



**RETI SOCIALI NATURALI E  
PATOLOGIA GRAVE:  
un modello di intervento per  
l'attivazione delle risorse nascoste**

**BOLZANO 11-12 ottobre 2012**

**Le strutture sociali possono essere rappresentate come *networks*, cioè come insieme di *nodi* e come insieme di *legami* che indicano le loro interconnessioni.**

**(Wellman, Berkowitz, 1988)**

	<b>DENSITA' BASSA</b>	<b>DENSITA' ALTA</b>
<b>ESTENSIONE BASSA</b>	isolamento	chiusura
<b>ESTENSIONE ALTA</b>	anonimato	inclusione

# Determinanti sociali, ambientali ed economiche nella salute mentale

Fattori di rischio	Fattori protettivi
uso di droghe e alcool	empowerment
<b>svantaggio sociale</b>	<b>integrazione delle minoranze etniche</b>
<b>isolamento</b>	<b>interazioni positive</b>
mancanza di istruzione	partecipazione sociale
problemi legati alla casa e all'isolam.territ.	<b>tolleranza e senso di responsabilità sociale</b>
<b>contesto abitativo disagiato</b>	presenza di servizi sociali
<b>rifiuto dei pari</b>	<b>rete di comunità e sostegno sociale</b>
povertà del contesto sociale	
denutrizione	
povertà	
discriminazioni razziali	
<b>svantaggio sociale</b>	
<b>urbanizzazione</b>	
<b>violenza e delinquenza</b>	
guerra	
stress da lavoro	
disoccupazione	

## RETE SOCIALE E SCHIZOFRENIA

- La rete sociale di soggetti affetti da schizofrenia è inferiore in termini di contatti (n=5) a quello degli individui psichicamente sani (n=40)

Creswell 1992

- La rete sociale di soggetti schizofrenici e soggetti di controllo differisce per:
  - dimensione
  - composizione
  - qualità

Angermeyer 1989, Beels 1984, Buchanan 1995

# RETE SOCIALE E PROCESSO DI CURA

- **La rete sociale influenza il processo di cura, in termini di minore, ma anche maggiore utilizzo dei servizi ambulatoriali**

(Becker T. et al 1997)

- **In presenza di una buona rete sociale diminuisce il numero di ricoveri e il tempo trascorso in ospedale**

(PRISM Londra 1997)

- **La presenza di una rete sociale limitata e deficitaria e' correlata con maggiori tassi di ospedalizzazione**

( Hammer 1963,Vaughn & Leff 1976)

- **La densità della rete sociale molto alta o molto bassa è associata a tempi di ospedalizzazione più lunghi**

(Dozier 1987)

- **La presenza di molti familiari e pochi amici è associata ad un maggior ricorso alla residenzialità**

(Lipten 1981, Holmes-Eber & Riger 1990,Mesch &Fishman 1994)

## RETE SOCIALE ED ESITO

- influenza del SN sugli esiti , soprattutto relativamente agli assi benessere soggettivo, inserimento abitativo e inserimento lavorativo

(OMS IPSS 1973 e 1992)

- basso SN al 2° FU : < miglioramento in area clinica e autonomia personale
  - peggioramento SN tra 1° e 2° FU: > RR di peggioramento clinico
  - migliore SN = maggiore possibilità inserimento lavorativo
  - basso SN = > progresso crescita quantità qualità delle relazioni

(IRFMN 2002)

**In direzione positiva o negativa, il rapporto tra social network e schizofrenia trova una conferma statistica forte come non si trova per altre variabili predittive**

(Strauss '72, Johnstone '90, Brugha '90, Georges '89, Furokawa '90)



## **IPOTESI SUL BENEFICO EFFETTO DELLA RETE SOCIALE**

- effetto biologico e psicologico di protezione dallo stress (minor ricorso ad aiuti esterni)
- supporto pratico ed emotivo (al posto del supporto professionale)
- trasmissione di atteggiamenti, valori, comportamenti utili

(Gourash, 1978)

**NUMEROSI LEGAMI SIGNIFICATIVI**



**MAGGIORE RESISTENZA ALLO  
STRESS**

**MAGGIORE TENUTA DEI LEGAMI**

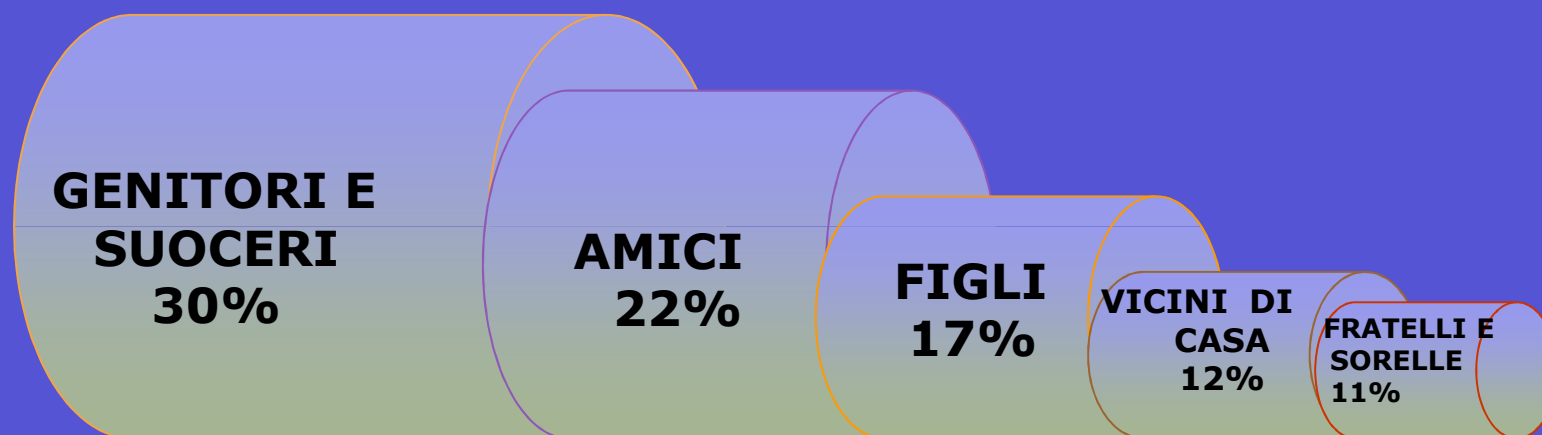
**MIGLIORE STABILITA' CLINICA E AUTONOMIA  
per l'utente**

**MINORE GRAVOSITA' , MINORE AUTOREFERENZIALITA'  
per il servizio**

# La Rete



## LA RETE NATURALE



Fonte: ISTAT, rapporto 1999

## **IL CARE GIVER INFORMALE NON PUO' ESSERE SOLO IL FAMILIARE**

- le persone bisognose di aiuto aumentano
- i servizi scarseggiano di risorse
- i legami familiari sono più deboli
- le persone autonome potenziali caregivers sono sempre più impegnate sul lavoro
- più il periodo di cura è lungo più il caregiver rischia di perdere il lavoro
- più il periodo di cura è lungo più il caregiver si ammala lui stesso (ansia, depressione, accidenti cardiovascolari, tumori)

## DELEGA AI SERVIZI

**CORPO SOCIALE**

```
graph LR; A((CORPO SOCIALE)) --> B((SERVIZI SALUTE MENTALE)); subgraph B; B1[Malattia mentale]; end
```

The diagram consists of two large, light green circles on a dark blue background. The left circle is labeled 'CORPO SOCIALE'. An arrow points from the right side of this circle to the right circle. The right circle is labeled 'SERVIZI SALUTE MENTALE' and contains a smaller white rectangular box with the text 'Malattia mentale' inside it.

**Malattia mentale**

**SERVIZI SALUTE MENTALE**

**SALUTE**



```
graph TD; A([SALUTE]) --> B[BENESSERE BIO-SOCIO-PSICOLOGICO E AFFETTIVO - RELAZIONALE];
```

**BENESSERE BIO-SOCIO-  
PSICOLOGICO E AFFETTIVO -  
RELAZIONALE**

# RESTITUZIONE DELLA DELEGA

**CORPO SOCIALE**

Malattia mentale

**SERVIZI SALUTE MENTALE**





<b>RELAZIONE DI CURA</b>	<b>FORMALE</b>	<b>INFORMALE</b>
Erogazione	universalistica	particolaristica
Funzioni	specializzate	diffusive
Coinvolgimento	neutrale	affettivo
Status	acquisito	ascrittivo
Livello normativo	burocratico	culturale

**Di Nicola, 1998**

## FORMALE E INFORMALE: VANTAGGI E LIMITI

	VANTAGGI	LIMITI
FORMALE	specificità tecnica valutabilità	limitatezza risorse
INFORMALE	personalizzazione flessibilità infinitezza risorse	indefinitezza non verificabilità

**FORMALE**



**INFORMALE**

- **Rating delle risorse disponibili**
- **Lettura corretta della domanda**
- **Valutazione delle reti di sostegno**
- **Interventi differenziati e flessibili**

- **PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2002-2004**  
lavorare con le famiglie e sviluppare collaborazioni tra servizi psichiatrici e realtà non istituzionali (associazioni, reti informali)
- **PIANO REGIONALE SALUTE MENTALE 2002-2004**  
"alleanza per la salute mentale", "lavoro con le reti secondarie", attivazione delle reti sociali naturali", "facilitatori naturali" anche attraverso l'utilizzo di un contributo economico identificato ad hoc",

**AFFIDO FAMILIARE**

**AIUTO TRA PARI**

**NON PROFESSIONAL  
NEI PAESI IN VIA DI  
SVILUPPO**

mandato

reciprocità

valorizzazione  
risorse

**PROGRAMMA RSN**

# PRESUPPOSTI

**DISAGIO PSICHICO GRAVE**  
**BASSO LIVELLO DI**  
**QUALITA' DELLA VITA**  
**DISABILITA'**  
**ISOLAMENTO SOCIALE**  
*sono spesso fattori associati*

**COMPLESSITA'**  
**DEI BISOGNI**

**LIMITATEZZA DELLE**  
**RISORSE RIABILITATIVE**  
**INTRINSECA NATURA**  
**ISTITUZIONALE**  
*sono elementi*  
*caratterizzanti i servizi*  
*psichiatrici territoriali*

**IMPOSSIBILITA' DI**  
**RISPONDERE ALLA**  
**COMPLESSITA' DEI**  
**BISOGNI**

- “Reti sociali naturali” è un programma che scommette sull’esistenza di risorse “nascoste” nella **rete primaria di relazioni** delle persone che fruiscono dei servizi psichiatrici e sulla possibilità di un loro coinvolgimento attivo in un percorso di inclusione sociale a favore degli utenti.

- **OBIETTIVO PRIORITARIO DEL PROGRAMMA**

- è la **costruzione/ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle**
- **persone affette da disagio psichico**
- **tramite interventi volti all'attivazione di risorse presenti nel contesto di appartenenza.**



- 
- Il **servizio psichiatrico** pubblico mantiene la centralità e la titolarità della cura degli utenti ma, soprattutto rispetto a certe aree di bisogno, può fornire una risposta più completa ed efficace solo attraverso la sua messa in rete con risorse esterne ad esso ed *in primis* con la **rete sociale naturale** dell'utente.

- Queste risorse sono i **facilitatori naturali** – vicini di casa, amici, compagni di scuola, colleghi di lavoro – che a partire da un preesistente legame naturale con **l'utente beneficiario** possono avviare e condividere con il servizio psichiatrico territoriale un percorso di cura più umano e personalizzato.

# **GLI UTENTI DEL PROGRAMMA: CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE**

- **Diagnosi psichiatrica**
- **Essere in carico a un servizio territoriale**
- **Isolamento sociale e/o bassa capacità di utilizzo delle risorse sociali istituzionali e non**
- **Basso livello di qualità della vita**
- **Capacità minima di comprensione del progetto e di adesione allo stesso**

# CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI FACILITATORI

## INCLUSIVI

- Essere radicati nel tessuto sociale del quartiere
- Possedere reddito certo
- Essere disponibili a collaborare, farsi sostenere e guidare dal servizio psichiatrico
- affidabilità

## ESCLUSIVI

- Essere familiari dell'utente
- Essere operatori o ex operatori psichiatrici o professionisti dell'assistenza (se si opera in quanto tali)
- Essere volontari (se si opera in quanto tali)
- Essere in carico ad un servizio psichiatrico

- **POSSIBILI MOTIVAZIONI DEL FACILITATORE**

- **riparazione della ferita relazionale**
- **bisogno di stimoli, di allontanarsi da problemi familiari, di contatti sociali**
- **bisogno di sentirsi utile e di svolgere un'attività sociale**
- **inclinazione solidale**
- **desiderio di vantaggi materiali**

- **FACILITATORE NATURALE - UTENTE**

- **Coinvolgimento emotivo tra chi dà e chi riceve l'assistenza**
- **Condivisione di esperienze e di bisogni**
- **Processi relazionali di scambio**
- **Relazione percepita da entrambi i soggetti come liberamente scelta e naturale**
- **Assistenza personalizzata e umanizzata**

## • **OBIETTIVI DEI PROGETTI INDIVIDUALI**

- **Contrastare la solitudine e l'inattività**
- **Fornire supporto concreto e mantenere/sviluppare le abilità residue**
- **Monitoraggio delle condizioni abitative**
- **Monitoraggio delle condizioni psicofisiche (verifica dell'assunzione dei farmaci)**
- **Riduzione della conflittualità con il vicinato, in ambiente lavorativo, in famiglia**
- **Ampliamento della rete sociale (conoscenza e fruibilità delle risorse del quartiere)**
- **Tenuta comunitaria: prevenzione del peggioramento clinico e dei ricoveri**

- **CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE**
- **UTENTE-FACILITATORE-SERVIZI-RETE NATURALE**





# FASI DI UN PROGETTO INDIVIDUALE 1

- Segnalazione del CPS o da altre realtà territoriali quali l'associazionismo dei familiari.
- Verifica della congruità con i criteri di inclusione.
- Esposizione all'utente del rationale del Programma RSN e nello specifico del progetto RSN del quale farà parte.

# FASI DI UN PROGETTO INDIVIDUALE 2

- Somministrazione del “pacchetto di esplorazione della rete” e individuazione dei facilitatori
- Reclutamento dei facilitatori
- Avvio del progetto individuale e sottoscrizione dell’accordo programmatico.

- **ATTIVITA' RIVOLTE AL PAZIENTE**

- Sostegno e motivazione al progetto
- Attivita' di valutazione

- **ATTIVITA' RIVOLTE AL FACILITATORE**

- Incontri informativi sul disagio psichico
- Incontri quadrimestrali con l'equipe aperti a tutti i facilitatori di un progetto

# ATTIVITA' RIVOLTE AD ENTRAMBI

- Monitoraggio mensile
- Supervisione e rinnovo trimestrale dell'accordo
- Momenti conviviali aperti a tutti i facilitatori e gli utenti di un progetto presenziati dagli operatori

**PROGRAMMA INDIVIDUALE**

**ACCORDO PROGRAMMATICO**

**MONITORAGGIO MENSILE**

**VERIFICA TRIMESTRALE**

**VALUTAZIONE**

# IL “PACCHETTO DI ESPLORAZIONE DELLA RETE”

- Questionari autonomia e relazioni
- Prospetto giornata tipo
- Prospetto relazioni significative
- Tabella sostegno percepito
- Mappa di Todd

la **metodologia scelta** per l'esplorazione della rete sociale ha un carattere interattivo che permette all'utente di :

- esprimere e arricchire le rappresentazioni mentali che ha della propria esistenza e delle proprie relazioni interpersonali
- sviluppare la consapevolezza dei propri bisogni e delle proprie potenzialità

SIG.RA/SIG. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

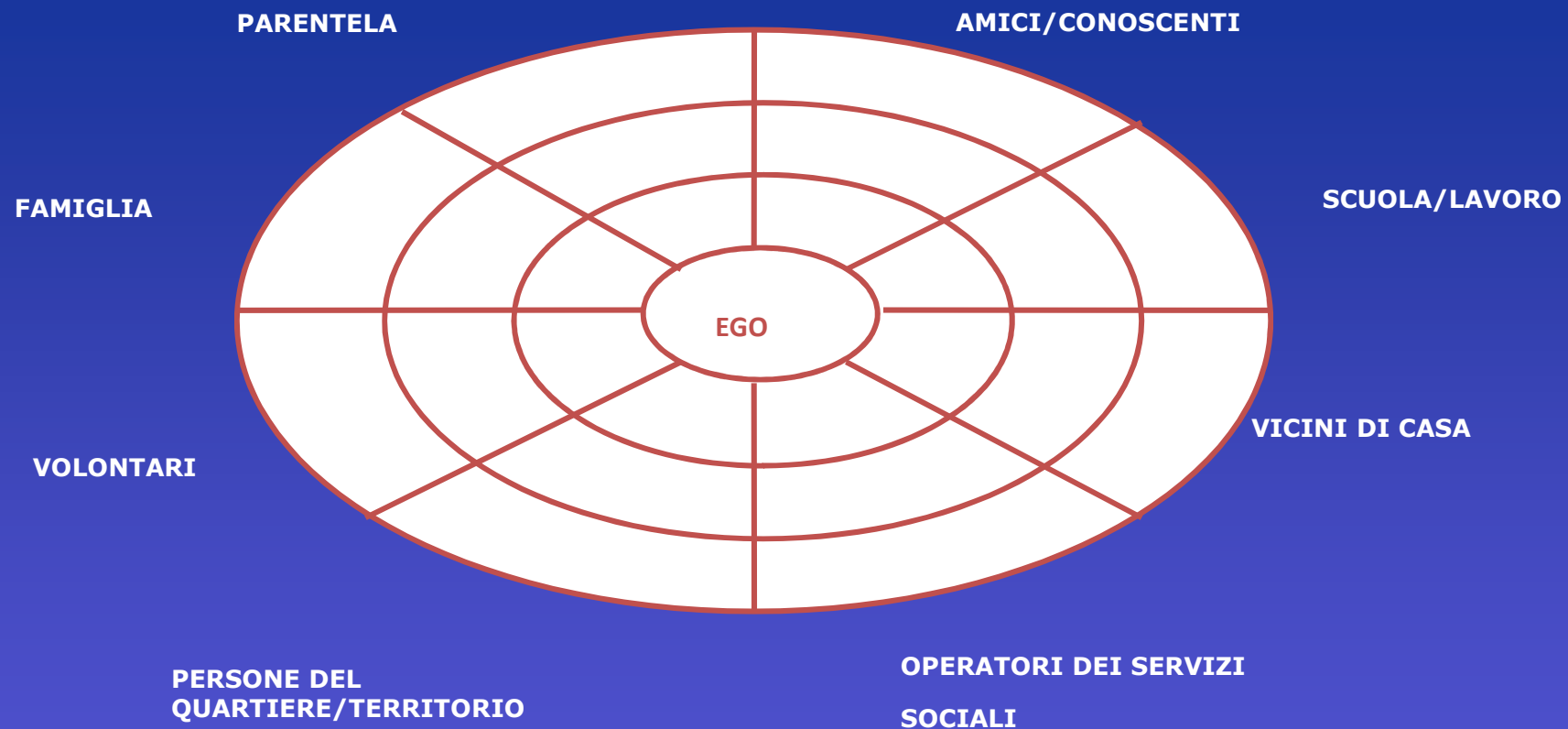
**RICOSTRUZIONE DI UNA GIORNATA TIPO: ieri,** \_\_\_\_\_

	<i>ora</i>	<i>luogo</i>	<i>attività</i>	<i>con chi</i>
Mattino				
Pomeriggio				
Sera				





sig.ra /sig. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_



# **IL PROCESSO DI VALUTAZIONE**

# In 10 anni di esperienza:

- 179 pazienti reclutati e trattati
- 117 pazienti valutati con WHOQOL – Brief
- 88 pazienti valutati con VGF

## Obiettivi del lavoro di valutazione

- Verificare la portata dell'impatto del metodologia di lavoro sulle RSN adottata in termini di miglioramento della qualità della vita e dell'inclusione sociale.
- Mettere in luce eventuali caratteristiche degli utenti coinvolti nei progetti individuali associate a un miglioramento più marcato negli obiettivi di esito.
- Nell'ottica di un utilizzo strategico delle risorse a disposizione individuare un profilo di pazienti per i quali la metodologia RSN si dimostra più efficace.

# LE LINEE GUIDA:

## - **Non invasività:**

l'attività di misurazione e valutazione è mirata a non interferire sul naturale corso dei programmi intrapresi sia nell'ambito terapeutico-riabilitativo del servizio, sia nell'ambito del Progetto.

## - **I focus di valutazione:**

Sono stati individuati strumenti valutativi capaci di misurare i processi di cambiamento avviati dai programmi individuali e i relativi esiti, sia nell'area clinica, sia nell'area sociale.

## - **Gli strumenti:**

Accanto a strumenti validati – WHOQOL-BREVE, e VGF – sono stati impiegati strumenti non validati - quali la mappa di Todd - e strumenti originali finalizzati all'esplorazione della rete sociale.

# Gli strumenti utilizzati:

## World Health Organization Quality Of Life

### **WHOQOL\_BREF**

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL\_BREF) questionario autovalutativo della qualità della vita (26 items)

### aree indagate:

1. Area fisica
2. Area psicologica
3. Area delle relazioni sociali
4. Area dell'interazione con l'ambiente

# Gli strumenti utilizzati

## **VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (VGF)**

Inserita nel DSM-IV come asse V  
della valutazione multiassiale

- . 10 anchor points distribuiti omogeneamente su una scala 0-100.
- . intervallo 1-70 psicopatologia di varia gravità.
- . intervallo 71-80 presenza marginale di psicopatologia.
- . intervallo 81-100 assenza di psicopatologia e presenza di tratti positivi.



# Obiettivi del lavoro di valutazione

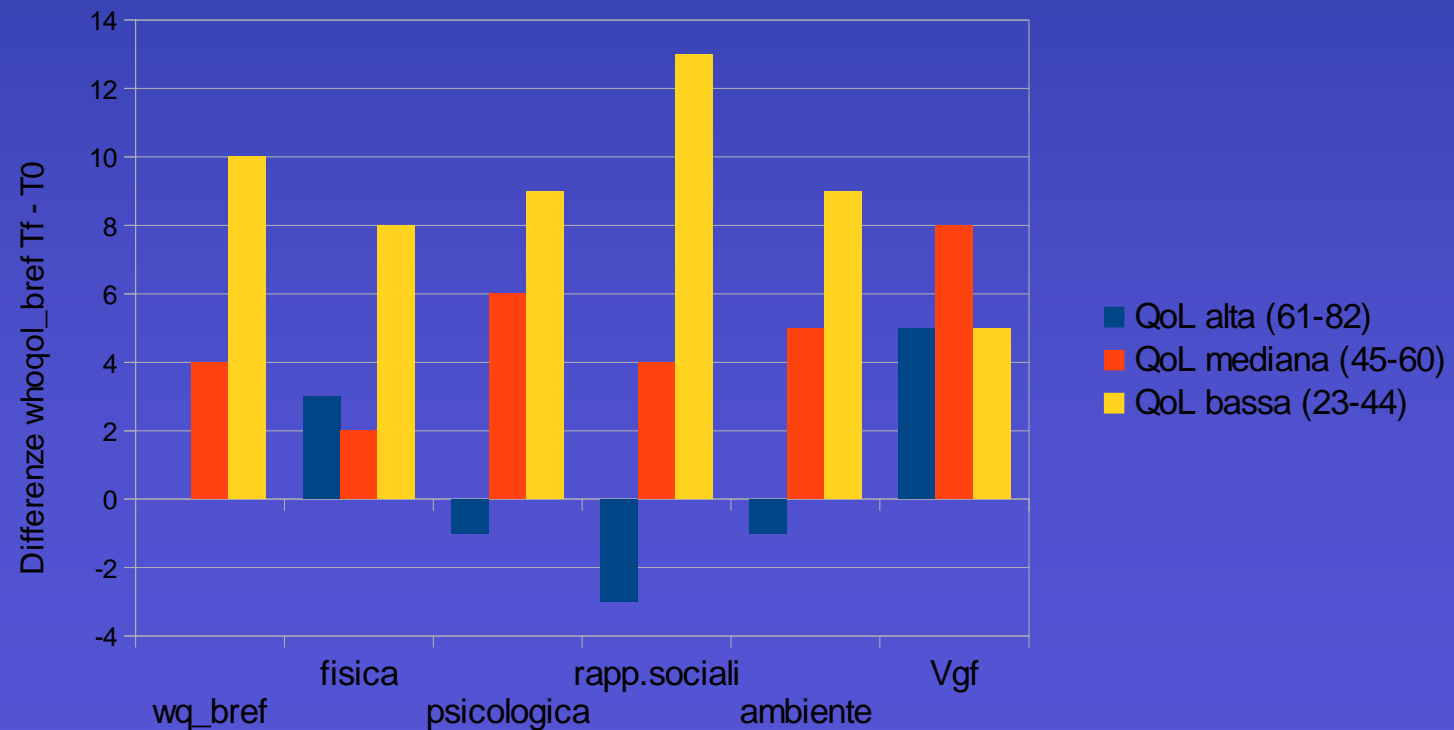
- Verificare la portata dell'impatto del metodologia di lavoro sulle RSN adottata in termini di miglioramento della qualità della vita e dell'inclusione sociale.
- Mettere in luce eventuali caratteristiche degli utenti coinvolti nei progetti individuali associate a un miglioramento più marcato negli obiettivi di esito.
- Nell'ottica di un utilizzo strategico delle risorse a disposizione individuare un profilo di pazienti per i quali la metodologia RSN si dimostra più efficace.

## Popolazione coinvolta nella valutazione dell'intervento sulle RSN

- . Pazienti trattati nel periodo 1999-2011: 180
- . Pazienti valutati con Who-Qol\_Bref a To: 117
- . Pazienti valutati con Who-Qol\_Bref a Tf: 112
- . Pazienti valutati con Vgf To: 89
- . Pazienti valutati con Vgf Tf: 43
- . 10 differenti progetti finanziati da enti privati e pubblici.
- . 13 CPS, 2 centri diurni e 1 comunità terapeutica coinvolti a Milano e provincia

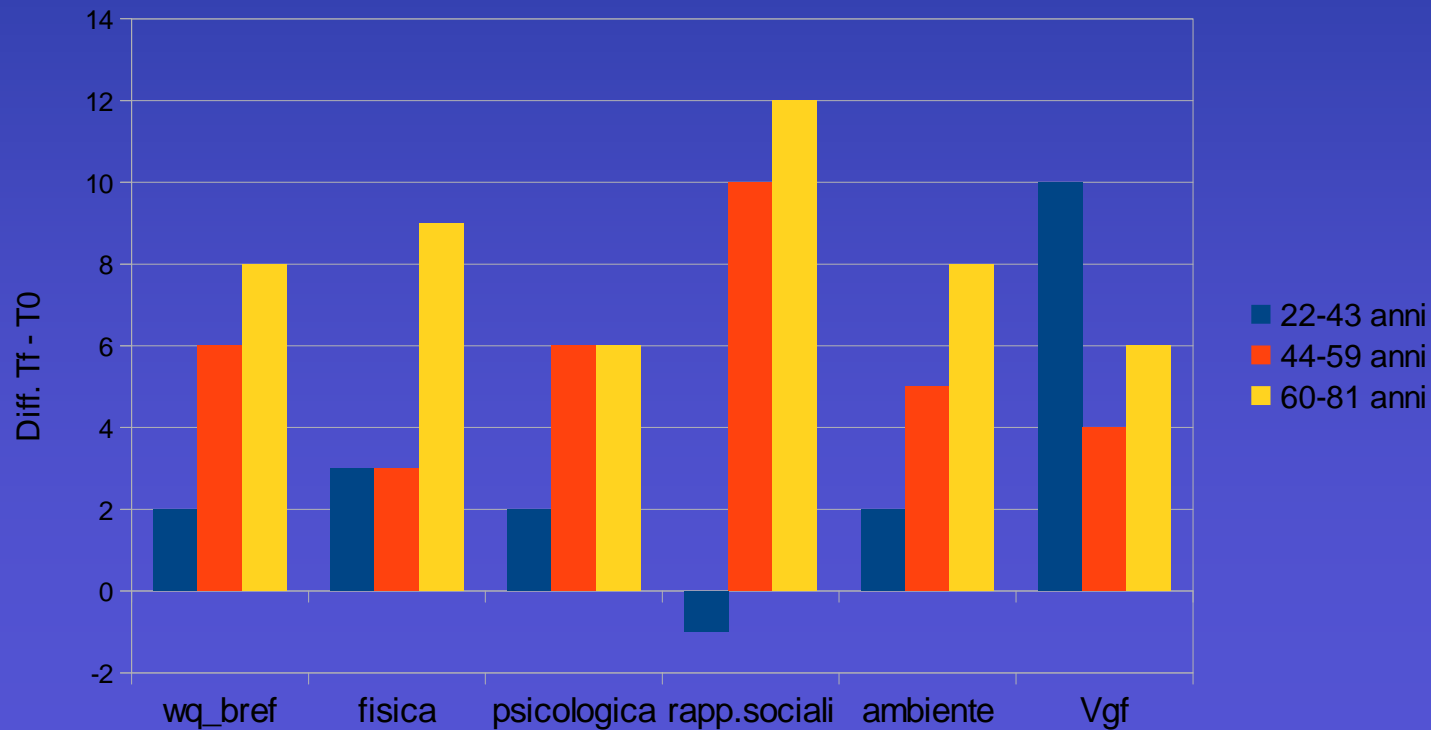
# LA QUALITÀ DELLA VITA ALL'INIZIO DEL PROGETTO

- Come si distribuiscono gli esiti dei pazienti in base alla loro QoL a To?
- **Graf. 3** Distribuzione delle differenze Tf – To delle misurazioni effettuate in base alla whoqol\_bref To.



## L'ETÀ DEI PAZIENTI

- Prendiamo qui in considerazione il ruolo che può avere l'età nei pazienti coinvolti nei programmi RSN
- **Graf. 4** Distribuzione delle differenze Tf – To delle misurazioni effettuate in base alla fascia di età



## RISULTATI 1

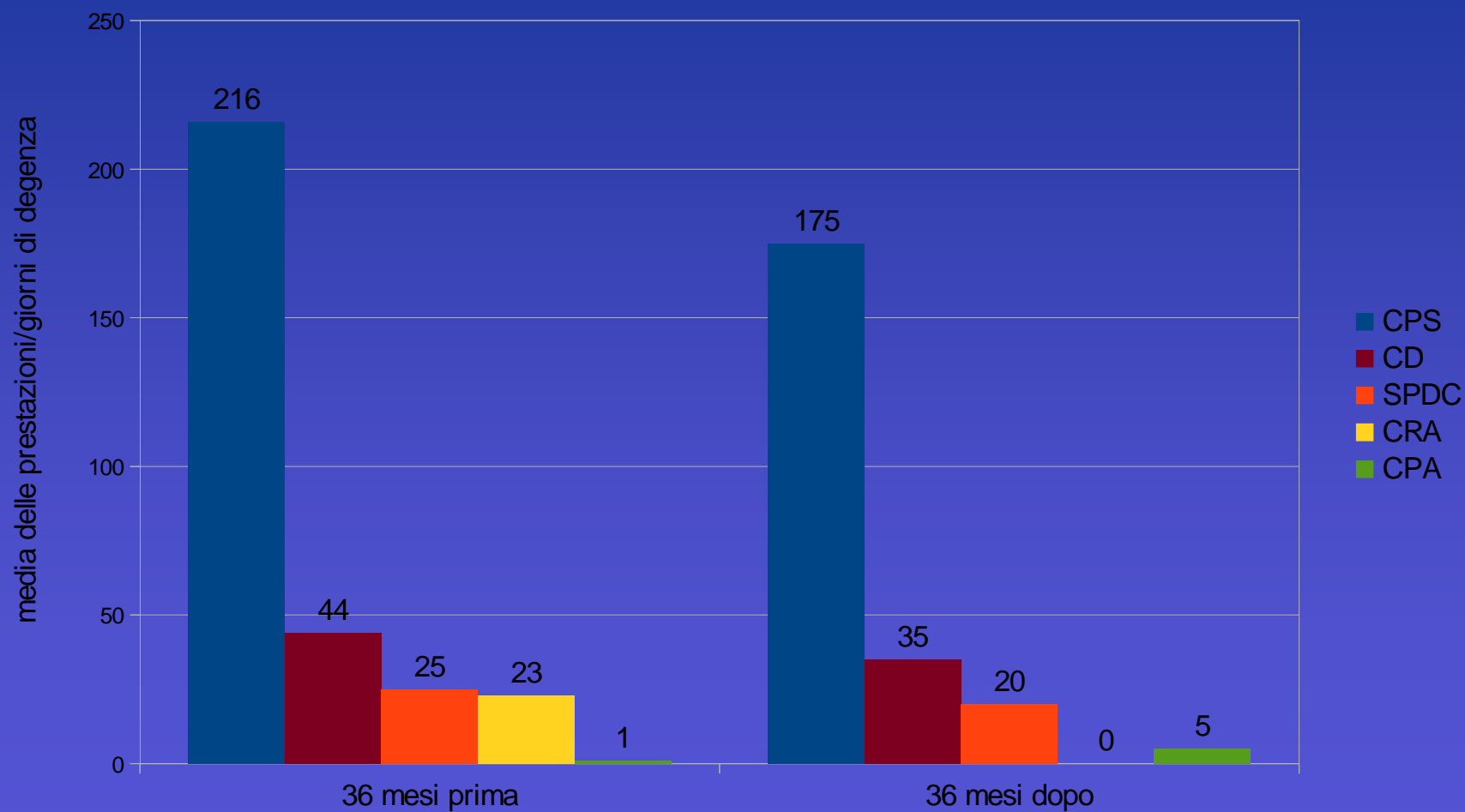
- . È possibile affermare che sui 117 pazienti valutati esiste un effetto medio positivo su tutte le aree della qualità della vita e sull'impatto della sintomatologia nella vita quotidiana.
- . La QoL rilevata prima del reclutamento in un progetto individuale, insieme all'età sono due ottime variabili predittive di un miglioramento marcato e stat. significativo nelle aree della QoL in cui la RSN ha un ruolo:
  - - psicologica
  - - rapporti sociali

DSM A.O. Niguarda Ca' Granda

## UNA RSN PIÙ SOLIDA E SUPPORTIVA SOSTIENE LA TENUTA COMUNITARIA?

- La tenuta comunitaria è un'altra dimensione dell'inclusione sociale e del consumo di risorse istituzionali.
- Il coinvolgimento a un progetto individuale RSN ha ridotto il ricorso a strutture residenziali e ai ricoveri in SPDC?

## Distribuzione delle prestazioni e dei giorni di ricovero medi (32pz) pre e post intervento RSN



## CONCLUSIONI 2

- La ricerca preliminare sulla tenuta comunitaria suggerisce come oltre a incidere sulla QoL una RSN più supportiva, ampia e articolata favorisce un minor uso di risorse istituzionali.
- Inoltre dal punto di vista qualitativo si rileva:
  - - Alleggerimento del carico di cura della famiglia e del servizio
  - - Buon mantenimento della relazione facilitatore-paziente dopo la chiusura dei programmi individuali
  - - Tende a diminuire l'importanza del ruolo del supporto economico alle coppie facilitatore-utente.



## • **PUNTI DI FORZA**

- **Leggerezza dell'intervento**
- **Enfasi sulla contrattualità dell'utente**
- **Pluralità degli attori**
- **Flessibilità dei programmi**
- **Continuità dei legami**
- **Attività di valutazione**

- **ASPETTI CRITICI**

- **Resistenze alla formalizzazione dell'accordo**
- **Naturalità vs artificialità del facilitatore**
- **Formalizzazione dei contributi assistenziali**
- **Stato di sofferenza dei CPS**

# **PUNTI DI DEBOLEZZA**

**Naturalità vs artificialità del facilitatore**

**Resistenze alla formalizzazione dell'accordo**

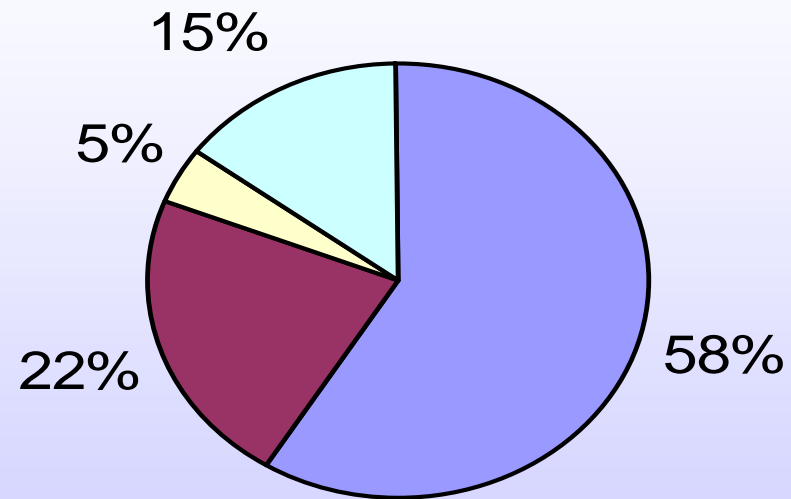
**Immaturità valutativa**

**Formalizzazione dei contributi assistenziali**

# EFFETTI OSSERVATI

- Ricaduta terapeutica positiva
- Alleggerimento del carico per la famiglia e per i servizi
- Promozione di una assistenza umanizzata
- Mediazione sociale e parziale restituzione della delega

## Tipologia di facilitatori



■ conoscente ■ vicino di casa ■ collega di lavoro ■ altro

soggetto svantaggiato



facilitatore naturale



facilitatore di scala



negoziante solidale



comunità coesa, aperta e consapevole

**"NON E' RINCHIUDENDO  
IL VICINO CHE CI SI  
CONVINCE DEL PROPRIO  
BUON SENSO"**

Fedor Dostojevskij

Diario di uno Scrittore