

Letters to the Editor

La diffusione dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA) nella psichiatria italiana

Adults foster family care in Italian mental health services: a survey

Dear Editor:

Gli Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Adulti sofferenti di disturbi psichici (IESA) sono una tipologia di interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni cliniche ed esistenziali di persone seguite dai servizi psichiatrici, attraverso la loro graduale integrazione presso famiglie di volontari non loro congiunti.

Le radici storiche di questo insieme di pratiche, ormai internazionalmente diffuse, rimandano alla cittadina fiamminga di Geel, teatro del martirio di Santa Dymphna nel VII secolo d.C., che per secoli ha accolto malati nelle proprie case (Aluffi, 2001a). In Italia, sin dalla prima metà del 1800, il patronato eterofamiliare, una soluzione residenziale antesignana dello IESA, era oggetto di discussione all'interno della comunità scientifica come alternativa all'istituto manicomiale (Antonini, 1910; Tamburini, 1903; Guarnieri, 2009) e questa pratica rappresentò fin nei primi decenni del '900 una reale possibilità extramuraria offerta agli internati. Più recentemente, a partire dagli anni '90 del secolo scorso, lo IESA, insieme ad altri interventi di supporto all'abitare, è stato considerato una valida proposta terapeutico-assistenziale, anche per la necessità di definitivo superamento degli ex-ospedali psichiatrici (de Girolamo *et al.*, 2002; Furlan *et al.*, 2009). Nel corso degli anni il modello degli inserimenti eterofamiliari ha sviluppato una maggiore attenzione al supporto della convivenza grazie al ricorso alla figura dell'operatore IESA, superando così l'approccio originario paragonabile a una sorta di affido o adozione del paziente (Aluffi & Furlan, 2005; Aluffi, 2001b; Cébula, 1999) e introducendo il ricorso a progetti di breve durata e anche solo giornalieri purché ripetuti nel tempo.

Inoltre lo IESA favorisce il ruolo della comunità sociale come risorsa e luogo di cura per le persone sofferenti di disagio psichico in accordo con le ultime direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di salute mentale (World Health Organization, 2001).

Il paziente può essere accolto dalle famiglie di volontari in diverse fasi del progetto clinico in risposta a esigenze talvolta prevalentemente riabilitative, talaltra assistenziali, ma anche in fase di acuzie sintomatologica e a momenti di crisi psicopatologica (Brook *et al.*, 1976; Sileci, 2000; Warner, 2002; Bennet, 1995; Polak *et al.*, 1979). L'accoglimento eterofamiliare non necessariamente deve essere residenziale: nei progetti IESA part-time (Aluffi, 2006), l'ospite, mantenendo l'abituale domicilio, spesso una comunità terapeutica o un gruppo appartamento, beneficia di un supporto individualizzato anche, eventualmente, propedeutico a successivi programmi di convivenza più continua.

Scopo di questo studio è comprendere in primo luogo l'attuale diffusione dello IESA nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani, rilevando le caratteristiche dei servizi attivi; secondariamente, se, e in che misura, il ricorso a questa pratica sia in aumento. In terzo luogo, questo lavoro si propone di indagare la diffusione della conoscenza della pratica allo scopo di comprendere come possa essere proposta all'interno dell'organizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale, ormai diffusa in tutta Italia.

METODI

Nel periodo tra maggio e giugno 2007 è stato proposto ai direttori dei 211 DSM italiani un questionario auto-

somministrato di 16 domande con l'obiettivo di rilevare la presenza di esperienze di inserimenti eterofamiliari e, in caso affermativo, l'anno di inizio dell'attività, l'organizzazione del servizio, i riferimenti legislativi, la conoscenza di esperienze IESA nazionali e internazionali, l'opinione nei confronti della pratica. La distribuzione del questionario è avvenuta attraverso l'invio per posta elettronica agli indirizzi reperiti da fonti istituzionali, principalmente il sito Internet aziendale. Nell'indisponibilità di un indirizzo di posta elettronica è stata inviata una versione cartacea del questionario. Trascorsi due mesi dall'invio sono state sollecitate le restituzioni dei questionari compilati mancanti ed è stata offerta la possibilità di rispondere telefonicamente alle domande poste da un intervistatore formato.

I dati raccolti sono stati analizzati con il software Spss vers. 14 con cui sono state prodotte statistiche descrittive univariate.

I risultati dello studio sono stati messi a confronto con quelli ottenuti da A. Tamburini nel 1902 (Tamburini, 1902) e da G. Aluffi nel 1999 (Aluffi, 2001a). Di quest'ultimo lavoro l'autore ha messo a disposizione i dati disaggregati.

RISULTATI

I risultati dello studio sono riportati nella Tabella 1. I Dipartimenti che hanno risposto all'intervista sono stati 194 (92%), in 78 casi (40% dei rispondenti) la persona che ha fornito le informazioni è stata il direttore. I servizi IESA attivi rilevati sono 34, per un totale di 325 progetti (tale numero comprende anche i progetti part-time). Sulla base delle informazioni relative all'anno di avvio delle singole esperienze, nel periodo che va dal 1997 al 2007, si rileva un incremento medio di 2.4 nuovi servizi l'anno.

In 22 casi su 34 (65%) gli operatori sono organizzati in un'apposita équipe nella quale sono rappresentate per lo più le professioni dello psichiatra (nel 41% dei gruppi di lavoro), dello psicologo e dell'assistente sociale (entrambi presenti nel 38% delle équipes). Nei 160 Dipartimenti rispondenti in cui non è presente un progetto IESA, 105 (66%) intervistati dichiarano il proprio interesse ad avviare un'esperienza simile. I restanti riferiscono di temere difficoltà nell'ottenere l'approvazione della cittadinanza: in molti casi, infatti, essi affermano che il territorio di loro competenza (soprattutto quando si tratta di aree urbane) non è ancora pronto ad un'esperienza così "rivoluzionaria", riferendosi in particolare allo stigma che ancora accompagna il paziente psichiatrico.

In 105 casi (54% sul totale dei rispondenti) gli intervistati affermano di conoscere esperienze estere di attività IESA, facendo riferimento in particolare ai servizi di Geel e a varie realtà presenti negli Stati Uniti. In 129 casi (66% sul totale dei rispondenti) i responsabili affermano di conoscere specifiche esperienze esistenti in Italia. I servizi più citati sono quelli di Collegno (Torino) (39), Lucca (27) e Treviso (24).

Tra quanti non hanno un progetto IESA presso il loro DSM ed hanno espresso intenzione ad avviarlo, 81 (77%) dichiarano di conoscere analoghe esperienze italiane o estere. Questa percentuale scende a 67 (40 partecipanti) fra i non intenzionati ad avviare in futuro progetti IESA.

Dei 194 rispondenti, 158 (81%) hanno espresso, nella domanda aperta conclusiva, un'opinione favorevole nei confronti dello IESA. Soltanto in un caso l'intervistato ha espresso parere negativo, mentre nei restanti 35 casi (18%) non è stato possibile attribuire un significato univoco alla risposta.

I dati qui riportati possono essere confrontati con i precedenti studi disponibili sull'argomento. L'indagine di Tamburini del 1902 (Tamburini, 1902) utilizzò dati di censimenti nazionali e statistiche ministeriali, fonti che oggi non hanno più informazioni aggiornate sullo IESA. Dallo studio del 1902 risultavano 268 progetti attivi al primo agosto dello stesso anno in quattro regioni: Toscana, Emilia Romagna, Umbria e Marche.

I dati raccolti da Aluffi nel 1999 (Aluffi, 2001a) derivano da uno studio dall'impianto simile a quello qui presentato e questo ha reso più agevole il confronto (Tabella I).

CONCLUSIONI

Nel 1902 il patronato eterofamiliare era organizzato e gestito dai manicomi. Nella rilevazione del 1999 e in quest'ultima del 2007 lo IESA è organizzato dai Dipartimenti di Salute Mentale ed è tendenzialmente a carico economico delle Regioni. Nel 1902 si trattava principalmente di sgravare gli istituti manicomiali dall'eccessivo affollamento, oggi l'accento è posto più sulla valenza terapeutica del progetto. I dati raccolti nel 1902 sono dunque confrontabili, con le cautele derivanti dai profondi cambiamenti avvenuti in oltre cento anni di storia, con quelli dei lavori successivi limitatamente alla presenza di attività IESA ed al numero totale di convivenze in atto.

I risultati di questo lavoro evidenziano l'espansione dell'offerta di inserimenti eterofamiliari sul territorio italiano e, allo stesso tempo, le perplessità di alcuni

Tabella I – Diffusione, attività e organizzazione servizi IESA. Confronto 1999-2007.

	1999	2007
	N (%)	N (%)
Numero dipartimenti contattati	224	211
Numero dipartimenti rispondenti	105/224 (47%)	194/211 (92%)
Presenza di attività IESA	13	34
Intenzione di avviare attività IESA	85/211 (40%)	105/177 (59%)
Conoscenza esperienze IESA estere	43/105 (41%)	105/194 (54%)
Conoscenza esperienze IESA italiane	25/105 (24%)	129/194 (66%)
Numero convivenze in atto	57	325
Attività IESA regolamentata da delibere	11/13 (85%)	21/34 (62%)
Professioni rappresentate		
Psichiatri	11/13 (85%)	14/34 (41%)
Psicologi	7/13 (54%)	13/34 (38%)
Assistenti sociali	11/13 (85%)	13/34 (38%)
Educatori	0/13 (0%)	7/34 (21%)
Infermieri	9/13 (69%)	7/34 (21%)
Altro	0/13 (0%)	2/34 (6%)

direttori di dipartimento circa la capacità del proprio territorio di recepire iniziative di tale portata. Queste opinioni sembrano essere modulate dalla conoscenza di esperienze IESA attive, conoscenza che favorirebbe la propensione ad avviare servizi di inserimenti eterofamiliari sul proprio territorio. A questo proposito si rileva che la localizzazione dei servizi IESA più noti ai direttori coincide con le sedi dei tre congressi nazionali sullo IESA organizzati fino ad oggi (Collegno-Torino, Lucca, Treviso).

La regolamentazione degli inserimenti eterofamiliari attraverso atti amministrativi riguarda il 62% dei dipartimenti con attività IESA; in tali casi si presume che le attività siano maggiormente strutturate, talvolta organizzate in servizio dedicato, e parte di strategie d'intervento dipartimentali.

Nell'intervallo di tempo trascorso tra i due studi recenti è diminuita la quota di équipe in cui sono rappresentati gli infermieri, mentre si assiste a un aumento della presenza di educatori, a dimostrare un riequilibrio delle diverse componenti professionali nei gruppi di lavoro.

Questo lavoro presenta alcuni limiti. In primo luogo non vi sono garanzie che le persone che hanno risposto alle domande del questionario siano la "memoria storica" del DSM quanto a progetti IESA. Direttori o loro collaboratori da poco insediati potrebbero non conoscere iniziative risalenti nel tempo. In secondo luogo, non è stato possibile valutare in quali proporzioni le singole professionalità siano rappresentate nelle équipe. Tale dato ci avrebbe permesso di ipotizzare le modalità organizzative dei singoli servizi. Uno studio che raccolga anche queste informazioni consentirà di confrontare le esperienze nazionali con quelle internazionali.

Le origini antiche della pratica e la sua diffusione in Italia sin dalla fine del 1800 non devono far pensare a una continuità tra il modello attuale e quello passato né dal punto di vista teorico, che attualmente si rifà a un modello riabilitativo, né culturale, caratterizzato ora da intenti non più caritatevoli, ma empatico-identificatori.

La diffusione dello IESA passa, infatti, anche dall'affermarsi di alcuni elementi culturali nell'ambito della Salute Mentale. Alcuni di questi elementi sono: apertura ai *non professional* e al volontariato come effettiva risorsa nei percorsi di cura, *case management*, supporto professionale rivolto alle famiglie e agli ospiti, anche nella gestione della crisi, organizzazione dipartimentale in funzione di un approccio di cura individualizzato, attenzione alla qualità della vita.

Gli inserimenti eterofamiliari supportati rappresentano soluzioni residenziali realizzabili con costi inferiori ad altre opzioni. La *cost-effectiveness* è però realizzabile solo in presenza di progetti individuali ben organizzati, in grado di esaltare i benefici che questo tipo di soluzione può apportare ai percorsi di cura degli utenti. Gli investimenti mirati a garantire la professionalità degli operatori rivestono dunque un ruolo strategico in quanto fondamentali per la gestione non solo del progetto, ma anche delle fasi preliminari, quali la selezione e formazione delle famiglie e l'individuazione dell'abbinamento più appropriato con il paziente. Fasi queste ultime particolarmente dispendiose in termini di tempo e competenze.

Studi futuri dovranno approfondire il grado di efficacia degli inserimenti eterofamiliari supportati e di altre esperienze di supporto all'abitare, realizzati con o senza coinvolgimento di figure *non-professional*.

Gianfranco Aluffi
Marco Zuffranieri
Elena Amistà
Pier Maria Furlan
Luca Ostacoli
Rocco Luigi Picci

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale
ASL TO3, AOU San Luigi Gonzaga
Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga,
Università degli Studi di Torino
E-mail: servizio.iesa.collegno@gmail.com

Received 24.09.2009

Revised version received 21.04.2010

Accepted 24.04.2010

BIBLIOGRAFIA

- Aluffi G. (2001a). *Dal Manicomio alla Famiglia, L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti Sofferenti di Disturbi Psicici*. Franco Angeli: Milano.
- Aluffi G. (2001b). Quando una famiglia accoglie. *Animazione Sociale* 11, 74-79.
- Aluffi G. (2006). Il progetto IESA: l'esperienza di Collegno (TO). In *L'Accoglienza Familiare – Atti del 3° Convegno Nazionale e Rete Europea dell'Inserimento Eterofamiliare di Adulti (IESA)* (ed. G. Bressaglia), pp. 161-175. Arti Grafiche: Conegliano.
- Aluffi G. & Furlan P.M. (2005). Psychiatric reform and “territorialization” of the mental health services in Italy. The foster family care project of the university mental health department in Piemonte. In *Balanced Care. Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Congress Abstract Book*, p. 30. OPZ Geel: Geel.
- Antonini G. (1910). *Nozioni Pratiche sull'Assistenza dei Malati negli Ospedali Psichiatrici e nelle Famiglie*. Cooperativa Farmaceutica Editrice: Milano.
- Bennett R. (1995). The Crisis home program of Dane County. In *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed. Warner R.), pp. 227-236. Washington American Psychiatric Press: Washington.
- Brook B.D., Cortes M., March M. & Sundberg-Stirling M. (1976). Community families: An alternative to psychiatric hospital intensive care. *Hospital and Community Psychiatry* 3, 195-197.
- Cébula J.C. (1999). *L'Accueil Familial des Adultes*. DUNOD: Paris.
- de Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I., Fioritti A. & Morosini P. (2002). Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 181, 220-225.
- Furlan P.M., Zuffranieri M., Stanga F., Ostacoli L., Patta J. & Picci R.L. (2009). Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. *Psychiatric Services* 60, 1198-1202.
- Guarnieri P. (2009). Per una storia dell'affidamento dei malati psichiatrici alle famiglie. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18, 34-39.
- Polak P.R., Kirby M.W. & Deitchman W.S. (1979). Treating acutely ill psychotic patients in private homes. *New Direction for Mental Health Service* 1, 49-64.
- Sileci S. (2000). Le Crisis Farm. In *Atti del I Convegno Nazionale sullo IESA* (ed. P.M. Furlan, E. Cristina, G. Aluffi, I. Olanda), pp. 105-121. ANS Edizioni: Torino.
- Tamburini A. (1902). L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 28, 671-687.
- Tamburini A. (1903). Sui vantaggi del trattamento familiare e gli inconvenienti di quello manicomiale in alcune forme di psicosi acute. *Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona* 1.
- Warner R. (2002). Evaluating the feasibility of crisis homes: an application of the matrix model. *World Psychiatry* 1, 94-96.
- World Health Organisation (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization: Geneva.