

Ricerca promossa dal centro studi Comunità Passaggi

**FOLLOW UP SUI PAZIENTI DI UNA
COMUNITÀ
TERAPEUTICO-PSICHIATRICA**

Ricerca effettuata da: De Crescente Marino e Chiti Elisa

Ricerca completata il 04/10/2005

Sommario

1.Introduzione.....	3
1.1Cenni sulla Comunità.....	3
1.2Tipo di lavoro che si vuole svolgere.....	3
2.Finalità e limiti del follow up.....	6
3.Informazioni sul campione preso in esame.....	8
4.Il metodo.....	9
4.1La scheda individuale.....	9
4.2Modalità di contatto: l'intervista telefonica.....	10
4.3Problematiche inerenti la privacy.....	10
4.4Considerazioni generali sul questionario.....	11
4.5Considerazioni sull'intervista telefonica.....	16
5.Caso dei pazienti ospiti presso un'altra comunità.....	18
6.La scheda riassuntiva.....	19
7.Note conclusive.....	21
8.Appendice.....	23
8.1Questionario.....	23
8.2Scheda individuale.....	27
8.3Domande per i pazienti ospiti in altre comunità.....	28
8.4Scheda riassuntiva.....	29
9.Bibliografia.....	30

1. Introduzione

1.1 Cenni sulla Comunità.

I programmi terapeutici della Comunità Passaggi hanno avuto inizio con l'ingresso dei primi pazienti nel giugno del 1999.

L'intervento proposto può essere considerato come multimodale e integrato ovvero prevede interventi psicologici, psicoterapeutici, psicofarmacologici e psicosocioriabilitativi.

Gli interventi psicologici e psicoterapici possono essere riferiti al transfert, all'alleanza terapeutica, e alla soluzione degli aspetti simbiotici tramite l'utilizzo di operatori di riferimento per ciascun ospite, con l'ausilio di una psicoterapia individuale e la partecipazione ad un gruppo terapeutico settimanale. Sono inoltre previsti incontri mensili per la facilitazione e soluzione delle dinamiche familiari.

L'intervento psicofarmacologico nell'ambito comunitario ha la possibilità di verifiche settimanali. L'intervento psicosocioriabilitativo si avvale di laboratori interni alla comunità di agenzie esterne e di un lavoro di rete.

La Comunità Passaggi, che in genere ospita otto pazienti fino ad un massimo dieci, si avvale della collaborazione di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, tecnici di laboratorio e personale ausiliario.

È prevista per l'equipe una strategia di formazione continua e un progetto di supervisione istituzionale.

1.2 Tipo di lavoro che si vuole svolgere

Dopo sei anni di piena attività della comunità è nata l'esigenza di interrogarsi sul destino degli ospiti dimessi.

A fronte di un grande investimento iniziale sulla ricostruzione anamnesticamente, accade invece spesso di non investire energie sufficienti ed attenzioni sulla ricerca di informazioni su post

comunità, come se il mandato istituzionale e le motivazioni ad esso connesso dovessero necessariamente esaurirsi al termine del percorso terapeutico di comunità.

Questa ultima circostanza non consente però di riflettere sull'esito del proprio lavoro, su come le energie spese dagli ospiti e dalle istituzioni che presumibilmente continuano ad occuparsene vengono utilizzate con l'evidente esito finale di una frattura nella percezione della continuità terapeutica.

La nostra ricerca ha quindi un carattere preliminare e può servirci come base di lavoro per ulteriori rielaborazioni negli anni a venire.

Non va taciuto che troppo spesso accade che il semplice rilevamento di dati sugli ex ospiti e la loro sistematizzazione non trova spazio all'interno del lavoro di comunità con la conseguenza di rimandare sine die la ricerca e la riflessione sugli effetti, positivi o negativi, dell'intervento comunitario e sulla delicata fase del post comunità.

Fermarsi a pensare su questi contenuti può consentire di dare inizio ad un'elaborazione collettiva dell'equipe su alcuni aspetti che spesso si pensa esulino dal trattamento comunitario tout court.

Quindi il tipo di lavoro che vogliamo svolgere è innanzitutto ad uso interno dell'istituzione ma può altresì essere utilizzato anche da chi volesse accingersi ad iniziare un'analogia ricerca. È evidente che un confronto in merito non potrebbe che risultare estremamente proficuo per l'avanzamento degli studi sul lavoro delle comunità terapeutiche.

Il presente studio di follow up non ha la presunzione di assurgere a strumento di valutazione dei processi e degli esiti del lavoro della comunità terapeutica anche se i dati rilevati si presterebbero ad alcune considerazioni in merito, essendo lo stato dell'arte della ricerca in quest'ambito ancora ad uno stadio iniziale e quindi insufficiente per soddisfare i criteri scientifici di una tale ricerca. Né d'altronde il campione disponibile per il nostro studio consentirebbe di trarre conclusioni significative sull'esito dell'intervento comunitario per chi lo ha utilizzato.

Il nostro lavoro vuole esclusivamente fotografare la dimensione psicologica e sociale, evitando la tentazione di descrivere l'evoluzione o l'involuzione psicopatologica degli ospiti che hanno utilizzato per un periodo significativo i programmi terapeutico-riabilitativi della Comunità Passaggi.

A questo fine gli unici criteri che ci sono sembrati significativi sono riferibili al minore o maggiore numero di interventi episodici o continuativi prima e dopo il trattamento comunitario.

Riguardo alle corrispondenze dei processi inerenti al miglioramento degli ospiti, esiste oggi una letteratura scientifica sufficiente a spiegare e giustificare l'intervento comunitario e quindi eviteremo ulteriori riflessioni inerenti a tali questioni.

2. Finalità e limiti del follow up

Con questo lavoro, che come già accennato in precedenza, non vuole arrivare ad una valutazione né dei processi, né tanto meno giungere ad uno studio sistematico sugli esiti del trattamento nella Comunità Passaggi, si intende esclusivamente monitorare alcuni aspetti di tale percorso terapeutico.

Infatti se si vuole arrivare a dei risultati a tutti i costi, si corre il rischio di mettere in evidenza solo i miglioramenti a livello sintomatologico che possono derivare da un tale percorso, senza neanche sfiorare la dimensione umana che mal si presta ai criteri di misurabilità delle scienze esatte.

Nella citazione in appendice al suo testo riferito ad una delle prime applicazioni del modello comunitario alle patologie gravi “Psichiatria e antipsichiatria” del 1967, David Cooper inoltre afferma che:

“nel tentativo di dare una sistemazione ai «risultati»...vi sono due strade da seguire. La prima che è anche quella convenzionale dà vita ad una serie di proposizioni esprimenti delle relazioni di quantità che destano grande impressione nella loro stesura statistica ma che sono prive di senso e ingannatrici nei termini di ciò che è realmente accaduto alle persone coinvolte. La seconda strada è quella di tentare una descrizione fenomenologica dei mutamenti nei complessi del mondo interiore ed esteriore di queste persone, comparando questi mutamenti con certi mutamenti possibili definiti in precedenza, desiderabili o indesiderabili. Il punto importante di questa seconda strada è che la preoccupazione ricade sulle esperienze reali e sui campi individuali di possibilità.”

Facendo diretto riferimento a quanto affermato da Cooper la nostra ricerca vuole mettere in risalto soprattutto i cambiamenti apportati alla qualità della vita degli ospiti della Comunità Passaggi, valutando in particolar modo la loro condizione lavorativa, la situazione abitativa, le relazioni sociali extrafamiliari e la frequentazione o meno di associazioni culturali, facendo un raffronto diretto fra il periodo antecedente al percorso comunitario e quello successivo alle dimissioni.

Cooper afferma anche che:

“la percentuale di riammissioni è forse il criterio maggiormente usato per la valutazione dell’efficacia del trattamento...” nel caso specifico della Comunità Passaggi poco spesso vengono effettuate delle riammissioni, anche se spesso vengono richieste dai pazienti. Piuttosto gli ospiti una volta dimessi possono afferire presso altre strutture comunitarie o a lunga degenza (casa famiglia).

Sicuramente, questa circostanza, potrebbe rivelarsi in futuro come un altro parametro utile al fine di monitorare l'intero iter terapeutico del paziente.

Le ragioni dello scarso sviluppo degli studi di follow up in Italia e all'estero sono molteplici: spesso non c'è da parte dei ricercatori una disponibilità a mettersi in gioco, a mettere in discussione le proprie modalità di lavoro, per non parlare poi delle problematiche che si possono incontrare a livello metodologico. Questo è forse il motivo per il quale le ricerche effettuate in questo campo sono ancora in numero limitato.

3. Informazioni sul campione preso in esame

Il campione preso in esame non presentava un' omogeneità dal punto di vista psicopatologico utilizzando la comunità dei criteri di selezione per l'ingresso legati alla compatibilità delle proposte terapeutiche riabilitative con le risorse virtualmente disponibili dei clienti, piuttosto che ad una adesione acritica dei criteri nosografici "classici".

La comunità in genere si prende cura di pazienti psicotici, schizofrenici e in numero limitato di pazienti borderline. Sono stati presi in esame tutti gli ex ospiti a prescindere dalla patologia diagnosticata e per i quali si presumeva una facile rintracciabilità.

Il range d'età degli ospiti della comunità che risulta in ogni caso come elemento "selettivo" è diciotto-trentotto anni.

Sono stati scelti per il follow up esclusivamente gli ex ospiti dimessi dalla comunità da non meno di sei mesi.

Questo per due ordini di motivi: il primo è riferibile alla circostanza per la quale non è detto che i pazienti o i loro servizi e famiglie trovino soluzioni o risposte adeguate al post comunità nei primi sei mesi. Potrebbe infatti accadere che i primi sei mesi vengano utilizzati per una fase d'orientamento e riambientamento sociale e la scelta lavorativa che riteniamo determinante ai fini della ricerca, venga procrastinata. Alcuni cambiamenti importanti potrebbero invece aver bisogno di un periodo di latenza prima di rendersi possibili.

Viceversa può accadere che vengano trovate immediatamente risposte dal carattere continuativo che si interrompono però dopo i primi sei mesi.

Lo stesso potrebbe valere per la collocazione abitativa che noi riteniamo essenziale come indicatore di autonomia.

4. Il metodo

4.1 La scheda individuale

Per la raccolta dei dati anamnestici relativi ad ogni ex ospite è stata costruita una scheda individuale (v. appendice). L'elaborazione di tale modulo ci ha permesso di far convergere dei dati che così raccolti ci hanno dato la possibilità di rintracciare tutti i soggetti a cui somministrare il questionario.

Tale scheda è stata così strutturata: le prime sette voci sono inerenti alle generalità dell'ex ospite in questione, quindi vengono riportati nome, cognome, luogo e data di nascita, sesso residenza, domicilio e numero di telefono.

L'ottavo punto invece prevede l'inserimento di altri indirizzi utili al reperimento. È capitato molto spesso, infatti, che i numeri telefonici degli ex ospiti in nostro possesso non erano più attivi, grazie a queste ulteriori informazioni invece siamo comunque, anche se a volte con molta fatica, riusciti a contattarli e quindi a somministrare loro il questionario dell'intervista telefonica.

Nel caso in cui, non siamo riusciti a rintracciare i soggetti con questo tipo di informazioni, sono tornati utili i dati riportati nei punti 9,10 e 11 che riguardano rispettivamente la Asl di provenienza, il numero di telefono di tale Asl e il DSM che si occupavano e che in molti casi seguono ancora gli ex ospiti della comunità passaggi.

Le voci 12,13,14 e 15 sono invece di carattere puramente descrittivo e pertanto non sono utili al reperimento di un recapito con cui rintracciare gli ex pazienti. Queste sono inerenti all'occupazione professionale, al titolo di studio, allo stato civile e alla patologia prevalente del soggetto in questione. Tali informazioni sono però importanti al fine di un'archiviazione dei dati a cui può attingere in qualsiasi momento l'equipe della comunità.

I punti 16, 17, 18, 19, 20 e 21 sono tutti riferiti al rapporto dell'ex ospite con la comunità, e pertanto vengono riportati: la data d'ingresso, la data di dimissione, la data di riammissione (se è avvenuta) e la nuova dimissione, l'inizio e la fine di un'assistenza domiciliare. Questi dati sono utili anche per indagare l'iter terapeutico comunitario.

L'ultima informazione che viene riportata, utile al reperimento dei soggetti, ci dice se il soggetto è domiciliato presso altre strutture terapeutiche.

4.2 Modalità di contatto: l'intervista telefonica

I 28 soggetti inseriti nel follow up sono stati contattati mediante intervista telefonica.

Questa modalità di contatto consiste di una serie di domande presentate agli individui tramite l'utilizzo del telefono. La convenienza della valutazione telefonica è ovvia. I clienti possono rispondere alle domande senza compiere lo sforzo di ritornare presso la comunità e senza perdere tempo, da soli, a leggere e completare questionari inviati tramite posta. Inoltre questo tipo di intervista viene valutata dai soggetti in modo non intrusivo e presenta anche il vantaggio di essere più "economica" rispetto al colloquio. Infatti chiedere ai soggetti di tornare in comunità per una sorta di "valutazione catamnestic" risulta essere più difficile e costoso. Naturalmente a questi vantaggi si contrappone lo svantaggio costituito dalla difficoltà di impedire l'instaurarsi di un clima di fiducia, tipico del colloquio faccia a faccia, ciò rende più gravoso l'iniziale diffidenza verso lo studio che si vuole affrontare.

Le interviste sono state condotte dalla sede di via Roma 111 in Carsoli (Aq) in orari diversi affinché tutti i soggetti potessero essere rintracciati.

I contattati nella maggior parte dei casi (71%) hanno acconsentito a rispondere alle domande del nostro questionario, alcuni con una comprensibile diffidenza iniziale che è stata poi superata facilmente, altri con immediata disponibilità e partecipazione emotiva.

Tra l'altro gli ex ospiti non si sono limitati ad utilizzare le risposte suggerite dal questionario ma sono andati ben oltre l'intervista telefonica esprimendo vissuti e stati d'animo.

Solo l'11% dei contattati non ha voluto rispondere ai quesiti, mentre gli ex ospiti che sono attualmente residenti in altre comunità rappresentano il 14% del totale.

4.3 Problematiche inerenti la privacy

Quando ci s'inoltra in un lavoro di questo tipo possono emergere molte problematiche a carattere etico particolarmente salienti come ad esempio l'invasione della sfera privata del soggetto.

L'invasione del privato riguarda la ricerca di informazioni di natura personale che può invadere la sfera privata degli individui.

Nell'ambito della ricerca psicologica, l'argomento principale riguardante la violazione della privacy considera come viene ottenuta e utilizzata l'informazione raccolta sui soggetti.

L'anonimato e la fiducia sono due condizioni che permettono di proteggere il privato dell'individuo nell'ambito della ricerca. I soggetti che accettano di fornire informazioni devono essere rassicurati che le loro risposte saranno anonime e che una volta che i dati sono stati acquisiti la loro prestazione sarà considerata come strettamente confidenziale.

L'anonimato può essere assicurato a tal punto da ottenere che i soggetti stessi non siano in grado di riconoscere i loro dati. Alternativamente, l'anonimato può essere assicurato separando i nomi dai dati una volta raccolta l'informazione.

Un'altra area della ricerca in cui è possibile un'invasione della privacy è l'utilizzo degli informatori per acquisire i dati. Occasionalmente può essere importante chiedere l'ausilio dei familiari dei clienti al fine di ottenere delle informazioni su quest'ultimi.

Un altro importante argomento di carattere etico è l'ottenimento del consenso, in quanto esso è strettamente connesso alla violazione della privacy. È imperativo, dal punto di vista etico, che i soggetti acconsentano a partecipare a qualsiasi studio si voglia intraprendere.

4.4 Considerazioni generali sul questionario

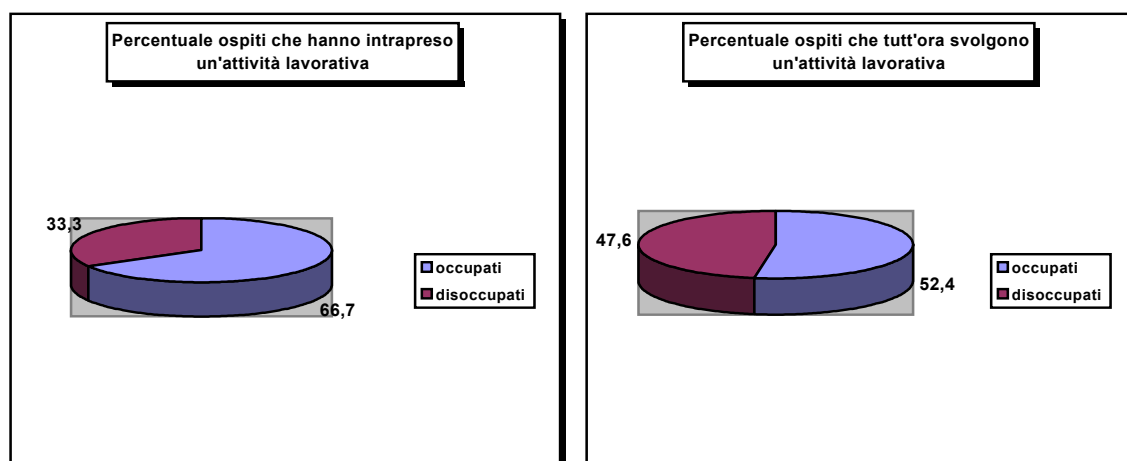
Al fine del nostro lavoro è utile problematizzare le domande (v. appendice) che costituiscono l'impianto delle nostre riflessioni.

Questo innanzitutto per dare una visione più ampia delle questioni trattate e gettare le basi per ulteriori considerazioni. Di fatto il nostro lavoro ha un carattere iniziale e costituisce un work in progress.

I primi tre quesiti sono inerenti alla sfera lavorativa. Indubbiamente intraprendere un'attività lavorativa in seguito all'uscita da una comunità terapeutico-riabilitativa segnala un cambiamento importante nella qualità della vita degli ex-ospiti nei termini di una più definita identità sociale, di una maggiore contrattualità e quindi di una maggiore autonomia.

Purtroppo non sempre la società è disposta ad accogliere le richieste lavorative degli ex-ospiti.

Come afferma anche Giuseppe Bulgarini “La persona che soffre di stati psicotici non accede spontaneamente al lavoro, allo stesso modo che il mondo del lavoro non accoglie spontaneamente lo psicotico”.¹ Da questi primi tre punti emerge che il 66,7% dei soggetti presi in considerazione ha intrapreso in seguito all’uscita dalla comunità un’attività di tipo lavorativo, mentre il 52,4% del campione totale svolge tuttora un’ occupazione di tipo professionale.



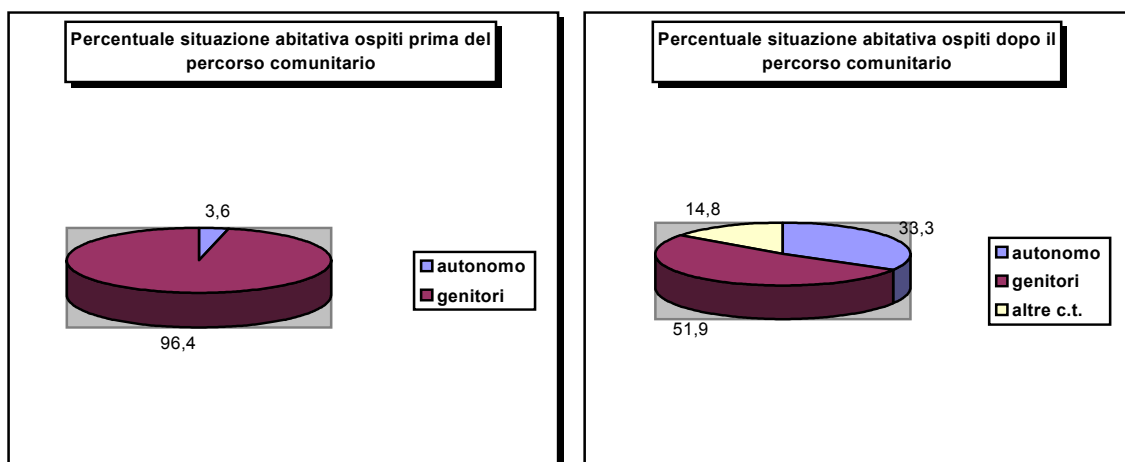
Legata a queste prime tre domande c’è quella inerente al sostentamento del soggetto in questione, se questi ha qualcuno che lo aiuta totalmente, che lo aiuta parzialmente o se provvede da solo al proprio mantenimento.

Logicamente se la persona presa in considerazione non svolge alcuna attività di tipo lavorativo sarà difficile che possa provvedere autonomamente al proprio sostentamento, come sarà improbabile che abbia un domicilio autonomo, a meno che le istituzioni curanti non abbiano provveduto a garantire un sostegno economico (assegno di deistituzionalizzazione ecc.) a garanzia della transizione ad una condizione di autonomia economica. In altri casi l’accesso a pensioni d’invalidità ecc. consente di utilizzare questi appoggi sussidiari come una protesi psichica temporanea utile a colmare aspetti che risultano al momento deficitari ma che sono comunque passibili di cambiamenti.

¹ “Il mondo del lavoro rifiuta i malati di mente per due ragioni: perché li ritiene pericolosi e perché teme che si possano procurare infortuni più facilmente degli altri. C’è da osservare che il mondo del lavoro, così come è organizzato per la produzione di merce di scambio, spesso venga rifiutato dal malato di mente perché non vi trova soddisfazione ai bisogni di relazione.” G. Bulgarini. Probabilmente è proprio questo il motivo per cui molti dei soggetti da noi presi in considerazione, nonostante abbiano avuto dei mutamenti significativi in altri ambiti non hanno ancora un’occupazione professionale.

Da tali domande è emerso che nel 51,9% dei casi i soggetti abitano ancora con i genitori, questo non solo per un' evidente situazione di precarietà dal punto di vista occupazionale ma anche perché in molti casi nonostante i cambiamenti avvenuti i genitori non li reputano in grado di poter avere un domicilio autonomo.

Significativo è il dato inerente agli ex-ospiti che vivono autonomamente e che costituiscono il 33,3% dei casi complessivi mentre per il 14,8% è stato ritenuto necessario un ulteriore intervento presso un'altra struttura.



Come naturale conseguenza della problematica inerente la situazione abitativa nasce il sesto quesito che tende ad analizzare il grado di soddisfazione che tale sistemazione può comportare.

Dato che, come già accennato, una percentuale molto significativa degli ex-ospiti vive presso la propria famiglia d'origine diventa giustificata la settima domanda che mira a valutare il livello di conflittualità fra l'ex-ospite e i suoi parenti.

Questa domanda può consentire indirettamente di stimare la validità degli interventi di tipo familiare.² Dopo aver indagato il settore lavorativo e quello familiare è stato opportuno

² “la famiglia solitamente esprime i livelli di sopportazione perché avverte più di ogni altro gruppo i disagi che lo psicotico procura ai ritmi della organizzazione della vita quotidiana...anche quando il paziente è da molti anni in condizioni di disagio raramente si incontrano famiglie che abbiano maturato una coscienza di malattia del loro parente e che riconoscano la sofferenza mentale come un disturbo da conoscere e da curare . il ruolo della «sopportazione» sembra esaurire le relazioni tra la famiglia e lo psicotico, e viene sintetizzato, in un' esemplificazione riduttiva, nella espressione: «non ti capisco...e non ti posso sopportare di più, ora ci pensino gli altri!» (Bulgarini).

elaborare delle domande che prendessero in considerazione anche l'ambito relazionale extrafamiliare e sociale.

Da qui le domande 9, 10 e 11 riferite rispettivamente alle attuali relazioni affettive extrafamiliari, al numero delle frequentazioni continuative fuori dall'ambito familiare prima dell' ingresso in comunità e quello attuale.

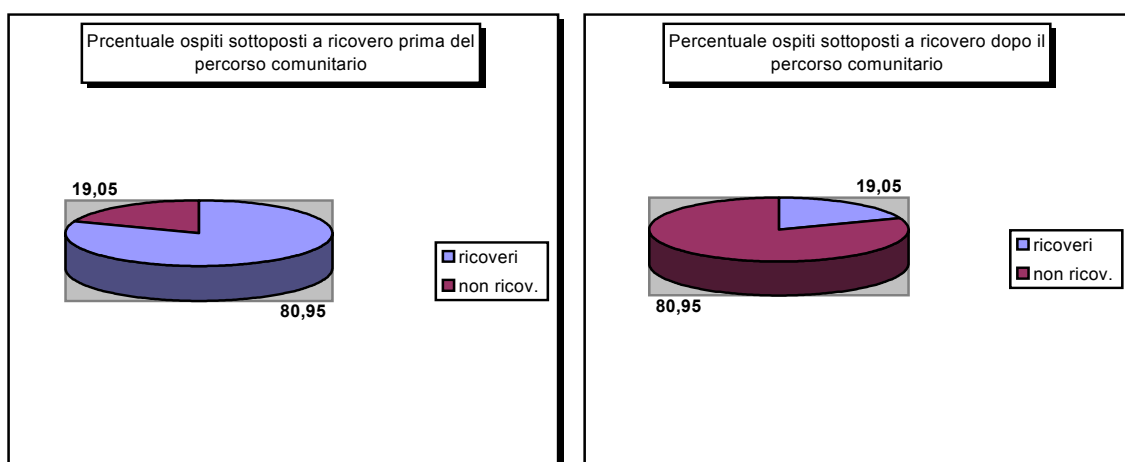
Anche in questo caso bisogna considerare che se è vero che spesso sono gli ex-pazienti che si isolano e restringono il loro campo relazionale e affettivo, altresì è vero il contrario e cioè che più spesso di quanto si possa pensare è l'ambito sociale che li rifiuta.

A questo proposito è necessario riferirsi nuovamente agli studi di Bulgarini il quale afferma che le modalità di relazione dello psicotico provocano negli ambienti che frequenta delle relazioni improntate prevalentemente alla sopportazione al rifiuto o alla comprensione.

La domanda numero 12 che indaga sulle interferenze contingenti al naturale svolgersi della vita della persona è di carattere puramente informativo e vuole essere riferita a variabili di margine che non rientrano in quelle ordinarie già prese in considerazione. Esempio: "alla persona viene ritirata la patente".

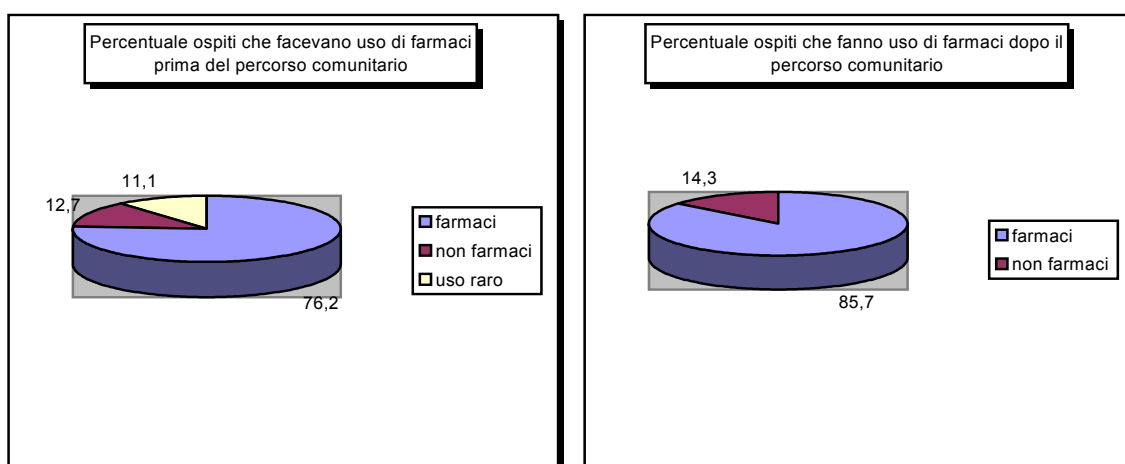
I punti 13, 14, 15 e 16 investigano i trattamenti, ricoveri ecc. ricevuti prima e dopo l'intervento comunitario. Questi elementi costituiscono il maggiore interesse per una verifica sulle eventuali modifiche psicopatologiche dei clienti ed hanno implicazioni nella valutazione del rapporto costo-beneficio dell'intervento.

Premettendo che non è stato possibile recuperare l'interezza dei dati relativi agli anni precedenti all' intervento comunitario le informazioni in nostro possesso segnalano in ogni caso una significativa diminuzione dei ricoveri in ambiente ospedaliero nel 61,9% dei casi.



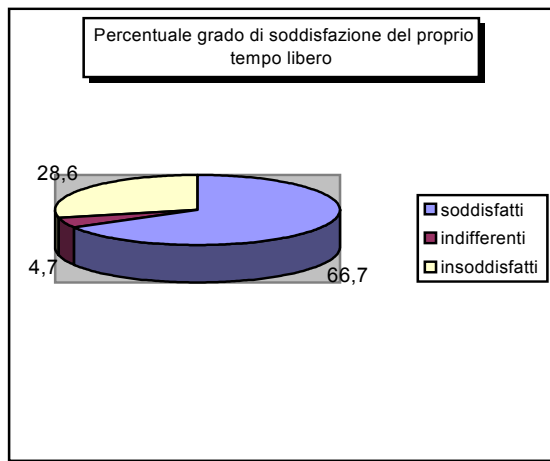
Il punto relativo all'utilizzo dei farmaci prima e dopo l'intervento ha un valore esclusivamente indicativo, nel senso che, nei casi presi in esame che presentavano problemi di compliance è da ritenersi dato positivo l'utilizzo dei farmaci dopo il percorso comunitario, mentre in determinate situazioni la non presenza o il ridotto utilizzo dei farmaci sta ad indicare una diversa capacità di gestione degli aspetti sintomatologici da parte dei clienti.

I dati rilevati sono stati i seguenti: il 76,2% dei casi complessivi è costituito dagli ex-ospiti che facevano uso di farmaci già prima dell'entrata in comunità, l'11,1% da coloro che ne facevano un uso sporadico, e il 85,7% da quelli che seguono tuttora una terapia farmacologica.



Le ultime due domande hanno preso in esame la dimensione sociale del cliente dopo l'uscita dalla comunità.

Nello specifico il quesito numero 19 mira a indagare il grado di soddisfazione dell'ex-ospite relativamente all'uso del proprio tempo libero. Coloro che si ritengono veramente contenti di come passano il proprio tempo libero rappresentano 66,7% dei casi complessivi.



La domanda numero 20 invece è relativa all'iscrizione o alla frequentazione del cliente ad associazioni culturali o sportive.

In conclusione è opportuno sottolineare che dopo l'uscita da una comunità terapeutica dovrebbero essere i servizi sociali a prendersi in carico gli ex-ospiti e cercare di inserirli in un contesto sociale e lavorativo che sia loro il più idoneo possibile.

Purtroppo però spesso per i servizi sociali e gli altri sistemi cosiddetti "formali" tendono a trascurare la ricerca di modi possibili per permettere alla persona di mantenersi da sé sul piano economico e di instaurare quelle adeguate reti sociali che gli permetterebbero una maggiore integrazione sociale.³ Questo spesso accade per la cronica mancanza di risorse.

4.5 Considerazioni sull'intervista telefonica

È utile fare alcune osservazioni sulle problematiche inerenti l'intervista telefonica con gli ex-ospiti della comunità e le loro famiglie.

³ A questo proposito diventa importante citare Lambert Maguire il quale afferma che: "Gli assistenti sociali sono spesso considerati come operatori che instaurano «legami» (linking agents); questi legami vengono attivati fra l'utente e altre persone o istituzioni che possono assicurargli risorse altrimenti non disponibili. Gli assistenti sociali hanno la possibilità di conoscere e di accedere alle risorse attraverso contatti personali e relazioni e connessioni intersistemiche; in questo modo possono mobilitare aiuti materiali come denaro, cibo, alloggio, lavoro e informazione. È chiaramente fuori luogo e ingenuo pensare che l'utente, ad esempio, possa fare affidamento solo sulle sue risorse per trovarsi un lavoro, quando magari lo cerca, senza successo, da molti mesi...In questi casi, l'intervento del servizio sociale volto a massimizzare le risorse di mutuo aiuto è chiaramente indicato. Le risorse del servizio sociale, combinate con le risorse dell'utente, possono formare una «mistura» efficacissima"

Questo può consentire la definizione di una modalità operativa che possa stabilire una migliore familiarità con gli intervistati e giungere ad una corretta esecuzione dell'intervista.

Non è infatti privo di difficoltà ricontattare persone che per ovvi motivi hanno generalmente definito come concluso il rapporto con la comunità e per le quali la semplice interlocuzione ha il potere di riaprire riflessioni sul percorso comunitario che è solitamente connesso a forti emozioni.

Non è infrequente che le persone intervistate mostrino perplessità sulla giustezza e necessità del questionario proposto e nonostante essi vengano rassicurati dal somministratore sullo scopo scientifico e anonimo della richiesta, spesso queste considerazioni non bastano a sopire vissuti intrusivi, costruzioni paranoicali e più in generale una diffidenza diffusa.

Più in particolare è stato interessante rilevare che sono generalmente più disponibili le persone che hanno beneficiato del trattamento comunitario nella sua interezza mentre è stato più difficile ottenere il consenso alla nostra richiesta dagli ex ospiti il cui trattamento era stato da loro precocemente interrotto.

Si sono evidenziate naturalmente maggiori difficoltà con le persone che da maggior tempo avevano concluso il trattamento o persone con le quali era stato difficile nel corso degli anni mantenere un qualche tipo di comunicazione seppure sporadica.

In alcuni casi è stato necessario affrontare la sottile ostilità latente dei familiari che si sono interposti fra noi e la persona interessata adducendo il timore che l'ex ospite potesse essere influenzato sfavorevolmente dalla nostra richiesta.

In particolare questa circostanza si è verificata quando l'ospite versava in una condizione effettivamente critica.

Bisogna inoltre prendere in considerazione che alcune domande interrogano se pure indirettamente, l'autostima dell'ex paziente per cui esiste il rischio che l'intervista può essere interrotta quando viene posto un quesito che obbliga la persona in esame ad interrogarsi su una questione che in quel momento egli non è disposto ad affrontare.

5. Caso dei pazienti ospiti presso un'altra comunità

Bisogna prendere in debita considerazione quelle situazioni che riguardano alcuni ospiti per i quali l'intervento in comunità pur avendo prodotto cambiamenti più o meno significativi non può in ogni caso considerarsi concluso, e per i quali si richiede un ulteriore intervento presso un'altra struttura comunitaria con lo scopo di approfondire alcuni elementi sul versante terapeutico piuttosto che su quello riabilitativo.

In queste situazioni che sono divenute negli ultimi anni sempre più frequenti, sarebbe adeguato proporre una ricerca specifica che dia conto dei cambiamenti avvenuti e delle aspettative e prospettive terapeutiche nella nuova struttura e dopo un periodo trascorso in questa anche di una valutazione complessiva dell'intero percorso nelle diverse strutture.

Naturalmente queste considerazioni esulano dai motivi della nostra ricerca ma ciò non toglie che in un futuro prossimo esse possano costituire un altro interessante ambito d'indagine.

Per quanto riguarda gli ospiti presi in esame per la nostra comunità, le situazioni sopra descritte risultano l'8% dei pazienti dimessi.

In ogni caso c'è sembrato opportuno data la rilevanza percentuale rispetto alla popolazione intervistata produrre un breve questionario di sole tre domande (v. appendice) per valutare se la limitata permanenza presso la nostra struttura potesse avere avuto qualche rilevanza per l'intervento successivo in un'altra comunità, a questo riguardo va preliminarmente specificato che se l'ospite ha di fatto accettato di intraprendere un successivo intervento, questo può evidenziare che il trattamento precedente ha di per se rappresentato una funzione introduttiva. È risaputo che una gran parte delle energie da parte dell'ospite ma anche dell'equipe curante vengono investite nella fase iniziale di potenti angosce e di tutti i meccanismi difensivi connessi ai processi di separazione. Questo quasi sempre a causa di una forte emozionalità espressa.

Le domande che sono state poste erano relative al riconoscimento più o meno significativo del primo intervento in comunità.

Il secondo quesito tendeva a verificare se il primo intervento aveva avuto una valenza positiva sul trattamento in corso della nuova struttura; il terzo quesito indagava invece la maggiore o minore accoglienza del primo intervento.

6. La scheda riassuntiva

È stata costruita una scheda riassuntiva (v. appendice) sul periodo antecedente al percorso comunitario e quello dopo le dimissioni di ogni ospite.

Nella prima parte è stata inserita una tabella che riporta: il numero e l'età media degli ospiti attuali della comunità passaggi, dei dimessi dal 1999 al 2004 e dei riammessi, nonché la permanenza media attuale e la permanenza media dei dimessi.

Tale scheda prosegue con l'immissione di dati inerenti l'assistenza ricevuta dagli ospiti prima e dopo il percorso comunitario, evidenziando in maniera generica se ci sono stati uno o più ricoveri negli anni precedenti e in quelli successivi all'intervento comunitario. Sempre all'interno di questa sezione, riguardante l'assistenza ricevuta, vengono inseriti anche dati relativi i trattamenti e in particolar modo ai trattamenti residenziali, colloqui psichiatrici psicoterapie, assistenze domiciliari e incontri familiari.

Una terza parte concerne la situazione residenziale, infatti sono state introdotte alcune indicazioni sulla condizione abitativa dei soggetti sempre facendo un raffronto fra il periodo antecedente e successivo il percorso in comunità.

La scheda prosegue con un'ulteriore tabella in cui vengono riportate informazioni pertinenti lo stato occupazionale degli ospiti nell'ultimo anno, specificando se non hanno mai lavorato o se il loro incarico è durato meno di sei mesi, più di sei mesi, o almeno un anno.

Viene utilizzato come parametro temporale massimo un lasso di tempo di dodici mesi perché tale periodo può essere considerato già un tempo sufficiente al fine di evidenziare un miglioramento significativo nella qualità della vita dei soggetti.

Infine viene fatta una panoramica sui rapporti sociali dei soggetti, specificando se questi partecipano o meno ad associazioni culturali e qual'è il numero delle relazioni sociali extrafamiliari.

Anche nel caso della situazione lavorativa e dei rapporti sociali vengono inseriti dei dati inerenti al periodo che precede l'entrata in comunità e quello successivo alle dimissioni.

Queste due ultime sezioni della scheda, che appunto si riferiscono allo stato occupazionale e alla vita sociale dei pazienti, rappresentano due importanti dimensioni che permettono di

evidenziare se in seguito al percorso comunitario sono stati apportati dei cambiamenti che intervengono nell'ambito della sfera vitale dei pazienti.

7. Note conclusive

Inizialmente, quando abbiamo deciso di affrontare questo tipo di studio, credevamo di dover realizzare una ricerca come tante ma in realtà già al momento del primo contatto telefonico abbiamo capito che questo tipo lavoro ci avrebbe potuto portare alcune gratificazioni.

Questo lavoro, ci ha portato infatti a contatto diretto con il naturale svolgersi della vita ordinaria dei nostri ex pazienti, con le loro problematiche attuali, ma anche con i loro piccoli successi quotidiani. Il momento di maggiore soddisfazione è stato infatti quando alcuni ex ospiti ci hanno raccontato i propri vissuti e le proprie esperienze con una piuttosto esplicita richiesta di condivisione e compartecipazione .

È stato gratificante anche il fatto che questa ricerca ha destato molto interesse nell'equipe della comunità.

Già solo il fatto che gli ex ospiti, o chi per loro, ci hanno accordato il loro consenso all'intervista telefonica è stato per noi importante e inaspettato soprattutto perché essi inizialmente non erano a conoscenza della finalità della nostra ricerca, inoltre perché non erano informati dell'assoluto anonimato della loro partecipazione.

È stato molto bello conoscere, da parte del somministratore, anche se solo telefonicamente, i ragazzi di cui avevamo sentito parlare in diverse occasioni sia dagli operatori che dagli ospiti che attualmente risiedono presso la Comunità Passaggi.

Certo non sono mancate le piccole frustrazioni dovute essenzialmente ai rifiuti, che comunque, ricordiamo, sono stati piuttosto esigui.

La maggiore difficoltà non è stata riferibile al lavoro di sistematizzazione dei dati, quanto piuttosto inizialmente alla possibilità di rilevare nella letteratura scientifica a nostra disposizione uno studio di follow up tale da giustificare il suo utilizzo pedissequo nella nostra comunità.

Questo soprattutto perché tali tipi di studio comprendono spesso il ricorso a test standardizzati somministrati prima e dopo il percorso comunitario e costituiscono di fatto delle vere e proprie ricerche sugli out-comes.

Ciononostante la nostra ricerca ci ha consentito di gettare le basi per un lavoro longitudinale da svolgersi nei prossimi anni e che possa raggiungere sufficiente quantità numerica del campione tale da giustificare un'analisi statistica dei dati raccolti.

In ogni caso il nostro lavoro ha avuto il pregio di poter prendere contatto e riconsiderare le singole storie cliniche degli ospiti di riconnettere con il loro vissuto attuale, con un 'evidente ricaduta benefica sull'equipe curante.

I dati rilevati, arricchiti con i resoconti delle interviste telefoniche, sono stati infatti presentati all'equipe curante che ha avuto modo di riesaminare emotivamente il vissuto attuale degli ex ospiti, e ha potuto effettuare delle verifiche e riflettere sul proprio operato arricchendo la propria motivazione al defaticante lavoro in C.T.

Le maggiori difficoltà sono state riscontrate nella reperibilità dei numeri telefonici a causa di cambiamenti domiciliari degli intervistati.

In alcuni casi non è stato possibile avere una disponibilità all'intervista da parte degli ex ospiti o dei familiari a causa della loro condizione di salute o di una comprensibile sospettosità rispetto alla finalità della ricerca, spesso anche a causa di un inconcluso processo di elaborazione della separazione dalla comunità.

In ogni caso la percentuale delle persone che non hanno dato la loro disponibilità non supera il 11% che costituisce quindi un valore relativamente significativo che può essere considerato fisiologico.

8. Appendice

8.1 Questionario

- 1) Ha svolto un'attività di tipo lavorativo dopo l'uscita dalla comunità terapeutica?
 - Sì
 - No

- 2) Indicativamente per quanto tempo?
 - Mai
 - Meno di sei mesi
 - Più di sei mesi
 - Dodici mesi

- 3) Qual è la sua occupazione attuale?
 - Non lavora
 - Lavoro a tempo pieno
 - Lavoro a tempo parziale
 - Borsa lavoro
 - Tirocinio di lavoro

- 4) Ha qualcuno che l'aiuta al proprio sostentamento?
 - Non ha nessuno che lo aiuta
 - Ha qualcuno che lo aiuta parzialmente
 - Ha qualcuno che lo aiuta totalmente

- 5) Qual'era la sua situazione abitativa prima di intraprendere il percorso comunitario?
 - Domicilio con i genitori
 - Domicilio autonomo
 - Domicilio presso struttura socio assistita
 - Domicilio presso altra struttura terapeutica comunitaria

6) Qual è la sua attuale situazione abitativa?

- Domicilio con i genitori
- Domicilio autonomo
- Domicilio presso struttura socio assistita
- Domicilio presso altra struttura terapeutica comunitaria

7) È soddisfatto dell'attuale situazione abitativa?

- È soddisfatto
- Non è soddisfatto
- È indifferente

8) Ha avuto seri conflitti con la sua famiglia o con altre persone a cui è molto legato?

- Non ne ha avuti
- Ne ha avuti pochi
- Ne ha avuti molti

9) È soddisfatto delle attuali relazioni affettive extra familiari?

- È soddisfatto
- Non è soddisfatto
- È indifferente

10) Qual'era il numero delle sue frequentazioni continuative fuori dall'ambito familiare prima di intraprendere il percorso comunitario?

- Nessuna
- più di 5
- più di 20
- più di 50

11) Qual è il numero delle sue frequentazioni continuative fuori dall'ambito familiare?

- Nessuna
- più di 5
- più di 20
- più di 50

12) Ha qualche problema che influisce con continuità nella vita?

- No
- Sì

13) Ha ricevuto trattamenti e/o ricoveri per problemi psicologici/psichiatrici prima dell'entrata in comunità?

- No
- Sì

14) Se sì quali?

- Interventi psicologici continuativi
- Ricoveri psichiatrici
- Psicoterapie
- Richiesta di interventi episodici
- Altro

15) Ha ricevuto trattamenti e/o ricoveri per problemi psicologici/psichiatrici dopo l'uscita dalla comunità?

- No
- Sì

16) Se sì quali?

- Interventi psicologici continuativi
- Ricoveri psichiatrici
- Psicoterapie
- Richiesta di interventi episodici

17) Prima dell'entrata in comunità faceva uso di farmaci?

- No
- Sì

18) Attualmente fa utilizzo di farmaci (senza specificare in quale quantità)?

- No
- Sì

19) È soddisfatto dell'uso del proprio tempo libero?

- No, non è soddisfatto
- Sì è soddisfatto
- È indifferente

20) È iscritto e frequenta associazioni culturali o sportive (palestra, piscina, ecc.)?

- No
- Sì

8.2 Scheda individuale

Numero scheda _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Sesso _____

Residenza _____

Domicilio _____

N. Telefono _____

Altri indirizzi utili al reperimento _____

USL di provenienza _____

N. Telefono USL _____

DSM di _____

Occupazione professionale _____

Titolo di studio _____

Stato civile _____

Patologia prevalente _____

Data ingresso _____

Data dimissione _____

Data riammissione _____

Data dimissione _____

Data inizio assistenza domiciliare _____

Data fine assistenza domiciliare _____

Domicilio presso altre strutture terapeutiche _____

8.3 Domande per i pazienti ospiti in altre comunità

(Da somministrare agli operatori o ai pazienti)

1) Il paziente riconosce come significativo, in ogni caso, l'intervento nella comunità?

- Sì
- No
- Poco
- Molto

2) L'intervento precedente, ha avuto, nella sua brevità, una valenza positiva sul trattamento in corso nella nuova struttura?

- Sì
- No
- Poco
- Molto

3) L'ospite come ricorda l'intervento presso la prima struttura?

- Accogliente
- Poco accogliente
- Molto accogliente
- Non accogliente

8.4 Scheda riassuntiva

	Numero	Età media
Ospiti attuali	7	23,7
Ospiti dimessi dal 1999 al 2005	28	25,9
Ospiti riammessi	3	28,7
Permanenza media dimessi	12,9	

ASSISTENZA RICEVUTA

TRATTAMENTI:

	Residenziali	Coll. Psichiatrici	Psicoterapie	Ass. domiciliari	Incontri familiari	Ricoveri in clinica
Prima del percorso:	5	24	22	2	11	25
Dimessi:	4	13	13	3	4	10

RESIDENZA

	Famiglia	Autonoma	Str. res. protette
Prima del percorso:	27	1	5
Dimessi:	14	9	4

LAVORO

	Mai	Meno di 6 mesi	Più di 6 mesi	12 mesi	24 mesi
Dimessi:	13	4	1	5	4

RAPPORTI SOCIALI

	Part. Associazioni	Relazioni sociali
Prima del percorso:	0	10
Dimessi:	4	16

9. Bibliografia

AZIM H. F., Programmi di trattamento diurno per disturbi di personalità: una revisione, Funzione gamma journal n. 4, Febbraio 2001, pp. 9-10.

BULGARINI G., Persona psicosi e lavoro un progetto per riabilitare e risocializzare, Franco Angeli.

CAFISIO R., Sindrome post traumatica da stress: follow up dei soggetti trattati, 2000.

COOPER D., Psichiatria e antipsichiatria, Armando Editore, Roma 1967, pp. 143-156.

CRONI BONO A., GIRAUDO S., LAMARRA V., MERLO G., Comunità il porto, studio di follow up, 1995.

CRONI BONO A., FARNETI A., GIRAUDO S., LAMARRA V., MERLO G., Follow up di comunità ragionare sui risultati, 1998.

FRANCESCATO D., GHIRELLI G., TOMAI M., Fondamenti di psicologia di comunità principi , strumenti ambiti di applicazione, Carocci, 2002, pp.132-133, 182, 323-324.

KAZDIN A.E., Metodi di ricerca in psicologia clinica, Il mulino, 1992 pp.477-494.

MAGUIRE L., Il lavoro sociale di rete, Erickson 1983