nel DSM nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi/strutture ospedaliere e territoriali per l'età adulta. Agli educatori e i TeRP proprio perché pochi e slegati dai compiti “terapia” vengono di solito affidate aree di responsabilità funzionale dell'area riabilitativa e in alcuni casi veri e propri coordinamenti delle figure professionali del comparto.

– *Infermieri*

Gli infermieri, vivono una situazione in cui gli spazi di riabilitazione sono stati occupati da altre figure. Sarebbe utile richiedere come requisito per il personale infermieristico (es. entro tre anni dall'occupazione in area psichiatrica) il conseguimento di master o un corso di perfezionamento in assistenza psichiatrica, come peraltro già sperimentato da circa 20 anni. Questi titoli non rappresentano però condizione per accedere all'ambito psichiatrico: questo mancato riconoscimento, è sempre stato uno dei motivi di scarsa adesione a questo percorso formativo.

L'attività clinica, riabilitativa, risocializzante, assistenziale, educativa, coesiste nel progetto riabilitativo terapeutico individuale a cui concorre l'intera équipe multiprofessionale; le attività riabilitative possono essere dagli infermieri o da altre figure professionali.

Nelle strutture residenziali private, private accreditate o pubbliche, l'infermiere è spesso assunto a pacchetti di ore, in particolari fasce della giornata, per funzioni che sostanzialmente riguardano la preparazione delle terapie farmacologiche per gli ospiti delle strutture, che vengono poi somministrate da altre figure, che in questo caso si trovano a svolgere funzioni improprie per il loro profilo.

Per quanto riguarda l'impegno orario del personale, nel citato Accordo della Conferenza Unificata del 2013 sulle strutture residenziali psichiatriche per adulti, le attività vengono declinate come segue rispetto ai profili professionali:

- attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi;
- attività di assistenza sanitaria per gli infermieri;
- attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica;
- attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

È poco comprensibile questo spaccettamento delle competenze definito dall'Accordo, che non tiene conto del valore centrale del lavoro di equipe. Gli aspetti riabilitativi ed educativi riguardano tutte le figure professionali compresi i medici psichiatri e gli psicologi. L'azione riabilitativa ed educativa non può essere affidata solo ad alcune figure e vanno valutati i contenuti delle azioni che infermieri, TeRP, educatori e operatori sociosanitari possono per competenza mettere in campo in termini riabilitativi ed educativi. L'infermiere è l'unica figura a cui sono richieste competenze sanitarie, riabilitative, educative e sociali.

L'impiego delle diverse figure infine varia notevolmente da Regione a Regione anche per strutture con la stessa intensità assistenziale.

Non da ultimo, va ricordato che sono in corso sperimentazioni di inserimento di operatori del supporto tra pari (ESP, ESperti tra Pari) all'interno delle equipe, attraverso cooperative sociali e associazioni.

In estrema sintesi, oltre alla variabilità inter-regionale, è possibile evidenziare le seguenti aree di criticità che suggeriscono azioni locali e di sistema:

- In primo luogo va sottolineata la necessità per il personale operante nei contesti residenziali di possedere formazione specifica (es. formazione complementare come requisito per poter lavorare in area psichiatrica).
- Va impostata una politica nazionale di riqualificazione degli operatori attualmente impegnati e di agevolazione di percorsi di studio per il conseguimento dei titoli necessari.
- Va adottata una politica di formazione continua (Educazione Continua in Medicina, ECM) dedicata anche agli operatori del privato sociale.
- La dotazione di personale, inoltre, dovrebbe prevedere standard minimi omogenei, sui quali le Regioni dovrebbero avere potestà di intervenire esclusivamente in senso migliorativo.
- Andrebbero individuati meccanismi per disincentivare il turn-over del personale (tramite assunzioni da parte dell'SSN o a contratti con cooperative che garantiscano stabilità del personale impiegato), che di fatto ostacola progetti di formazione o organizzativi a lungo termine.
- Va valorizzato e adeguatamente implementato il lavoro d'équipe.
- Non va trascurata infine la necessità di fornire a psicologi e medici psichiatri, rispettivamente nel corso di laurea e di specializzazione, una specifica formazione orientata alla riabilitazione psichiatrica e psicosociale, spesso trascurata salvo poche lodevoli eccezioni (master di secondo livello).

4. STRUTTURE RESIDENZIALI, RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

4.1. Linee guida internazionali

4.1.1. Servizi basati sul rispetto dei diritti umani: il programma WHO QualityRights

L'iniziativa della WHO QualityRights (WHO, 2012) mira a migliorare l'accesso a servizi sociali e di salute mentale di qualità e a promuovere i diritti delle persone con condizioni di salute mentale, disabilità psicosociali, intellettuali e cognitive.

Ciò a partire dalla constatazione che le cure disponibili nelle strutture e nei servizi di salute mentale in tutto il mondo non solo sono di scarsa qualità, ma in molti casi ostacolano effettivamente la ripresa.

Il Programma WHO QualityRights si riferisce alle violazioni dei diritti umani, che – si afferma – non sono limitate alle strutture ospedaliere e residenziali, ma riguardano anche molte persone che richiedono cure ambulatoriali e servizi di assistenza comunitaria, le quali sono prive di potere e subiscono anche ampie restrizioni ai loro diritti umani fondamentali.

Gli obiettivi specifici del Programma WHO QualityRights sono:

1. migliorare la qualità dei servizi ospedalieri e ambulatoriali e i diritti umani delle persone con disabilità psicosociali;
2. sviluppare la capacità tra gli utenti dei servizi, le famiglie e gli operatori sanitari di comprendere e promuovere i diritti umani e la ripresa (*recovery*);
3. sviluppare il movimento, nella società civile, delle persone con disabilità psicosociali per il supporto reciproco e le attività di advocacy, allo scopo di influenzare i processi di definizione delle politiche in linea con gli standard internazionali sui diritti umani;
4. riformare le politiche e la legislazione nazionali in linea con le migliori pratiche e gli standard internazionali sui diritti umani.

La metodologia è partecipativa. Gli step previsti sono:

1. istituire un comitato di valutazione / visita dei servizi e delle strutture;
2. fornire formazione sui diritti umani e la questione della qualità delle cure;
3. valutare le strutture e preparare il rapporto;
4. fornire un feedback dei risultati ai servizi e alle strutture stesse;
5. sviluppare un piano di miglioramento;
6. sviluppare le capacità sulle questioni relative ai diritti umani e alla *recovery* per il personale delle strutture, gli utenti dei servizi, le famiglie e i membri chiave della comunità;
7. sviluppare le capacità aggiuntive per gli utenti del servizio per aiutare a stimolare la formazione di gruppi di utenti e di familiari;
8. utilizzare i risultati per informare le politiche e le leggi.

La WHO ha successivamente sviluppato un ampio materiale per la formazione sui vari aspetti del programma, che prevede anche un e-learning. Esso fornisce assistenza e supporto ai governi

nazionali e regionali per la realizzazione del QualityRights, il quale è identificato come un approccio di sistema al cambiamento in un'ottica di diritti umani. In Europa, il QualityRights è stato utilizzato di recente (2019) (WHO/Europe, 2018) in uno studio di valutazione (*assessment*) in 25 Paesi europei della Regione Europea WHO.

4.1.2. NICE: riabilitazione di persone con bisogni complessi

“Strutture residenziali” e “riabilitazione psichiatrica” sono termini spesso utilizzati come sinonimi con effetti confusivi. La recente linea guida NICE sulla riabilitazione di persone con “psicosi complessa” (NICE, 2020) individua i principi chiave degli interventi riabilitativi e le caratteristiche che dovrebbero avere le strutture residenziali, assunto che tali interventi dovrebbero consentire la *recovery* e garantire che le persone raggiungano il livello ottimale di indipendenza.

Il documento NICE presenta quindi notevole interesse per una serie di motivi:

1. individua la necessità di organizzare un servizio che, nel pubblico, si occupi di riabilitazione psichiatrica, sia pure attraverso la collaborazione con vari partner anche non pubblici.
2. identifica con chiarezza una popolazione target, ovvero le persone adulte con psicosi complessa, e ne tenta una definizione;
3. identifica degli standard relativi alle strutture, graduate per intensità e durata del supporto, per le quali propone strumenti di valutazione idonei (QuIRC) – gli standard sono anche relativi agli interventi da garantire, a prescindere dai luoghi di erogazione;
4. pone il progetto personalizzato, con relativa valutazione, estesa sia agli aspetti clinici che a quelli psicosociali e personali, al centro del processo;
5. pone il problema della territorialità delle cure, e quindi di recuperare, attraverso lo sviluppo uniforme di tali servizi, le persone collocate “fuori zona”, in particolare in contesti privati.

La linea guida indica una progressione e un percorso di tipo transizionale, che faciliti, in ragione dell'incremento dell'autonomia, la transizione da strutture residenziali ad abitare assistito e a servizi flessibili, mobili e domiciliari (*floating outreach*).

I collocamenti fuori zona dovrebbero essere limitati e motivati, identificando un responsabile della revisione del progetto con l'obiettivo del rientro sul territorio di appartenenza.

La programmazione dell'assistenza incentrata sulla persona va realizzata attraverso la valutazione completa delle loro esigenze bio-psico-sociali, inclusa la salute fisica, e la formulazione di un piano di cura / progetto personalizzato. Esso dovrebbe:

1. essere sviluppato in collaborazione con la persona
2. coprire le aree di necessità individuate durante la valutazione, compresa la salute mentale e fisica
3. includere gli obiettivi di ripresa personale
4. chiarire le azioni e le responsabilità per il personale, la persona stessa e la sua famiglia o i suoi *caregiver*.

Esso va rivisto a scadenze regolari, e condiviso con la persona e tutti coloro che sono coinvolti nelle cure della persona (es. medici, personale di un alloggio supportato, la famiglia o gli assistenti della persona, se la persona è d'accordo). Nel progetto, i programmi e gli interventi di riabilitazione devono comprendere le abilità di vita quotidiana, interpersonali e sociali, l'impegno nelle attività della comunità, tra cui tempo libero, istruzione e lavoro, l'abuso di sostanze; terapie

psicologiche e trattamenti farmacologici; l'assistenza sanitaria fisica e la promozione di stili di vita salutari.

In rapporto alla situazione italiana, il documento fornisce indicazioni in merito alla gestione unitaria, finalizzata, dei percorsi di cura e riabilitazione dedicati alle persone con bisogni complessi, in particolare con psicosi, ma estendibile, con opportuni adattamenti, ad altre condizioni (autismo, disturbi di personalità, doppia diagnosi, ecc.).

4.2. Criticità del modello del “*continuum* tra strutture”

Le strutture residenziali in Italia sono in massima parte organizzate secondo il cosiddetto “modello del *continuum*”, sviluppato nel periodo immediatamente successivo alla chiusura degli OP, secondo cui le persone dovevano passare gradualmente dagli ospedali, a reparti per sub-acuzie, a strutture residenziali meno “sorvegliate”, strutture intermedie, gruppi-appartamento, per raggiungere finalmente l'indipendenza abitativa. Tuttavia, questo modello non è riuscito nella maggior parte dei casi a portare le persone verso una vita indipendente e ha intrappolato molte persone in piccoli ambienti residenziali separati dai contesti di vita. Ciò è dovuto anche alla confusione tra la funzione abitativa e quella assistenziale.

Tra i modelli proposti per l'assistenza residenziale a lungo termine di pazienti gravi, quello che in passato ha goduto del maggior credito era centrato sull'idea di un “*continuum* tra strutture” residenziali rappresentato da una gamma di strutture residenziali a diverso livello di protezione e intensità assistenziale e da corrispondenti diversi livelli di autonomia concessi ai residenti, inversamente proporzionali al livello di intensità. Questo modello residenziale, chiamato anche “lineare”, fu messo in discussione allorché divenne chiaro che molte strutture residenziali ad alta intensità assistenziale non aiutavano le persone ad acquisire maggiore controllo sulle loro vite (Ridgway & Zippel, 1990; Cometa *et al.*, 1979). In anni successivi, sono state mosse varie critiche all'adeguatezza del modello residenziale basato sull'idea del “*continuum* tra strutture”, tra le quali:

1. tale modello confonde i bisogni di residenzialità con quelli specifici relativi al trattamento;
2. l'acquisizione di abilità necessarie per condurre una vita indipendente all'interno di una situazione che, più o meno restrittiva che sia, è comunque protetta, non assicura che tali abilità vengano poi generalizzate e utilizzate in contesti non protetti.

Le caratteristiche prevalenti tra le strutture residenziali italiane non si adattano al modello del “*continuum* tra strutture” residenziali, in quanto la maggior parte possiedono caratteristiche del tutto simili tra loro in termini di intensità assistenziale, regole inerenti alla vita comunitaria e livello di autonomia consentito. Il fatto che la grande maggior parte delle strutture residenziali italiane siano sbilanciate verso il polo più intensivo del “*continuum* tra strutture” sembra confermare la difficoltà nel realizzare un *continuum* residenziale su un'ampia scala, che comprenda un intero sistema nazionale di salute mentale.

In anni più recenti, al modello residenziale lineare è venuto a contrapporsi un nuovo modello, delle SAS (in inglese *supported housing*), ove realizzare progetti terapeutico riabilitativi personalizzati fondati sui bisogni della persona (Barbato *et al.*, 2020). Questo modello pone molta enfasi sulla scelta da parte della persona del contesto in cui vivere, piuttosto che basarsi sulla semplice disponibilità di posti residenziali, sottolineando la necessità di un attivo coinvolgimento della persona in tutte le scelte che lo riguardano. Le prospettive più recenti sottolineano che, per raggiungere una reale integrazione nella comunità, i pazienti hanno bisogno di servizi che non si limitino al fornire alloggio e riduzione dei sintomi, ma piuttosto che mirino a sostenere le persone con gravi problemi di salute mentale a raggiungere i loro obiettivi sociali come l'istruzione, il

lavoro, una relazione sentimentale stabile, e la salute, definiti all'interno del progetto personalizzato. La riabilitazione psichiatrica sta evolvendo verso un modello ove la scelta personale è un elemento centrale e i servizi aiutano i pazienti a sviluppare le abilità e le fonti di sostegno di cui hanno bisogno per raggiungere gli obiettivi che desiderano. Tuttavia, il numero limitato di strutture residenziali in Italia, caratterizzate da pochi posti residenziali e bassa intensità assistenziale, suggerisce che si è ancora lontani dalla realizzazione di un sistema realmente informato dal modello dell'abitare assistito.

Il sistema residenziale italiano appare conformarsi a un modello caratterizzato sostanzialmente da due tipi di strutture, a elevata e bassa intensità assistenziale, che offrono copertura assistenziale elevata e garantiscono elevata autonomia agli ospiti. Appare tuttavia preoccupante il fatto che il secondo tipo di strutture costituisca la netta minoranza delle strutture residenziali attualmente disponibili sul territorio nazionale.

Le convinzioni iniziali sull'importanza di un *continuum* residenziale postulavano che le persone si muovessero da una struttura all'altra sulla base del migliore/peggiore funzionamento conseguito, ma questo si traduceva in perdita di relazioni e frammentazione delle comunità, quindi con esiti controproducenti per il recupero. Il riconoscimento che l'alloggio era un fattore chiave nella promozione dell'inclusione sociale e della cittadinanza ha portato a modelli abitativi (SAS) che incorporavano questi aspetti della vita quotidiana e li declinavano secondo quanto definito nel progetto personalizzato. Di conseguenza, la previsione di alloggi permanenti e convenienti dal punto di vista economico, abbinati a supporto flessibile e calibrato sull'utente, appare ora il modello più promettente (Farkas & Coe, 2019).

5. STUDI DI VALUTAZIONE E PROSPETTIVE DI RICERCA

5.1. Criticità evidenziate

Le principali ricerche condotte a livello nazionale e internazionale hanno consentito di identificare almeno 5 principali ostacoli nel fornire ai pazienti che vivono in strutture residenziali le competenze necessarie per vivere in modo indipendente ed essere reintegrati nella comunità (Martinelli *et al.*, 2022; Killaspy *et al.*, 2017):

1. durata della permanenza nelle strutture residenziali superiore rispetto alle indicazioni;
2. basso tasso di occupazione lavorativa;
3. risposta inadeguata ai bisogni legati all'autogestione;
4. isolamento sociale e dipendenza del paziente dal personale;
5. scarsità di pratiche orientate alla *recovery* e rischio di istituzionalizzazione e trans-istituzionalizzazione.

5.1.1. Durata della permanenza nelle strutture residenziali

La durata della permanenza nelle strutture residenziali è superiore rispetto alle indicazioni. Questo fenomeno rischia di sfociare in un processo di 'reistituzionalizzazione' o 'transistituzionalizzazione' in cui le strutture residenziali diventano "case per la vita", limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente. L'elevata stabilità nel sistema potrebbe essere spiegata da:

- difficoltà nel perseguire gli obiettivi e implementare le attività utili per vivere in autonomia, con trattamenti residenziali efficaci e focalizzati sul miglioramento del funzionamento personale e sociale;
- necessità delle persone con SMI (*Serious Mental Illness*) – che costituiscono la maggioranza degli ospiti – di aver bisogno di più tempo per poter essere inserite in un ambiente a più elevato livello di autonomia;
- difficoltà del personale a valutare adeguatamente il livello di autonomia e funzionamento dei pazienti vista la scarsità di utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati e convalidati. Inoltre, si dovrebbe prendere in considerazione il fatto che le decisioni prese si basano spesso su una combinazione di preferenze personali, giudizio professionale e disponibilità di risorse;
- attuazione insufficiente di pratiche personalizzate, che siano basate sull'evidenza e orientate al recupero;

5.1.2. Tasso di occupazione lavorativa

Si rileva un basso tasso di occupazione lavorativa: solo una minoranza delle persone in strutture residenziali risulta coinvolto in attività lavorative, rispetto ai più recenti dati europei che oscillano dal 10 al 20%.

La ragione di ciò potrebbe essere individuata in:

- barriere all’ingresso nel mercato del lavoro per le persone con disabilità psichiche a causa dello stigma e della disabilità stessa;
- presenza di deficit esecutivi e cognitivi, quali scarsa concentrazione, scarsa capacità di pianificazione, autoregolamentazione e motivazione, frequentemente rilevate nelle persone con SMI, in particolare quelle che vivono in CAE (Comunità Alloggio Estensiva), in assenza di interventi mirati sulla riabilitazione cognitiva;
- difficoltà a strutturare rapporti adeguati e incisivi tra i servizi pubblici di salute mentale e le cooperative sociali di tipo B, che, in Italia, rappresentano il principale catalizzatore occupazionale per le persone con SMI;
- scarsa implementazione del modello IPS (*Individual Placement Support*) o del modello Clubhouse, riconosciuto come pratica basata sull’evidenza e orientata al recupero, per collocare le persone con SMI nel mercato competitivo.

Inoltre, il reddito di lavoro nelle persone con SMI che vivono in strutture residenziali è estremamente basso, indicando che per la maggior parte dei pazienti una vita indipendente nella comunità non è economicamente accessibile.

Pertanto, i servizi di salute mentale devono compiere maggiori sforzi per sviluppare:

- adeguati programmi di riabilitazione volti a ottenere e mantenere un impiego competitivo per le persone con SMI (es. Modelli IPS / *Clubhouse* o cooperative sociali di tipo B);
- un maggior numero di programmi occupazionali e di preimpiego che comportino adeguati incentivi economici per i pazienti con difficoltà ad essere realmente coinvolti nel mercato competitivo.

Complessivamente, il coinvolgimento dei pazienti in attività lavorative e il fornire supporto a varie attività professionali per loro idonee possono essere considerati importanti indicatori di qualità in questi servizi.

5.1.3. Risposta ai bisogni legati all’autogestione

La risposta ai bisogni legati all’autogestione risulta inadeguata. In generale, si rileva una discrepanza tra i bisogni soddisfatti nelle aree “di base” e “di servizio”, e i bisogni soddisfatti nell’area “funzionamento”, a svantaggio di questi ultimi, ad indicare che, nonostante l’elevato livello di supporto nelle attività quotidiane, il funzionamento dei pazienti è ancora un elemento critico. Ciò potrebbe essere dovuto a un’insufficiente implementazione di interventi riabilitativi svolte nelle strutture residenziali che siano generalizzabili nella vita reale, e sottolinea anche un eccesso di protezione da parte del personale sulle competenze del paziente con una probabile tendenza ad agire al posto dei pazienti nelle attività che sono ritenute più complesse da svolgere da persone con SMI.

Questo atteggiamento di “tutela” del personale diventa paradossalmente un ostacolo per favorire l’acquisizione delle competenze necessarie a vivere una vita indipendente. Il divario, segnalato in numerosi studi in persone con SMI, è un ostacolo al raggiungimento di un’adeguata *recovery* dei pazienti.

È da rilevare che la soddisfazione delle reali esigenze dei pazienti grazie ad interventi riabilitativi più specifici, personalizzati e innovativi potrebbe risultare non solo nella capacità di indirizzare progressivamente i pazienti verso il percorso di recupero appropriato, ma anche ridurre i costi e migliorare la qualità di vita soggettiva e oggettiva dei pazienti.

5.1.4. Isolamento sociale e dipendenza del paziente dal personale

Le reti relazionali sono sviluppate in modo diverso nelle differenti strutture residenziali. In generale, il numero di bisogni sociali risulta essere basso, per alcune possibili motivazioni:

- a) le relazioni amicali e intime sono quelle che sembrano essere meno sviluppate e prese in considerazione dal personale;
- b) la maggior parte dei pazienti è affetto da un disturbo psichico che aumenta l'isolamento sociale;
- c) i contatti abituali avvengono con il personale e gli altri pazienti; molti pazienti hanno solo contatti limitati ad amici intimi esterni;
- d) frequentemente, la maggior parte dei pazienti sembra trovare più attraenti le attività sviluppate nel centro diurno che nella comunità, ad indicare probabilmente una esitazione nell'esporsi al contesto esterno in quanto nei servizi di salute mentale si sentono meno stigmatizzati, più protetti e accolti che "fuori";
- e) in questa situazione di isolamento sociale i pazienti potrebbero sviluppare sentimenti reali e forti nei confronti dei membri del personale per compensare l'isolamento sociale sofferto. Da un lato, l'atteggiamento confidenziale e familiare del personale nei confronti dei pazienti potrebbe favorire atteggiamenti e pratiche che creano un ambiente sicuro e terapeutico dal quale i pazienti possano acquisire la sicurezza necessaria per progredire nel loro percorso di guarigione e assumersi le proprie responsabilità. D'altra parte, questo eccessivo affidamento sui membri del personale potrebbe ridurre ulteriormente le opportunità di creare nuovi contatti sociali.

È pertanto necessario implementare una rete di accesso alle risorse della comunità (quali ad esempio mappare tutte le attività di socializzazione attive del bacino di utenza e sensibilizzare la popolazione) il che potrebbe combattere l'isolamento sociale e sviluppare un senso di appartenenza alla comunità.

5.1.5. Scarsità di pratiche orientate alla *recovery* e rischio di istituzionalizzazione e trans-istituzionalizzazione

Nella Dichiarazione sulla salute mentale promulgata nella Conferenza ministeriale europea sulla salute mentale (WHO, 2005), si afferma come uno dei principali obiettivi per la salute mentale in Europa sia fornire pratiche orientate alla *recovery*, considerate il *gold standard* per la riabilitazione di pazienti con gravi malattie mentali (SMI).

Tuttavia, gli studi condotti indicano una scarsa intensità degli interventi proprio nell'area delle pratiche orientate alla *recovery*. Purtroppo, gli ostacoli precedentemente elencati indicano che la maggior parte dei pazienti vive in ambienti a bassa richiesta di autonomia dove essi assumono poche responsabilità personali e vengono messi nella condizione di affrontare ostacoli e difficoltà della vita quotidiana minori che se dovessero vivere in modo indipendente. Il rischio di queste modalità "tutelanti" è che i pazienti finiscano con il trascorrere la maggior parte della loro vita spostandosi da una struttura residenziale all'altra, esponendosi così a un processo di "trans-istituzionalizzazione".

Dall'analisi dei dati disponibili si desume che l'implementazione nelle strutture residenziali di percorsi assistenziali verso la *recovery* e la consapevolezza di sé rappresenta una sfida non ancora efficacemente affrontata. Il personale, gli stakeholder e le organizzazioni dovrebbero, quindi, operare con maggiore incisività verso la *recovery* della persona, tale da consentire, attraverso la restituzione della dignità individuale e personale – che purtroppo spesso si perde nella definizione

della diagnosi psichiatrica – di raggiungere obiettivi non solo orientati ai principali bisogni assistenziali del paziente ma anche mirati a superare l'autostigma e aumentare la capacità di essere un membro attivo e a pieno diritto della comunità.

5.2. Strumenti di (auto)valutazione del programma della struttura

Gli strumenti di (auto)valutazione più frequentemente utilizzati per analizzare la qualità dell'assistenza riabilitativa nelle strutture residenziali sono il QuIRC e il QuIRC-SA (*Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care or use in mental health Supported Accommodation services*, indicatore della qualità dell'assistenza riabilitativa per i servizi residenziali supportati).

Il QuIRC (Killaspy *et al.*, 2011) è uno strumento riconosciuto a livello internazionale per la valutazione qualitativa delle cure prestate alle persone con problemi di salute mentale persistenti nell'ambito di strutture psichiatriche e assistenziali. Esso è accessibile in rete, e consente di valutare le condizioni di vita, le cure e i diritti umani di persone con problemi di salute mentale persistenti nell'ambito di tali strutture. È stato messo a punto tramite uno studio partecipato che ha coinvolto undici centri in dieci Paesi europei (Gran Bretagna, Germania, Spagna, Repubblica Ceca, Bulgaria, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Grecia e Portogallo).

QuIRC formula una valutazione sull'assistenza fornita tramite sette domini considerati cruciali per la ripresa (ambiente di vita/fisico, ambiente terapeutico, trattamenti e interventi, autogestione e autonomia, interfaccia sociale, diritti umani, pratica basata sulla ripresa/*recovery*). Lo strumento web è concepito per l'autovalutazione da parte del responsabile della struttura o di altri dirigenti e può essere completato all'incirca in 90 minuti. Una volta completato, viene sviluppato un report di performance per ciascun dominio, comparato a strutture similari presenti nel medesimo Paese. La valutazione della propria struttura può essere effettuata una volta all'anno. È prevista la possibilità di confrontare il proprio report con i risultati precedenti.

Lo strumento è stato sviluppato con un protocollo che ha compreso una revisione sistematica della letteratura internazionale riguardante la qualità delle cure per persone con problemi di salute mentale di più lunga durata, e un esercizio Delphi che ha coinvolto stakeholder in tutti i Paesi partecipanti, ed è stato validato a fronte dei principali strumenti utilizzati per i singoli aspetti del processo di cura. Negli studi sul QuIRC, lo strumento ha dimostrato un'eccellente *inter-rater reliability* (Killaspy *et al.*, 2011), e le sue misurazioni sono risultate associate positivamente con l'autonomia degli utenti e la loro esperienza di cura (Killaspy *et al.*, 2012).

Successivamente è stata sviluppata la versione QuIRC-SA, che valuta la qualità dell'assistenza fornita da servizi residenziali supportati specializzati per la salute mentale. Può essere utilizzato per valutare i tre principali tipi di servizi residenziali supportati (strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi intensivi o estensivi sulle 24 ore giornaliere, strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 ore /12 ore giornaliere, strutture residenziali psichiatriche e abitazioni private supportate con personale per fasce orarie/con orario flessibile) ed è stato sviluppato come parte integrante dello studio QuEST (*Quality and Effectiveness of Supported Tenancies for people with mental health problems*, qualità ed efficacia delle strutture che forniscono supporto alle persone con problemi di salute mentale) che è stato finanziato dal *National Institute for Health Research* (NIHR) inglese (Killaspy *et al.*, 2016).

La tripartizione delle strutture riflette in linea di massima l'attuale classificazione degli interventi riabilitativi residenziali vigente in Italia (vedi LEA) (Italia, 2017). Anche per il QuIRC-

SA esiste una versione italiana accessibile sul web. Tale versione è ritenuta idonea per la maggior parte delle strutture residenziali del nostro Paese.

5.3. Budget di Salute

L'investimento economico, definito Budget di Salute, rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Il modello, estesamente descritto altrove (Starace, 2011) persegue i seguenti obiettivi prioritari:

1. affermazione del principio della non istituzionalizzazione della domanda e della domiciliarizzazione delle cure;
2. promozione del protagonismo degli utenti (consumatori e produttori di beni e servizi di welfare);
3. attuazione del principio di sussidiarietà e la valorizzazione delle risorse informali di cura della comunità.

Favorire la conoscenza e la promozione della metodologia del Budget di Salute – nelle Regioni e PA – dovrebbe essere considerata azione di politica sanitaria e sociale prioritaria al fine di mantenere la persona nel suo ambiente di vita e prevenire l'istituzionalizzazione. Esso prevede l'intervento dei servizi sociali e sanitari insieme, in co-progettazione e co-gestione. Oltre l'ambito abitativo, esso tende ad ampliarsi ad altri "assi" fondamentali per l'inclusione, quali il lavoro e le relazioni sociali, favorendo la messa in campo di supporti che agiscono sinergicamente su ognuno di essi.

Nell'ambito del progetto finanziato dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute "SOGGETTO, PERSONA, CITTADINO: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute", coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha effettuato una revisione sistematica degli studi internazionali incentrati su metodi e modelli utili per la definizione di un Budget di Salute mentale personalizzato (Micai *et al.*, 2022).

I ricercatori hanno aggiornato la letteratura valutata nell'ambito della precedente revisione sistematica sulla tematica pubblicata nel 2014 (Webber, 2014). Gli studi inclusi sono stati condotti sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale (Regno Unito, Germania e Stati Uniti d'America). La maggior parte degli studi ha riportato risultati positivi in termini di consapevolezza e responsabilità dell'utente, miglioramenti degli aspetti clinici e psicosociali, e di conseguenza anche un miglioramento della qualità della vita. L'analisi complessiva dei risultati dei diversi studi indica che l'implementazione del personal budget può offrire alle persone con problemi di salute mentale l'opportunità di avere più controllo e scelta del percorso di cura, di costruire maggiore fiducia in sé stesse e aumentare il senso di efficienza. Il processo di responsabilizzazione e consapevolezza dell'utente viene favorito dalla buona qualità e dalla continuità della relazione professionale con gli operatori e attraverso il sostegno e le decisioni congiunte con le persone di supporto. Inoltre, gli studi suggeriscono che i miglioramenti degli aspetti psicosociali favoriscono una migliore gestione delle attività quotidiane, aumentano le probabilità di mantenere gli impegni lavorativi, di acquisire un alloggio indipendente, e di stabilire relazioni con diversi membri dei network familiari, sociali, e delle comunità. Inoltre, nella maggior parte degli studi sono stati riportati livelli medio-alti di soddisfazione nell'implementazione dei programmi di *Personal Budget* sia da parte dei pazienti che *caregiver*.

Alcuni studi considerano correttamente esiti qualitativi riferibili all’impatto non solo sull’utenza, ma sul sistema complessivo dei servizi alle persone, sia formali che informali, e alla trasformazione della relazione tra tutti questi soggetti (Ridente & Mezzina, 2016).

In questo contesto, alcune Regioni hanno ampliato l’uso del fondo per la non autosufficienza, ribattezzato Fondo per l’Autonomia Possibile (FAP) (a norma della Legge Regionale 6/2006 della Regione Friuli Venezia Giulia), allo scopo di favorire la co-progettazione tra servizi sociali e sanitari a favore di persone identificate congiuntamente attraverso un set di fattori di priorità.

Non esistono peraltro ricerche che si concentrino sui criteri d’accesso e di eleggibilità allo strumento del Budget di Salute e i target e i profili dei beneficiari sono diversificati (Fontecedro *et al.*, 2020). Risulta pertanto necessario considerare le caratteristiche dell’utenza sul piano clinico, del funzionamento sociale, della qualità di vita (misurabili con strumenti riferiti alla diagnosi o alla gravità), ma anche in relazione alle circostanze e ai fattori sociali che sono particolarmente rilevanti nella costruzione del progetto personalizzato (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, PTRI) sostenuto da Budget di Salute. La gravità clinica, o la disabilità psicosociale, possono infatti non essere correlate all’intensità necessaria al progetto, che può invece rispondere all’intensità e all’urgenza del bisogno.

Altre innovazioni, peraltro facilitate dalla metodologia del Budget di Salute, sono riferibili ai modelli di intervento. Di seguito vengono descritti alcuni esempi.

5.4. Modelli innovativi

5.4.1. *Housing First*

I principi che guidano l’approccio *Housing First* (HF) sono: la comprensione del bisogno dell’utente; un supporto che dura per tutto il tempo necessario; l’accesso ad appartamenti indipendenti; la separazione del trattamento dal diritto alla casa; l’auto-determinazione del soggetto; la definizione di un programma di supporto condiviso tra servizio sociale e utente (orientato alla *recovery*); la riduzione del danno (riferito all’uso di droga o alcol).

Il programma è nato per rispondere ai bisogni di persone senza fissa dimora (*homeless*) negli anni ’50 e ’60 del secolo scorso negli Stati Uniti, ed è diventato noto negli anni ’90 quando fu avviato a New York il programma *Pathways to Housing* (Tsemberis, 2010). La disponibilità di una casa propria ha mostrato di incidere positivamente sul benessere psico fisico della persona riducendo le spese per cure mediche e medicinali. L’effetto “inclusione sociale” è migliorato dalle opportunità che la casa, come luogo di cura di sé, di identità e di appartenenza ad una comunità, offre alla persona. Alcune ricerche hanno evidenziato come la persona possa tendere ad un coinvolgimento nel mercato del lavoro grazie al processo di miglioramento dell’auto-stima e dell’empowerment che l’alloggio può determinare. Infine, molte ricerche si sono concentrate sulla riduzione dei costi di gestione dell’HF per l’amministrazione pubblica e per il contribuente. Se fino a oggi l’accoglienza e l’accompagnamento delle persone senza dimora procedevano lungo una scala a gradini progressivi (dal marciapiede al dormitorio, da questo alle comunità, ai gruppi appartamento, a varie forme di convivenza e, solo dopo molto tempo, a un alloggio proprio), i progetti del *Network Housing First Italia* (NHFI), nato nel 2014 a Torino da una rete di organizzazioni pubbliche e private, prevedono il passaggio diretto dalla strada alla casa e un accompagnamento intensivo del servizio sociale che li supporti nel percorso di reintegrazione sociale e benessere soggettivo. Il network italiano (*Housing First Italia*: <https://www.fiopds.org/hfi-la-community-italiana-housing-first>) conta oltre 30 aderenti attivi in 12 Regioni e 25 città come Torino, Milano, Trento, Udine, Pisa, Trieste, Padova (Molinari & Zanarolla, 2018).

5.4.2. Domiciliarità innovativa sostenuta da Budget di Salute

Si riferisce a soluzioni sperimentali di coabitazione per persone parzialmente non autosufficienti, altrimenti destinate a case di riposo o altre tipologie di strutture residenziali. Tali soluzioni, finanziate con fondi *ad hoc*, sono attuate in alloggi di civile abitazione, personalizzabili con arredi e complementi e in uso esclusivo alle persone residenti e attribuiti, di norma, attraverso contratti di locazione. Possono essere previsti servizi centralizzati (es. pulizie, servizi alla persona, pronta reperibilità), in funzione delle specifiche capacità residue delle persone. Il Budget di Salute è di solito lo strumento che completa la realizzazione dell'inserimento delle singole persone in tali contesti.

5.4.3. Cluster housing

In tali alloggi, disposti in prossimità gli uni degli altri, le persone vivono da sole o in coppia e ricevono un'assistenza a domicilio flessibile, fino alle 24 ore (Mezzina & Ridente, 2015). Nelle esperienze italiane, ciascuno è titolare dei propri contratti e riceve un Budget di Salute personalizzato. Le presenze degli operatori sono calibrate sul bisogno personalizzato, piuttosto che sulla copertura delle strutture e del "turno". Ciò 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 abitazione. 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 concreto 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.

5.4.4. Modello degli "Ambienti abilitanti di sostegno all'abitare"

Sono così definiti gli ambienti di vita (Gruppi Appartamento) caratterizzati da convivenza e collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, direttamente o indirettamente, nel Programma di Inclusione Socio-Abitativa, attraverso l'attivazione di dispositivi gruppali e comunitari, che interconnettono gli utenti alle reti sociali di sostegno e partecipazione in un setting di "Comunità Terapeutica Democratica" organizzato su processi di funzionamento multi-gruppale (Bruschetta, 2017).

5.4.5. Programmi di accoglienza di genere

Sviluppati di solito con associazioni di volontariato, essi hanno come obiettivo l'accoglienza e il sostegno rivolti a donne con un'esperienza di sofferenza psichica, anche in relazione a violenze subite, 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. Si rende disponibile l'auto-mutuo aiuto tra donne con situazioni ed esperienze similari. L'accoglienza è realizzata da donne che hanno attraversato la sofferenza psichica in ripresa e da operatrici del DSM.

5.4.6. Case per la *recovery*

Tale programma prevede un percorso di ingresso con candidature consapevoli e responsabili; l'esperienza in gruppo di persone giovani, con problemi di psicosi, coabitanti per alcuni mesi; l'individuazione di percorsi individuali di *recovery*, anche attraverso la riduzione o la revisione dell'uso dei farmaci, sulla base dei principi dialogici e della condivisione delle decisioni. I familiari e la rete sociale sono pure coinvolti nell'approccio comunitario (Oliveira *et al.*, 2018).

5.4.7. Reti di *self-help* supportate

Lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare in diverse aree d'Italia soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cuoche, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di Esperti in Supporto tra Pari, o di familiari, che possono rappresentare punti di riferimento (talora anche solo conviviali) per altri utenti.

5.4.8. Inserimento eterofamiliare supportato di adulti

L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA) è un noto e studiato modello di inserimento abitativo presso famiglie disponibili (e formate allo scopo), nato in ambito di servizi per minori e con handicap, offerto a soggetti singoli che permangono per periodi variabili. In salute mentale è stato sperimentato anche per periodi transitori molto brevi in condizioni di escalation di crisi, allo scopo di prevenire i ricoveri. In Italia le sperimentazioni più note sono state effettuate in Piemonte, Veneto, Liguria ed Emilia-Romagna (IESA Italia: <http://iesaitalia.altervista.org/>).

5.4.9. Accredimento tra pari (*visiting*)

In una prospettiva di forte collegamento tra formazione, valutazione e ricerca, è stato applicato da realtà associative e cooperative impegnate in ambito residenziale / comunità terapeutica il progetto del *visiting* (Vigorelli, 2015). L'accredimento scientifico professionale, intrinsecamente caratterizzato dalla metodologica della *peer-accreditation*, si colloca nel settore sanitario come terzo livello di Accredimento, tra quello dell'Accredimento Istituzionale, secondo i requisiti definiti dal Ministero della Salute e dalle singole Regioni, e quello noto come Sistema di norme ISO. L'Accredimento Scientifico-Professionale "tra pari" risulta invece fondato sull'adesione volontaria ai valori della ricerca scientifica, della competenza professionale, della cultura di servizio e dell'orientamento all'utenza, della responsabilità sociale (Bruschetta, 2017). È finalizzato all'acquisizione di consapevolezza delle Comunità Terapeutiche sui propri punti di forza e di debolezza e promuove un'azione immediata sulle criticità, attraverso la definizione di obiettivi di miglioramento annuali e la collaborazione con le altre Comunità Terapeutiche coinvolte. Questo coinvolgimento ha lo scopo di creare una rete tra Comunità Terapeutiche e la valutazione fornisce ai membri delle comunità degli standard di qualità (*benchmark*) condivisi verso cui tendere. Realizza inoltre uno scambio circolare di buone pratiche, procedure, materiali ed esperienze più evolute trasmesse alle comunità che ancora non sono in grado di realizzarle. Caratteristica fondamentale del *visiting* è l'assenza della dimensione giudicante, spesso implicitamente presente negli iter valutativi.

5.5. Prospettive di ricerca

I dati disponibili suggeriscono l'esistenza di criticità nel sistema residenziale psichiatrico italiano, che necessiterebbero di una vera prospettiva di "sistema", che permetta di mettere a punto un sistema ben coordinato, chiaramente finalizzato ed efficiente, volto a erogare soluzioni abitative e residenziali appropriate e individualizzate secondo i bisogni e le scelte delle persone. La conduzione di attività di ricerca sui servizi sanitari ha un potenziale notevole di fornire informazioni utili a riguardo, ma tale tipo di ricerche vengono purtroppo realizzate solo raramente e solo in alcune selezionate realtà locali. Ad esempio, esistono sistemi di valutazione rigorosa, standardizzata e riproducibile, come gli indicatori di processo e processo/esito PRISM (*PRocess Indicator System for Mental health*), selezionati partendo da un insieme di 251 indicatori candidati sviluppati da enti di particolare qualificazione e rilevanza in ambito italiano e internazionale, mediante una valutazione standardizzata da parte di un gruppo di esperti e una successiva rilevazione pilota in 17 strutture di ricovero e 13 strutture residenziali (Picardi *et al.*, 2014), i quali forniscono una serie di informazioni utilizzabili per monitorare nel tempo la qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali psichiatriche e condurre programmi di valutazione periodica della qualità professionale, ma che purtroppo non vengono utilizzati che in maniera sporadica da parte di alcune realtà assistenziali particolarmente attente alla qualità dei processi e alla rilevazione degli esiti.

Andrebbero infine condotte analisi costo-efficacia e costo-opportunità connesse alle ipotesi di riequilibrio dell'offerta, ad esempio quelle volte a individuare soluzioni abitative e fornire supporto domiciliare anche H24 alle persone con problemi di salute mentale applicando il modello del Budget di Salute a sostegno dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati per la personalizzazione degli interventi.

La ricerca sui servizi sanitari ha come caratteristica distintiva il fatto che l'informazione da essa prodotta dovrebbe orientare il miglioramento dei servizi e la programmazione (Dash *et al.*, 2003). L'auspicio è che ciò avvenga anche nel nostro Paese per condurre a un sistema nel quale le strutture residenziali psichiatriche, nella loro forma, possano essere più utilmente pensate non come contenitori di pazienti di simile gravità ai quali applicare una determinata intensità assistenziale, ma come contenitori di programmi la cui intensità è differenziata in base ai bisogni e ai desideri dei singoli ospiti.

6. DISCUSSIONE

Il processo di deistituzionalizzazione dell'assistenza psichiatrica, avviato in Italia negli anni '60 e culminato nel 1978 con l'approvazione della Legge 180, ha innescato un dibattito – ormai pluridecennale – sul tema della residenzialità psichiatrica.

Inizialmente concepite come “strutture intermedie” tra la casa e il reparto ospedaliero (cui eventualmente far ricorso per condizioni di crisi non gestibili a domicilio), le strutture residenziali hanno assunto nel corso degli anni un ruolo centrale nel sistema di cura per la salute mentale. In molti casi esse hanno costituito un contesto terapeutico integrato ove le persone con problemi di salute mentale hanno sperimentato – nella relazione con l'équipe multidisciplinare – sicurezza, possibilità di affidamento e di contenimento emotivo, motivazione alla ripresa e al rientro nel proprio ambiente di vita. In altri, le strutture residenziali si sono rivelate luoghi di segregazione e chiusura all'esterno, senza collegamento con i percorsi territoriali, in cui l'indeterminatezza dello stare è governata dai tempi massimi di permanenza stabiliti per legge (spesso inosservati o elusi), giustificando ipotesi di neo-istituzionalizzazione.

Queste criticità, già evidenziate dalla Commissione di Inchiesta sull'SSN nel 2013, e a circa 10 anni dall'approvazione del Documento Tecnico della Conferenza delle Regioni, non sono state superate, anche per la diversa declinazione che la classificazione proposta ha ricevuto nelle normative regionali e la conseguente, forte eterogeneità dei pazienti trattati, ai parametri per il personale, alla durata della degenza nelle strutture.

Perdura pertanto una diffusa insoddisfazione sull'attuale sistema delle strutture residenziali, ritenuto scarsamente idoneo al perseguimento della *recovery* personale e sociale, e fondato su un concetto di “*continuum* assistenziale” riferito alle diverse strutture piuttosto che ai diversi bisogni di assistenza che una persona può richiedere nel medesimo contesto.

Una delle questioni più evidenti da affrontare è l'ambiguità nel modo di intendere e utilizzare le strutture residenziali, come *setting* assistenziale o abitativo.

L'accesso alla casa, anche per chi ha bisogno di assistenza per poterne pienamente usufruire, è un elemento di valore per la coesione sociale e diritto fondamentale sanciti dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (diritto alla vita indipendente e alla partecipazione alla società) (United Nations, 2006). Ciò richiede politiche dedicate alla effettualità di tale diritto, che lo pongano al centro della ricostruzione della cittadinanza e della risposta a bisogni fondamentali.

È tuttavia difficile attuare programmi di sostegno all'abitare per persone con disturbo mentale in assenza di una politica per l'accesso alla casa rivolta a tutte le persone con disabilità. A questa esigenza devono e possono rispondere in sinergia tra loro, a seconda delle situazioni locali, servizi sociali e sanitari, col preciso obiettivo di favorire e promuovere la massima autonomia possibile della persona.

Questi due aspetti – la casa e la cura – richiedono quindi l'interazione di due diverse componenti del sistema di welfare, aspetti complementari di un servizio integrato di salute mentale.

Le caratteristiche dei pazienti e le loro condizioni andrebbero valutate non solo in riferimento alla diagnosi o alla gravità, ma anche alle circostanze sociali, economiche, relazionali, spesso decisive per trasformare una condizione di vulnerabilità in un “caso”.

Il progetto personalizzato, sviluppato in stretta collaborazione con il soggetto e la sua rete sociale, in una prospettiva che ponga al centro la ripresa personale e l'inclusione sociale, dovrebbe pertanto recuperare centralità nella programmazione delle azioni terapeutico-riabilitative. L'approccio fondato sulle SAS, integrate da interventi a sostegno mirati sui bisogni dei singoli, ha guadagnato rapidamente attenzione e consenso proprio in funzione della maggiore coerenza

con gli obiettivi di emancipazione e autonomizzazione e della attenzione che esso pone nel considerare e affrontare coerentemente i bisogni di cura e quelli abitativi. Tale approccio appare in grado di mobilitare e dinamizzare il capitale economico e umano attualmente investito nella residenzialità verso progetti personalizzati, favorendo il passaggio dal rigido sistema delle rette – e del pagamento del posto in struttura residenziale – a una modulazione della quota di investimento economico sul soggetto in evoluzione nel suo orizzonte esistenziale e all'interno del suo contesto. Lo strumento Budget di Salute, per le sue caratteristiche di flessibilità, personalizzazione degli interventi, coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, risponde a tali esigenze, spostando il focus dalle strutture ai percorsi di cura, tenendo distinti gli aspetti alloggiativi e di vita quotidiana, dai trattamenti nel luogo di residenza, permanente o temporanea che sia. Questi principi sono ribaditi nelle più autorevoli linee guida per la riabilitazione e la residenzialità.

Va peraltro sottolineato che la più ampia diffusione delle SAS non elimina la necessità di un sistema bilanciato di offerta per la salute mentale che includa posti letto per le acuzie, così come posti letto residenziali intensivi per le condizioni di sub-acuzie (o come alternativa al ricovero ospedaliero) o quei trattamenti in comunità terapeutica, costruiti su target specifici di disturbo, come i programmi riabilitativi per gravi disturbi di personalità, per disturbi del comportamento alimentare, per dipendenze in comorbidità con disturbi psichiatrici severi. In tali casi il carattere residenziale del trattamento va attentamente verificato in termini di appropriatezza e durata. Nuove necessità e nuovi bisogni residenziali vanno considerati in stretta connessione con l'analisi della domanda che afferisce ai DSM, evitando forme di committenza che si adattano passivamente all'offerta pre-esistente specie in ambito privato, o basate su impostazioni preformate di carattere tecnico.

Ciò che appare evidente dall'analisi condotta è che nel medio-lungo termine le SAS possono – in modo efficace ed efficiente – perseguire gli interventi riabilitativi e di capacitazione individuale che costituiscono il fulcro del sistema di cura per la salute mentale nel nostro Paese.

La verifica continua di qualità e il monitoraggio delle strutture e dei progetti vanno sistematicamente condotti dal servizio pubblico, dai DSM e dai singoli CSM. È a tal fine raccomandato l'impiego, nella pratica e non solo nella ricerca, di strumenti di miglioramento di qualità sulla base di autovalutazione della struttura stessa, quali QuIRC e WHO QualityRights Toolkit, su cui va realizzata adeguata formazione.

La formazione e la riqualificazione del personale resta un aspetto cruciale. Oltre ad una formazione per la dirigenza sanitaria (psichiatri e psicologi) che comprenda la riabilitazione psichiatrica, vanno superati gap formativi come quello oggi esistente nel curriculum di scienze infermieristiche. Per questi professionisti, possedere un master o una formazione in specifica in salute mentale non è un requisito per lavorare in questi contesti.

Gli obiettivi generali cui, in riferimento al contesto italiano, si ritiene vadano coerentemente orientate le scelte di politica sanitaria, sono:

1. implementare un numero limitato di strutture residenziali sanitarie intensive, e/o di posti letto presso CSM 24 ore;
2. predisporre percorsi di cura flessibili (superando gradualmente il concetto di strutture residenziali sanitarie estensiva verso il potenziamento delle SAS);
3. monitorare attentamente le strutture residenziali che operano collocazioni a lungo termine, che non adottano una linea orientata alla riabilitazione e alla ripresa, e che non si collocano in rete con altre soluzioni flessibili garantite dal sistema pubblico (DSM);
4. limitare il fenomeno della de-territorializzazione e favorire il rientro nel territorio dell'ASL di residenza della persona

5. individuare una area funzionale riabilitativa nei DSM, sviluppata includendo il privato sociale e l'associazionismo
6. intervenire sul rispetto dei diritti umani, in relazione a fenomeni spesso segnalati di strutture segreganti, che limitano grandemente la libertà delle persone (art. 14 della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità) (United Nations, 2006), il diritto all'abitare indipendente e alla partecipazione alla comunità (art. 25 della stessa Convenzione).

Gli interventi intensivi in ambito residenziale, sopra descritti, possono costituire una valida alternativa al ricovero ospedaliero o essere disponibili in immediata continuità rispetto a un episodio acuto. Laddove presenti servizi territoriali aperti sulle 24 ore (es. CSM con posti letto di breve residenzialità), tale funzione potrà essere svolta direttamente da questi servizi. Laddove l'organizzazione dei servizi territoriali preveda una funzione autonoma delle residenze per interventi intensivi, volte alla riduzione dei ricoveri ospedalieri e/o come setting per le fasi post-acuzie, queste dovrebbero essere collocate nelle strutture dei CSM o in immediata prossimità con le stesse.

Le risposte riabilitative e l'implementazione dei programmi e dei progetti di inserimento abitativo sviluppati sul territorio in collaborazione, co-progettazione e co-gestione con il Terzo Settore, non devono rappresentare una modalità di delega da parte del servizio pubblico, che mantiene la responsabilità dei progetti stessi, sia per gli aspetti clinici che per gli obiettivi specifici concordati, facilitando la programmazione dei percorsi di uscita dalla residenzialità, verso forme di abitare supportato e di assistenza domiciliare.

Considerato inoltre che il fulcro della riabilitazione psichiatrica si basa sul lavoro di equipe, è necessaria la presenza di equipe stabili per poter investire sia sulla crescita professionale degli operatori che su progetti continuativi di presa in carico degli utenti.

L'attuale sistema di classificazione, derivante dall'Accordo Stato Regioni del 2013, ha prodotto declinazioni regionali che – per l'ambiguità delle definizioni adottate e l'assenza di meccanismi di monitoraggio – hanno spesso legittimato forme di residenzialità protratta, segregativa e istituzionalizzante. D'altro canto, esso non appare strumento appropriato per caratterizzare le diverse forme di abitare supportato che meglio interpretano i principi dell'inclusione e della capacitazione individuale. Facendo riferimento alle categorie esistenti, si ritiene che:

1. la *componente SRP1* (residenzialità sanitaria intensiva) possa e debba essere mantenuta e rafforzata (caratteristiche sanitarie, tempi di permanenza 30-60 giorni, funzione alternativa al ricovero ospedaliero e/o di gestione del post-acuzie, interventi riabilitativi intensivi); include i posti-letto presenti presso i CSM 24 ore;
2. la *componente SRP2* (residenzialità sanitaria estensiva) possa e debba essere gradualmente riconvertita nella SRP3 con l'unica eccezione di un numero definito, programmato secondo il fabbisogno, di Comunità terapeutiche costruite su target specifici, come i gravi disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze in comorbidità con disturbi psichiatrici severi, in cui l'enfasi è su programmi riabilitativi a medio termine, fondati su metodo comunitario ed esperienza gruppale;
3. la *componente SRP3* (SAS, compresa anche la cosiddetta residenzialità leggera) in cui l'enfasi è sul sostegno diretto alle esigenze e ai bisogni complessivi delle persone, sulla organizzazione che privilegia la dimensione abitativa e la collocazione nei contesti ordinari di vita, su nuclei di convivenza con dimensioni ridotte, sulla presenza di professionisti di area sanitaria e sociale e auspicabilmente di ESP, debba essere mantenuta e rafforzata prevedendone un'articolazione secondo alcuni parametri fondamentali relativi alla presenza/assenza di personale, al livello di supporto necessario, alla temporaneità/stabilità

della residenza, al numero di conviventi. Per ogni ospite è necessaria la definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato da realizzare in rete con le agenzie sociali, il terzo settore, le risorse naturali e abilitanti dei territori.

7. RACCOMANDAZIONI

7.1. Diritto all'abitare per persone con problemi di salute mentale

La realizzazione del diritto alla vita indipendente e alla partecipazione alla società richiede politiche dedicate per l'accesso alla casa di persone con disabilità, indipendentemente dalla causa e dalla tipologia della stessa disabilità.

La distinzione fra struttura residenziale come contesto di trattamento e riabilitazione, e residenza come risposta a un bisogno abitativo in persone che necessitano di assistenza, è importante e necessaria.

7.2. Politiche di accesso alla casa e supporto all'abitare

Sia il trattamento residenziale che il supporto all'abitare per le persone con problemi di salute mentale devono essere funzioni essenziali di un servizio integrato di salute mentale.

A tal fine i programmi riabilitativi forniti dai servizi di salute mentale vanno coordinati con le politiche dell'abitare.

7.3. Semplificazione tassonomica e priorità

Va impostata una politica di riequilibrio della spesa dalle strutture residenziali verso forme di sostegno all'abitare (SAS), superando progressivamente l'attuale sistema di classificazione:

- gli interventi residenziali sanitari intensivi devono essere garantiti come alternativa al ricovero ospedaliero o in immediata continuità rispetto all'episodio acuto, anche da CSM aperti sulle 24 ore e con posti letto di breve residenzialità;
- la residenzialità sanitaria estensiva va gradualmente convertita rafforzando le SAS, anche adottando provvedimenti che favoriscano sul piano finanziario i percorsi di autonomia.

7.4. Adozione del Budget di Salute

Tale evoluzione richiede il passaggio dal sistema delle rette – e del pagamento del posto in struttura residenziale – al progetto personalizzato che si realizza attraverso il Budget di Salute, strumento centrale di governo dei processi individuali e collettivi, secondo principi e norme dell'integrazione sociosanitaria, che coinvolge, con l'utente, i soggetti istituzionali e i portatori di interesse.

7.5. Pre-requisiti per la qualità delle cure

Per favorire l'attivazione precoce di risposte finalizzate alla ripresa e al reinserimento sociale, attraverso percorsi residenziali e SAS, vanno implementate le attività di riabilitazione psicosociale dei DSM, potenziando la capacità di presa in carico delle persone con bisogni complessi da parte dei CSM tramite idonea formazione e dotazione di personale, e identificando strutture dipartimentali dedicate o gruppi di lavoro funzionali.

7.6 Valutazione multidimensionale riguardante l'accesso e l'esito

Programmi e progetti vanno monitorati e valutati sistematicamente mettendo in massima evidenza il punto di vista dell'utente: vanno considerati insieme la realizzazione dei diritti, la ripresa / *recovery* personale, gli esiti clinico-riabilitativi, la qualità della vita, la costo-efficacia delle soluzioni diversificate che si adottano, assumendo la complessità del campo dell'abitare in chiave abilitante. L'accesso e la durata di permanenza in strutture residenziali e in SAS vanno attentamente monitorati, verificando costantemente le alternative possibili e gli eventuali ostacoli, al fine di evitare rischi di cronicizzazione e forme striscianti di istituzionalizzazione.

7.7. Progetto personalizzato come base del sistema centrato sulle persone

Il progetto personalizzato "di capacitazione" va realizzato dai CSM in stretta collaborazione con la persona e col concorso della sua rete sociale, come base della programmazione delle risposte terapeutico riabilitative, per la ripresa personale e l'inclusione sociale.

7.8. Co-produzione e non delega al privato sociale

Le risposte riabilitative e l'implementazione dei programmi e dei progetti di inserimento abitativo sviluppate sul territorio in collaborazione, co-progettazione e co-gestione con il Terzo Settore vanno sottoposte a monitoraggio continuo nel corso di tutto il progetto, programmando tempi e condizioni di uscita dalla residenzialità verso condizioni di maggiore autonomia.

7.9. Progetti di innovazione

Va garantita, sostenuta e incoraggiata la sperimentazione di modalità e programmi innovativi di SAS quali, tra gli altri, l'Housing First, le case per la *recovery*, i progetti di supporto e coabitazione tra pari, l'inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA), nonché l'integrazione con programmi di inserimento lavorativo e di inclusione e partecipazione sociale.

7.10. Formazione e riqualificazione del personale

Va sostenuta e richiesta come requisito per lavorare in questi contesti la formazione specifica alla riabilitazione e alla *recovery* degli operatori che vengono inseriti nei contesti della salute mentale, sia dei DSM che del privato sociale, in un contesto di lavoro d'equipe e di integrazione tra servizi pubblici e terzo settore, che preveda l'inserimento di operatori del supporto tra pari.

BIBLIOGRAFIA

- Barbato A, D'Avanzo B, Harvey C, Lesage A, Maone A. Editorial: from residential care to supported housing. *Front Psychiatry*. 2020 Jun 12;11:560. doi: 10.3389/fpsy.2020.00560.
- Bruschetta S. La valutazione di qualità comunitaria dei dispositivi di sostegno all'abitare in salute mentale. Modello Teorico e Strumenti di Valutazione del Programma di Accreditamento di Qualità Scientifico-Professionale "Progetto Visiting DTC". *NRSP Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2017;15
- Carpiniello B, Tusconi M, Zanalda E, Di Sciascio G, Di Giannantonio M; Executive Committee of The Italian Society of Psychiatry. Psychiatry during the COVID-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry*. 2020 Dec 16;20(1):593. doi: 10.1186/s12888-020-02997-z.
- Castelpietra G, Colli C, Tossut D, Furlan M, Balestrieri M, Starace F, Beghi M, Barbone F, Perulli A, Salvador-Carulla L. The impact of COVID-19 pandemic on community-oriented mental health services: The experience of Friuli Venezia Giulia Region, Italy. *Health Policy Technol*. 2021 Mar;10(1):143-150. doi: 10.1016/j.hlpt.2020.12.002. Epub 2020 Dec 31.
- Cometa MS, Morrison JK, Ziskoven M. Halfway to where? A critique of research on psychiatric halfway houses. *J Community Psychol*. 1979 Jan;7(1):23-7. doi: 10.1002/1520-6629(197901)7:1<23::aid-jcop2290070105>3.0.co;2-n.
- Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'Efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Relazione Finale sull'attività della Commissione. Approvata dalla Commissione nella seduta del 30 gennaio 2013.
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. *Le strutture residenziali psichiatriche in età adulta*. Documento approvato con accordo n.116 del 17 ottobre 2013. (13/054/CR7A/C7). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2013.
- Dash P, Gowman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. *BMJ*. 2003 Dec 6;327(7427):1339-41. doi: 10.1136/bmj.327.7427.1339.
- de Girolamo G, Bellelli G, Bianchetti A, Starace F, Zanetti O, Zarbo C, Micciolo R. Older People living in long-term care facilities and mortality rates during the COVID-19 pandemic in Italy: preliminary epidemiological data and lessons to learn. *Front Psychiatry*. 2020a Oct 14;11:586524. doi: 10.3389/fpsy.2020.586524.
- de Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F, Tura G, Vita A. Mental Health in the coronavirus disease 2019 emergency-the italian response. *JAMA Psychiatry*. 2020b Sep 1;77(9):974-976. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 2005 Mar;35(3):421-31. doi: 10.1017/s0033291704003502.
- Farkas M, Coe S. From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: past, present, and future. *Front Psychiatry*. 2019 Nov 22;10:862. doi: 10.3389/fpsy.2019.00862.
- Fontecedro E, Furlan M, Tossut D, Pascolo-Fabrici E, Balestrieri M, Salvador-Carulla L, D'Avanzo B, Castelpietra G. Individual health budgets in mental health: results of its implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 13;17(14):5017. doi: 10.3390/ijerph17145017.
- Killaspy H, King M, Holloway F, Craig TJ, Cook S, Mundy T, Leavey G, McCrone P, Koeser L, Omar R, Marston L, Arbuthnott M, Green N, Harrison I, Lean M, Gee M, Bhanbhro S. *The Rehabilitation Effectiveness for Activities for Life (REAL) study: a national programme of research into NHS inpatient mental health rehabilitation services across England*. Southampton: NIHR Journals Library; 2017.

- Killaspy H, White S, Dowling S, Krotofil J, McPherson P, Sandhu S, Arbuthnott M, Curtis S, Leavey G, Priebe S, Shepherd G, King M. Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry*. 2016 Apr 14;16:101. doi: 10.1186/s12888-016-0799-4.
- Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Kallert T, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida JM, Cardoso G, King M. Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views. *PLoS One*. 2012;7(6):e38070. doi: 10.1371/journal.pone.0038070.
- Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schützwohl M, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kališová L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Adamowski T, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2011 Mar 1;11:35. doi: 10.1186/1471-244X-11-35.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 65 del 18 marzo 2017
- Martinelli A, Iozzino L, Pozzan T, Cristofalo D, Bonetto C, Ruggeri M. Performance and effectiveness of step progressive care pathways within mental health supported accommodation services in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 May;57(5):939-952. doi: 10.1007/s00127-021-02128-3.
- Mezzina R, Ridente G. La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2015;12.
- Micai M, Gila L, Caruso A, Fulceri F, Fontecedro E, Castelpietra G, Romano G, Ferri M, Scattoni ML. Benefits and challenges of a personal budget for people with mental health conditions or intellectual disability: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2022 Aug 4;13:974621. doi: 10.3389/fpsy.2022.974621.
- Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) - Anno 2018*. Roma: Ministero della Salute; 2019
- Molinari P, Zenarolla A. *Prima la casa. La sperimentazione Housing First in Italia*. Milano: Franco Angeli Editore; 2018.
- NICE. *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020. (NICE guideline NG181)
- Oliveira TT, Seni S, Marin I, Casadio R, Pocobello R, Baker P, Jenkins J, Mezzina R. The recovery house in Trieste: beginning of a recovery journey in an innovative experience. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2018;2(1):36-52.
- Picardi A, Girolamo Gd, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Morosini P, Zanalda E. The environment and staff of residential facilities: findings from the Italian 'progres' national survey. *Community Ment Health J*. 2006 Jun;42(3):263-79. doi: 10.1007/s10597-005-9031-6.
- Picardi A, Tarolla E, de Girolamo G, Gigantesco A, Neri G, Rossi E, Biondi M; Gruppo di Lavoro PRISM. Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: gli indicatori PRISM (PRocess Indicator System for Mental health). *Riv Psichiatr*. 2014 Nov-Dec;49(6):265-72. Italian. doi: 10.1708/1766.19128.
- Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *International Journal of Mental Health*. 2016;45(1):59-70
- Ridgway P, Zippel A. The paradigm shift in residential services: From the linear *continuum* to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1990;13:11-31

- Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H, Pandemic-Mental Health International Network (Pan-MHIN), Salvador-Carulla L. International experiences of the active period of COVID-19 - Mental health care. *Health Policy Technol.* 2020 Dec;9(4):503-509. doi: 10.1016/j.hlpt.2020.08.016.
- Starace F, Baccari F. *La salute mentale nelle Regioni - Disuguaglianze di Sistema*. Modena: Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica; 2020. (Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, SIEP. n. 7/2020).
- Starace F. *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello Budget di Salute*. Roma: Carocci; 2011.
- Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry.* 2009 Sep 7;9:55. doi: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Trieman N, Smith HE, Kendal R, Leff J. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Community Ment Health J.* 1998 Aug;34(4):407-17. doi: 10.1023/a:1018792108559.
- Tsemberis S. *Housing first: the pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders*. Center City, MN: Hazelden Publishing; 2010
- United Nations. *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. New York; UN; 2006. Disponibile in italiano all'indirizzo <https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1348/convenzione-delle-nazioni-unite-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita-ita.doc>; ultima consultazione 7/6/2023.
- Vigorelli M, Martini S, Surace S. Ruolo dell'accreditamento tra pari nelle comunità residenziali: l'esperienza del Visiting in Italia. *NRSP Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici.* 2015;12.
- Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health.* 2014 Jun;23(3):146-55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
- WHO/Europe. *Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020.
- WHO/Europe. *Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018.
- WHO. *WHO QualityRights Tool Kit*. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>; ultima consultazione 7/6/2023.
- Xiong GL, Atkin A, Moquin K, Candido M, Beilenson P, Kasirye O, Wasserman M, Blum P, Hilty D. COVID-19 Transmission in a psychiatric long-term care rehabilitation facility: an observational study. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020 Nov 5;22(6):20m02765. doi: 10.4088/PCC.20m02765.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di giugno 2023, 2° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, giugno 2023