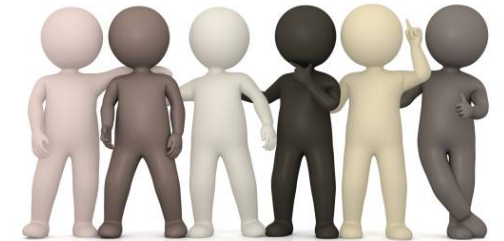


SA.M.MI

VALUTAZIONE SUI PERCORSI DI INSERIMENTO IN ACCOGLIENZA SUPPORTATA

Integrare osservazione e valutazione

- Estrema **eterogeneità dei beneficiari**, spesso provenienti da realtà anche profondamente diverse tra loro, e non solo dalla nostra.
 - **Background socio-culturale** a volte profondamente dissimile dal nostro.
 - **Concezione eziopatologica a volte specifica**
- Ancor più complesso è quando ci si trova a gestire un beneficiario con **fragilità psicologiche**.
- Uno degli obiettivi progettuali è stato quello di **creare azioni di supporto ai processi di inserimento nei percorsi di accoglienza** proprio per **far fronte alle diverse complessità** emergenti.



Integrare osservazione e valutazione

- Per capire dunque quale sia la soluzione di accoglienza migliore per il beneficiario, è necessario non solo **osservare** chi è e che cosa fa, ma anche **valutare** l'adeguatezza dei suoi pensieri e dei suoi comportamenti.



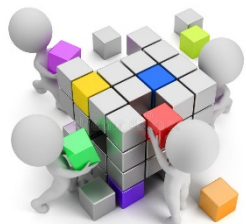
Le sfide per la costruzione del processo di assessment



- **Costruire delle *best practices* utili a progettare dei percorsi di inserimenti supportati all'accoglienza**
 - Osservare e valutare i beneficiari in specifiche strutture di accoglienza può aiutare a strutturare interventi progettuali mirati e adattabili alle diverse necessità dei beneficiari



- **Adottare metodologie specifiche e replicabili (*evidence-based*) per valutare i percorsi più idonei per specifici beneficiari**
 - Strutturare momenti integrati di osservazione, valutazione e successiva discussione assieme agli operatori in campo permette di capire le reali necessità dei beneficiari



- **Necessità di integrazione di diversi aspetti**
 - Diversità culturali dei beneficiari, che implicano non solo credenze diverse, ma anche differenti concezioni eziopatologiche
 - Eterogeneità degli operatori coinvolti
 - Standardizzazione delle procedure, in modo da consentirne non solo la replicabilità sul territorio, ma anche per produrre risultati validi e affidabili

Come scegliere gli strumenti adatti

Ma cosa comporta, nella pratica, pensare ad un assessment di questo tipo?

- Le buone prassi per costruire un processo di assessment standardizzato e replicabile pongono le loro basi nella **evidence-based practice**; è dunque importante trovare degli **strumenti psicologici validi e attendibili** che possano aiutarci in questo processo.



- La maggior parte dei strumenti psicodiagnostici non sono particolarmente adatti a supportare l'assessment dei migranti nei contesti di accoglienza
 - Gli attori in gioco sono spesso utenti con **background culturali a volte profondamente diversi** dal nostro, possono essere individui che **difficilmente comprendono e parlano l'italiano**, e spesso gli operatori coinvolti sono **operatori con formazioni non prettamente psicologiche**.
- La sfida è dunque **incrociare tali elementi per costruire un processo di assessment standardizzato e replicabile**.
- Gli approcci evidence-based hanno tuttavia trovato terreno di applicazione anche nelle **realità residenziali** di riabilitazione psichiatrica.



Come scegliere gli strumenti adatti

- Il riferimento all'ambiente della riabilitazione psichiatrica residenziale non è scontato, seppur anche lineare: infatti, si possono facilmente individuare dei **principi generali di trattamento**, che nelle realtà residenziali hanno trovato un'applicazione piuttosto forte;
 1. Applicare un **grado di stimolazione ottimale** per l'utente in base alle sue criticità, vulnerabilità o sintomatologie;
 2. Badare più al **recupero a lungo termine dell'autonomia** che alla immediata soddisfazione dell'utente;
 3. Valorizzare ciò che c'è di **«sano e intatto»**;
 4. Sviluppare **programmi riabilitativi organizzati e strutturati**;
 5. Dare priorità alle **abilità sociali necessarie per vivere sul territorio**.
- Dati questi assunti, si intuisce come l'approccio al trattamento tipico della residenzialità psichiatrica può essere **traslato al contesto dell'accoglienza** dei migranti, andando in ultima analisi a **sviluppare nell'utente quelle capacità di autoaiuto importanti per il reinserimento nel tessuto socio-culturale nel quale si trova** (al pari di come si agisce con pazienti psichiatrici).

Gli strumenti – Il VADO

- È un ***Clinician Report*** che è stato ridefinito come **intervista** ed è stato sviluppato tendenzialmente per l'uso con ospiti di strutture psichiatriche intermedie, ma può anche essere utilizzato con persone sofferenti di disturbi psichiatrici o ritardo mentale trattate sul territorio.
- Può essere utile ***a tutti gli operatori*** che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica, indipendentemente dal loro ruolo professionale.
- Il principio regolatore del VADO è il ***miglioramento delle competenze utili nella vita quotidiana***.
- I punti fondamentali del modello riabilitativo a cui il VADO fa riferimento possono essere così riassunti:
 - a) Definire come «Obiettivo Globale» quello di mettere gli utenti in grado di ***vivere nell'ambiente di loro scelta con il maggior grado di autonomia possibile*** date le loro condizioni e facendo le attività che più desiderano fare;
 - b) Dare la massima importanza all'***acquisizione e al miglioramento*** di quelle ***abilità/abitudini*** che saranno più utili alle persone quando saranno dimesse;
 - c) Assicurarsi che le abilità e le abitudini apprese siano messe in atto anche ***nell'ambiente di vita prescelto***, anche verificando che ciò avvenga realmente.

Gli strumenti – Il VADO

Il VADO comprende due componenti fondamentali:

1) ***La valutazione del paziente/utente***

2) ***La pianificazione e la conduzione del programma riabilitativo:***

- a) definire gli obiettivi di un programma riabilitativo individualizzato per persone che hanno difficoltà a svolgere le attività di vita quotidiana, ad avere una soddisfacente vita di relazione e in genere a essere autonome;
- b) valutare l'andamento del programma, il raggiungimento degli obiettivi e gli esiti.

Gli strumenti – Il VADO

Le aree indagate da tale strumento, definite “**Aree Riabilitative**”, sono le seguenti:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Cura di sé | 10. Velocità dei movimenti | 20. Interessi |
| 2. Cura del proprio abbigliamento | 11. Partecipazione alla vita di residenza o del centro diurno | 21. Informazioni generali |
| 3. Cura della propria salute fisica | 12. Partecipazione alla vita familiare | 22. Livello di istruzione |
| 4. Gestione della propria salute psichica | 13. Vita affettiva, aspetti sessuali e sentimentali | 23. Gestione del denaro |
| 5. Abitazione | 14. Cura dei figli minor | 24. Spostamenti e uso dei mezzi di trasporto |
| 6. Zona di abitazione | 15. Frequenza dei rapporti sociali esterni | 25. Uso del telefono |
| 7. Cura del proprio spazio di vita e collaborazione alle attività domestiche | 16. Relazioni di amicizia e di aiuto | 26. Acquisti e commissioni |
| 8. Attività produttive e/o socialmente utili/studio | 17. Controllo dell'aggressività | 27. Fronteggiamento dell'emergenza |
| 9. Quantità e tipo delle attività quotidiane | 18. Altre regole di convivenza | 28. Reddito e richiesta di pensioni e sussidi |
| | 19. Sicurezza | |

Gli strumenti – Le scale HoNOS

- È uno strumento ***Clinician Report***, la cui compilazione è dunque prerogativa del clinico/operatore che segue il caso in esame.
- Le scale della HoNOS ***NON rappresentano scale di diagnosi***, ma sono relative ad un insieme di problemi considerati centrali per il benessere psicologico e sociale dell'individuo.
- È uno strumento che dunque non serve a fare diagnosi, ma è tuttavia utile ***per inquadrare sia la salute mentale del soggetto che il suo funzionamento sociale***.
- Non essendo un'intervista, ha il vantaggio di poter essere compilata in qualsiasi momento dall'operatore.

Gli strumenti – Le scale HoNOS

È composta da 12 item suddivisi in 4 aree:

Problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto e/o eterodiretta

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati
2. Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe (o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo)

Deficit delle funzioni di base come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo

4. Problemi cognitivi
5. Problemi di malattia somatica o disabilità fisica

Esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni

6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri
7. Problemi legati all'umore depresso
8. Altri problemi psichici e comportamentali

Problemi ambientali (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale) che possono limitare l'autonomia funzionale

9. Problemi relazionali
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana
11. Problemi nelle condizioni di vita
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

Com'è strutturato l'assessment

Cosa abbiamo fatto:

- **T0: valutazione iniziale del beneficiario**, relativa ai primi 15 giorni di permanenza nella struttura di accoglienza. Tale valutazione si articola come intervista semi-strutturata agli operatori aventi in carico il beneficiario preso in esame, usando come linea guida lo strumento VADO
- **T1: valutazione intermedia del beneficiario**, relativa ai successivi 30 giorni di permanenza nella struttura di accoglienza. Tale valutazione si articola sempre come intervista semi-strutturata agli operatori aventi in carico il beneficiario preso in esame, usando come linea guida lo strumento VADO
- **T2: valutazione finale del beneficiario**, relativa ai successivi 15 giorni (talvolta estesi a 30) di permanenza nella struttura di accoglienza. Tale valutazione si articola sempre come intervista semi-strutturata agli operatori aventi in carico il beneficiario preso in esame, usando come linea guida lo strumento VADO



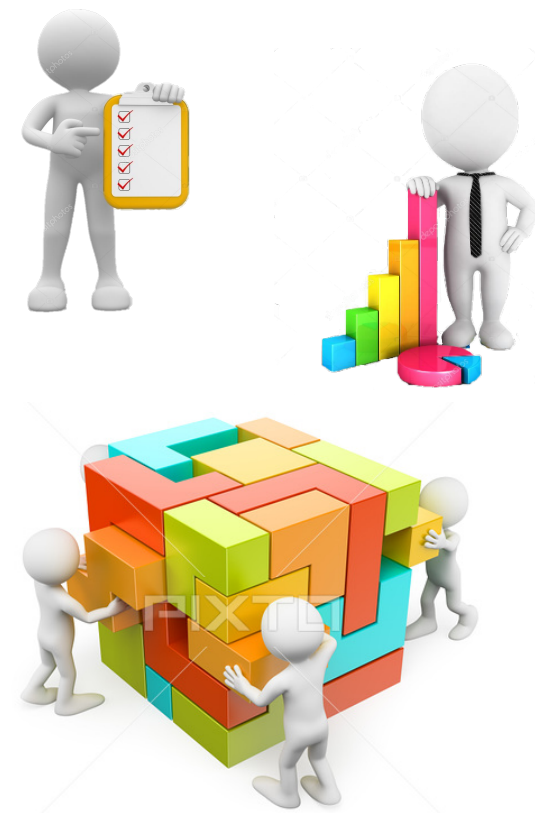
Com'è strutturato l'assessment

- Dopo ogni valutazione, è stato previsto un momento di «**restituzione**» dei risultati della valutazione, strutturato come incontro con gli operatori per illustrare i risultati delle singole valutazioni, riportandoli sulle schede specifiche degli strumenti utilizzati (VADO e HoNOS) e sul report appositamente scritto.



A cosa è servito e cosa ha prodotto l'assessment

- Report finale: riportare i **«risultati»** della valutazione in una relazione.
- Analisi del **funzionamento personale e sociale dell'individuo**, integrata da informazioni di carattere clinico e terapeutico (ad es., se assume terapie specifiche).
- Si restituisce **un quadro complessivo del beneficiario**, riportante sia le sue **criticità** ma anche i suoi eventuali **punti di forza**.



A cosa è servito e cosa ha prodotto l'assessment

- Restituire un **«filmato»** del beneficiario, e non una «foto» (osservazione e valutazione prolungate in un arco temporale relativamente esteso).
- Supportare il processo di inserimento nel percorso di accoglienza: avere uno **«sguardo evidence-based»** consente di **costruire un terreno comune di discussione** su ciò che potrebbe essere più adatto al beneficiario.
- Costruire un processo di assessment evidence-based consente non soltanto di produrre **risultati condivisibili**, ma fornisce anche la possibilità di poter **traslare** tale pratica **su altre realtà di accoglienza** sul territorio (anche nazionale).



I vantaggi

- Il processo di assessment è stato così costruito **per ovviare all'evidente diversità culturale del beneficiario**, per la quale i moderni approcci psicodiagnostici non consentono una valutazione diretta.
- Inoltre, le realtà dell'accoglienza si trovano a **confrontarsi** con un'eterogeneità piuttosto complessa di credi e culture, che portano con loro anche una **concezione eziopatologica** a volte **profondamente diversa** da quella occidentale.
- Predisporre dunque un percorso valutativo che passi dal **resoconto** di quegli **operatori** che condividono coi beneficiari gran parte del loro tempo, risulta essere una pratica vincente nel **restituire un "filmato"** del funzionamento personale e sociale di quel beneficiario.
- Inoltre, l'utilizzo di **strumenti** valutativi **validi e attendibili**, aiuta alla **standardizzazione** e alla **replicabilità** della procedura di assessment utilizzata e costruita appunto come *evidence-based*.



I limiti

- Per rimanere un processo evidence-based standardizzato, è applicabile soltanto agli **adulti** (gli stessi strumenti non consentono una valutazione sui minori, e non predispongono una versione adattabile).
- Occorre un periodo di **formazione e training** per acquisire sufficiente familiarità con le procedure e con la terminologia specifica utilizzata dagli strumenti.
- Anche se non necessaria, è utile avere una «**formazione clinica**» per rendere più fluido l'intero processo e avere maggior dimestichezza con procedure e linguaggi specifici.
- Occorre tanta **pazienza!**



Prefettura di Torino
Ufficio Territoriale del Governo

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE FAMI 2014 – 2020

Obiettivo Specifico 2 .Integrazione / Migrazione legale Obiettivo nazionale ON 3. Capacity building – Circolare Prefetture 2020 - III sportello
Progetto Sa.M.Mi – Salute Mentale Migranti

Ringraziamenti



Prof. Alessandro Zennaro



L'intera equipe della Cooperativa «L'Isola di Ariel»