



housing: an educational european
road towards civil rights

HOUSING E SALUTE MENTALE

INDICATORI DI QUALITÀ
AD USO DELLE
COMUNITÀ LOCALI

A CURA DEL **TEAM HERO** DELLA **ASL ROMA 2**



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

www.housing-project.eu

Indice



	Presentazione dell'iniziativa	<i>pag.</i> 3
	Il partenariato internazionale	4
I.	Il contesto entro cui si pone HERO	5
II.	A quale lettore si rivolge l'eBook	8
III.	Definire l'Housing	9
IV.	Necessità di indicatori comuni	12
V.	La selezione degli indicatori	13
VI.	L'approccio di raccolta delle informazioni.	
	Le Aree-chiave. La rassegna bibliografica e i Focus group	14
	A. Focus group. Informazioni generali	16
	B. Rassegna bibliografica. Informazioni generali sui testi analizzati	17
VII.	Le 10 Aree-chiave: Verso un linguaggio comune per l'Housing	18
VIII.	Aree-chiave e indicatori per l'Housing	
	Sintesi delle informazioni ricavate dalla rassegna bibliografica e dai focus group	
	1. PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ DELL'UTENTE	19
	2. RISORSE DEL TERRITORIO	24
	3. CASE MANAGER/STRUTTURA ORGANIZZATIVA E RETI PER L'HOUSING NEL SSN	29
	4. VALUTAZIONE DELLE RAPPRESENTAZIONI, PERCEZIONI, MOTIVAZIONI DEGLI UTENTI	32
	5. FLESSIBILITÀ/GOVERNO CLINICO/COMUNICAZIONE E COORDINAMENTO	35
	6. RESPONSABILITÀ E PROCESSO DECISIONALE DELL'UTENTE	39
	7. VOLONTARIATO E SOCIETÀ CIVILE	41
	8. FORMAZIONE CONTINUA	43
	9. RISORSE SPECIFICHE PER L'HOUSING	46
	10. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	49
IX.	Uso degli indicatori	51
X.	Conclusioni	52
XI.	Bibliografia	55

Presentazione dell'iniziativa

Dott.ssa **Flori Degrassi**

Direttore Generale - ASL Roma 2



È con vivo piacere che introduco la pubblicazione "Housing e salute mentale. Indicatori di qualità ad uso delle comunità locali", primo frutto del progetto HERO, risultato di un autentico scambio tra esperienze di Housing, che ha la finalità di individuare indicatori di qualità che possano porsi come linee guida europee per future iniziative nel percorso di recovery nella salute mentale.

HERO è il primo progetto dell'ASL ROMA 2 sul "sistema abitare" nella salute mentale che ha ricevuto un riconoscimento a livello europeo nell'ambito del programma Erasmus +. Con questo programma la Commissione Europea ha voluto incentivare il lavoro congiunto tra partner di paesi diversi su questo importante tema.

Il progetto s'inserisce a pieno titolo nel "Piano d'azione della Salute Mentale 2013-2020" promosso dall'OMS e rientra nell'obiettivo 3

"Good health and well-being" dell'United Nations Sustainable Development.

Vorrei inoltre sottolineare il valore che HERO ha attribuito allo scambio tra cittadini, utilizzatori dei servizi con i loro familiari, operatori della salute mentale, stakeholders, social workers, nella costruzione di un percorso integrato verso una qualità di vita che faciliti il benessere e l'inclusione sociale contro lo stigma e l'emarginazione.

Ritengo che questo primo tangibile prodotto del progetto HERO promosso e coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2 possa incontrare l'interesse di quanti, a diverso titolo, si occupano del "sistema abitare". Auguro buon lavoro a chi, nei cinque paesi europei in cui il progetto viene attuato, lavora per la sua realizzazione.



Il partenariato internazionale



Le opinioni espresse in questa pubblicazione sono esclusivamente quelle degli autori; la Commissione non è responsabile dell'eventuale utilizzo delle informazioni contenute in tale pubblicazione.



CAPOFILA DEL PROGETTO HERO CON IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
ITALIA
www.aslroma2.it

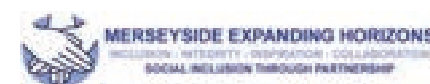
HANNO CONTRIBUITO AL LAVORO DI RACCOLTA DATI E STESURA DELL'eBook



ITALIA
www.fondazione diliegro.com



CROAZIA
www.bolnica-vrapce.hr



GRAN BRETAGNA
www.expandinghorizons.co.uk



BELGIO
www.pegode.be



GRECIA
www.pepsaee.gr



housing: an educational european road towards civil rights

I.

Il contesto entro cui si pone HERO



La salvaguardia della salute mentale sta assumendo importanza sempre maggiore in ogni paese.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in questi ultimi anni, sta lanciando programmi di intervento e attivando l'allarme riguardo ai livelli di disabilità prodotti dalla malattia mentale.

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. La salute mentale è importante, ma, a livello mondiale, dobbiamo lavorare ancora molto per garantirle il giusto spazio. Bisognerà invertire molte tendenze sconvenienti – i servizi e le cure nell'ambito della salute mentale troppo spesso dimenticati, le violazioni dei diritti

umani o la discriminazione di cui sono vittime le persone con disturbo mentale o con disabilità psicosociali.

Questo piano d'azione globale riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa, infatti, su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione. Definisce quattro obiettivi principali: ottenere una leadership e una governance più efficaci nell'ambito della salute mentale; riuscire ad offrire servizi di salute mentale e servizi sociali completi, integrati e capaci di rispondere ai bisogni della comunità; mettere in campo delle strategie di promozione e prevenzione; rafforzare i sistemi informativi, raccogliere sempre più evidenze scientifiche ed implementare la ricerca. Gli obiettivi di questo piano d'azione sono cer-



tamente ambiziosi, ma l'OMS ed i suoi Stati membri si sono impegnati a raggiungerli. (Mrs. Margaret Chan, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Presentazione del "piano d'azione della salute mentale 2013–2020").

Tale piano d'azione è complementare con il "quality right toolkit" dell'OMS, che stabilisce gli standard per il supporto all'abitare, rifacendosi ai 5 temi della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite:

1. Il diritto a uno standard di vita adeguato e alla protezione sociale;
2. Il diritto ad avere il migliore standard di salute fisica e mentale;
3. Il diritto alla capacità giuridica e il diritto alla libertà personale e alla sicurezza;
4. Il diritto alla protezione dalla tortura, dal trattamento disumano o degradante e dallo sfruttamento, violenza e abusi;

5. Il diritto a una vita indipendente e all'inclusione sociale.

HERO è un progetto che parte dai luoghi: Le città sono luoghi dove il significato è sempre relazionale, in continuo mutamento, dove la sola transitorietà sopravvive indenne (Esther da Costa Meyer, 2012). L'Housing indica abitare, ma la desinenza inglese "ing" indica una progressione: l'abitare cioè non avviene una volta per tutte, abitare è un vivere nel mutamento, un cammino perenne in un luogo, quartiere, città dove si costruiscono relazioni, dove si conoscono persone dove si è conosciuti e riconosciuti.

Le ricerche nell'ambito delle neuroscienze dicono che il nostro cervello è un organo che vive e cresce nelle relazioni: "L'idea di mente e per estensione di sé che voglio introdurre attraverso la nozione di Sé esteso è quella di un Sé che non è localizzabile né dentro né fuori il cervello/corpo, ma è costantemente

rappresentato (enacted) in-tra cervelli, corpi, oggetti ed è irriducibile a ciascuno di questi tre elementi presi isolatamente" (Malafouris, 2009).

Noi crediamo che la salute mentale non possa costruirsi dentro un luogo solo. Franco Basaglia, dopo una discussione avuta con Ronald Laing riportata in "Crimini di pace" (1975), scrive: "Laing ... ripropone ora (...) la costituzione di un "asilo" che risponda (...) al bisogno di riparo, di protezione, di tutela di chi vive un'esperienza "diversa". Un luogo dove il diverso possa esprimersi senza limitazioni e dove si impari a convivere con esso. Ma così come Laing augura a noi di resistere e lottare nelle istituzioni, noi auguriamo a lui che il suo "asilo" riesca a non diventare un'istituzione, restando (come resterà) inevitabilmente inserito nella logica sociale ed economica dell'area in cui sorgerà ... Restaranno comunque i limiti di un'azione che,

Il contesto entro cui
si pone HERO



per essere più approfondita sul piano del soggetto, finisce per non avere la stessa approfondita incisività sul piano politico-sociale in cui il soggetto è oggettivato".

Pensare che esista un luogo dove la persona possa curarsi, senza intervenire sul piano politico-sociale, rischia di produrre cronicità: la salute sta nella diversità, nella costruzione di nuove possibilità, nel mantenere la speranza di un futuro diverso.

"Tra il 1950 e 1960 la convinzione che il trattamento richiedesse solo una breve permanenza dentro un'istituzione fu portata avanti sia da clinici che da politici in diversi paesi europei ... La lotta contro i vecchi ospedali psichiatrici considerati "ambienti antiterapeutici" fu condotta inizialmente su basi potremmo dire "naive" cioè modificando le strutture".

(Robert Hinshelwood, 2001 ex Direttore Comunità Terapeutica "Cassel" di Londra)

Se il problema era la grandezza si fecero strutture piccole;

Se erano lontane dal contesto di vita, furono costruite dentro le città.

Tutto questo non funzionò. Nei piccoli centri continuò a permanere quella che fu chiamata "la nuova cronicità".

HERO si propone, quindi, di studiare ciò che rende "terapeutico" un luogo o ciò che lo rende fonte di benessere, non solo per gli utenti, ma anche per i loro familiari, gli operatori, i cittadini. Luoghi, questo è importante, interconnessi, permeabili, abitabili e modificabili. Dove ciascuno si possa sentire accolto in quanto persona, non connotato, non stigmatizzato. Dove ciascuno possa riconoscere che la salute mentale (e non solo) è un patrimonio che si raggiunge se tutti ne sono coinvolti e che riguarda tutti.

Noi crediamo che il lavoro nel territorio sia

inevitabile con i "luoghi" della cura intesi come "sponde", supporto, anche ospitanti, ma dentro e in relazione con altri luoghi.

Marc Augé già nel 1994 affermava che *"bisogna uscire dal quadro restrittivo delle culture come insiemi autonomi condannati alla coesistenza"*. Costruire un sistema per trovare un nuovo linguaggio che non sia la somma di linguaggi diversi, ma produca una vera novità e una nuova cultura di benessere sociale e salute psichica.

Questo il nostro obiettivo.

II.

A quale lettore si rivolge l'eBook



L'eBook vuole essere un contributo alla diffusione di esperienze ed idee sull'Housing, rivolto a tutti coloro che direttamente o indirettamente hanno a che fare con esperienze di disturbi di salute mentale.

Un eBook per chi vuole sapere cosa si intenda oggi con Housing nell'ambito della salute mentale, quali le sue premesse, quali le esperienze in corso, quali i limiti e quali le potenzialità.

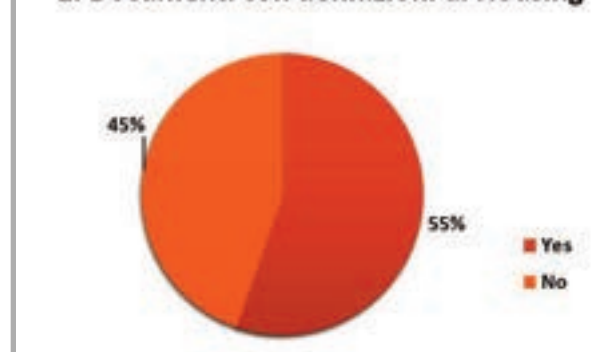
Un eBook per avvicinarsi all'Housing e per pensare in che modo ciascuno può attivamente contribuire allo sviluppo di società sempre più inclusive.

III.

Definire l'Housing



1. Documenti con definizioni di Housing



La letteratura internazionale offre un ampio spettro di parole per denominare i luoghi, i progetti, la natura dei percorsi implicati nell'Housing di persone con disagio psichico. In alcuni articoli, viene esplicitata la difficoltà di avere a disposizione una nomenclatura comune e condivisa; al fine di superare le possibili confusioni derivanti da tale difficoltà, sono stati proposti, da più parti, alcuni schemi ritenuti più aderenti alla realtà.

Il terreno comune:

indipendentemente dai nomi che si vogliono dare ai luoghi ove le persone vivono, si nota che tali luoghi si collocano lungo due assi principali agli estremi dei quali vi sono le parole:

- Autonomia – Dipendenza;
- Protezione – Mancanza di restrizioni.

Gli AA. sostengono che lungo questi itinerari possono essere forniti aiuti e facilitazioni di tipo ed entità diversi.

In altri termini, alcuni AA. suggeriscono di considerare due movimenti complementari:

- spingere le persone a spostarsi dai luoghi istituzionali verso case normali;
- stimolare l'accettazione generale e il sostegno dei contesti per permettere alle persone disabili di vivere nella normale società.

Le storie diverse

La letteratura riporta due grandi categorie rispetto all'impostazione dei progetti, delle

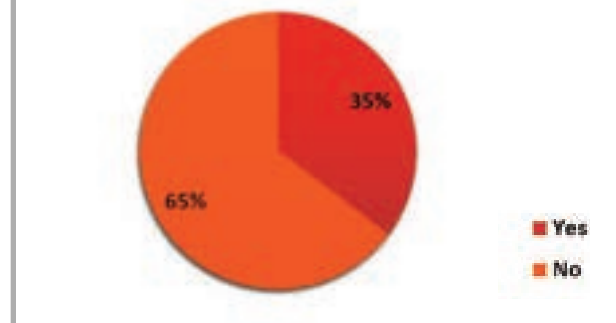
Definire l'Housing



leggi e dei finanziamenti. Esse rispondono in modo diverso al bisogno di Housing delle persone fragili.

- Il modello che ruota intorno al concetto di HOUSING FIRST considera la casa come un diritto per tutti, anzi come una necessità prioritaria. Solo dopo aver ottenuto/avuto/scelto una dimora, la persona che vi abita (in queste descrizioni spesso proveniente da esperienze di senza fissa dimora) può rivolgere l'attenzione ai suoi bisogni di cura sanitaria, psichica, sociale, legale, etc. In questo caso gli AA. sottolineano l'importanza di separare l'Housing dalla cura e dalla riabilitazione. Quindi, nell'"Housing as Housing", dando spazio alla libera scelta, si ritiene di rinforzare il senso di responsabilità dell'individuo e di evitare, così, una dipendenza dalle istituzioni.

2. Documenti che si riferiscono all'approccio dell'"Housing first"



- Il modello che si rifà all'HOUSING STEP-BY-STEP parte dai processi di deistituzionalizzazione per i pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici e opera una sorta di progressiva e graduale riduzione dell'assistenza lungo un "continuum of care", individuando passaggi intermedi in strutture sempre meno custodialistiche e sempre più autonome.

I punti da cui partono questi due modelli sono, dunque, diversi e non solo in termini concettuali, ma proprio in termini storici. L'uno nasce dalla necessità di affrontare i problemi dei senza fissa dimora, l'altro nasce dalla volontà di superare i nodi iatrogeni dell'istituzione totale. Ma da allora essi hanno avuto ulteriori sviluppi e articolazioni. Un buon contributo alla definizione nominale viene dato dagli AA. che distinguono tre tipologie principali:

CUSTODIAL HOUSING: strutture con personale sanitario sempre presente che eroga cure e prestazioni ai pazienti interni ed esercita controllo.

SUPPORTIVE HOUSING: Gruppi – Appartamento con personale interno che svolge programmi di riabilitazione con i residenti: lo staff decide il "dove e con chi" si realizza l'abitare.



SUPPORTED HOUSING: case indipendenti, scelte da chi vi abita, personale esterno con funzioni facilitanti a seconda dei bisogni. Le decisioni del cittadino sono tutte libere.

Si vede come in queste definizioni, proposte soprattutto negli U.S., i parametri considerati importanti e variabili si riferiscano soprattutto al potere decisionale, alle funzioni dei curanti, al diverso ruolo degli utenti.

Tuttavia, già all'interno del mondo anglosassone, si osservano accezioni diverse di termini uguali: nel UK sotto la definizione *Supported* si ritrovano anche caratteristiche del *Supportive Housing*, infatti, vi si prevede personale presente 24 h/die.

Si riscontrano in letteratura critiche metodologiche la cui finalità è controversa in quanto ciascuno propone come migliore il modello che sottende la propria definizione. Ne è un esempio il Supported Housing (la cui matrice "housing first" prevede un supporto flessibile alla persona nello stesso appartamento) contro il Continuum Approach (la cui matrice "step by step" prevede il passaggio dell'utente ad un appartamento con un diverso supporto a seconda del suo stato).

Alcuni articoli riportano, nell'ambito variegato del Supported Housing, altre definizioni quali ad esempio: Residential Care, Floating Outreach, Case Assistite, Case con Facilitazioni.

In termini generali, altri parametri presi in considerazione in quanto utili per distinguere le tipologie di Housing sono:

- di chi è la casa (proprietà, libera locazione, di famiglia, di istituzioni facilitanti, etc.);
- se è caratterizzata da servizi centralizzati, se è garantita la privacy individuale;
- quali modalità ha l'assistenza (a richiesta, su appuntamento, di supporto frequente, di sorveglianza stabile, etc.).

IV.

Necessità di indicatori comuni



Già la necessità di un linguaggio comune per l'Housing era avvertita dai partner del progetto HERO, a partire dalle proprie esperienze. Il lavoro realizzato nei primi dieci mesi ha confermato questa esigenza. Gli indicatori possono variare in misura sostanziale da un paese all'altro, rispecchiando le esigenze dell'ampia varietà di situazioni presenti nell'UE. È, tuttavia, necessario concordare e stabilire una serie di indicatori comuni tra chi si occupa di Housing, così da poter più facilmente confrontare le informazioni - sia a livello europeo che a livello nazionale - in merito alle attività in corso e ai risultati conseguiti.

E ciò oggi ci sembra tanto importante quanto possibile. Gli indicatori presentati in questo eBook avviano un lavoro in questa direzione. Un toolkit di indicatori che ci auguriamo apra un utile dibattito per migliorare i progetti di Housing nei paesi europei.

V.

La selezione degli indicatori



La scelta degli indicatori per l'Housing non è stata facile. Ci ha aiutato avere in mente che essi scaturivano da un'indagine realizzata in tutti i paesi partner, che ha integrato l'analisi della letteratura con le testimonianze dei principali stakeholders dell'Housing.

Inoltre, ci ha guidato pensare all'utilizzo che sarebbe stato fatto degli indicatori finalizzandoli a: 1) migliorare gli itinerari di Housing attraverso percorsi flessibili, ma codificati; 2) creare servizi che tengano conto della variabilità individuale senza necessariamente procedere a vista.

L'analisi della letteratura ci ha fornito quell'orientamento necessario a far di un problema privato una risorsa condivisibile.

Abbiamo individuato circa 150 indicatori suddivisi nelle 10 aree-chiave.

VI.

L'approccio di raccolta delle informazioni

Le Aree-chiave

La rassegna bibliografica e i Focus group



Il team multidisciplinare del Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2, allo scopo di individuare le aree-chiave di analisi della letteratura e dei focus group sull'Housing, ha proceduto a realizzare:

- focus group, esplorativi, interni al team HERO, in cui il team multidisciplinare ha scambiato idee sulle varie esperienze fatte, in anni di servizio, sul campo;
- un "carotaggio" della letteratura specialistica, analizzando circa dieci articoli scientifici sull'argomento, sia di stampo più teorico sia riferiti ad altre esperienze sul campo in diversi paesi, principalmente nel campo della salute mentale, ma anche in altri campi dell'Housing, come, ad esempio, progetti rivolti ai senza fissa dimora.

Le aree-chiave sono nate dal confronto di esperienze tra i partner e da una specifica analisi della letteratura sul tema. Esse hanno orientato sia il lavoro di rassegna bibliografica che la realizzazione dei focus group. L'elaborazione e l'analisi di questo bagaglio informativo ha consentito al team della ASL ROMA 2 di approdare alla costruzione/individuazione delle aree-chiave di raccolta delle informazioni.

Ogni partner ha successivamente utilizzato queste aree chiave per l'analisi dei contenuti dei focus group e per l'analisi di un più ampio numero di articoli e documenti scientifici internazionali.



Nell'ambito di HERO sono state utilizzate tali aree-chiave proprio per integrare le informazioni raccolte con un coinvolgimento diretto (focus group) degli interessati all'Housing, con informazioni tratte dalla letteratura sull'argomento. Un approccio che, partito dall'esperienza vissuta e raccontata in prima persona, ne ha colto le risonanze con la letteratura internazionale sul tema.

Queste aree-chiave rappresentano gli ambiti ritenuti maggiormente rilevanti, sia nell'esperienza sia nella letteratura, per la buona riuscita delle esperienze di Housing. Per lo stesso motivo sono state considerate punto di riferimento per la stesura degli indicatori di qualità.

Alla luce della successiva rilevazione avvenuta con i focus group (con quattro tipologie di gruppi target) nei vari paesi del progetto e con l'analisi di ben 65 articoli e documenti internazionali sull'Housing, le aree-chiave sono risultate robuste nella loro rilevanza scientifico-pragmatica.

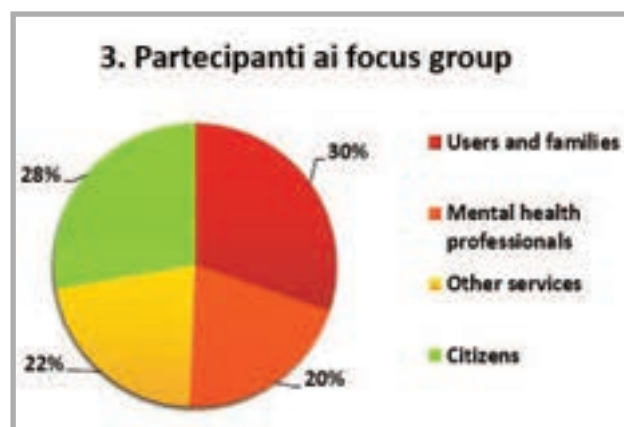
I dati tratti dalla letteratura sono stati integrati in modo da consentire la valutazione del grado di utilità degli indicatori, la loro appropriatezza ai diversi contesti e ai diversi target.

Una nuova area-chiave emersa, a valle del lavoro, è quella delle politiche che orientano l'intervento in questo campo. In particolare esse pongono sia importanti vincoli sia notevoli risorse, a partire dalla stessa messa a disposizione o meno delle case. All'analisi delle politiche il team di progetto è interessato a dedicare in futuro una pubblicazione ad hoc. L'argomento è ampio e richiede ulteriori risorse da mettere in campo.



A. Focus group

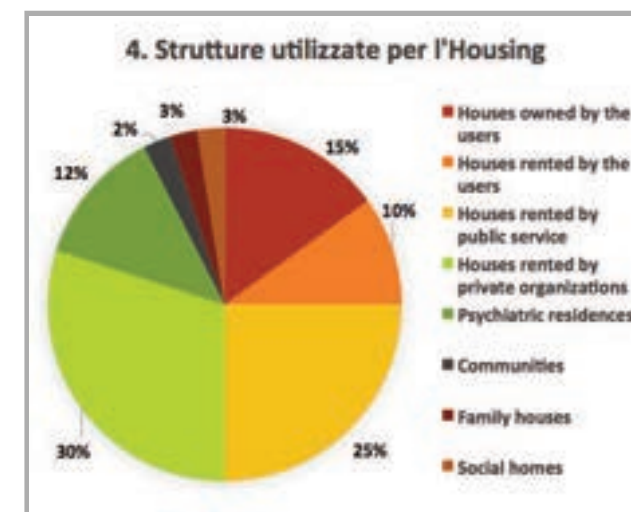
Informazioni generali



Sono stati realizzati 25 focus group a cui hanno partecipato complessivamente 249 persone.

Sono stati quattro i gruppi target raggiunti: utenti dei servizi di salute mentale e famiglie, operatori dei servizi di salute mentale, professionisti di altre agenzie e servizi territoriali, cittadini. I focus group sono stati realizzati a Roma-Italia, ad Atene-Grecia, a Zagabria-Croazia, a Gent, Lier e Bornem-Belgio, a Liverpool-Gran Bretagna. Alcuni utenti che hanno preso parte ai focus group erano direttamente coinvolti in progetti di Housing, e a loro è stato chiesto di parlare della loro esperienza di Housing.

I progetti in cui le persone che hanno partecipato ai focus group sono coinvolte, sono principalmente del tipo "Gruppi-Appartamento" (supportive Housing) e case indipendenti (supported Housing). In Italia, in un solo caso, viene riferita l'esperienza in strutture con personale sanitario sempre presente (custodial Housing).



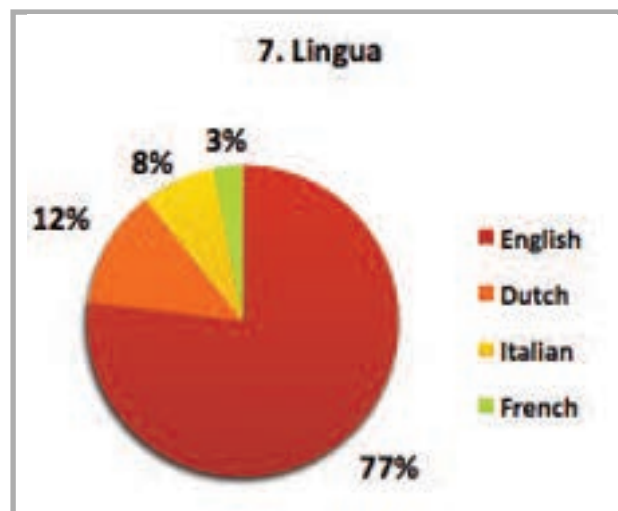
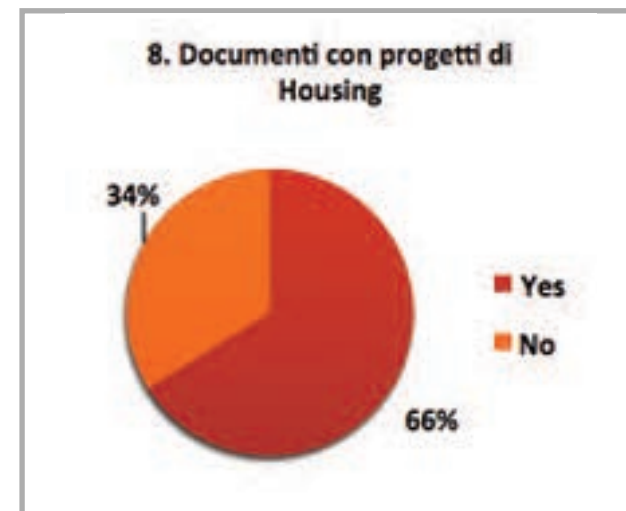
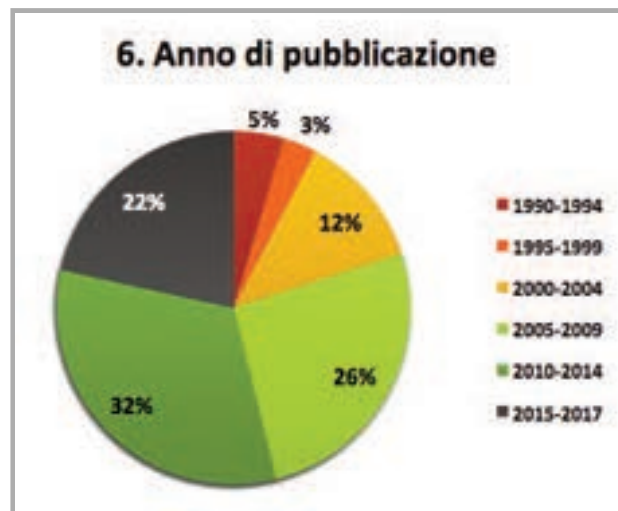
In Belgio, vengono riportate esperienze di supporto telefonico, di formati innovativi e di modelli diversificati. In Croazia e in Gran Bretagna, vengono utilizzati tutti gli approcci all'Housing: custodial, supportive e supported.

L'approccio di raccolta
delle informazioni



B. Rassegna bibliografica. Informazioni generali sui testi analizzati

Il team internazionale di HERO ha analizzato 65 documenti sul tema dell'Housing, pubblicati negli ultimi trent'anni.



VII.

Le 10 Aree-chiave: Verso un linguaggio comune per l'Housing



L'obiettivo del progetto HERO è di promuovere un linguaggio comune che possa essere condiviso tra tutti coloro che hanno a che fare con l'Housing per persone con esperienze di disagio psichico.



Gli indicatori sono stati raggruppati in 10 aree-chiave. Le aree-chiave, di seguito riportate, sono quelle emerse con maggior evidenza nella nostra indagine, ma non vanno considerate esaustive. Le aree-chiave con i loro indicatori rappresentano un primo passo verso la sistematizzazione di conoscenze sull'Housing.

Le aree-chiave identificate da HERO sono:

1. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ DELL'UTENTE
2. LE RISORSE DEL TERRITORIO
3. IL CASE MANAGER/STRUTTURA ORGANIZZATIVA E RETI PER L'HOUSING NEL SSN
4. VALUTAZIONE DELLE RAPPRESENTAZIONI, PERCEZIONI, MOTIVAZIONI DEGLI UTENTI
5. FLESSIBILITÀ/GOVERNO CLINICO/COMUNICAZIONE E COORDINAMENTO
6. RESPONSABILITÀ E PROCESSO DECISIONALE DELL'UTENTE
7. VOLONTARIATO E SOCIETÀ CIVILE

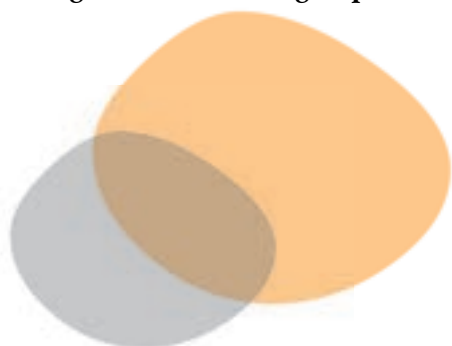
8. FORMAZIONE CONTINUA
9. RISORSE SPECIFICHE PER HOUSING
10. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

Per ciascuna delle 10 aree-chiave viene riportato quanto emerso dall'analisi della letteratura e dall'analisi dei focus group. Ad ogni area-chiave corrisponde una specifica lista di indicatori. Ricordiamo che gli indicatori sono stati individuati con una metodologia bottom-up integrata ad una top-down. Essi non sono solo indicatori teorici e nascono dalle esigenze degli utilizzatori dell'Housing e da tutti coloro che vi partecipano più o meno direttamente. Ricordiamo che hanno avuto parte attiva nel lavoro sugli indicatori per l'Housing che qui vengono presentati i quattro gruppi target di HERO: utenti e loro famiglie, operatori di servizi di salute mentale, operatori di altre agenzie sanitarie e non, cittadini.

VIII.

Aree-chiave e indicatori per l'Housing

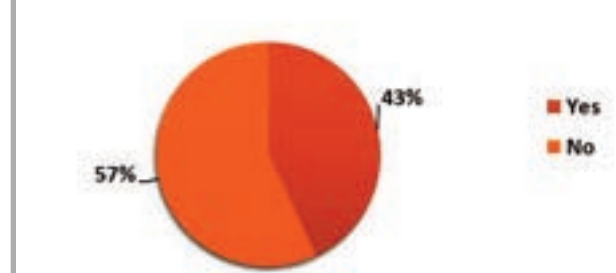
Sintesi delle informazioni ricavate dalla rassegna
bibliografica e dai focus group



1. PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ DELL'UTENTE

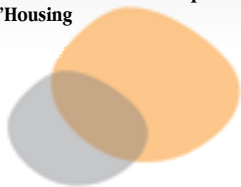
Il tema della valutazione delle competenze e dei bisogni degli utenti inseriti in progetti di Housing è centrale in letteratura, ma risente delle differenze esistenti tra un approccio definito "Housing first" e un approccio basato su livelli crescenti di autonomia lungo un "continuum" ("Step by step").

1.1 Documenti con valutazioni delle capacità di funzionamento degli utenti



Nel primo caso, lo scopo della valutazione è quello di individuare e valutare i bisogni dell'utente per calibrare il tipo e l'intensità del supporto necessario a garantire loro il massimo grado di autonomia possibile e la più alta soddisfazione nella percezione soggettiva della qualità della propria vita, partendo dall'idea di separare l'abitare dalla cura.

Nel secondo caso, l'obiettivo è quello di favorire la scelta della migliore soluzione possibile, sia per il tipo di struttura sia per il grado di supporto fornito e per la tipologia degli altri ospiti, laddove ovviamente tale scelta sia possibile. Sono, infatti, segnalate da più parti come criticità sia le difficoltà di fornire una gamma di soluzioni che rispondano a diversi bisogni sia la mancata coincidenza temporale tra la disponibilità di una risorsa e la richiesta da parte dell'utente e/o dei servizi.



In relazione a quest'ultimo aspetto viene sottolineata la necessità di valutare attentamente la motivazione alla scelta della soluzione abitativa più o meno autonoma da parte dell'utente (e dei suoi familiari).

Dalla letteratura analizzata, emergono fattori diversi da valutare la cui combinazione fornisce profili di utenti che hanno diversi bisogni:

- Ritardo mentale, misurato con il Q.I..
- Capacità adattive.
- Capacità che hanno a che fare con la vita quotidiana: competenze intellettuali (comprensione del linguaggio parlato e scritto, gestione del danaro, comprensione di una tabella oraria), competenze sociali (contatto interpersonale, senso di responsabilità), competenze pratiche di base e strumentali per definire il livello di aiuto necessario a svolgere compiti legati alla quotidianità.

- Partecipazione e interazione sociale, secondo il principio di cittadinanza, per il quale ciascuno partecipa secondo le sue possibilità.
- Salute fisica e mentale.
- Contesto socio economico, rete sociale, condizione socio-economica.



Vanno inoltre considerate le valutazioni relative alla soddisfazione degli utenti, dei fami-

liari e degli operatori. In particolare, si riconosce che la valutazione della soddisfazione soggettivamente percepita dagli utenti risulta più significativa ai fini della recovery che non la remissione dei sintomi.

Se viene generalmente riconosciuta la necessità di una valutazione iniziale, non vi è unanimità sulla frequenza del monitoraggio, ma questa può variare fra due settimane e tre-sei mesi.

La titolarità della valutazione/monitoraggio è principalmente dei Servizi di Salute Mentale, ma anche delle organizzazioni cui è affidato il supporto.

Va segnalato, a margine del tema della valutazione, che quella riguardante il fabbisogno di strutture o di abitazioni riservate a utenti è considerata una funzione specifica delle au-



torità locali, volta ad indirizzare le politiche locali.

In merito all'utilità del monitoraggio delle competenze e della soddisfazione degli utenti, in vista della programmazione degli interventi, numerosi studi affermano che è preferibile predisporre sistemi di supporto piuttosto che soluzioni abitative ad hoc, perché in queste ultime è presente una maggiore probabilità che tali soluzioni siano troppo limitanti o troppo assistenziali.

Secondo alcuni studi, l'approccio psichiatrico tradizionale della residenzialità, consistente esclusivamente nel controllo sanitario degli utenti, non fornisce quegli strumenti che orientano verso una vita indipendente e che possono essere ottenuti solo in un contesto di supporto all'autodeterminazione e alla vita autonoma.

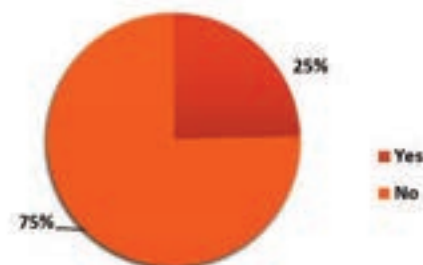
I fattori che sembrano influenzare maggiormente gli esiti, in termini di percezione della

qualità della vita, sono legati alle variabili di contesto come la durata della permanenza in una stessa abitazione, per il vissuto di stabilità ad essa collegata e la migliore integrazione sociale e, più in generale, le caratteristiche del quartiere.

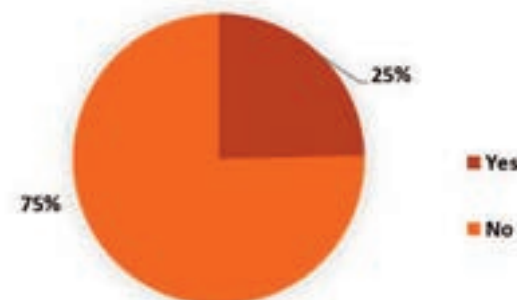
Alcuni autori sottolineano l'efficacia di progetti che prevedano l'accesso ad un supporto psicologico da parte dello staff e ad un supporto fra pari per sviluppare le competenze utili alla vita quotidiana comprese quelle relazionali.

È interessante osservare come nei focus group sia stata sottolineata la necessità di una adeguata valutazione della motivazione e delle competenze necessarie a vivere con altri. Da parte degli utenti, questo tema si collega strettamente con quello della autodeterminazione e del controllo sulla propria vita, in particolare rispetto alla scelta delle persone con le quali convivere.

1.3 Documenti che riportano le strutture che hanno realizzato valutazioni delle capacità di funzionamento degli utenti



1.4 Sono utilizzati metodi o strumenti standardizzati per queste valutazioni?





1.5 Metodi/Strumenti utilizzati per la valutazione

HoNos Health of the Nation Outcome Scales	Lehaman's Quality of Life scale
VADO Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi	RIBW
WHOQOL-BREF	SAMSHA/CMHS SMI survey
LSP Life skills profile	PHI The Physical Health Index
CAN Camberwell Assesment of Need	Social Network Assessment at the initial interview (T1)
WHO-DAS II Disability Assessment Scale II	Participants completed an Adaptation to Community Living Assessment
POE - COPEs	Housing Environment Assessment at the one-year follow-up interview (T2)
MANSA - PGCMS	Madison Assertive community treatment programme
QUIS Quality of Interaction Schedule	Lancashire Quality of Life Profile LQOLP
SOM Short Observation Method	Brief Psychiatric Rating Scale BPRS
Special form created in Ireland	Global Assesment Functioning Scale GAF
NCA Needs-for-Care Assessment	External Integration Scales
IQ	Social community integration asses
RS score	SF 12 Consumer experiences of stigma questionare
AAMR - model for support's systems evaluation	

Da parte degli operatori viene messa in evidenza la criticità che si determina, quando, anziché privilegiare la valutazione, vengono compiute scelte dettate principalmente dalla necessità di "allocare" gli utenti, a prescindere dalla disponibilità di soluzioni adeguate.

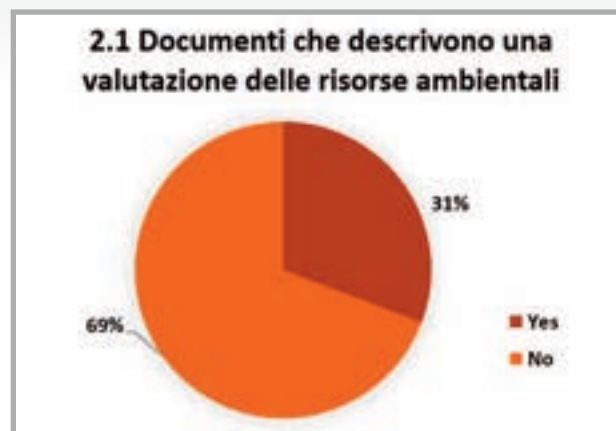
Da parte dei cittadini, laddove non sono presenti esperienze concrete, emergono numerosi interrogativi sulle caratteristiche dei possibili nuovi "vicini", da cui si intuisce una preoccupazione per la tranquillità e la sicurezza legata allo stereotipo del folle imprevedibile e potenzialmente aggressivo.

PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLE
ABILITÀ DELL'UTENTE
INDICATORI

1. È prevista una fase preparatoria degli utenti prima di attivare un progetto di Housing?
2. È previsto un lavoro con gli utenti nel caso di futura coabitazione?
3. Quando entrano in crisi le capacità degli utenti è prevista una équipe di intervento?
4. È presente un lavoro con le famiglie per il monitoraggio delle skill degli utenti?
5. È presente un'attività di promozione delle abilità sociali e relazionali?
6. Le strutture residenziali tengono conto delle capacità degli utenti per definire i loro tempi di permanenza?
7. La coabitazione tiene conto delle caratteristiche della persona?
8. Sono valutati i bisogni, le capacità, le potenzialità e le aspettative dell'utente?
9. L'utente è considerato capace di essere coinvolto nella pianificazione della propria vita?
10. L'utente è ritenuto capace di scegliere la propria abitazione?
11. È favorito il supporto di non-professional per lo sviluppo delle capacità?
12. Nel programma di residenzialità sono preferiti i giovani, per una maggiore propensione ad adattare e sviluppare le loro capacità?
13. Esiste una "curiosità sana" da parte dei vicini di casa per le competenze dell'utente?
14. Esiste un programma di de-istituzionalizzazione dall'Ospedale Psichiatrico, che lavora sulle competenze dell'utente?
15. Sono previsti incontri periodici tra i diversi soggetti implicati nell'Housing per un aggiornamento sulle abilità dell'utente?
16. Quando l'utente accede all'Housing per la prima volta, le sue abilità sono valutate entro un lavoro di rete?

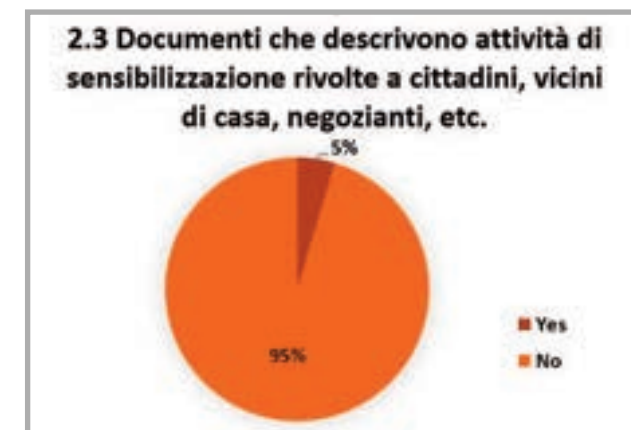
2. RISORSE DEL TERRITORIO

Molti autori concordano nell'affermare che la qualità dell'abitare e dell'ambiente/quartiere hanno un impatto sulla salute mentale. Vivere in luoghi inadeguati è associato a comportamenti inadattivi e una migliore qualità dell'Housing induce livelli più bassi di sofferenza psicologica; inoltre se le persone sono orgogliose del loro ambiente e dei loro spazi abitativi, saranno propense a migliorarli in una spirale "virtuosa" fatta di senso di appartenenza, cura dei luoghi di vita, orgoglio del proprio ambiente. Esistono studi che propongono scale di valutazione della residenza e del vicinato da parte di personale addestrato.

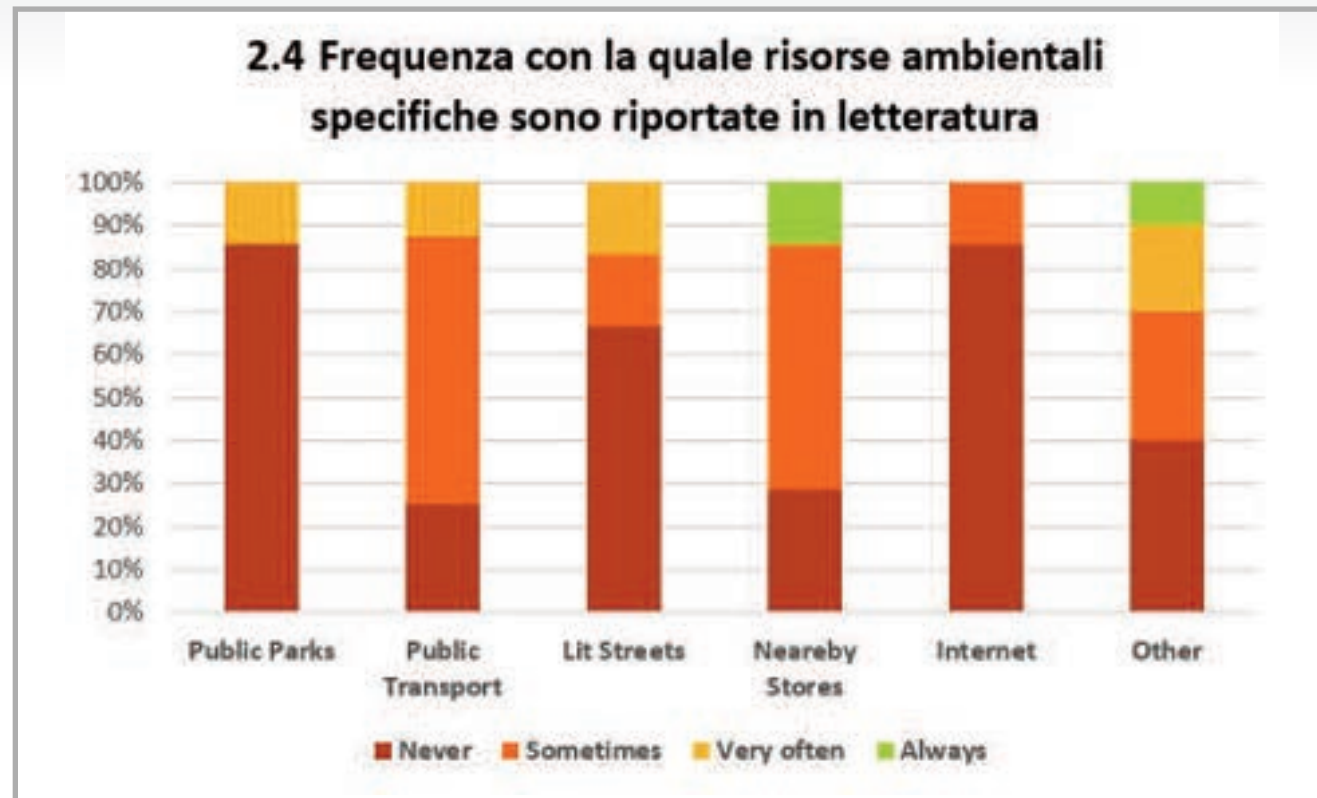


Un metro di valutazione sono i desideri e i sentimenti delle persone sulle loro case, se si sentono sicuri, se la loro casa dispone di tutte le strutture necessarie, se è adeguata, quanto ne sono soddisfatti. È necessario considerare la posizione in quanto può influenzare l'indipendenza, la sicurezza, l'inclu-

sione sociale e un senso di appartenenza. Si suggeriscono interventi a livello comunitario volti ad aumentare la tolleranza per la diversità e la disabilità nonché aumentare la frequenza e la qualità del contatto tra i vicini. Nella valutazione dei requisiti, risulta importante il ruolo degli stakeholders. Il rapporto tra stakeholders, volontariato e professionisti della salute mentale consente di affrontare le problematiche che si presenteranno.



Individuare l'alloggio nei pressi di negozi, servizi e trasporti, opportunità di svago faciliterà il funzionamento delle persone. Le persone vivono meglio in comunità inclusive e se hanno una rete di supporto, in tal modo aumenta anche la sicurezza. Se possibile, suggeriscono diversi testi consultati, è importante evitare aree caratterizzate da tassi di criminalità elevati, e bassa coesione sociale e/o debole capitale sociale. Quindi, per la maggior parte degli studi consultati, sono elementi favorevoli l'accessibilità delle risorse comunitarie (negozi di alimentari, caffè, ristoranti, cinema, biblioteche e luoghi di culto), il sostegno della comunità (accettazione da parte della loro comunità), la sicurezza (quantità di attività criminali nei dintorni e la misura in cui l'individuo si sente sicuro) e l'inserimento in un ambiente abitativo in cui ci sono pochi altri individui con disabilità psichiatriche.



In direzione diversa, si posizionano alcune voci, per altro minoritarie, che considerano che l'alloggio accanto a luoghi di incontro, quali spazi verdi pubblici, può esporre la persona a un rischio più elevato di comportamenti antisociali.

Caratteristiche come poco rumore, scarso traffico, buona illuminazione (anche interna),

presenza di marciapiedi, disponibilità di trasporto e servizi, accessibilità sembrano influenzare il benessere. Queste opportunità, sottolinea la letteratura, facilitano l'apprendimento delle abilità di vita pratiche e possono ridurre la dipendenza dagli operatori. Risultano importanti anche le questioni di privacy, la coerenza nella progettazione dell'edificio e la presenza di spazi esterni privati.

2.5 ALTRE RISORSE CITATE IN LETTERATURA

- Spazi esterni
- Patente di guida
- Servizi
- Associazioni, fondazioni, cooperative
- Medici di medicina generale
- Zone pedonali
- Sicurezza pubblica
- Qualità dell'abitare
- Accesso ai servizi di aiuto
- Proprietari delle case
- Sicurezza ambientale
- Vicinanza di servizi sanitari pubblici (ad es., ospedali)
- Illuminazione stradale
- Disponibilità di trasporti e servizi

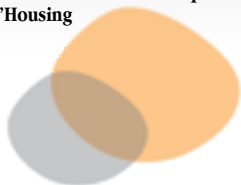
Dai focus group, emerge che, secondo gli operatori della salute mentale, è importante l'inclusione in "Club Houses", anche se questo non sempre avviene. Alcune municipalità e autorità locali offrono servizi di supporto (farmacie, supermercati, ristoranti) e, in generale, si sottolineano le opportunità che possono essere da loro offerte. Si sottolinea l'importanza e il supporto dei volontari. Le case di proprietà degli utenti, che possono divenire una risorsa anche per altri, grazie ad affitti convenienti, in alcuni casi, facilitano i rapporti con il quartiere; va considerato che il pregiudizio è ancora molto forte. Quindi, la conoscenza del territorio da parte degli operatori della salute mentale è utile e necessaria. La domanda e la libertà di scelta dell'utente di dove vivere e con chi vivere è il punto di partenza.

I cittadini, durante i focus group, riferiscono di progetti innovativi, quali le collaborazioni

con università per coinvolgere studenti nella coabitazione. I luoghi di incontro e di socialità sono più difficili da trovare nelle grandi città, dove spesso ci sono problemi di sicurezza: tutto questo è di ostacolo anche per l'integrazione.

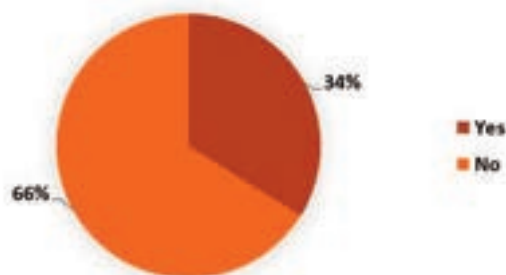
Nei focus group a loro dedicati, gli operatori di altre istituzioni sottolineano l'importanza di persone di riferimento, volontari, studenti, vicini. Nel lavoro territoriale va, quindi, compresa, oltre alla conoscenza del territorio, anche una attiva costruzione di reti sociali. Anche i medici di famiglia possono, in collaborazione con il servizio di salute mentale, contribuire allo sviluppo di questo processo.

Aree-chiave e indicatori per l'Housing

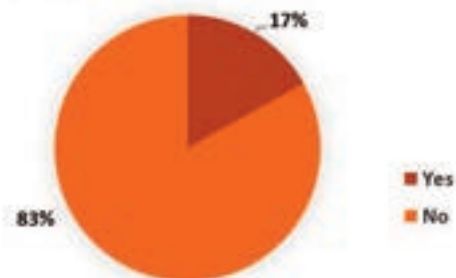


Sottolineata l'importanza dell'accessibilità ai mezzi pubblici, si auspica la valutazione dell'efficacia dei progetti abitativi, che consideri la presenza di contatti con l'esterno. Secondo gli utenti, l'inserimento occupazionale ha un ruolo fondamentale nella costruzione della propria indipendenza e nel miglioramento delle proprie capacità. Il lavoro è anche un modo per stabilire una relazione con l'ambiente, in alternativa all'isolamento

2.6 Documenti con descrizioni di processi di valutazione delle risorse relazionali nella comunità locale



2.8 Documenti che descrivono l'integrazione tra progetti di Housing e progetti di inclusione lavorativa

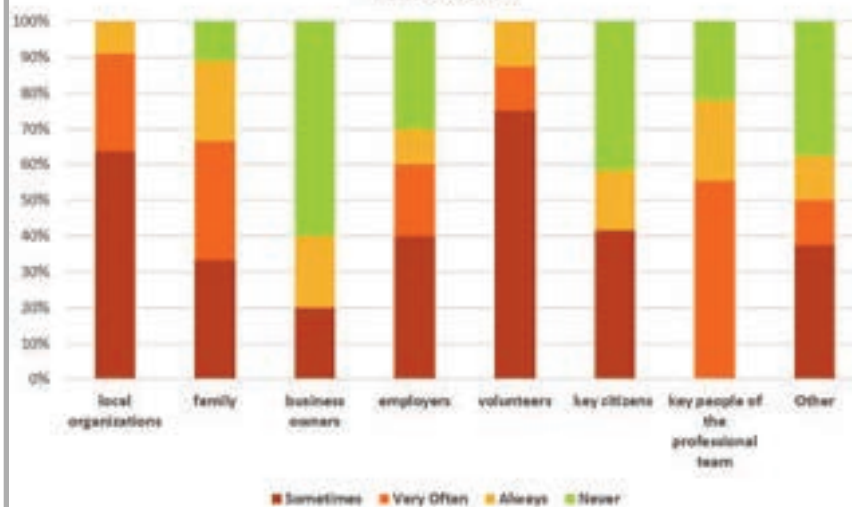


domestico, ma anche un'occasione che deve essere utilizzata con attenzione: alcuni pazienti descrivono difficoltà e crisi a causa

di una esposizione esagerata alle relazioni sociali o a lavori troppo competitivi.

I rapporti tra inquilini e professionisti che si occupano della loro convivenza possono non condividere gli obiettivi o il significato delle attività proposte il che ha una inevitabile ricaduta sugli utenti che si sentono non compresi nelle loro esigenze. Le famiglie, soprattutto i genitori, sono menzionate come risorse importanti dagli utenti, ma è necessario un maggiore sostegno da parte del personale professionale per le famiglie, talvolta sovraccaricate.

2.7 Frequenza con cui le risorse relazionali della comunità locale sono valutate



RISORSE DEL TERRITORIO INDICATORI

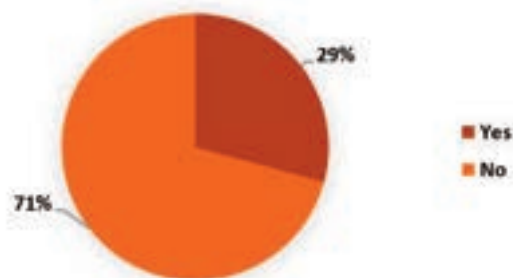
1. L'appartamento si trova vicino ai trasporti pubblici?
2. L'appartamento si trova vicino a negozi e/o centri commerciali?
3. Esistono nel territorio punti di aggregazione (p.e., comitati di quartiere, biblioteche, associazioni culturali, religiose, politiche, sindacali, etc.)?
4. Esistono nel territorio cinema, teatri, musei, centri sportivi e ricreativi?
5. È presente del verde (parchi o altro)?
6. Ci sono presidi per la sicurezza (p.e., commissariati, caserme dei carabinieri, pattuglie delle forze dell'ordine)?
7. Esiste possibilità di lavoro nel territorio?
8. È previsto nel territorio un progetto di sostegno al lavoro per gli utenti dell'Housing?
9. L'Amministrazione pubblica locale favorisce e supporta la nascita di attività lavorative (p.e., "ristoranti sociali" e altre iniziative che includono utenti dell'Housing)?
10. Gli operatori lavorano per ridurre lo stigma, attivando le risorse del territorio?
11. È curato il rapporto con le risorse del territorio dopo che la persona ha iniziato il progetto di Housing?
12. La famiglia è coinvolta nel progetto di Housing?
13. È favorita la conoscenza con le persone anziane del quartiere per un sostegno reciproco?
14. Gli utenti dell'Housing sono coinvolti in iniziative territoriali?
15. È considerata la possibilità di coinvolgere studenti universitari, presenti nella zona?
16. È curato il rapporto con il vicinato?
17. È valutata la diversità tra un progetto di Housing realizzato in un piccolo centro o in una città?
18. È valutata la differenza tra il vivere in un quartiere benestante e in un quartiere popolare?
19. Esiste da parte dei vicini paura o preoccupazione sulle capacità degli utenti?
20. Esistono pregiudizi, nel contesto, che impediscono l'inserimento?
21. È curato il rapporto con i media locali?
22. Esistono luoghi di socializzazione?

3. CASE MANAGER, STRUTTURA ORGANIZZATIVA E RETI PER L'HOUSING NEL SSN

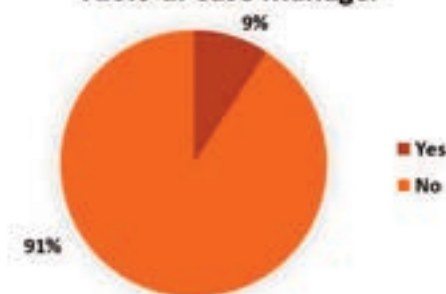
Il Case Management è un metodo utilizzato in psichiatria che risulta particolarmente efficace, ad esempio, rispetto ai modelli assertivi. Riduce il ricorso all'ospedalizzazione e migliora i risultati del trattamento e il benessere nei progetti di Housing; dovrebbe, secondo alcuni autori, essere reso disponibile anche per le persone con gravi disturbi di salute mentale.

Il Case Manager (CM) - come riportato in letteratura - svolge attività di counselling, interviene nella gestione della crisi, effettua visite domiciliari, gestisce il calendario delle visite e degli accertamenti, controlla l'adesione alla terapia farmacologica, provvede all'aggiornamento della scheda clinica e in caso di poli-patologie facilita il rapporto con la medicina di base e polispecialistica.

3.1 Documenti che descrivono l'uso del Case Manager nei progetti di Housing



3.2 Documenti che descrivono la tipologia di professionisti che svolge il ruolo di Case Manager

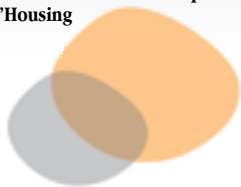


Elemento di criticità di questa modalità di lavoro è quella di diventare un impiegato che fissa appuntamenti. Di qui la figura del Clinical Case Manager che oltre a prendere appuntamenti "accompagna" la persona. Successivamente, si è passati all'Intensive Case Management (ICM) con una équipe di-

ponibile nelle 24 ore e un programma di rapporti di almeno 6 ore la settimana. Negli Stati Uniti, l'ICM ha assunto la forma di Assertive Community Treatment (ACT) che aggiunge alla disponibilità sulle 24 ore, una rieducazione alla vita autonoma.

Nel programma di Housing, il Case Manager viene indicato anche come "staff di supporto all'Housing" e, in alcuni casi, come "team di assertive community treatment (ACT) di supporto all'Housing".

In realtà, in letteratura, esiste una difficoltà definitoria sulla tipologia (sanitaria o sociale) nel senso che mentre per alcuni autori il CM può essere individuato tra non-professional (volontari, stakeholder, etc.), il team dell'ACT è un team sanitario che opera nelle 24 ore e interviene nelle situazioni di crisi. Altri, invece, considerano il CM una figura prettamente sanitaria, ma, comunque, con una formazione specifica.



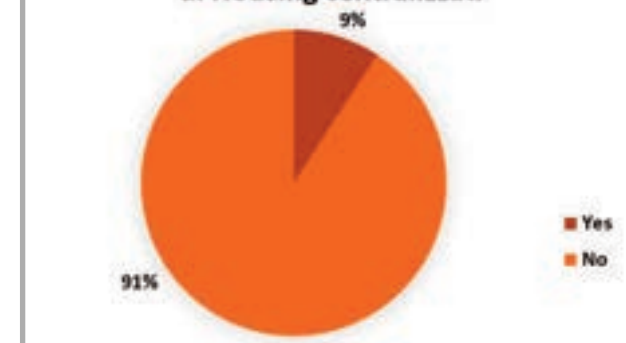
3.3 Professionisti che assumono il ruolo di Case Manager

1. Psicologi/psichiatri
2. Infermieri
3. Assistenti sociali
4. Volontari
5. Educatori; terapeuti della riabilitazione psichiatrica
6. Altri

In particolare, nei focus si sottolinea l'importanza della formazione e supervisione del Case Manager dal quale ci si aspetta che intervenga nei problemi che possono insorgere come conseguenza del disturbo psichico e nelle strategie di approccio alla gestione della cura personale, che sia esperto nell'intervista motivazionale, nel supporto al lavoro, nel supporto alle famiglie.

Molto importante è la conoscenza del territorio, l'agenda degli eventi (culturali, sportivi, ludici, etc.) che favoriscono l'inclusione sociale. Inoltre, il CM deve conoscere le istituzioni sanitarie e i canali di accesso ad esse. Quindi, il CM deve essere in grado di operare a diversi livelli: individuale, sociale, sanitario, lavorativo. Deve agire supportando la cognizione sociale (nel senso di capacità di decodificare gli input provenienti dal contesto sociale, di capacità di processare l'informazione sociale e di pianificare una risposta comportamentale adeguata volta al funzionamento sociale della persona), coordinandosi con i servizi di salute mentale per condividere il programma e progetto di "recovery", con i servizi per le dipendenze, con i servizi di inserimento lavorativo, con i servizi che operano nelle 24 ore per le situazioni di crisi, con i servizi che forniscono supporto economico, con le amministrazioni locali.

3.4 Documenti con informazioni su processi di Housing centralizzati

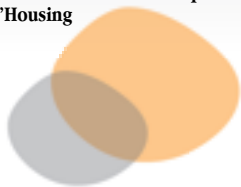


Il team che supporta l'Housing, sebbene separato dal team di supporto sanitario, dovrà lavorare a stretto contatto con esso conoscendo e condividendo il programma di recovery.

Molto richiesta è la valutazione della qualità e il monitoraggio dell'andamento dell'Housing anche se manca una chiarezza sullo strumento più adeguato. Orientativamente, si propende verso strumenti di valutazione della qualità di vita (p.es., Life Skill Profile – WHOL-QOL, WHO Quality Right Toolkit, etc.).

CASE MANAGER, STRUTTURA
ORGANIZZATIVA E RETI PER L'HOUSING
NEL SSN
INDICATORI

1. È prevista la formazione/supervisione per chi ha una funzione di coordinamento nei progetti di Housing?
2. È previsto un supporto a famiglie e utenti?
3. È incoraggiata l'integrazione sociale?
4. Il case management si occupa di incoraggiare le abilità sociali degli utenti dell'Housing?
5. Vengono curati i rapporti con l'amministrazione locale?
6. È favorito il networking?
7. L'andamento dell'abitare è monitorato?
8. È previsto un Case Manager che abbia in mente i vari stadi del programma e che condivida le informazioni con gli operatori del progetto di Housing?
9. C'è collegamento tra servizi diversi (p.e., Centri Diurni, Residenze, servizi sanitari territoriali)?
10. Esiste la figura del Case Manager?
11. Il case management si occupa della valutazione della qualità del servizio che viene offerto agli utenti?



4. VALUTAZIONE DELLE RAPPRESENTAZIONI, PERCEZIONI, MOTIVAZIONI DEGLI UTENTI

La letteratura evidenzia come, in generale, le persone con disabilità psichiatrica si dimostrino molto competenti nel soppesare benefici e inconvenienti delle diverse soluzioni di vita.



Alcuni fattori sembrano risultare particolarmente rilevanti nel determinare la qualità di vita percepita da parte degli utenti.

- **La percezione del clima sociale del vicinato.** Questo suggerisce l'appropriatezza di un'ampia gamma d'interventi a livello della comunità, tesi a incrementare la tolleranza per la diversità e la disabilità così come a incrementare la frequenza e la qualità dei contatti con il vicinato.

- **La possibilità di scegliere il tipo di soluzione abitativa più congeniale.**

Per alcuni utenti, recovery significa vivere da soli, per la maggioranza, recovery significa vivere con altri significativi. La qualità di vita percepita risulta migliore per le persone che vivono nel tipo di soluzione abitativa preferito, rispetto alle persone che non abitano in tipi di Housing che preferirebbero.

La letteratura evidenzia come non sia possibile individuare un unico modello di Housing adatto per ogni persona. Risulta, invece, necessario poter disporre di una gamma ampia di soluzioni abitative e servizi di supporto.

- **L'indipendenza abitativa.**

Molte ricerche hanno dimostrato con chiarezza che gli utenti della salute mentale preferiscono avere una loro propria abitazione indipendente. Preferiscono, inoltre, vivere con un amico o con un partner e non con altre persone che abbiano problemi di salute mentale (punto di vista, questo, confermato anche da testimonianze nell'ambito dei focus group).

Dalla prospettiva dell'utilizzatore dei servizi è decisamente preferibile una vita indipendente piuttosto che le soluzioni residenziali tradizionali.

4.2 Documenti con informazioni riguardanti
motivazioni, interessi e obiettivi di persone con
disagio psichico



- La disponibilità di uno staff di supporto presente, ma non invadente.

In generale, una maggior presenza di supporto professionale risulta associata con un più alto livello di qualità soggettiva di vita. Tuttavia, dal punto di vista degli utenti è desiderabile poter disporre del supporto dello staff sulle 24 ore senza, però, che lo staff stesso viva all'interno del nucleo abitativo.

Anche alcune esperienze riferite nei focus group riguardano questa tematica ed è chiara l'attesa da parte degli utenti che lo staff sia presente e competente nel rilevare e trattare quegli aspetti del malessere psichico che, se non colti, si rivelano responsabili di produrre considerevoli difficoltà di convivenza e, talvolta, il fallimento dell'esperienza di Housing.

- La possibilità di scelta e il grado di decisionalità in relazione all'organizzazione della vita quotidiana.

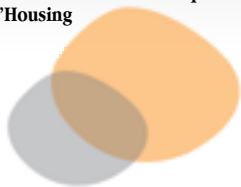
Le persone che vivono in soluzioni abitative che prevedano la possibilità di scegliere come organizzare la vita quotidiana e consentano anche un buon grado di privacy, si dimostrano, complessivamente, più soddisfatte delle loro soluzioni di Housing rispetto a coloro che risiedono in nuclei abitativi dove la quotidianità è maggiormente strutturata e consente pochi margini di scelta.

Al contempo – ed è emerso nei focus group – è presente l'attesa e l'esigenza di essere aiutati a organizzare la vita anche fuori e al di là dall'ambito dell'abitare che da solo, per quanto curato, non può garantire un livello di vita soddisfacente.



VALUTAZIONE DELLE
RAPPRESENTAZIONI, PERCEZIONI,
MOTIVAZIONI DEGLI UTENTI
INDICATORI

1. Esiste un sistema di rilevazione delle rappresentazioni, percezioni, motivazioni e della soddisfazione dell'utente dei progetti di Housing?
2. Dal punto di vista dell'utente i servizi sono interconnessi fra loro?
3. Dal punto di vista dell'utente c'è la possibilità di avere una tempestiva risposta in caso di bisogno?
4. Gli utenti dell'Housing pensano che quando diventeranno anziani avranno supporti adeguati?
5. Gli utenti dell'Housing pensano che saranno verificati i risultati raggiunti nei progetti di Housing?
6. Gli arredamenti e le attrezzature sono ritenute funzionali e gradevoli?
7. Dal punto di vista degli utenti dell'Housing è considerata la loro motivazione ad intraprendere il progetto di Housing?
8. I cittadini del quartiere pensano che le persone con disagio psichico abbiano gli stessi diritti degli altri?
9. Gli utenti sono soddisfatti dei rapporti con i vicini di casa?
10. Esistono programmi per sensibilizzare la cittadinanza all'Housing?
11. Dal punto di vista degli utenti dell'Housing gli obiettivi con gli operatori/volontari sono sufficientemente condivisi?
12. Gli utenti dell'Housing sono consapevoli dei propri limiti e delle loro risorse?
13. Ci sono momenti per l'organizzazione delle attività quotidiane di gestione della casa?
14. Sono presi in considerazione i desideri della persona (con chi abitare, dove, etc.)?
15. Gli utenti vengono aiutati a sviluppare le capacità di adattamento e di relazione con gli altri?
16. Dal punto di vista dell'utente, l'operatore è in grado di cogliere tempestivamente le criticità della coabitazione nei progetti di Housing?



5. FLESSIBILITÀ/GOVERNO CLINICO/COMUNICAZIONE E COORDINAMENTO



La flessibilità risulta dall'analisi dei focus group un concetto chiave che riguarda:

- la capacità di costruire percorsi di Housing mettendo insieme in modo specifico e creativo le risorse degli utenti e del contesto, sperimentando soluzioni innovative che ve-

dano coinvolti nel supporto attori diversi (volontari, operatori di servizi sociali e sanitari, operatori di cooperative, amministratori di sostegno, etc.), diverse formule di acquisizione degli spazi abitativi, diverse forme di condivisione delle risorse economiche;

- la disponibilità degli operatori e del contesto a riconoscere e accogliere i desideri e le risorse personali degli utenti, a rispettare i tempi individuali del cambiamento in termini di acquisizione di autonomia e percezione di auto efficacia.

In particolare, da utenti e familiari vengono sottolineati i risultati positivi di progetti che prevedano tale flessibilità, anche rispetto alle regole stabilite all'interno di comunità e case supportive (regole non uguali per tutti ma costruite sulle esigenze individuali).

Si rileva il sentimento di un ritorno ad un sistema di servizi per la salute mentale che preveda una minore flessibilità, come era al-

l'inizio, rispetto alla situazione degli anni scorsi in cui si attuavano interventi terapeutici che tenevano in maggior conto i reali bisogni degli utenti.

Da parte di tutti i target, si registra una richiesta unanime sulla necessità di comunicazione, coordinamento e comunione di intenti tra l'Housing, i familiari e il sistema dei servizi sociosanitari.

Dall'analisi della letteratura esaminata, la caratteristica di un Housing per la salute mentale di qualità coincide con la definizione di "pacchetti" di interventi personalizzati, non standardizzati, flessibili.

La flessibilità è necessaria in quanto la qualità dell'Housing è legata alla capacità di rispondere alle esigenze individuali delle persone e non ad un supporto standardizzato agli alloggi in cui essi risiedono. Si fa riferimento alla flessibilità per quanto riguarda:



- l'intensità del sostegno da fornire nelle diverse tipologie di bisogni/progetti;
- le regole interne alle case (supportive e supportate), l'importanza che non siano uguali per tutti, ma costruite sulle esigenze individuali;
- gli obiettivi personali, che devono essere rinegoziabili nel corso della realizzazione del progetto;
- il tempo di permanenza: emerge la criticità di definire tempi prefissati in quanto le persone con disagio psichico affrontano i cambiamenti con particolare difficoltà e presentano un forte bisogno di stabilità e continuità delle cure;
- l'ascolto aperto a quanto gli utenti hanno da dire a proposito dei propri bisogni e la capacità di comprendere/accogliere il loro punto di vista;
- l'assistenza all'utente per scegliere tra una serie di opzioni che riguardano sia gli alloggi

(ubicazione, modalità di pagamento) sia la scelta tra il vivere da soli, nel nucleo familiare o con coinquilini;

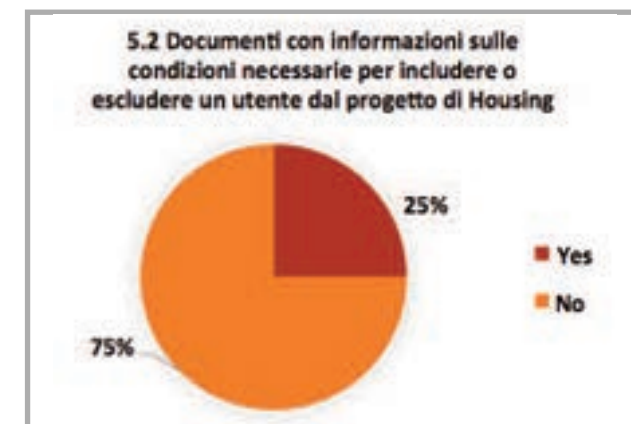
- l'organizzazione della presenza dei professionisti secondo l'effettiva richiesta di aiuto espressa, al bisogno, da utenti che vivono in case vicine (ottimizza l'uso del supporto);
- l'introduzione del budget di salute destinato alla persona come strumento con il quale identificare forme di supporto flessibile nelle diverse aree di bisogno (casa, lavoro, inclusione sociale);
- la possibilità di accesso facilitato all'assistenza di base, garantita a tutti i cittadini della comunità, indipendentemente dal loro grado di fragilità.

Governo clinico

L'efficacia degli interventi di Housing si misura, come avviene per la ricerca clinica, attraverso la valutazione del benessere psichico e dei miglioramenti nella qualità della vita degli utenti coinvolti. Questo processo di valutazione dovrebbe far parte del governo clinico dell'Housing per poter identificare quali interventi producano migliori risultati e riproporli. Se gli obiettivi del servizio di Housing non sono chiari e sufficientemente

specifici non è possibile misurare e valutare i risultati e riprodurre le buone prassi ed elaborare un progetto formativo adeguato.

La pianificazione del progetto riabilitativo individuale deve essere il risultato della collaborazione e del processo decisionale condiviso tra utenti e staff dei servizi di supporto.



Comunicazione/Coordinamento

Integrazione e comunicazione tra servizi territoriali e agenzie che si occupano di Housing sono considerati essenziali: affinché questo si realizzi, si ritiene indispensabile una formazione/educazione adeguata di chi dirige i servizi sanitari e sociali e di tutto il personale

coinvolto nel supporto. Viene segnalata la necessità che esistano procedure chiare che regolino la comunicazione tra i diversi attori dei percorsi di Housing in modo da realizzare progetti integrati e permettere agli utenti di accedere ad una vasta gamma di opportunità presenti nella comunità. In letteratura, viene dato un ruolo centrale alla partnership tra utenti, famiglie, fornitori di servizi e governo, viene promossa una comunicazione aperta e reciproca e adottati obiettivi comuni. Sono considerate molto importanti le opinioni degli utenti in merito alle preferenze abitative anche per favorire un coinvolgimento attivo e responsabilizzante.

Viene descritta un'organizzazione in cui chi opera a domicilio non appartiene al medesimo staff dei servizi di salute mentale, che fornisce il supporto specialistico, ma è assolutamente necessario che gli operatori lavo-

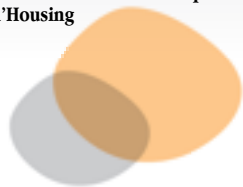


rino insieme per poter assicurare agli utenti interventi efficaci. Un buon sistema di comunicazione e coordinamento diventa indispensabile e deve svolgersi attraverso riunioni regolari di confronto, monitoraggio e verifica dei progetti individuali. Spesso, quando la comunicazione è insufficiente o sentita come un obbligo, i caregiver, soprattutto quelli informali, si sentono sottovalutati e tendono a disinteressarsi della situazione.

È necessario che entrambi, operatori dei servizi e caregiver informali (badanti, servizi di pulizia, etc.), collaborino nell'affrancarsi da atteggiamenti protettivi o negativi nei confronti degli utenti, intesi come destinatari passivi di cure in tutti i settori della loro vita. Solo così è possibile avvicinarsi al raggiungimento dello scopo dei programmi di Housing, cioè quello di favorire il più possibile nel tempo un recupero del ruolo di cittadino accanto/al posto di quello di utente.

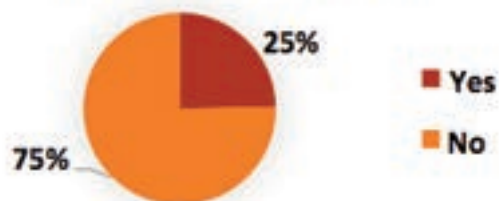
FLESSIBILITÀ/GOVERNO
CLINICO/COMUNICAZIONE E
COORDINAMENTO
INDICATORI

1. Sono previsti momenti di condivisione delle esperienze personali, per gli utenti dell'Housing?
2. È condiviso il programma terapeutico con la famiglia e l'utente?
3. È presente un network tra famiglie, servizi, governo, utente e altri stakeholders?
4. Esiste flessibilità da parte delle strutture negli orari?
5. Esiste un "diario di bordo" accessibile ed utilizzabile da utenti e operatori?
6. I progetti di Housing si rifanno a linee guida formalizzate e/o a un repertorio di buone prassi?
7. Gli interventi sono adatti ai reali bisogni della persona?
8. Le risorse del territorio condividono canali di comunicazione fra loro?
9. Esiste un team che segue e monitora i bisogni, il grado di autonomia, attuale e in prospettiva, degli utenti e la loro qualità della vita?
10. Quando l'utente è proprietario di casa e ospita un altro utente esiste un contratto tra le parti che regoli i rapporti economici?
11. Esiste un supporto professionale alle necessità del vivere quotidiano?
12. Esiste un sistema informativo per la raccolta di dati sui progetti di Housing?
13. Esiste un sistema organizzativo che favorisce il coordinamento tra i diversi attori dell'Housing?
14. Il medico di base può contare su una rete di supporto all'utente?
15. Esistono linee guida per l'Housing?



6. RESPONSABILITÀ E PROCESSO DECISIONALE DELL'UTENTE

6.1 Documenti che descrivono se
le preferenze degli utenti sono
state prese in considerazione

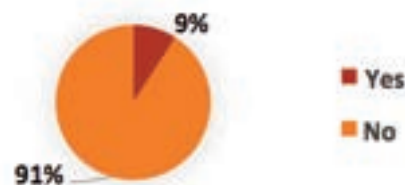


In letteratura, esiste un sostanziale accordo sull'importanza, per il benessere e la salute mentale, della possibilità di scegliere ed avere il controllo sui fondamentali aspetti della vita e, primariamente, sulla scelta del luogo dove abitare e delle persone con cui dividerlo.

In particolare, emerge da molti studi che gli utenti dei servizi di salute mentale considerino la possibilità di scelta significativamente più importante di quanto non facciano i Case Manager. Questi ultimi tendono a privilegiare abitazioni supportate mentre la preferenza degli utenti è, nella maggioranza dei casi, per un'abitazione autonoma. Un ulteriore elemento degno di interesse è dato dal fatto che la cooperazione fra utenti e Case Manager consente di individuare e creare soluzioni abitative alternative, coerentemente con l'idea che nessun operatore possa comprendere i bisogni di una persona meglio della persona stessa.

L'accountability è, inoltre, un valore per i progetti di Housing. Ciò significa, per gli utenti, essere in grado di assumersi la responsabilità di un contratto di affitto.

6.2 Documenti che descrivono
situazioni in cui esiste una
differenza tra le percezioni dei
professionisti e degli utenti



Ciò implica la necessità, per gli operatori della salute mentale e per i caregiver non professionali, di abbandonare quegli atteggiamenti protettivi verso gli utenti considerati come passivi beneficiari di prestazioni in tutti gli ambiti della vita anche attraverso una specifica formazione alla recovery.

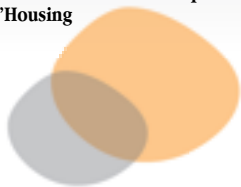
Nei focus group, questi temi sono stati evidenziati, principalmente, dagli utenti, che hanno sottolineato l'importanza di fare esperienza, anche correndo il rischio di qualche fallimento, per raggiungere più alti livelli di autonomia.

Fra gli operatori e i cittadini si manifesta una preoccupazione circa la reale capacità di assumersi le responsabilità da parte degli utenti soprattutto laddove manchino esperienze di Housing e le strutture esistenti conservano una impostazione di tipo custodialistico.

Permane, nella maggior parte degli operatori, una preoccupazione circa la difficoltà per gli utenti di sostenere le proprie scelte da un punto di vista economico e questa si configura come una criticità.

RESPONSABILITÀ E PROCESSO
DECISIONALE DELL'UTENTE
INDICATORI

1. L'utente può prendere decisioni e assumersene le responsabilità?
2. Le decisioni e gli obiettivi vengono condivisi con gli utenti?
3. L'ingresso nelle case segue procedure standard?
4. Il progetto di Housing può essere modificato in corso d'opera, se l'utente prende delle decisioni in merito?
5. L'utente può scegliere con chi coabitare?
6. Gli utenti vengono supportati sul tipo di decisioni da prendere per gestire situazioni avverse?
7. È considerata la diversità dei bisogni e delle capacità di ciascun utente, in termini di capacità decisionale?
8. Gli utenti decidono quando stare insieme e quando stare da soli?
9. Gli utenti hanno la possibilità di decidere come trascorrere la giornata?
10. Se un utente decide di ritornare al suo paese, può essere supportato?



7. VOLONTARIATO E SOCIETÀ CIVILE



Il volontariato non è molto considerato in letteratura. Si raccomanda, comunque, un coordinamento da parte di un "volontario esperto" e una stretta operatività con i servizi sanitari e sociali. Il volontario è un cittadino formato alla salute mentale e motivato a supportare nella vita sociale le persone con problemi di salute mentale.

Il volontario esperto appare una figura che porta conoscenza "esperienziale" più che "formativa" standardizzata.

L'attivazione del volontariato è demandata ai servizi territoriali e riguarda volontari del territorio che possono costituire un network informale di supporto.

Più che formazione, si sostiene un programma di sensibilizzazione dei cittadini che, comunque, hanno difficoltà a dare in affitto appartamenti e spesso mostrano solidarietà in maniera impropria, per esempio, entrando senza chiedere il permesso in spazi vissuti come privati dalle persone con problemi di salute mentale che vi abitano.

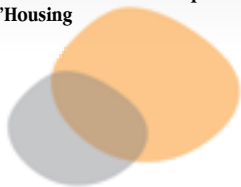
La poca letteratura sul volontariato in salute mentale è probabilmente connessa sia alla scarsità dello stesso in quest'ambito sia alle caratteristiche del volontariato in generale.

Quando si parla di volontariato, si intendono persone che dedicano parte del loro tempo libero al sostegno degli altri in difficoltà. Questo sostegno, tuttavia, è caratterizzato dal "dare" o "fare" qualcosa per l'altro. Nella salute mentale la richiesta invece consiste nello "stare" con l'altro che rappresenta una condizione di estrema difficoltà per il volontario che, non avendo chiari obiettivi, sente quello "stare" senza senso.

Lo sforzo di costruire un volontariato nella salute mentale deve tener conto della peculiarità dell'ambito e dei bisogni del volontario. Quindi, la costruzione di un volontariato deve prospettare un obiettivo che non sia "il dare" ma "l'organizzare" e lo "stare con".

Le esperienze di volontariato che hanno avuto più successo sono, infatti, quelle in cui il volontario "ha un obiettivo" di tipo organizzativo come, per esempio, organizzare una attività ludica dentro il reparto ospedaliero di psichiatria oppure organizzare una attività di arte terapia supportando il conduttore arte terapeuta.

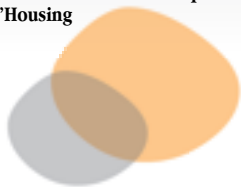
Il mero accompagnamento della persona affetta da disturbo psichico espone il volontario a stress connesso alla incertezza nell'usare "le parole adatte", alla paura di "sbagliare". Spesso, i servizi richiedono proprio questo ponendo le basi per una non riuscita dell'opera del volontario.



VOLONTARIATO E SOCIETÀ CIVILE INDICATORI



1. È prevista la figura del volontario formato alla salute mentale?
2. Il progetto di Housing prevede la possibilità che siano facilitati rapporti di buon vicinato?
3. Il volontario per l'Housing svolge un ruolo di ponte tra i professionisti e la società civile?
4. Viene monitorata l'attività dei volontari nei progetti di Housing?
5. È prevista una educazione/informazione sulla salute mentale rivolta ai cittadini?
6. È favorita la collaborazione tra operatori e volontari, per l'Housing?
7. Le persone anziane sono inserite in un training per supportare utenti che vivono nel quartiere?
8. Nei progetti di Housing sono sostenute le iniziative dei cittadini che vivono a contatto con utenti?
9. È considerato il benessere delle persone che vivono a contatto con utenti (vicini di casa, commercianti, etc.)?



8. FORMAZIONE CONTINUA



In letteratura, vengono riportate, prevalentemente, esperienze di formazione dirette ai professionals. I temi della formazione riguardano la capacità di selezionare il personale adatto a lavorare nei contesti di Housing, la capacità di individuare bisogni/desideri dell'utenza, lo sviluppo di abilità di collegamento tra servizi diversi e/o tra ruoli e competenze diverse; si ha, inoltre, riscontro di



esperienze di supervisione, audit clinici, sostegno allo staff. Risultano meno riscontrate esperienze formative, specifiche sull'Housing, rivolte a volontari, autorità locali e funzionari, utenti, famiglie e cittadini; ma, frequentemente, è evidenziata l'importanza di una formazione specifica e ad ampio raggio sul tema dell'Housing: per evitare pregiudizi, per lo sviluppo della collaborazione tra

ruoli diversi (genitori–operatori–cittadini) e istituzioni. L'autonomia di una persona viene, spesso, collegata alle relazioni umane e all'autosufficienza economica.

Sembrerebbe che operatori formati e addestrati lavorino in contesti, generalmente, poco collegati con la realizzazione di percorsi di Housing. Il problema è sentito, ma ancora non risultano, in letteratura, iniziative di una certa entità per affrontarlo.

L'analisi dei focus group rafforza, in parte, quanto emerso dalla letteratura e dà voce ad esperienze dirette dei partecipanti. Anche qui, è espressa l'esigenza di una formazione sull'Housing, ad ampio raggio, che coinvolga tutte le persone della civil society più o meno direttamente implicate nell'Housing. Vengono riportate anche esperienze di formazione da parte degli utenti su come ridurre conflitti, gestire situazioni critiche, organizzare la quotidianità.

La formazione aiuterebbe a contrastare e prevenire lo stigma, ad apprendere tecniche specifiche per il supporto ed il sostegno, a conoscere e individuare risorse incrementando le capacità di relazione e collaborazione tra soggetti con ruoli o compiti diversi. Altrettanto sentito è il bisogno di informazione sul funzionamento dei servizi rispetto ai vari gradi di bisogno dell'utenza, dei familiari e della cittadinanza in genere.



FORMAZIONE CONTINUA INDICATORI

1. Gli operatori sono adeguatamente formati al lavoro nell'Housing?
2. Gli operatori conoscono il territorio?
3. È prevista una supervisione periodica riservata agli operatori?
4. È prevista una formazione continua indirizzata agli operatori?
5. È previsto un addestramento alla gestione del tempo degli utenti?
6. Esistono iniziative di informazione su come funzionano i servizi rivolte alla cittadinanza?
7. Esistono attività di formazione sulla salute mentale nelle scuole?
8. È previsto un lavoro formativo per le famiglie degli utenti?
9. È prevista la valutazione dei bisogni formativi dei soggetti implicati nell'Housing?
10. Esistono momenti formativi comuni tra i soggetti implicati nell'Housing?
11. Esistono programmi di formazione rivolti a chi si occupa di individuare gli operatori da dedicare ai progetti di Housing?
12. Nel territorio ci sono iniziative per favorire lo sviluppo di competenze all'inclusione sociale?
13. È prevista una formazione che sviluppi le capacità di lavorare in gruppo e con i gruppi?

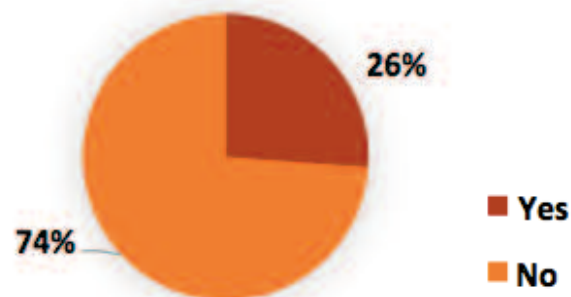
9. RISORSE SPECIFICHE PER L'HOUSING

Dalla letteratura emerge che numerose possono essere le fonti di finanziamento e gli enti finanziatori, così come molteplici possono essere le soluzioni abitative individuate: alloggi sociali, appartamenti di privati il cui affitto può essere integrato o meno da finanziamenti pubblici, appartamenti di enti pubblici o privati o di utenti e loro familiari. In alcuni casi, viene previsto per gli alloggi sociali la possibilità di assegnarli a specifici target di utenti.

Viene sottolineato che devolvere quote certe di finanziamento pubblico all'Housing consentirebbe di risparmiare costi più elevati per servizi più costosi per acuti. In altri casi, viene prevista la possibilità di spostare finanziamenti da progetti per acuti a progetti di Housing. Nonostante questa considerazione

si è assistito all'erosione dei finanziamenti pubblici, tanto che, in alcuni contesti, sono state avviate campagne per sostenere l'Housing. Molti degli autori sottolineano la necessità di avere una garanzia e una continuità del finanziamento che consenta di integrare gli affitti dei locatari. Per l'Italia, viene descritto il ruolo dell'associazionismo dei familiari quale garante finanziario per i proprietari di case. In alcune circostanze, viene fissato uno standard di partecipazione alle spese da parte dei diretti interessati. Viene prevista la possibilità che gli operatori supportino gli utenti nella ricerca di soluzioni abitative proprie.

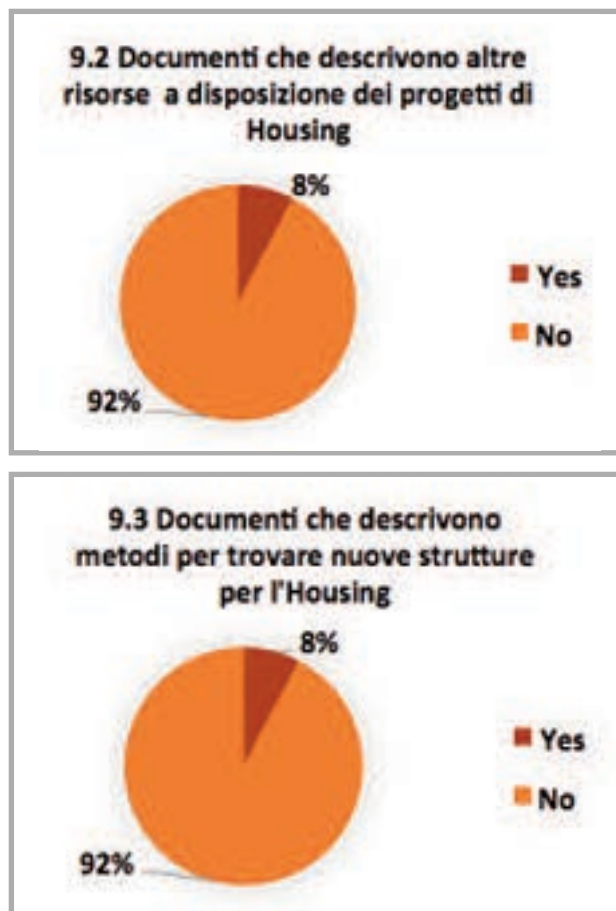
9.1 Documenti che descrivono forme di finanziamento a progetti di Housing



Nei focus group, gli operatori della salute mentale sottolineano la necessità di risorse finanziarie e professionali con i finanziamenti pubblici che dovrebbero integrare il reddito degli utenti, lamentano la scarsa flessibilità e auspicano progetti all'interno di una più ampia rete dei servizi per la salute mentale. Infine, evidenziano che lo stigma rende difficile acquisire appartamenti da privati senza la presenza di specifici accordi con le autorità locali.

Gli operatori di altre istituzioni, presenti nei focus group, sottolineano l'importanza delle relazioni all'interno dell'appartamento, ma anche con il contesto più ampio: promuovere la solidarietà e la sussidiarietà considerando, però, le specifiche caratteristiche dei vari contesti. È necessario prevedere appartamenti indipendenti, ma anche spazi comuni che controbilancino il problema della solitudine. Non bisogna sottovalutare la necessità di supporto. Ogni contesto deve trovare la propria soluzione, non esiste una soluzione standard per tutti, esistono le risorse di un ambiente particolare. Si deve favorire la libertà di scelta dei singoli, evitando luoghi troppo connotati che rischiano di favorire la segregazione, anche se si auspicano politiche abitative per lo specifico target.

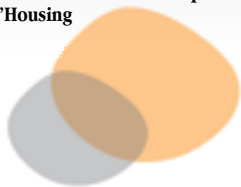
Vanno previste, pertanto, varie fonti di finanziamento e di supporto, modalità che garantiscano la stabilità evitando che la sostenibilità dei progetti sia legata ai singoli utenti. Una criticità rilevata è proprio la continuità dei progetti. Le diverse forme di rigidità e di non flessibilità anche da un punto di vista normativo non facilitano la creazione di progetti di Housing, andrebbe, invece, garantita la base giuridica necessaria a tutelare le diverse esperienze. Infine, va considerato l'investimento in termini finanziari, e non solo, delle famiglie.



Nei focus group, i cittadini sottolineano che la possibilità di interagire con gli utenti consente di superare le possibili paure o stigmi. Alcuni mettono in luce la non conoscenza e l'assenza di idee proprie in merito anche se emerge la necessità che sia lo stato a farsi carico di questi aspetti. Alcuni sottolineano l'importante ruolo del volontariato. Infine, utenti e familiari, presenti nei focus group a loro dedicati, mettono in evidenza la scelta: l'importanza di incontrare qualcuno con cui pensare a un progetto di convivenza anche con il contributo finanziario della famiglia. Si parla anche delle famiglie diverse da quelle di origine che si prendono cura di loro in un momento in cui non possono ottenere il sostegno dalla propria famiglia. In alcuni paesi (la Svizzera), lo Stato si fa carico di tutto, compreso la possibilità di un lavoro in base alle attitudini della persona, sgravando la famiglia d'origine.

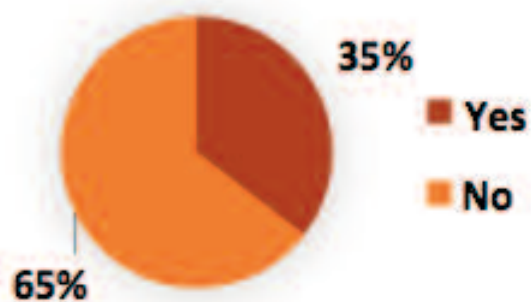
RISORSE SPECIFICHE PER L'HOUSING INDICATORI

1. Esiste uno specialista dedicato 24h su 24h?
2. Esistono esperienze di famiglie affidatarie?
3. Esistono esperienze di coabitazione di persone con problemi diversi (salute mentale, tossicodipendenza, immigranti) che si sostengono a vicenda?
4. Esiste un sostegno economico e per il reperimento di abitazioni da parte delle istituzioni (ad es., autorità locali, sanitarie, etc.)?
5. Sono attive facilitazioni con attività commerciali, sportive, culturali?
6. È previsto un aiuto nella gestione del denaro laddove necessario?
7. Ci sono risorse dedicate alla de-istituzionalizzazione che promuovono l'inserimento in progetti di Housing?
8. Sono favorite le associazioni di utenti?
9. Le normative locali favoriscono i processi di Housing?
10. Esistono facilitazioni da parte delle istituzioni pubbliche per avere una casa?
11. L'Amministrazione pubblica facilita l'acquisizione di alloggi per utenti della salute mentale, con specifici provvedimenti?
12. C'è la garanzia che i costi per gli ospiti di una casa non variano se uno di loro va via dalla casa?



10. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

10.1 Documenti che descrivono gli esiti e la valutazione dell'impatto nei progetti di Housing



La valutazione dell'impatto ambientale sulla qualità di vita è stato oggetto di numerosi studi. Una criticità è stata individuata nel fatto che la ridotta gamma di possibilità di scelta di diverse soluzioni di Housing, modulate sui bisogni individuali, infici necessariamente la possibilità di rilevare differenti outcome.

Sono state utilizzate diverse scale di valutazione ambientale che misurano per esempio il livello di confort, la sicurezza, la spaziosità degli ambienti, il rispetto della privacy, la qualità del supporto degli operatori, la percezione soggettiva della qualità della vita, le attività quotidiane, le relazioni sociali, l'adattamento nella comunità locale, la competenza sociale, il funzionamento, etc.

Sicuramente, esiste una forte correlazione tra il ricevere supporto da parte dei servizi e il benessere psichico e la qualità di vita. Ugualmente, esiste una forte correlazione tra il vivere nella comunità e il benessere psichico rispetto al vivere in settings protetti e contenitivi. Il vivere in case supportate ha prodotto effetti più positivi rispetto a vivere in residenze supportive sia in termini di benessere sia in termini di costi essendo meno utilizzati gli ospedali o il carcere.

Il risultato di queste ricerche porta a definire l'Housing come un "sistema" che non riguarda la struttura in sé, ma il legame con l'ambiente. Nei focus group, emerge l'importanza di "vivere fuori" più che "vivere dentro" gli appartamenti.

Molto richiesta è la ricerca di un link tra spazi di vita e outcome, ovvero il legame tra il luogo fisico e il risultato di salute mentale.

Un altro importante indicatore è il rapporto tra la percezione soggettiva di benessere e ambiente. Per monitorarlo, viene sollecitata la formazione dell'operatore a valutare i bisogni, le capacità, le difficoltà della persona in relazione all'ambiente e di conseguenza l'individuazione degli strumenti ambientali in grado di rispondere sia ai bisogni che alle capacità. Nei focus group, viene sollevato il problema di una tendenza alla "sanitarizzazione" dell'Housing mentre in letteratura la valutazione dell'impatto dell'Housing sulla salute mentale non prende in considerazione l'intervento medico, ma: la percezione soggettiva, le caratteristiche dell'ambiente fisico, l'inclusione sociale, il supporto ai momenti di crisi.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO INDICATORI

1. Esiste un'agenzia che valuta il sistema di Housing?
2. Sono stati individuati gli stakeholders di riferimento per l'impatto dell'Housing?
3. Oltre ai progetti di Housing ci sono altre iniziative territoriali per l'inclusione?
4. Nel sistema di valutazione dell'impatto è preso in considerazione l'impatto percepito da parte di utenti e famiglie?
5. Sono previste periodiche indagini costi/benefici dell'Housing?
6. Esiste un sistema di valutazione periodico delle strutture residenziali?
7. Esiste un sistema di valutazione periodico dei progetti di Housing?
8. Viene monitorata la qualità di vita?

IX.

Uso degli indicatori



Il toolkit si compone di dieci aree-chiave, per ogni area-chiave sono stati identificati gli indicatori. Gli indicatori possono essere utilizzati, a livello locale, per pianificare i progetti di Housing, per porsi dei traguardi, per monitorarli e seguirne l'andamento. Possono anche essere utilizzati, a livello di politiche sociali, per fotografare lo stato dell'arte dei progetti avviati anche su diverse scale di grandezza: locale, regionale, nazio-

nale e individuare prospettive di miglioramento e sviluppo. Essi possono essere ripresi nella stesura di linee guida per l'Housing, per le quali abbiamo rilevato esserci molta domanda, ma poca letteratura.

Gli indicatori che abbiamo individuato esplorano aree diverse, tutte implicate nell'Housing; è l'Housing che richiede e richiama competenze multidisciplinari (di organizzazioni preposte, di famiglie e utenti, di figure professionali, di cittadini e volontari) che dovrebbero convergere su obiettivi comuni di salute e qualità della vita. Gli indicatori che proponiamo sono, a nostro avviso, tutti utilizzabili nei diversi paesi europei.

Abbiamo però ipotizzato che sono aspetti specifici per ciascun paese:

1. da chi trarre le informazioni
2. la tempistica per la raccolta delle informazioni
3. la responsabilità della raccolta, dell'utilizzo e dell'archiviazione
4. la responsabilità per il miglioramento delle attività

Si tratta di informazioni che devono accompagnare ciascun indicatore perché esso possa essere utilizzato efficacemente.

Pensiamo che i 4 aspetti vadano identificati - da chi è interessato ad utilizzare gli indicatori per l'Housing - in rapporto a due variabili principali: a) la situazione relativamente alla salute mentale e alla gestione dell'Housing, nel paese (ad es., stato di avanzamento della de-istituzionalizzazione; presenza di supported/supportive Housing, etc.); b) gli obiettivi per il quale si utilizzano gli indicatori (ad es., per avviare un progetto di Housing, per monitorare esperienze di Housing pregresse, per sensibilizzare la comunità locale, etc.). Suggeriamo, quindi, che per ciascun indicatore vengano definite le relative informazioni. La tabella che segue facilita questa operazione. Più informazioni si hanno sul percorso di Housing, maggiore è la possibilità di pianificarne l'andamento, di monitorarlo e di conseguenza di avviare processi per migliorarlo.

COME UTILIZZARE GLI INDICATORI

Indicator	Audience	Data collection frequency	Responsibility of data collecting and managing	Responsibility for improvement actions
	[Da chi trarre le informazioni]	[periodicità della rilevazione: con che frequenza raccogliere le informazioni provenienti dall'indicatore]	[responsabilità nella raccolta e nella gestione dei dati]	[responsabilità delle azioni migliorative: a chi può essere affidata la responsabilità per azioni di miglioramento]

X.



Conclusioni



L'Alta Commissione per i Diritti Umani delle Nazioni Unite ha, recentemente (28 marzo 2017), prodotto un report sui diritti delle persone affette da disagio o disabilità psichica. Il rapporto è il risultato di un insieme di opinioni espresse da un'ampia rappresentanza di stakeholders. Nell'introduzione, si sostiene che *"ognuno nel corso della propria vita richiede un ambiente in grado di supportare la propria salute mentale e il proprio benessere; in questo senso noi siamo tutti potenziali utilizzatori dei servizi di salute mentale"*.

Il documento poi prosegue: *"per decenni, i servizi di salute mentale sono stati governati da un paradigma biomedico che ha contribuito all'esclusione, trascuratezza, coercizione e abuso su persone con disabilità cognitive e intellettive..."*. Con questa osservazione si vuole sottolineare un elemento di forte criticità nell'ambito della salute men-

tale: il processo di riduzionismo medico che negli anni ha caratterizzato il settore e che si è trasformato in uno dei fattori produttori di quella che oggi viene chiamata impropriamente *"nuova cronicità"*.

La convinzione che la malattia mentale sia un problema della medicina in quanto malattia e non della relazione in quanto *"mentale"* ha, secondo il documento, trascurato la possibilità di considerare il problema nella sua complessità.

Solo recentemente, l'OMS ha introdotto un sistema di classificazione (l'International Classification of Disability and Function: ICF) che considera la molteplicità e complessità dei fattori che intervengono nel disagio mentale della persona: mente, corpo, attività, partecipazione, ambiente. Mentre, come sostiene il documento delle Nazioni Unite, *"Strumenti diagnostici come l'International Classification of Diseases (ICD) e il Ma-*



nuale Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) continuano a espandere i parametri delle diagnosi individuali, spesso senza una solida base scientifica”.

Ottemperando alla definizione di salute data dall’OMS: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non una mera assenza di una malattia o infermità”, lo sforzo del gruppo è stato quello di considerare uno degli elementi della complessità della sofferenza psichica: l’abitare.

Abitare, in italiano così come in inglese, implica una progressione nel tempo. Ma oltre all’elemento tempo vanno considerati altri elementi. Alcune ricerche si sono soffermate sulla vita all’interno dei luoghi dell’abitare: per esempio, analizzando la frequentazione di alcuni ambienti rispetto ad altri. In architettura, si sostiene che l’abitare avviene all’interno, per cui elementi come la luminosità, lo spazio adeguato, l’aria sono

tutti elementi importanti del vivere bene. In salute mentale, conta anche “dove” si trova l’abitazione, i servizi, la facilità dei trasporti, i negozi, i luoghi del tempo libero, i luoghi dove poter “stare” (club houses), quelli dove incontrare gli amici.

Gli indicatori che danno il titolo all’eBook, che sono la sintesi di un’indagine che integra metodologia bottom-up (focus group) con quella top-down (analisi letteratura), sono il punto di partenza proposto da HERO per un confronto costruttivo sulle esperienze di Housing nei diversi paesi Europei.

Essi consentiranno al partenariato HERO di mettere a punto un curriculum formativo sull’Housing, rivolto alle comunità locali. È questo il traguardo che il partenariato si pone, supportato dai gruppi target del progetto oltre che dalle più recenti testimonianze a livello internazionale sui Diritti Umani ed in particolare sui diritti delle per-

sone affette da disagio o disabilità psichica. Noi sosteniamo che l’abitare, l’Housing, è esterno e interno, è abitazione e ambiente, è spazio privato e spazi pubblici, è edificio e paesaggio, è relazione familiare e relazioni sociali, è capacità individuali e distribuzione di opportunità, è diritto di cittadinanza e abbattimento delle new urban divisions (in base al censo e alla classe sociale).

Papa Bergoglio sottolinea “come sono belle le città che, anche nel loro disegno architettonico, sono piene di spazi che collegano, mettono in relazione, favoriscono il riconoscimento dell’altro” (Enciclica: *Laudato si*, 2015, pp 139-140).

Questa visione dell’Housing riguarda, quindi, l’esistere, è connessa, intrecciata all’esistere in quanto persona, un esistere non riducibile a uno standard come ci ha propo-



sto finora l'International Style, soprattutto quello delle periferie, perché sostenere un Housing produttore di benessere in salute mentale significa produrre benessere per tutti.

In particolare, occorre uscire dal pensiero dicotomico che separa lo spazio costruito dalle relazioni sociali. Così come le relazioni che avvengono all'interno di uno spazio ne definiscono la struttura, anche lo spazio definisce le relazioni sociali che avvengono al suo interno. Basti pensare al senso di isolamento e al "silenzio" nei grandi "saloni" dei manicomi definiti allora come "spazi di socializzazione" e come un semplice cambiamento come il porre le sedie in un piccolo cerchio "riducendo", cioè, il grande spazio rettangolare in un piccolo spazio rotondo, abbia potuto miracolosamente "aprire le persone" al dialogo.

Altro esempio è quello dei "centri commerciali" che seguono l'ideologia del "Bon Marché" in cui la relazione è esclusivamente fra "cliente e oggetto" e come l'introduzione di "piccoli angoli di gioco o di musica" riescano a trasformare quei luoghi rendendoli più "belli".

Il quartiere, gli spazi urbani di una città, il piccolo centro, pongono, quindi, il problema dell'ambiente come supporto alla relazione. Luoghi "aperti alla diversità" fino a perdere la percezione dell'altro come "diverso", aggreganti, con gli spazi personali e quelli di transito "modificabili".

Ambiente come luogo cui si appartiene e in cui la casa è riconosciuta come propria, dove collocare i propri desideri mutevoli nel tempo.

Il modello proposto non è, quindi, quello di definire una linea-guida migliore per aiutare

le persone che hanno problemi psichici, ma quello di costruire un sistema di relazioni in cui anche le persone con problemi psichici trovino la possibilità di vivere bene "con" e "nonostante" il proprio problema.

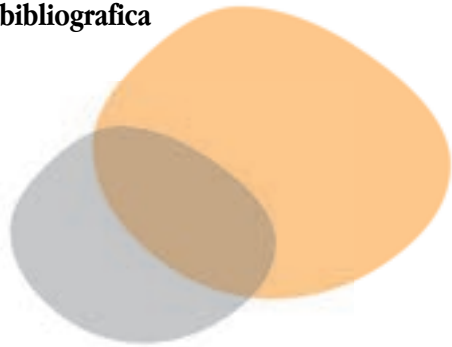
Se, come riporta il report delle Nazioni Unite, *"noi siamo tutti potenziali utilizzatori dei servizi di salute mentale"* la finalità è quella di "rendere possibile" una vita soddisfacente in cui la persona si senta in grado di esprimere le proprie capacità e i propri desideri.

XI.



Bibliografia

Documenti di riferimento per la rassegna bibliografica



1. **Aubry, T., Nelson, G. & Tsemberis, S.** (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home–Chez soi Demonstration Project. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 467-474.
2. **Augé, M.** (2000). *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
3. **Basaglia, F.** (1975). In F. Basaglia & F. Ongaro Basaglia (Eds.), *Crimini di pace* (p. 310). Torino: Einaudi.

4. **BC Partners for Mental Health and Addictions Information.** (2006). *Logements pour personnes souffrant de troubles mentaux*. Retrieved from <http://doczz.fr/doc/5634520/logements-pour-personnes-souffrant-de-troubles>
5. **Bradshaw, I.** (2016). *Affordable housing and mental health*. Retrieved from <http://www.mentalhealthchallenge.org.uk>
6. **Brugse Maatschappij voor Huisvesting.** (2010). *BRUGWONEN Een woonproject voor en met mensen met een psychiatrische problematiek*. Retrieved from <https://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/Leefomgeving/duurzaam bouwen/Documents/Brugwonen.pdf>
7. **Brunt, D., & Hansson, L.** (2004). The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 293-298. Retrieved from 1. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480410005800>
8. **Buijt, E. V. D. H. I., & Smits, A. W. A.** (1998). Beschermd wonen; tevreden wonen? Resultaten van een tevredenheidsonderzoek onder bewoners van drie organisaties. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 265-276. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/258434070_Beschermd_wonen_tevreden_wonen_Resultaten_van_een_tevredenheidsonderzoek Onder_bewoners_van_drie_organisaties
9. **Byrne, S.** (2008). A long way from home Mental distress and long-term homelessness. *Shelter, the housing and homelessness charity*. Retrieved from http://england.shelter.org.uk/professional_resources/policy_and_research/policy_library/policy_library_folder/



10. **Cardol, M., Speet, M. & Rijken M.** (2007). *Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking*. Retrieved from
11. **Chapman, I.** (2014). *Housing Models: Examples of Innovative Practice and Design*. Retrieved from <https://www.housinglin.org.uk>
12. **Corporation for Supportive Housing** (2005). *The Mental Health Services Act Housing toolkit*. Retrieved from <http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/MHSAHousing.aspx>
13. **Da Costa Meyer E.** (2012). The City Within. In E. Danze & S. Sonnenberg (Eds.), *Space and Psyche* (pp. 86-107). Austin: Center for American Architecture and Design.
14. **De Girolamo, G., Picardi, A., Santone, G., Falloon, I., Morosini, P., Fioritti, A., & Micciolo, R.** (2005). The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*, 35(03), 421-431. DOI: 0.1017/S003329170400350
15. **De Heer-Wunderink C., Visser E., Sytema S., Wiersma D.** (2012). Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs. *Psychiatric Services*, 63(11), 1102-1107. DOI: 10.1176/appi.ps.201100538.
16. **Depla, M.F., De Graaf, R., Heeren, T.J.** (2006). The relationship between characteristics of supported housing and the quality of life of older adults with severe mental illness. *Aging & Mental Health*, 10(6), 592-8. DOI: 10.1080/13607860600641135.
17. **Elliott S., Taylor M. & Kearns R.** (1990). Housing Satisfaction, Preference and Need among the Chronically Mentally Disabled in Hamilton, Ontario. *Social Science & Medicine*, 30(1), 95-102.
18. **Evans, G., W.** (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-555. DOI: 10.1093/jurban/jtg063
19. **Evans, G., W., Wells N., M., Chan H., Y., Saltzman H.** (2000). Housing Quality and Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 526-530.
20. **Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B.** (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42-52. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2006.00054.x.
21. **Ghio, L., Favaretto, G., Rocca, G., Calcagno, P., Pacella, S., & Ferrannini, L.** (2016). Residential care in Italy: critical issues and future perspectives. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 32-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2015.1130509>
22. **Groton, D.** (2013). Are housing first programs effective: a research note. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 40, 51. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw40&div=6&id=&page>
23. **Health Service Executive National Vision for Change Working Group** (2012). *Addressing housing needs of people using mental health services*. Retrieved from <http://www.hse.ie/eng>
24. **Health Service Executive & Housing Agency Ireland** (2016). *Design for Mental Health. Housing Design Guidelines*. Retrieved from <https://www.housingagency.ie/Our-Services/Housing-Supply-Services/National-Housing-Strategy-for-People-with-a-Disabi/Publications.aspx>



25. **Hinshelwood, R.** (2001). *Thinking about Institutions: Milieux and Madness*. London: Jessica Kingsley Publishers.
26. **Hogan, M. & Carling, P.** (1992). Normal Housing: A Key Element of a Supported Housing Approach for People with Psychiatric Disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 215-226. DOI:10.1007/BF00756818.
27. **Kallert, T., W., Leisse, M. & Winiecki, P.** (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15, 29-42. DOI 10.1007/s10389-006-0071-3.
28. **Killaspy, H., White, S., Dowling, S., Krotofil, J., McPherson, P., Sandhu, S., ... King, M.** (2016). Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry*. DOI: 10.1186/s12888-016-0799-4.
29. **Kooistra, H., De Ruiter, D. & Van Triest, N.** (2016). Doorstromers Beschermd Wonen in Maatschappelijke opvang. *Platform 31*. Retrieved from <http://www.platform31.nl/publicaties/doorstromers-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang>
30. **Macpherson, R., Shepherd, G., & Edwards, T.** (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 180-188. DOI: 10.1192/apt.10.3.180.
31. **Malafouris L.** (2009). Between brains, bodies and things: tectonoetic awareness and the extended self. In C. Renfrew, C. Frith & L. Malafouris (Eds.), *The Sapien Mind: archaeology meets neuroscience* (pp. 1993-2002). Oxford: University Press.
32. **Maone, A. & Domiziani, C.** (2010). Il progetto Solaris <<Fare assieme>> per una vita indipendente. *Edizioni Erickson La Rivista del Lavoro Sociale*, 10(1), 105-115. Retrieved from <http://www.lavorosociale.com/>.
33. **Marcheschi, E., Brunt, D., Hansson, L., & Johansson, M.** (2013). The interaction between the physical and social environment in supported housing for people with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 117-123. DOI:10.3109/01612840.
34. **Marcheschi, E., Johansson, M., Laike, T., Brunt D.** (2016). Housing design and people with severe mental illness: An observational approach to the investigation of supported housing facilities. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 12-21. DOI: 10.1111/sjop.12259.
35. **Marone, A.** (2006). The house keys. possibilities and limits of supported housing approach. *Psichiatria di Comunità, la rivista dei dipartimenti di salute mentale*, 4, 222-235.
36. **Massey, O. T., & Wu, L.** (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 81. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095598>
37. **Mental Health Network NHS CONFEDERATION** (2012). *Mental health and homelessness*. (Issue 235). Retrieved from https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Policy_documents/mental_health_homelessness.pdf
38. **Morin, P., Beaulieu, A. & Robert D.** (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, 26, 497-415. DOI: 10.3917/ds.264.0497.



39. **Nelson, G., Aubry, T., Hutchinson, J.** (2010). Housing and Mental Health. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/132/>
40. **Nelson, G., Hall, G. B., & Walsh-Bowers, R.** (1997). A comparative evaluation of supportive apartments, group homes, and board-and-care homes for psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community Psychology*, 25(2), 167-188. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(199703)25:2<167::AID-JCOP6>3.0.CO;2-V.
41. **Nelson, G., & Laurier, W.** (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 37, 123. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw37&div=41&id=&page=>
42. **Nelson G., Sylvestre J., Aubry T., George L., Trainor J.** (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 34, 89-100. DOI: 10.1007/s10488-006-0083-x.
43. **O'Malley, L. & Croucher, K.** (2005). Supported Housing Services for People with Mental Health Problems: A Scoping Study. *Housing Studies*, 20(5), 831 — 845. DOI: 10.1080/02673030500214126.
44. **Pannecoucke, I. & De Decker, P.** (2014). *Thuis(loos) na de psychiatrie*. Retrieved from https://steunpuntwonen.be/Documenten_2012-2015/Onderzoek_Werkpakketten/WP3_Thuis%28loos%29_na_de_psychiatrie
45. **Piat, M. & Sabetti, J.** (2010). Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/236/>
46. **Pleace, N.** (2016). *Housing First Guide Europe*. Retrieved from <http://housingfirstguide.eu>
47. **Pleace, N., & Bretherton, J.** (2017). *Crisis Skylight: Final Report of the University of York Evaluation*. Retrieved from <https://www.crisis.org.uk/>
48. **Pleace, N., & Wallace, A.** (2011). *Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: a review*. Retrieved from <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pub.housing.org.uk/Review%20of%20supported%20housing%20effectiveness%20for%20mental%20health.pdf>
49. **Quality Matters** (2016). *Financial Savings Review of "My Home My Choice" Project*. Retrieved from <http://qualitymatters.ie/work/financial-savings-review-of-my-home-my-choice-project/>
50. **Ridente, P. & Mezzina R.** (2016) From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. *International Journal of Mental Health*, 45 (1), 59-70. DOI: doi.org/10.1080/00207411.2016.1146510
51. **Robin, J. & Robinson, Z.** (2008). Innovation, local engagement and leadership; the future of supported housing in mental health. *Housing, Care and Support*, 11(1), 20-25. DOI: <https://doi.org/10.1108/14608790200800006>



52. **Schrooten, M., Loosveldt, G., Vranken, B., & Van Puyenbroeck, J.** (2014). Een experiment wonen-welzijn: Sociaal wonen op proef met ondersteuning. *Alert: Tijdschrift voor Sociaal Werk en Politiek*, 40(3), 43-49. Retrieved from http://www.academia.edu/8016583/Een_experiment_wonen-welzijn._Sociaal_wonen_op_proef_met_ondersteuning
53. **Savage, J.** (2016). Mental Health and Housing. A project to identify which types of supported accommodation successfully meet the needs of people with mental health problems in order to recommend effective housing solutions. *Policy Officer for the Mental Health Foundation for the Mental Health Providers Forum*. Retrieved from <https://www.natcen.ac.uk>
54. **Starace, F., Marchesini, N & Melati, E.** (2015) L'Esperienza del DSM-DP di Modena nel campo della "residenzialità leggera". *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 12. Retrieved from <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/vol-12-29-dicembre-2015>
55. **Strkalj Izevic S., Muzinic, L. & Filipac, V.** (2010). Case Management – A pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22, 1, 28-33.
56. **Supported housing guidelines** (2015). In Office of Mental Health, New York. Retrieved from <https://www.omh.ny.gov/omhweb/adults/SupportedHousing/supportedhousingguidelines.html>
57. **Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A., Peddle, S.** (2007). Housing for People with Serious Mental Illness: A comparison of Values and Research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 125–137. DOI: 10.1007/s10464-007-9129-9.
58. **Tabol, C., Drebing, C. & Rosenheck, R.** (2010). Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 446-456. Retrieved from <http://homelessshub.ca/resource/studies-supported-and-supportive-housing-comprehensive-review-model-descriptions-and>
59. **Tauber, E.** (2009). *Abitare in autonomia- Valutazione qualitativa del progetto pilota basato sulla filosofia della Vita Indipendente*. Retrieved from <http://www.integrabile.it/>
60. **Thomson, H., Petticrew, M. & Morrison, D.** (2001). Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *British Medical Journal*, 323, 187-190. DOI: 10.1136/bmj.323.7306.187.
61. **Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F.** (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 51(4), 487-493. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487>
62. **United Nation - Human Rights Council.** (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Retrieved from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement>
63. **Van Rossum, H., Van Iersel, J & Van Rossum, F.** (2006). *Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen* (Rapportnummer: 91270). Rgo Research and consulting.



64. **Wells, N.,M., Moch, A. & Evan, G.,W.** (2003). Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues* 59(3), 475 – 500. DOI: 10.1111/1540-4560.00074.
65. **World Health Organization.** (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO Press. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
66. **Yanos, P.,T., Stefancic, M.,A. & Tsemberis, S.** (2012). Objective Community Integration of Mental Health Consumers Living in Supported Housing and of Others in the Community. *Psychiatric Services*, 63(5), 438–444. DOI: 10.1176/appi.ps.201100397.
67. **Wong, Y., I., Matejkowski, J. & Lee, S.** (2011). Social Integration of People with Serious Mental Illness: Network Transactions and Satisfaction. *Journal of behavioral health services & research*, 38(1), 51-67. DOI: 10.1007/s11414-009-9203-1.
68. **Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L.** (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental health services research*, 4(1), 13-28. DOI: 10.1023/A:1014093008857
69. **Wright, P. A., & Kloos, B.** (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27(1), 79-89. DOI: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
70. **Vlaamse Regering – Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen** (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487>

Team

ITALIA **ASL ROMA 2**

Tiziana Borgese, Maria Silvia Corti, Patrizia Favali, Giambattista Giangreco, Donatella La Cava, Josè Mannu, Stella Milano, Maurizio Murri, Vincenzo F. Scala, Nadia Battisti, Paola Cavalieri.

✉ dsm@aslroma2.it

Si ringrazia la dott.ssa Angela Pannarale per il suo contributo alla stesura dell'eBook.

ITALIA **FONDAZIONE INTERNAZIONALE DON LUIGI DI LIEGRO**

Carla Brunetti, Raffaella Casamassima, Tiziana Ceccarelli, Luigina Di Liegro, Michael Magazzù, Anna Maria Palmieri, Anna Riglioni, Francesca Sollazzo, Francesco Vicano.

✉ segreteria@fondazione diliegro.it

CROAZIA **UNIVERSITY PSYCHIATRY HOSPITAL VRAPCE**

Josipa Kamenečki Ljeljak, Martina Grubiša, Kresimir Radic, Sladjana Strkalj-Ivezic, Melita Vdoljak, Marijan Vrdoljak.

✉ bolnica@bolnica-vrapce.hr

GRAN BRETAGNA **MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS**

Anna Bellan, Nicola Daley, Joe Hemington, Sara Lopez, Stacey Robinson, Joanne Williams.

✉ info@expandinghorizons.co.uk

BELGIO **PEGODE**

Hanne Belmans, Luc Debar, Katy Douillez, Bies Henderickx, Els Matthysen, Veerle Van Hove, An Vandersmissen.

✉ info@pegode.be

GRECIA **PEPSAEE**

Nikos Drosos, Margo Liatira, Menelaos Theodoroulakis, Spyros Zorbas.

✉ info@pepsaee.gr

Si ringraziano i partecipanti ai focus-group. Con la loro esperienza e le loro osservazioni hanno tutti contribuito attivamente alla realizzazione di questo eBook.

Progetto grafico: Gabriele Pescosolido - Sora (Fr) Italia.



housing: an educational european
road towards civil rights

HOUSING E SALUTE MENTALE

INDICATORI DI QUALITÀ
AD USO DELLE
COMUNITÀ LOCALI

A CURA DEL **TEAM HERO** DELLA **ASL ROMA 2**



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

www.housing-project.eu

Numero di convenzione 2016-1-IT02-KA204-024078