

Mappatura dei servizi per
disturbo di personalità
borderline, **violenza** di
genere e **grave disabilità**
attraverso i partner di
Young Inclusion.

Fragilità, desiderio e inclusione

Equipe di lavoro per la mappatura: coordinamento SUPSI (Filippo Bignami ed Anna Bracci) e realizzato con la collaborazione di Nicola Celora (gruppo di lavoro Young Inclusion).



Sistema Socio Sanitario



CLINICA SANTA CROCE

“Lavorare insieme,
lavorare con qualità”



“Lavorare insieme, lavorare con qualità”. Con questa affermazione vogliamo presentare questo significativo lavoro di mappatura-ricerca sulle fragilità nel senso più ampio del termine, che con il progetto Young Inclusion, grazie all'Interreg Italia-Svizzera V-A, abbiamo potuto realizzare. È stata importante la collaborazione di tutti i 12 partner e la direzione scientifica della SUPSI di Lugano, in Svizzera; le relazioni tra i partner costruite durante la ricerca sono state il primo risultato di questo lavoro. Insieme ai dati, ai numeri e alle conclusioni a cui la ricerca arriva, essa ha fatto la fotografia di quante persone fragili dei nostri territori provano a ridisegnare la loro vita, a rimodellare la loro storia, raccontando le ferite che portano nel fisico e nella mente, e la voglia di riscattarsi a ogni costo nella quotidianità.

Vogliamo continuare insieme a volgere lo sguardo da questo presente così concreto al domani, nella consapevolezza che ognuno di noi può contribuire a costruire un futuro nel quale, alla vita di ogni persona fragile membro della nostre comunità, sia restituita inclusione e dignità.

A tutti coloro che con ogni forma anche oggi contribuiscono a includere restituendo dignità: **Grazie!**

Dr.ssa Irma Missaglia,
amministratore delegato
“Coop. Sim-patia”
Capofila Young Inclusion

Dr. Alcide Gazzoli,
Project Manager Young Inclusion

1. Il contesto progettuale

- 1.1. Introduzione 5
- 1.2. Obiettivi della mappatura 6

2. Metodologia

- 2.1. Introduzione 7
- 2.2. Popolazione di riferimento 7
- 2.3. Tipologia di dati 10
- 2.4. Procedura di raccolta dati 10

3. Analisi e discussione dei dati raccolti**3.1. DATI QUANTITATIVI**

- 3.1.1. Il target presso le strutture della rete 15
- 3.1.2. Campioni rappresentativi 15
- 3.1.3. Comorbidità 18
- 3.1.4. Ricovero 19
- 3.1.5. Destinazione 20
- 3.1.6. Condizione sociale 20
- 3.1.7. Condizione economica 21

3.2. DATI QUALITATIVI

- 3.2.1. Collaborazioni 22
- 3.2.2. Disagi più frequenti 22
- 3.2.3. Servizi offerti dalla rete territoriale
a valutazione dei partner del progetto 23
- 3.2.4. Servizi territoriali da potenziare 23
- 3.2.5. Copertura dei servizi per borderline 24
- 3.2.6. Bisogni emergenti 25
- 3.2.7. Servizi da attivare 25
- 3.2.8. Azioni 26
- 3.2.9. Caratteristiche persone necessitanti di servizi 27

4. Conclusioni

- 4.1. Input della mappatura in sintesi: indicazioni
e possibili sviluppi 32

CHE COS'È YOUNG INCLUSION?

34

Mappatura dei bisogni socio-sanitari locali

1. Il contesto progettuale

1.1. Introduzione

Nei due versanti, italiano e svizzero, coinvolti entro il progetto Young Inclusion sono tratti comuni il disagio e la marginalità di talune fasce di giovani, come pure la diffusione di attività di volontariato e di reti volti all'inclusione sociale. Lo scopo del progetto è quello di recuperare e prevenire situazioni di grave marginalizzazione, con particolare attenzione ai seguenti gruppi target:

- (1) **invalidi con disabilità motoria grave**
- (2) **ragazzi e giovani con disturbo borderline di personalità**
- (3) **donne in situazione di disagio.**

Il presente lavoro di mappatura dei fabbisogni socio-sanitari si inserisce, quindi, come azione del progetto sviluppato all'interno del programma europeo Interreg Italia Svizzera 2014 – 2020, che coinvolge sette amministrazioni: quattro italiane e tre svizzere. L'obiettivo generale è favorire un significativo cambiamento nell'area di cooperazione in termini di crescita della competitività e di rafforzamento della coesione economica, sociale e territoriale.

Tra gli assi in cui si declina il Programma Transfrontaliero di Cooperazione, il 4 "Integrazione" *intende incoraggiare l'inclusione sociale quale fattore rilevante della crescita e della competitività dell'area di cooperazione, contribuendo così a fornire risposte integrate e di prossimità a favore dei territori più marginali. La dimensione transfrontaliera e l'adozione di un approccio integrato allo sviluppo territoriale possono produrre effetti positivi sia sulla modernizzazione dei sistemi di welfare sia sulla sostenibilità economica di nuovi servizi.* In questa prospettiva programmatica "Young Inclusion" (progetto ID 563663), è sorto allo scopo di recuperare e prevenire situazioni di grave marginalizzazione di giovani attraverso la costruzione e il consolidamento di community care per disabili fisici da incidente, donne in situazione di disagio e ragazzi con disturbo di personalità borderline.

Il punto di partenza è quindi la rilevazione iniziale nei due versanti, italiano e svizzero, del quadro delle situazioni di disagio e marginalità relative ai soggetti target, attraverso la raccolta di dati quali-quantitativi. Tale raccolta è avvenuta soprattutto attraverso la somministrazione di questionari ad istituzioni socio-sanitarie ed enti che operano direttamente con tali soggetti.

1.2. Obiettivi della mappatura

La mappatura consta di una rilevazione di dati quantitativi e qualitativi presso la rete di partner progettuali ed i territori di riferimento disponibili, per cui i risultati sono eminentemente descrittivi e non generalizzabili all'intero universo della popolazione. L'obiettivo è piuttosto quello di pilotare e tarare appropriatamente le attività di progetto successive per far sì che gli sforzi progettuali siano massimamente efficaci (raggiungimento dell'obiettivo) ed efficienti (coerenti rispetto a mezzi e fini impiegati per raggiungere l'obiettivo).

Tale mappatura rappresenta un'attività di base del progetto. Si è trattato di documentare, nei primi mesi di avanzamento progettuale, bisogni socio-sanitari esistenti, attraverso una fotografia di un gruppo di popolazione in stato di marginalizzazione.

Per aggiornare, cercare di entrare nel dettaglio, nonché aprire il campo di indagine ad altri fattori fino al momento non censiti, sono state richieste informazioni circa i gruppi target considerati a partire dalla rete costituitasi in occasione del progetto.

Tutto il processo di raccolta dati per la mappatura ha avuto luogo tra novembre 2019 e giugno 2020 ed, a causa dell'irrompere della pandemia Covid-2019, si è dovuti procedere a modifiche anche della modalità di raccolta dati medesima, che inizialmente prevedeva anche contatti diretti con le persone di riferimento nelle strutture e focus-group tematici, in particolare per la sezione qualitativa della rilevazione, attività che non hanno potuto aver luogo.



2. Metodologia

2.1. Introduzione

Sin dall'inizio delle fasi preliminari di questo lavoro ci si è avvalsi di un approccio di co-costruzione e di condivisione di strumenti e di scelte del target insieme ai soggetti partner del progetto. Gli strumenti di indagine, ad esempio, sono stati fatti oggetto di un confronto con i referenti del progetto. Per evitare di porre domande che cadessero nel vuoto, è stato necessario più volte calibrare la richiesta. Il matching tra intervistatore e intervistati ha consentito di cogliere alcuni elementi specifici del fenomeno studiato; paragonare la metodologia scientifica con l'expertise dei partner è stato di fondamentale importanza.

Per fare solo un esempio, importante soprattutto per i non addetti ai lavori: la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati ICD è necessaria per raccogliere informazioni sui target sanitari. Si tratta di un riferimento internazionale anche per chi utilizza altri codici, come abbiamo verificato e deciso di adottare nel dialogo con gli operatori nostri partners, ma questo ha comportato un non semplice lavoro di definizione di livelli e tassonomia corrispondenti.

2.2. Popolazione di riferimento

Da subito è risultato chiaro che non sarebbe stato possibile raccogliere dati estendendo l'indagine a territori fuori l'ambito progettuale, e che non tutti i territori interni l'area d'incidenza del progetto presentano le stesse opportunità di rilevazione. La mappatura non è pertanto una ricerca sul campo generalizzabile, bensì lo scopo è di cercare di rappresentare quanto la rete è in grado di cogliere localmente, basandosi quindi fondamentalmente sul focalizzare un campione specifico, e non statisticamente rappresentativo, dell'intera popolazione.

Un primo passaggio per la raccolta dati è stata dunque la definizione della popolazione di riferimento per i 3 gruppi, usando come due principali criteri: (1) casi presi in carico dagli enti partner del progetto, (2) dati a disposizione sia in Italia che Svizzera. In quest'ottica ci siamo avvalsi di incontri con i partners (riunione a Valmorea sede di Simpatia 31/10/19 e a Monza presso la sede di ATS Brianza 15/1/20) e di numerosi scambi telefonici con enti sul territorio svizzero (Ufficio Cantonale di Statistica, Ufficio dell'assicurazione Invalidità, Divisione della salute pubblica, Servizio per l'aiuto alle vittime di reati).

Si sono il più possibile allineati i dati Italia-Svizzera, ma si sono dovute mantenere delle distinzioni legate proprio alla diversa regolamentazione/presa in carico e codici classificatori nei due paesi.

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

INVALIDI CON DISABILITÀ MOTORIA MOLTO GRAVE

ITALIA

Età: 18-65 anni.

Persone a beneficio di invalidità civile e assegno di accompagnamento.

Causa primaria dell'invalidità secondo codici ICD-10:

- Traumatismi vari: da S00 a S99;
- Malattie cerebrovascolari: I60 (Emorragia subaracnoidea), I61 (Intracerebrale), I71 (Aneurisma e dissezione dell'aorta);
- Malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale: G10 (Malattia di Huntington) e G12 (Atrofia muscolare spinale e sindromi correlate).

GIOVANI CON DISTURBO BORDELINELLA DELLA PERSONALITÀ

Età: 14-29 anni.

Con diagnosi sia primaria che secondaria.

Con codici ICD-10:

- F60.31 (Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo borderline);
- F60.30 (Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo impulsivo);
- F60.8 (Altri disturbi specifici di personalità);
- F60.9 (Disturbo di personalità, non specificato);
- F91.3 (Disturbo oppositivo provocatorio);
- F92.8 (Altro disturbo misto della condotta e della sfera emozionale);
- F92.9 (Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, non specificato);
- F93.8 (Altri disturbi emozionali dell'infanzia);
- F93.9 (Disturbo emozionale dell'infanzia, non specificato);
- F94.1 (Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia).

DONNE IN SITUAZIONE DI DISAGIO

Donne con figli che hanno ricevuto un provvedimento di tutela da parte del Tribunale dei minori.

CH

Età: 18-65 anni.

Persone a beneficio di rendita invalidità e assegno grande invalido.

Danno principale causato dall'invalidità di tipo motorio. Codici 'Disfunzioni' CPSI-C:

- 01 Paraplegia e tetraplegia
- 02 Disturbi muscolo-scheletrici degli arti superiori (amputazioni, altri traumatismi, artrosi, paralisi periferiche ecc.)
- 03 Disturbi muscolo-scheletrici degli arti inferiori (amputazioni ecc, v. sopra)
- 04 Disturbi muscolo-scheletrici degli arti superiori e inferiori (amputazioni ecc.)
- 05 Disfunzioni nella regione del tronco
- 08 Altre disfunzioni del sistema osteomuscolare
- 50 Disturbi motori conseguenti ad alterazioni cerebrali organiche (emiplegie, atassie, emiparesi, discinesie ecc.)

Età: 14-29 anni.

Con diagnosi sia primaria che secondaria.

Con codici ICD-10:

- F60.31 (Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo borderline);
- F60.30 (Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo impulsivo);
- F60.8 (Altri disturbi specifici di personalità);
- F60.9 (Disturbo di personalità, non specificato);
- F91.3 (Disturbo oppositivo provocatorio);
- F92.8 (Altro disturbo misto della condotta e della sfera emozionale);
- F92.9 (Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, non specificato);
- F93.8 (Altri disturbi emozionali dell'infanzia);
- F93.9 (Disturbo emozionale dell'infanzia, non specificato);
- F94.1 (Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia).

NOTE

I dati amministrativi in CH non usano ICD-10. Ci si è basati su un danno motorio / muscoloscheletrico in base alla Statistica delle infermità e delle prestazioni (CPSI-C).

Il concetto di invalidità in Svizzera è di tipo economico e dipende dalla perdita di guadagno più che dalla gravità della condizione fisica.

La rendita invalidità in Svizzera può seguire anche ad un infortunio (non segue un canale distinto come l'INAIL in Italia) ma queste tipologie di rendite sono state escluse in modo da focalizzarci solo sull'invalidità legata a infermità congenite o malattia sia in IT che CH.

Per l'Italia abbiamo il dato di soggetti borderline passati da ATS (tutti i servizi) e solo quelli ospedalizzati. In CH solo dati degli ospedalizzati.

Non ci sono dati di tipo aggregati di tipo amministrativo né in IT né CH. In Italia sono solo i Servizi sociali comunali che gestiscono le comunità mamma-bimbo e i dati rete anti violenza gestiti da ATS sono pochi. La rappresentazione di questo target avviene esclusivamente attraverso i partner del progetto. In questo ci vorrebbe una verifica di fattibilità per una ricerca specifica.

2.3. Tipologia di dati

Nella raccolta dati ci si è mossi in due direzioni. Innanzitutto era importante provare ad avere un quadro di insieme dei target, cercando di capire come gli enti incontrano quella definibile “domanda” di cura ed assistenza, dall’altra ricostruire anche attraverso gli enti privati quale fosse l’“offerta” proposta come risposta a tale domanda.

In altri termini, i due approcci avevano come scopo descrivere allo stato attuale, ed in un modo solo descrittivo e non esaustivo l’incontro tra gli utenti e i servizi. I dati quali-quantitativi dovevano restituire una fotografia della situazione, così come l’obbiettivo poteva riconsegnarci guardando all’interno del progetto, per trarne utili e necessarie indicazioni operative.

2.4. Procedura di raccolta dati

La mappatura inizialmente ha formulato una serie di questionari di rilevazione che potessero essere compilati dai Comuni, i quali tuttavia non dispongono di dati relativi alla popolazione residente con una selezione che faccia riferimento agli ICD, hanno una visione parziale del proprio territorio e talora riferita a servizi prettamente assistenziali. Per semplificare: gli uffici comunali riconoscono la necessità economica dei cittadini, ma non indagano e classificano le malattie. Anche le reti tra comuni - per esempio gli uffici di piano - hanno il compito di favorire l’organizzazione dei servizi in termini di economicità ed efficienza e non sono rivolti ad una categorizzazione dell’utenza che potesse essere utile alla mappatura. Attraverso l’incontro con i partner di progetto, è emerso che i Comuni avrebbero potuto restituire alcuni dati attraverso focus group, per esempio con le assistenti sociali o personale dedicato all’interno degli uffici, cosa che non si è potuta attuare a causa del sopraggiungere del Covid-19. Questa direttrice di approfondimento potrebbe rappresentare un fronte di ricerca molto fruttuoso, da sviluppare in futuro.

Con riferimento ai questionari sottoposti ad altri enti, è stato necessario integrare varie volte prospettive diverse con cui gli enti stessi restituiscono i dati relativi ai target, sia in Italia che in Svizzera. I gruppi target, infatti, non sono censiti in modo omogeneo. A volte non ci sono distinzioni tra utenti cronicizzati, con parziale o totale remissione e questo nasce anche dal fatto che sono diversi i gruppi, in diversi territori con regolamentazioni e servizi molto diversi, con raccolta di dati amministrativi disomogenei. Si è dunque proceduto con un affinamento in itinere degli strumenti di mappatura, accogliendo diverse istanze e cercando di accordare al meglio la percezione diversa che si ha del disturbo borderline, così come la percezione dei dati relativi alle donne in difficoltà può partire da quanto colto da associazioni dedicate, o emerso dal settore giudiziario, scontando una sensibile eterogeneità di indicatori, talvolta non chiari.

In questo ultimo caso è stato molto preziosa la restituzione di un ente partner attraverso le comunità che gestisce.

In ultimo, non va dimenticato che i target oggetto della mappatura transitano spesso entro l'ambito sanitario, settore più strutturato nella rilevazione, all'assistenziale, molto più frammentato e disomogeneo. Anche se nel caso dell'Ospedale San Raffaele e di alcune cooperative, c'è un rapporto di continuità importante (anche questo oggetto di approfondimento e di riflessione all'interno del progetto Young Inclusion).

Dopo questo articolato e complesso lavoro di coordinamento ed adattamento, i questionari sono stati sottoposti agli interlocutori. Nella parte svizzera, il rapporto è stato coltivato maggiormente, perché le persone contattate, non essendo partner del progetto, dovevano essere introdotte anche al medesimo nella sua complessità o comunque dovevano essere ulteriormente informate. Una volta condiviso lo strumento della rilevazione va menzionato come sia stato molto laborioso sollecitare tutti gli enti ed ogni volta aggiornare gli strumenti per allinearli tra loro; non bisogna parimenti sottovalutare che la pandemia Covid-19, come sopra citato, ha rallentato la raccolta dei dati che, per esempio, potevano essere contenuti in archivi e cartelle di enti sottoposti a quarantena. Nonostante vi siano stati frangenti di considerevole difficoltà sia nel reperire i dati sia nel conferire loro omogeneità, si è compreso come la mappatura abbia grande potenzialità perché è parso evidente come i partner di progetto siano pertinenti e focalizzati rispetto alla tematica indagata e di alta professionalità e competenza nel cogliere contesto, problemi e prospettive di soluzione. Nelle conclusioni al presente lavoro si cerca anche di suggerire avvertenze e premesse utili per avviare ricerche in progetti di questo tipo, e di percorsi di sviluppo.

Dati di descrizione dei servizi e delle attività

Questa parte è stata di più agevole preparazione e somministrazione. Ciò grazie alla partecipazione degli enti coinvolti già attivamente nel progetto. Abbiamo proceduto con un'informazione durante la riunione programmatica dell'ottobre 2019. In questo modo, come già menzionato, gli enti hanno partecipato alla costruzione della popolazione di riferimento nonché alla definizione dei questionari, che sono strutturati con una prima parte di dati quantitativi ed una seconda parte di dati qualitativi, come risulta anche dalla successiva sezione di analisi e discussione dati.

Tale attività è partita a novembre 2019, l'invio del questionario e la sua restituzione è avvenuta nei primi 4 mesi del 2020, mentre il processo di completamento di raccolta dati si è prolungato fino a tutto giugno, come sopra indicato.

I questionari

Dimensioni analizzate: nei diversi questionari messi a punto ci si è focalizzati su: dati socio-demografici; attuale presa in carico; bisogni emergenti.

Strumento: questionario semi-strutturato adattato alla struttura/contesto (in tutto 9 questionari diversi).

Referenti base per dati di contesto

	ITALIA	TICINO
INVALIDI CON DISABILITÀ MOTORIA MOLTO GRAVE	Dati socio-demo □ ATS Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ Simpatia	Dati socio-demo □ Ufficio Assicurazione Invalidita' Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ Associazione Pro-Infirmis
GIOVANI CON DISTURBO BORDELINE DELLA PERSONALITÀ	Dati socio-demo □ ATS Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ Simpatia	Dati socio-demo □ Divisione Salute Pubblica, Statistica Ospedaliera Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ S. Croce
DONNE IN SITUAZIONE DI DISAGIO	Dati socio-demo □ rilevazione non possibile perché dato sensibile non rilevabile se non attraverso provvedimenti giudiziari anch'essi difficilmente equiparabili Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ Sentiero	Dati socio-demo □ rilevazione non possibile Aspetti valutativi su presa in carico e bisogni □ Dati troppo parziali attinti da alcuni servizi

Referenti dati partner

	ITALIA	TICINO
INVALIDI CON DISABILITÀ MOTORIA MOLTO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Simpatia 	-
GIOVANI CON DISTURBO BORDELINE DELLA PERSONALITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • S. Raffaele • Coop. Sentiero, Comunità Castellanza - Varese 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinica S. Croce
DONNE IN SITUAZIONE DI DISAGIO	<ul style="list-style-type: none"> • Coop. Sentiero, Comunità Educativa Merate (Lecco); • Coop. Sentiero, Comunità Educativa Lecco 	-

Breve presentazione delle strutture (partner di progetto ed altre) che hanno collaborato alla mappatura fornendo i dati e le informazioni

Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

ATS Brianza (IT)

L'Agenzia di Tutela della Salute Brianza opera sul territorio delle Province di Monza e della Brianza e di Lecco. Ha funzioni di gestione, programmazione e controllo, oltre che di supervisione sulla continuità delle cure ai malati cronici e gravi. Grazie alle proprie banche dati ha permesso di fornire una panoramica esauriente delimitandone esattamente i contorni.



Ospedale San Raffaele (IT)

Il coinvolgimento dell'Ospedale San Raffaele di Milano verte attorno alla professionalità di Raffaele Visintini, psicoterapeuta ideatore dei GET, Gruppi Esperienziali Terapeutici. Osservatorio competente e privilegiato sul mondo "borderline".



Cooperativa Sim-patia (IT)

Nata alla fine degli anni Ottanta a Valmorea (Como), assiste persone con disabilità grave e gravissima, attraverso una residenza sanitaria, un centro diurno e altri progetti specifici. Parte di Young Inclusion è il lancio di un centro di musicoterapia.

Vanta profonda competenza e conoscenza dei temi sulla disabilità.



Il Sentiero (IT)

Nata a Merate in provincia di Lecco, opera in diverse province lombarde promuovendo servizi residenziali per la tutela dei minori, il sostegno alla genitorialità fragile e il contrasto alla violenza sulla donna. Promuove anche un Progetto Sperimentale in favore di ragazze adolescenti con disturbo di personalità borderline. Realtà che ha una visione su più target.



La Clessidra (IT)

Opera in diverse strutture sul territorio lombardo e piemontese. La sua mission è l'aiuto competente alle donne, anche con figli, in situazione di disagio e vittime di violenza. Promuove anche Comunità residenziali per adolescenti fragili e, in provincia di Varese, in partnership con YI, sta curando il progetto di una nuova comunità terapeutica per giovani donne con disturbo di personalità borderline.

Clinica Santa Croce (CH)

La Clinica Santa Croce, con 82 posti letto ed un reparto per il ricovero in regime “coatto”, è tra le più importanti strutture per le cure psichiatriche del Canton Ticino nonché l’unica struttura psichiatrica del Sopraceneri. L’avamposto dell’indagine in Ticino.

Pro infirmis (CH)

Pro Infirmis è un’associazione attiva in tutta la Svizzera che gestisce servizi di consulenza e sostegno alle persone con disabilità fisiche, mentali e psichiche. Ha sede a Zurigo ed è un’associazione di pubblica utilità apolitica e aconfessionale. Pro Infirmis si adopera affinché le persone con disabilità possano partecipare attivamente alla vita sociale e non siano isolate o discriminate.

Divisione Salute pubblica Cantone Ticino (CH)

La Divisione della Salute pubblica (DSP) del Cantone Ticino è responsabile della promozione e della tutela della salute, della valutazione e del controllo in campo sanitario e fornisce prestazioni sanitarie e sociali alla popolazione tramite enti e servizi (tra cui i principali sono Organizzazione socio-psichiatrica cantonale, Istituto di microbiologia e Istituto di patologia).



3. Analisi e discussione dei dati raccolti

In questa sezione vengono presentati ed illustrati i principali dati raccolti, ponendosi in un'ottica, come menzionato in sezione iniziale, di descrizione della casistica rilevata, senza alcuna pretesa di rappresentatività statistica, quanto piuttosto dando vigore conoscitivo alle realtà ove il progetto viene dispiegato, così da fornire utili indicazioni operative per l'avanzamento delle attività. Per avere anche una visione temporale, taluni dati sono stati richiesti nel triennio 2016 al 2018. Ove possibile, per rispondenza e per omogeneità, i dati vengono presentati in tal modo.

3.1. DATI QUANTITATIVI

3.1.1. Il target presso le strutture della rete

Anno	N. Casi
2016	2296
2017	2549
2018	2684

Considerando i dati aggregati raccolti, ossia per i tre gruppi target del progetto (1. Invalidi; 2. giovani borderline; 3. donne in disagio) ed in entrambi i territori (Ticino ed aree lombarde in cui il progetto si svolge), il numero di persone rilevate presso le strutture sono, nei tre anni, in aumento.

3.1.2. Campioni rappresentativi

I dati più significativi relativi ai target 1 e 2 sono contenuti nelle statistiche di ATS Brinza. Tale Agenzia di tutela della Salute della Brianza nasce dalla fusione delle due ex aziende sanitarie ASL Lecco e ASL Monza e Brianza. Il territorio di competenza riguarda quindi due province e una popolazione di circa 1.204.000 abitanti. I riferimenti di popolazione sono, per il cantone Ticino, in Svizzera, attribuiti al territorio cantonale, di circa 353.000 abitanti.

Dati relativi ai disabili in area di competenza ATS Brianza

Anno	N. Casi	Uomini	Donne	Età 18-24	Età 30-49	Età 50-65
2016	1596	56%	44%	18%	34%	48%
2017	1720	56%	44%	18%	32%	50%
2018	1810	55%	45%	17%	31%	52%

Dalle tabelle sopra esposte si evidenzia come in valore assoluto il numero di disabili sia in consistente aumento nel triennio, composti in maggioranza da uomini e più concentrati in fascia d'età 50-65 anni.

	Tipo disabilità rilevato da Sim-patia			Tipo disabilità rilevato da ATS		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Traumatismi (ICD da S00 a S99)	50%	55%	60%	3%	3%	3%
Malattie cerebrovascolari (ICD I60, I61, I71)	30%	25%	20%	2%	2%	2%
Malattie sistema nervoso centrale (ICD G10 e G12)	20%	20%	20%	7%	8%	5%
Sclerosi, Distrofia, Disturbi Miotonici (ICD G71)	0%	0%	0%	5%	5%	4%
Altro non riconducibile a ICD	0%	0%	0%	83%	82%	86%

Dell'intero campione relativo ai disabili monitorati da ATS nelle tre annualità di riferimento, il 3% sono gli invalidi con disabilità molto grave (in tabella voce "traumatismi"), quelli con diagnosi da traumatismi corrisponde, in numerosità, a 48 per il 2016, a 51 per il 2017 ed a 54 nel 2018. Ciò è possibile precisarlo poiché ATS è in grado di estrarre coloro che hanno subito un trauma con ICD distinto dagli altri.

La cooperativa Sim-patia ha un'utenza (con territorio di provenienza di Como e Varese, quindi non identico a quello di ATS Brianza) che in termini quantitativi – pari a 49 di media – è della stessa entità del campione del territorio di ATS Brianza, pur in aumento nel triennio per quanto afferisce i traumatismi e tenendo conto del quadro di disabilità rilevate proporzionalmente molto diverso rispetto ad ATS.

Dati relativi ai soggetti borderline di età compresa tra 14 e 29 anni in area di competenza ATS Brianza (Circa 1.200.000 nelle tre annualità di riferimento)

Anno	N. Casi	Uomini	Donne	Età 14-17	Età 18-29
2016	570	51%	49%	64%	36%
2017	677	49%	51%	57%	43%
2018	715	50%	50%	56%	44%

Le tre tabelle sopra riportate si riferiscono ai soggetti borderline (target 2). Dal confronto tra utenti maggiorenni e minorenni e in merito ai codici ICD-10 F60.31 (Disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline) si rileva anzitutto come l'andamento generale nel triennio sia in incremento. La distribuzione per sesso dei casi riporta una sostanziale equidistribuzione, mentre la fascia d'età è in netta preminenza attestata sui minorenni, seppur con tassi variabili nel triennio.

Casi di borderline rilevati da ATS riferito alla fascia d'età rispetto al totale del n. casi

I dati percentuali sopra esposti per i soggetti borderline, parametrati al totale degli utenti complessivi, generano rispetto all'anno 2016 un numero di minorenni con la patologia descritta di 102 unità; nel 2017 un numero di 134 unità e nel 2018 un ammontare di 122 soggetti.

L'ospedale San Raffaele nei tre anni di riferimento (2016-2017-2018) ha monitorato circa 170 accessi di utenti, di cui con disturbo borderline di personalità un numero pari a circa 40 annuali, ma sono pazienti riferibili, come origine, a tutto il territorio nazionale.

Anno	Età 14-17	Età 18-29
2016	18%	43%
2017	20%	40%
2018	17%	43%

Dati di Ospedale San Raffaele HSR e Clinica S.Croce SC

Si sono tenuti divisi dati territoriali da quelli clinici poiché in questo caso si tratta di due strutture ospedaliere che si occupano direttamente di presa a carico di tale casistica. Le due tabelle si riferiscono quindi agli utenti delle due strutture con diagnosi simile (Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo borderline).

Anno	Uomini HSR	Uomini SC	Donne HSR	Donne SC
2016	17%	34%	83%	66%
2017	12%	35%	88%	65%
2018	15%	58%	85%	42%

Anno	Età 14-17 HSR	Età 14-17 SC	Età 18-29 SC	Età 18-29 SC
2016	11%	14%	79%	86%
2017	12%	13%	77%	87%
2018	14%	32%	83%	58%

Osservando le incidenze percentuali si nota come, nelle due strutture ospedaliere in Italia e Svizzera, vi sia in generale una predominanza del sesso femminile, parzialmente attenuata nel 2018, laddove si osserva una flessione di tale incidenza percentuale, più accentuata nel caso della Santa Croce, cui fa chiaramente da contraltare un aumento dei casi maschili.

In riferimento alla fascia d'età, s'evince come nel triennio entrambi gli ospedali vedano coinvolti in netta predominanza i maggiorenni, con percentuali maggiori in tal senso mostrate dalla Santa Croce, con una sensibile variazione nel 2018, laddove vi è un travaso di casi verso una percentuale più significativa, sebbene non oltre 1/3, di casi osservati di minorenni.

3.1.3 Comorbidità

Rispetto alla comorbidità – ovvero presenza di altri disturbi associati a quello rilevato - emerge chiaramente che nel caso dei disabili, target 1, non si presenta tale fenomeno se non in maniera residuale (tra 0 e 5%), così emerge sia da ATS che da Sim-patia.

Per quanto riguarda il target 2 (borderline) ecco quanto si rileva per ATS Monza e Brianza, Ospedale San Raffaele (HSR), Clinica S.Croce (SC) e Sentiero.

La comorbidità si presenta nelle seguenti percentuali.

Anno	ATS	HSR	SC	Sentiero
2016	52%	79%	50%	0%
2017	48%	77%	44%	20%
2018	54%	73%	93%	10%

La comorbidità qualora sia primaria per le patologie oggetto dell'indagine, ossia verificarsi per prime (disabilità, boderline, disagio per donne con bambino) rispetto ad un'altra patologia presente è segnalato in quest'altra tabella. La comorbidità è secondaria se risulta conseguente alla primaria.

Anno	ATS	HSR	SC	Sentiero
2016	n.d.	81%	59%	63%
2017	n.d.	86%	79%	64%
2018	n.d.	79%	62%	62%

Le tabelle denotano una considerevole presenza di comorbidità per i pazienti borderline, d'incidenza più elevata per il San Raffaele, sebbene tale dato sia da inquadrare in modo contestualizzato per le diverse tipologie di strutture di riferimento, per cui interpretazioni d'ipotesi in tal caso sono di impropria formulazione, specie per quella secondaria. Ciò che è ragionevole presumere è che, sebbene in misura variabile, la comorbidità primaria abbia incidenze considerevoli, tutte ben oltre il 50% (ad eccezione di due strutture nel 2017), in tutte le strutture rilevate.

Nel caso del target 3, donne in situazione di disagio, monitorate da Sentiero, anche se poco rappresentativo come campione, non si rileva comorbidità.

3.1.4 Ricovero

Per quanto riguarda il monitoraggio di chi ha segnalato e promosso il ricovero, alcune strutture raccolgono i dati, altre no. Tra queste segnaliamo a quale target si riferiscono.

	Sim-patia Target 1	HSR Target 2	SC Target 2	Sentiero Target 2	Sentiero Target 3	
Anno 2016	Autosegnalazione	0%	18%	0%	0%	0%
	Famiglia	10%	12%	23%	25%	0%
	Pronto Soccorso	0%	5%	73%	0%	0%
	Medici di famiglia	20%	15%	4%	0%	0%
	Servizi sociali	70%	41%	0%	75%	100%
	Altra provenienza	0%	8%	0%	0%	0%
Anno 2017	Autosegnalazione	0%	18%	6%	0%	0%
	Famiglia	10%	12%	34%	25%	0%
	Pronto Soccorso	0%	15%	54%	0%	0%
	Medici di famiglia	10%	41%	3%	25%	25%
	Servizi sociali	80%	8%	0%	50%	100%
	Altra provenienza	0%	18%	3%	0%	0%
Anno 2018	Autosegnalazione	0%	18%	8%	0%	0%
	Famiglia	10%	12%	19%	25%	0%
	Pronto Soccorso	0%	5%	71%	0%	0%
	Medici di famiglia	10%	15%	2%	20%	0%
	Servizi sociali	80%	41%	0%	55%	100%
	Altra provenienza	0%	8%	0%	0%	0%

Al di là dello scostamento annuale si evince da questa tabella che gli inviati in Svizzera sono in prevalenza i Pronto soccorso, mentre in Italia i Servizi sociali, ad eccezione del 2017 per il San Raffaele, laddove il tasso maggiore viene riscontrato nell'invio da parte dei medici di famiglia.

Per quanto riguarda il target 3 e la cooperativa il Sentiero i servizi inviati sono sempre i Servizi sociali.



3.1.5 Destinazione

I dati disponibili sono quelli relativi a HSR e SC. Solo queste strutture della rete rilevano in uscita la destinazione di pazienti in questo caso borderline.

	HSR			SC		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Domicilio	8%	8%	8%	100%	80%	71%
Istituto	11%	1%	1%	0%	20%	15%
Ospedale	59%	59%	59%	0%	0%	14%
Altra destinazione	32%	32%	32%	0%	0%	0%
Nessuna	0%	0%	0%	0%	0%	0%

La tabella mostra come la destinazione dei pazienti borderline (target 2) sia per la Santa Croce il domicilio stabilmente nel triennio, mentre il San Raffaele vede un flusso maggiore per l'ospedale generale, a supportare il dato sopra riportato sulla comorbidità, che al San Raffaele viene rilevata in frequenza leggermente maggiore rispetto al resto delle strutture.

3.1.6 Condizione sociale

Monitorare questi dati sensibili non sempre è procedura attuata da tutte le strutture, per vari motivi. Le strutture che rilevano questi dati hanno espresso le seguenti percentuali.

	Sim-patia			HSR			Sentiero		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Soli	10%	20%	10%	83%	85%	85%	0%	8%	10%
Mono	70%	60%	60%	2%	1%	0%	28%	34%	53%
Con figli	10%	10%	20%	15%	14%	15%	72%	58%	37%
No figli	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Altra fam.	10%	10%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Il campione si connota per eterogeneità di condizione sociale in virtù della corrispondente differenziazione delle strutture di riferimento e del target, per cui anche in tal caso è possibile individuare una utile traccia descrittiva, ma non è opportuno spingersi oltre. Per cui val la pena notare come Sim-patia rilevi un tasso elevato di pazienti in condizione di monoparentalità, talora con figli, in tutto il triennio, il San Raffaele abbia la preminenza di persone sole e la cooperativa Il Sentiero si focalizzi su soggetti con figli e, in 1/3 dei casi quasi stabile nel triennio (ad eccezione del 2018), monoparentalità.

3.1.7 Condizione economica

		Sim-patia	HSR	SC	Sentiero Target 2	Sentiero Target 3
Anno 2016	Lavoratori	70%	47%	55%	0%	0%
	Aiuti pubblici	30%	17%	18%	50%	31%
	Nulla	0%	36%	27%	50%	69%
Anno 2017	Lavoratori	80%	50%	45%	0%	25%
	Aiuti pubblici	20%	18%	13%	63%	21%
	Nulla	0%	32%	42%	37%	54%
Anno 2018	Lavoratori	80%	47%	47%	0%	21%
	Aiuti pubblici	20%	20%	24%	88%	11%
	Nulla	0%	32%	29%	12%	68%

Con premessa simile al punto precedente qui inoltre è da notare la distribuzione delle percentuali simile nei due contesti svizzero e italiano a parità di target - borderline. I dati inclinano verso una condizione di tassi nel complesso leggermente prevalenti (ad eccezione di Sim-patia, ove sono sensibilmente maggioritari) di presenza di lavoro per il triennio considerato, ad eccezione della cooperativa Il Sentiero, dato però spiegabile col target di riferimento ed il tipo di servizio reso da tale struttura.

3.2. DATI QUALITATIVI

La presente sezione si riferisce alla parte di questionario più qualitativo, ove alle strutture partner venivano chieste informazioni e valutazioni riguardo a servizi territoriali, coperture ed indicazioni operative.

Avvertenza necessaria per questa sezione è che non vi rispondono, perché parte in causa rispetto ai servizi territoriali talora forniti dai medesimi, ATS Brianza e Ufficio Invalidi.



3.2.1. Collaborazioni

Le domande riferite alla collaborazione sono di due tipologie:

a) una domanda verte su come siano le collaborazioni con gli altri territori ed i partner avevano tre possibilità di risposta:

1. estremamente marginali rispetto al territorio di riferimento principale;
2. marginali rispetto al territorio di riferimento principale;
3. praticamente essenziali rispetto al territorio di riferimento principale.

Le collaborazioni con altri enti sono ritenute sempre marginali da tutte le strutture, con eccezione di Sentiero, nella comunità che si occupa di donne con disagio, per la quale sono essenziali;

b) un'altra domanda insiste sul territorio, chiedendo una valutazione su quali collaborazioni sono in atto nel territorio medesimo.

Ne risulta che tutti i partner hanno rapporti con i comuni di riferimento; con gli ospedali tutti hanno attive collaborazioni tranne Sentiero; in Svizzera, S. Croce ha rapporti con servizi riabilitativi. Con Sentiero collaborano servizi riabilitativi, servizi educativi, di ascolto e legale e pare dunque esserci una rete più efficace.

3.2.2. Disagi più frequenti

Rispetto alla tipologia di disagio tra i vari target, le risposte rilevano il disagio psichico come primo fattore incidente ed entro la famiglia come seconda casistica dichiarata. Da rilevare come le dipendenze siano fattore di disagio per il San Raffaele e la Santa Croce, riferiti come già visto al target 2, borderline. L'ospedale San Raffaele tra i propri utenti segnala inoltre l'abuso, mentre la S. Croce indica devianza.

	Sim-patia disabili	S. Raffaele border	S. Croce border	Sentiero Castellanza border	Sentiero Lecco/Merate donne	Tot. N.
Fisico	■					1
Psiche		■	■	■	■	4
Dipendenze		■	■			2
Economico						0
Autonomia	■					1
Casa						0
Sociale				■		1
Lavoro	■					1
Famiglia			■	■	■	3
Abusi		■				1
Devianza			■			1

3.2.3. Servizi offerti dalla rete territoriale a valutazione dei partner del progetto

La domanda interpella su una valutazione, da parte dei rispondenti, della copertura dei servizi a livello territoriale, attribuendo anche un ratio di efficacia (e non di qualità complessiva) dei medesimi.

	Sim-patia disabili	S. Raffaele border	S. Croce border	Sentiero Castellanza border	Sentiero Lecco/Merate donne
Ospedaliero	n.d.	val. 6/10	val. 7/10	n.d.	n.d.
Ambulatoriale	n.d.	val. 8/10	val. 8/10	n.d.	n.d.
Residenziale	val. 9/10	n.d.	n.d.	val. 8/10	val. 7/10
Centri diurni	val. 10/10	n.d.	n.d.		
Domiciliari	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Si nota come le risposte si siano focalizzate in base alle funzioni espletate dalle strutture partner, ossia le strutture ospedaliere hanno fornito indicazione sui servizi di loro conoscenza ed in qualche modo collegati, così come le altre strutture più sociali o riabilitative si sono concentrate sui servizi socio-assistenziali.

Si nota come i servizi residenziali risultino i più apprezzati e valutati molto positivamente, così come i servizi ambulatoriali, mentre i servizi ospedalieri vengono valutati in modo complessivamente sufficiente. Una sola valutazione sui centri diurni categorizzata come eccellente.

3.2.4. Servizi territoriali da potenziare

Questa domanda mira ad avere una valutazione, da parte degli enti partner, rispetto a quali servizi territoriali necessitino un potenziamento.

	Sim-patia	ProInfirmis	S. Raffaele	S. Croce	Sentiero Castellanza	Sentiero Lecco/Merate	Tot. N.
Comune	■		■	■	■	■	5
Hosp		■	■	■	■	■	5
Resid		■		■		■	3
Riabilit	■	■					2
Accoglienza		■					1
Educativi		■		■		■	3
Domic		■		■			2
Ascolto		■				■	2
Legale		■				■	2
Residenze/ appartamenti protetti				■			1
Altro	■	■				■	3

I servizi socio-assistenziali comunali e quelli ospedalieri sono riferiti come i più necessitanti di potenziamento. Secondariamente, sono valutati opportuni interventi di rafforzamento sui servizi residenziali e su quelli educativi, e via via gli altri. Nella categoria “altro” le risposte indicano come necessario aumentare servizi di sensibilizzazione alle problematiche sottostanti ai comportamenti a rischio e servizi di mediazione culturale.

3.2.5. Copertura dei servizi per borderline

Questa domanda mira a rilevare una valutazione riguardo alla copertura dei servizi con una specifica connotazione sul target 2. La domanda infatti chiede: “Secondo la vostra esperienza, la rete di servizi socio-assistenziali presenti sul vostro territorio principale riesce a coprire i bisogni dei giovani con disturbo borderline di personalità (target 2)?”.

Possibili risposte sono: pochissimo; poco; in maniera sufficiente; molto; moltissimo.

	Sim-patia	ProInfirmis	S. Raffaele	S. Croce	Sentiero Castellanza	Sentiero Lecco/Merate
Copertura bisogni	3	3	2	2	1	3
Aree scoperte	no	no	si	si	si	no
Quali aree	n.d	n.d	piccoli centri abitati, valli montane, realtà del sud Italia.	valli decentrate dai centri urbani	territori fuori città	n.d
<i>1 = pochissimo</i> <i>2 = poco</i> <i>3 = sufficiente</i> <i>4 = molto</i> <i>5 = moltissimo</i>						

La valutazione della copertura dei bisogni da parte dei partner risulta essere sufficiente per 3 partner, poca per 2 e pochissima per un partner. Ciò porta a poter asserire che, nei soli casi mappati, la valutazione della copertura territoriale per i giovani borderline appare inadeguata soprattutto a parere delle strutture che si occupano di borderline medesimi, per cui il dato appare molto affidabile.

Un altro spunto importante deriva dalle aree di copertura, laddove emerge che i territori più scoperti sono ritenuti quelli decentrati e meno densamente abitati.



3.2.6. Bisogni emergenti

Il quesito propone di riflettere su quali siano, oltre alle lacune sopra già riportate, anche bisogni emergenti che i partner ritengono essere rilevanti in prospettiva per tutte le tre categorie target.

<i>0 = no 1 = si</i>	Sim-patia	ProInfirmis	S. Raffaele	S. Croce	Sentiero Castellanza	Sentiero Lecco/Merate	Tot. N.
Rigidità	0	1	1	0	1	0	3
burocrazia	1	1	0	0	0	0	2
Poca info	1	0	1	1	1	1	5
Dignità/ riservatezza	0	1	0	1	0	1	3
Costo	0	0	0	1	1	0	2
Fisiche	1	0	0	0	0	1	2
Altre barriere	0	0	0	0	0	0	0

Le risposte si concentrano primariamente sulla poca informazione (5 casi) come principale bisogno emergente, indi, con 3 casi, viene rilevato sia la rigidità dei servizi sia la dignità e riservatezza personale come prospettiva su cui lavorare, successivamente, con solo 2 segnalazioni, vengono richiamate la questione del processo burocratico, il costo da affrontare e le barriere fisiche (lontananza, scarsi trasporti, ecc.).

3.2.7. Servizi da attivare

La domanda si riferiva a ricevere indicazioni, dalle strutture partner, riguardo quali servizi, a loro valutazione, sarebbero da attivare (e non, come sopra, già esistenti e da potenziare).

<i>0 = no 1 = si</i>	Sim-patia	ProInfirmis	S. Raffaele	S. Croce	Sentiero Castellanza	Sentiero Lecco/Merate	Tot. N.
servizi sociali comunali	0	0	0	0	0	0	1
altri servizi ospedalieri e ambulatoriali	0	0	0	0	0	1	1
serv. residenziali	0	0	0	1	0	0	1
serv. riabilitativi	1	0	1	1	0	0	3
serv. accoglienza	0	1	1	0	0	1	3
servizi educativi	1	0	0	0	1	0	2
assist. domiciliare	0	0	0	0	0	0	0
servizi di strada	0	0	0	0	1	1	2
centri di ascolto	1	1	0	1	0	0	3
assistenza legale	0	0	0	0	1	0	1
appart. protetti	0	1	1	0	0	0	2

Le indicazioni ricevute convergono, nella numerosità di 3 casi come tasso di risposta massimo, sulla necessità di attivare servizi di riabilitazione, accoglienza e di ascolto territoriale, seguiti, con 2 preferenze, dai servizi educativi, dai servizi mobili di supporto definibili come “di strada” e dall’attivazione di appartamenti protetti.

Una specificazione di servizio non presente, ma ritenuto necessario, è quella di un servizio di mediazione culturale, enunciato dal Sentiero.

3.2.8. Azioni

Alle strutture è stato sottoposto il quesito su quali azioni concrete dovrebbero essere poste in essere.

<i>0 = no 1 = si</i>	Sim-patia	ProInfirmis	S. Raffaele	S. Croce	Sentiero Castellanza	Sentiero Lecco/Merate	Tot. N.
Partecip	1	1	0	0	1	1	4
Scuole	0	0	1	1	1	0	3
Cultura	0	0	0	0	0	0	0
Comunità	0	0	1	0	0	0	1
Famiglia	1	0	1	1	0	1	4
Tempo libero	1	0	0	0	0	1	2
Metodi alternativi	0	0	1	1	1	0	3

Con frequenza massima di 4 risposte troviamo “Far partecipare l’utenza o i pazienti a decisioni, progettazione e ideazione di iniziative a loro dedicate” e “Maggiore coinvolgimento delle famiglie”.

Con 3 risposte vengono segnalati come necessari “Progetti di cooperazione con le scuole” ed i metodi alternativi, entro i quali vengono specificati: sensibilizzazione alle problematiche emotive derivanti da comportamenti a rischio; terapie integrate ad altri servizi territoriali; iniziative di maggiore sinergia tra comparti sociale e sanitario.



3.2.9. Caratteristiche persone necessitanti di servizi

In questa sezione, sempre riferibile nei vari questionari ai bisogni emergenti, viene riassunto il risultato della batteria di domande relativa a quali siano le principali caratteristiche dei gruppi di utenza per cui si registra un'alta richiesta di attivazione/potenziamento di servizi. Per 3 strutture su 5 l'età converge sulla fascia 18/29 anni, poiché ritenuta la più sensibile e scarsamente coperta nell'attuale.

Condizione familiare persone necessitanti servizi

0 = no 1 = sì	Sim-patia Target 1	S. Raffaele Target 2	S. Croce Target 2	Sentiero Castellanza Target 2	Sentiero Lecco/Merate Target 3	Tot. N.
Soli	0	1	1	0	0	2
Monoparentali	1	0	0	0	0	1
Con figli	0	0	0	0	1	1
Senza figli	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	1	0	1

Il quesito volge a capire come sia, su una base di indicazione di prevalenza (infatti è richiesta una sola risposta per identificare la condizione più diffusa riscontrata, non l'unica) la condizione familiare delle persone valutate come ancora maggiormente scoperte dai servizi. Emerge un quadro abbastanza differenziato, frutto delle valutazioni riferibili ai punti d'osservazione delle strutture in base alle loro funzioni. Ad ogni modo si denota una seppur lieve prevalenza delle persone sole, a seguire quelle monoparentali, con figli ed una specifica altro attestante che sono da raggiungere i giovani che dovrebbero poter uscire dalla famiglia d'origine, ma senza necessariamente andare in una comunità.

Condizione lavorativa

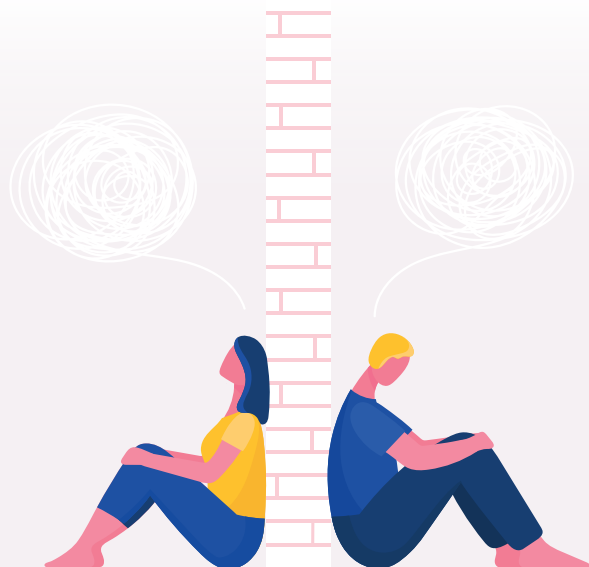
0 = no 1 = sì	Sim-patia Target 1	S. Raffaele Target 2	S. Croce Target 2	Sentiero Castellanza Target 2	Sentiero Lecco/Merate Target 3	Tot. N.
Lavoratori	0	0	0	0	0	0
Aiuti pubblici	1	0	0	0	0	1
Nulla	0	1	1	1	1	4

La tabella qui riportata indaga la condizione lavorativa principale (anche in questo caso una sola risposta richiesta, ad identificare la condizione più diffusa riscontrata dalle strutture, non l'unica). Le risposte connotano, ad utile conferma del prevedibile, una netta convergenza su persone senza né lavoro né aiuti pubblici, a parte un'opzione di scelta su persone che percepiscono aiuti pubblici. Questo a confermare che assenza di lavoro e sostentamento sono fattori scatenanti situazioni di disagio sociale quanto sanitario.

Tipologia bisogno principale rilevato

0 = no 1 = sì	Sim-patia Target 1	S. Raffaele Target 2	S. Croce Target 2	Sentiero Castellanza Target 2	Sentiero Lecco/Merate Target 3	Tot. N.
Problematiche fisiche	0	0	0	0	0	0
Problematiche psichiche	0	1	1	1	0	3
Dipendenze	0	1	0	0	0	1
Necessità economica	0	0	0	0	0	0
Autonomia	1	0	0	0	0	1
Casa	0	0	0	0	0	0
Socializzazione	0	0	0	1	0	1
Lavoro	0	0	0	0	0	0
Conflittualità familiare	0	1	0	1	1	3
Maltrattamenti abusi	0	0	0	0	0	0
Devianza criminalità	0	1	0	0	0	1

L'ultimo elemento approfondito riguarda il bisogno principale delle persone necessitanti servizi. Risultano prevalenti, con 3 valutazioni, problematiche psichiche e conflittualità familiare.



4. Conclusioni

In sede di formulazione di un quadro sinottico conclusivo, corre obbligo anzitutto ribadire, come già sopra indicato, che la presente mappatura è descrittiva della casistica rilevata, e non v'è pretesa di rappresentatività statistica. I dati e le informazioni si riferiscono, per il triennio 2016, 2017 e 2018, ad una popolazione riferibile alle strutture partner ove i dati medesimi sono stati rilevati. Per cui non è possibile, dai dati raccolti, effettuare speculazioni inferenziali, ma essa raggiunge appieno il risultato di dare approfonditi elementi conoscitivi circa le realtà ove il progetto viene dispiegato ed attuato.

I dati quantitativi mettono in risalto i seguenti fattori salienti:

- I casi target di riferimento del progetto (1. invalidi con disabilità motoria grave; 2. ragazzi e giovani con disturbo borderline di personalità; 3. donne in situazione di disagio) rilevati nelle strutture partner sono, nel complesso, aumentati nel triennio 2016-2018 (da 2296 a 2684).
- Il numero di disabili, legati all'origine da un trauma, è in consistente aumento nel triennio, composti in maggioranza da uomini e più concentrati in fascia d'età 50-65 anni.
- La casistica borderline presenta un andamento in incremento nel triennio in questione. La distribuzione per sesso è sostanzialmente equidistribuita, mentre la fascia d'età è in preminenza, seppur con tassi variabili nel triennio, attestata sui minorenni.
- Sempre in relazione all'utenza borderline e focalizzandosi sulle due strutture ospedaliere Ospedale San Raffaele HSR e Clinica S.Croce SC, appare una predominanza del sesso femminile, parzialmente attenuata nel 2018. In riferimento alla fascia d'età, s'evince come nel triennio entrambi gli ospedali vedano coinvolti in netta predominanza i maggiorenni, con percentuali maggiori in tal senso mostrate dalla Santa Croce, con una sensibile variazione nel 2018 di casi osservati di minorenni.
- Vi è una considerevole presenza di comorbidità per i pazienti borderline, in percentuale più elevata per l'Ospedale San Raffaele, ma va contestualizzato per le diverse tipologie di strutture di riferimento, per cui interpretazioni in tal senso sono da formulare con cautela, specie per la comorbidità secondaria. La comorbidità primaria ha comunque incidenze considerevoli, tutte ben oltre il 50% (ad eccezione di due strutture nel 2017), in tutte le strutture rilevate.
- Gli invianti in Svizzera sono in prevalenza i Pronto soccorso, mentre in Italia i Servizi sociali, ad eccezione del 2017 per il San Raffaele, laddove il tasso maggiore viene riscontrato nell'invio da parte dei medici di famiglia. Per quanto riguarda il target 3 (donne in disagio Cooperativa il Sentiero) i servizi invianti sono sempre i Servizi sociali.

- La destinazione dei pazienti borderline (target 2) è rilevata nelle due strutture ospedaliere. Per la Santa Croce il domicilio è stabile nel triennio, mentre il San Raffaele ha un flusso maggiore per l'ospedale generale; ciò corrobora il dato sulla comorbidità, che al San Raffaele viene rilevata in frequenza leggermente maggiore rispetto al resto delle strutture.
- La condizione sociale (rilevata in tre strutture) si connota per eterogeneità. Simpatia rileva un tasso elevato di pazienti in condizione di monoparentalità, talora con figli, in tutto il triennio. Il San Raffaele invece ha preminenza di persone sole e la cooperativa Il Sentiero su soggetti con figli e, in 1/3 dei casi quasi stabile nel triennio (ad eccezione del 2018), monoparentalità.
- La condizione economica in generale riporta tassi leggermente prevalenti di presenza di lavoro per il triennio considerato, ad eccezione della cooperativa Il Sentiero, dato però spiegabile col target di riferimento ed il tipo di servizio reso da tale struttura.

Per quanto concerne la parte qualitativa, i punti chiave risultano essere:

- Tutte le strutture partner hanno collaborazioni più o meno sviluppate con servizi territoriali, ma la rete di collaborazioni più ramificata risulta essere quella de Il Sentiero, poiché risulta essere in collegamento con più servizi territoriali.
- Il disagio psichico risulta primo fattore incidente, mentre il secondo è riferito a problematiche entro la famiglia. Da rilevare come, naturalmente, le dipendenze siano fattore di disagio per il San Raffaele e la Santa Croce, riferiti al target 2, giovani con disturbo di personalità borderline.
- I partner valutano più efficaci (e non riferibile alla qualità o alla copertura del fabbisogno) i servizi residenziali del territorio, e valutati molto positivamente, così come i servizi ambulatoriali, mentre i servizi ospedalieri vengono valutati in modo complessivamente almeno sufficiente.
- I servizi socio-assistenziali comunali e quelli ospedalieri sono riferiti come i più bisognosi di potenziamento. Secondariamente, sono valutati opportuni interventi di rafforzamento sui servizi residenziali e su quelli educativi.
- La valutazione della copertura dei bisogni da parte dei partner per il target borderline risulta essere da migliorare, soprattutto perché le strutture che si occupano di borderline medesimi hanno dato indicazioni di insufficienza, per cui il dato appare affidabile. Un altro spunto importante per il disturbo di personalità borderline deriva dalle aree di copertura, laddove emerge che i territori più scoperti sono ritenuti quelli decentrati e meno densamente abitati.
- I fabbisogni emergenti si concentrano primariamente sulla poca informazione: successivamente viene rilevato sia la rigidità dei servizi sia la dignità e riservatezza personale come prospettiva su cui lavorare.
- I servizi ritenuti da attivare, a giudizio delle strutture partner, riguardano anzitutto quelli di riabilitazione, accoglienza e ascolto territoriale, seguiti da servizi educativi, servizi mobili di supporto definibili come "di strada" e dall'attivazione di appartamenti protetti.

- Azioni concrete da attivare vengono repute anzitutto “Far partecipare l’utenza o i pazienti a decisioni, progettazione e ideazione di iniziative a loro dedicate” e “Maggiore coinvolgimento delle famiglie”. Quindi appaiono come necessari “Progetti di cooperazione con le scuole” ed i metodi alternativi, entro i quali vengono specificati in particolare: sensibilizzazione alle problematiche emotive derivanti da comportamenti a rischio e terapie integrate ad altri servizi territoriali.
- La condizione familiare delle persone valutate come ancora maggiormente scoperte dai servizi indica un quadro abbastanza differenziato, in cui si rileva una seppur lieve prevalenza delle persone sole, a seguire quelle monoparentali, con figli ed una specifica “altro” attestante che sono da raggiungere i giovani che dovrebbero poter uscire dalla famiglia d’origine, ma senza necessariamente andare in una comunità.
- La condizione lavorativa principale delle persone necessitanti di servizi sono un’utile conferma che le persone senza né lavoro né aiuti pubblici rappresentano quelle ove bisogna intervenire con maggiore incidenza. Questo a rafforzare che la contemporanea assenza di lavoro e sostentamento sono fattori scatenanti situazioni di disagio sociale quanto sanitario.
- Il bisogno principale delle persone bisognose di servizi converge su problematiche psichiche e conflittualità familiare.



4.1. Input della mappatura in sintesi: indicazioni e possibili sviluppi

Dal quadro della mappatura proposta emergono alcune chiare indicazioni (sebbene riaffermando l'avvertenza che si tratta di dati solo descrittivi del campione preso a bersaglio della mappatura, dai quali non è inferibile un dato generale) per le attività di progetto ed anche di prosecuzione d'indagine ed approfondimento di ricerca. A fronte dell'aumento di casi, generalizzato entro i tre gruppi target, nel triennio preso ad esame, in estrema sintesi, è possibile delineare i seguenti punti:

- la necessità di lavorare particolarmente sulla fascia giovani con disturbo di personalità borderline (18-29 anni), nella maggior parte dei casi (oltre 50%) comorbidi, nonché persone sole, monoparentali, a rischio di diventare senza lavoro né supporto al reddito;
- conferire maggiore qualità alle relazioni con gli inviati, ossia per la parte svizzera il Pronto soccorso e per la parte italiana Servizi sociali e medici di famiglia;
- i servizi socio-assistenziali comunali, così come quelli ospedalieri, sono da sviluppare maggiormente;
- i servizi territoriali focalizzati sui borderline appaiono parimenti da sviluppare;
- diffondere e trovare una strategia migliore per capillarizzare i servizi appare fondamentale, poiché le aree decentrate risultano carenti;
- emerge in prospettiva la necessità di rafforzare servizi di informazione e sensibilizzazione in chiave preventiva (ad esempio per comportamenti a rischio), quindi di flessibilizzare i servizi;
- opportuno attivare servizi anzitutto di riabilitazione, accoglienza e di ascolto territoriale, seguiti da servizi educativi;
- azioni concrete da attivare sono: "Far partecipare l'utenza o i pazienti a decisioni, progettazione e ideazione di iniziative a loro dedicate"; "Maggiore coinvolgimento delle famiglie". Molto utili anche "Progetti di cooperazione con le scuole";
- ulteriori indicazioni di affinamento delle condizioni e procedure di lavoro che appaiono molto utili per il prosieguo del progetto sono:
 - a)** il cercare di convergere su una definizione condivisa dei target, soprattutto per i borderline (target 2), laddove vi è una marcata eterogeneità;
 - b)** mettere in atto un censimento delle fonti idonee per la mappatura del target 3 (donne in disagio) facendo dialogare più costruttivamente servizi sociali comunali, associazionismo, Questura. In questo senso l'utilizzo dello strumento d'intervista medesima, messo a punto da YI per il presente lavoro, può costituire una risorsa;
- in chiave di ampliamento della popolazione di riferimento e di possibile maggiore copertura del lavoro di mappatura si ravvisa necessario:
 - a)** estendere la base dati a più ATS per ampliare il campione, per esempio ATS Insubria che è competente sul territorio di alcuni partner di progetto, ossia far coincidere bacino di utenza dei partner con ATS corrispondenti per rendere omogenei e comparabili il campione di popolazione indagato;
 - b)** somministrare a servizi dello stesso territorio, con un supporto istituzionale più allargato, il questionario sottoposto ai partner.

Le indicazioni emerse tracciano linee di lavoro concrete per il progetto, nel contingente, ma offrono anche uno spunto di riflessione più ampio in merito a cosa significhino i servizi di supporto socio-sanitari rispetto ad una diagnosi socio-politica di come essi si inquadrino nel perimetro istituzionale e pubblico. Questa brevissima considerazione finale è tanto più valida giacché la mappatura viene ad inserirsi in un contesto di profonda modificazione della società dovuta ai cambiamenti che la pandemia Covid-19 sta generando, in primis visibili in una domanda pressante e generalizzata di intervento pubblico (stato, regioni, comuni) in un quadro ove, solitamente, l'attore pubblico viene invece considerato un intruso da respingere con vigore. Si tratta dunque di chiamare in causa alcuni elementi delle teorie della cittadinanza, dacché essa rappresenta, tra l'altro, anche il legame tra il complesso articolarsi del costituirsi istituzionale e del trasformarsi dell'ordine sociale, per cui definire il quadro della cittadinanza significa entrare nel merito del modificarsi dell'ordine sociale e politico dal basso verso l'alto, facendo leva non su un intervento pubblico autoreferenziale, rigido e asseverante, sugli apparati, sui sistemi normativi, sulle strutture sociali e sanitarie, ma sul soggetto e sulle strategie di riconoscimento, abilitazione e stimolo della sua responsabile partecipazione come attore chiave entro i servizi e, conseguentemente, entro la collettività.

Da un simile punto di vista il costituirsi di un ordine sociale inclusivo e responsabilizzante assume le sembianze di una parabola ascendente, che si basa su periodi e momenti formativi della cittadinanza che, per l'ambito sociale, passa attraverso traiettorie collaborative, di contiguità, complementarietà di servizi atti a supportare l'inclusione e prevenire l'esclusione, proprio come rilevato dalla presente mappatura e come si pone ad obiettivo il progetto YI.



Evidente che tale indicazione cozza talora con vincoli burocratici, amministrativi ed organizzativi che i singoli servizi e strutture devono osservare, ma è altrettanto evidente che se non vengono modificate minimamente le prassi operative, adottando pratiche e modalità maggiormente coordinate e coesive, rinforzando con decisione la rete di attori differenziati quali terzo settore, volontariato, corpi intermedi, oltre naturalmente al pubblico, la linea di faglia della cittadinanza che demarca inclusione ed esclusione, già di per sé ampia in condizioni usuali, giocoforza s'amplierà e metterà ulteriormente alla corda una fascia sempre più ampia di persone entro la nostra società, già di per sé talora logora ed a rischio di ulteriore smottamento in balia del Covid e poi alle prese con i suoi lasciti.

CHE COS'È YOUNG INCLUSION?

“Young Inclusion” è un progetto innovativo sorto allo scopo di recuperare e prevenire situazioni di grave marginalizzazione di giovani attraverso la costruzione e il consolidamento di community care per disabili fisici da incidente, donne in situazione di disagio e ragazzi con disturbo di personalità borderline. Il progetto è parte del programma Interreg Italia-Svizzera, Asse 4 Integrazione (ID progetto 563663), e mira a favorire la collaborazione transfrontaliera tra soggetti italiani ed elvetici.

Young Inclusion ha preso il via nel giugno 2019, ricevendo un sostegno di 1.200.000 euro da parte del Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) per la cooperazione tra regioni dell'Unione europea, per i successivi 3 anni, con l'obiettivo di coinvolgere 110 soggetti fragili attraverso l'attività di 12 partner, 9 italiani e 3 svizzeri. Nello specifico, per l'Italia sono coinvolte cooperative che operano nel sociale come la “Cooperativa sociale Sim-Patia” (Valmorea, Como), capofila di progetto, “Il Sentiero Società Cooperativa Sociale” (Merate, Lecco), “La Clessidra Società Cooperativa Sociale” (Castellanza, Varese), ma pure l'Ospedale “San Raffaele Srl” (Milano), Ats della Brianza, tre comuni lombardi (Monza, Seregno e Castellanza) e “Ariella Vidach – Aiep” (Milano). Per la Svizzera il capofila di progetto è “Aiep – Avventure in Elicottero Prodotti”, e partecipano alla partnership anche la “Clinica Santa Croce” di Orselina, e la “Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana - SUPSI” (Manno - Lugano).

Young Inclusion conta, tra le sue modalità operative, l'attività di equipe integrate di operatori dei versanti italiano e svizzero, che collaborano in sinergia per la cura psicologica di donne in strutture nel lecchese e nel varesotto; la condivisione dei Gruppi Esperienziali Terapeutici (GET), metodo rivoluzionario per la cura del disturbo borderline ideato da Raffaele Visintini, Psichiatra Psicoterapeuta Responsabile Day Hospital Disturbi di Personalità IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano; e ancora, l'avvio di un centro di musicoterapia presso la “Cooperativa sociale Sim-Patia” di Valmorea (Como), polo d'eccellenza nella cura della disabilità. Sempre nell'ambito del progetto, è poi imminente l'apertura di una nuova comunità terapeutica a Gerenzano (Varese), dove troveranno accoglienza ragazze con disturbo di personalità borderline, dedicata a Frida Kahlo.

Fil rouge del progetto - che guarda a target diversi attraverso molteplici partner, guidati dal management di un team office comune - è il “desiderio”, ben espresso anche dal pay off “Desideriamo tutto”. Una frase che vuole scommettere sulle aspirazioni e l'amore a sé che ogni individuo ha nel suo animo, che - incontrando la giusta cura e accompagnamento, nella professionalità che ogni operatore ha anche nello stimolare i bisogni più profondi di un soggetto fragile - diventano autentica spinta per una rinascita. Un motore che, troppo spesso, violenze, sofferenze, fragilità psicologiche o menomazioni fisiche, hanno la potenzialità di soffocare, ma che non riescono mai del tutto a cancellare o eliminare, perché intimo ad ogni uomo.

**Oltre Alle
Nuvole**

**Ad Occhi
Aperti**

**Tutto Esiste
Per Un Attimo**

*Tutto Cambia,
Tutto Torna*

*Doppio
Sogno*

wow Sono
io il disordinato»

**Che fine
ha fatto
il nostro
desiderio**



IL MIO SOGNO

è la causa della nostra sofferenza.

Collage realizzato da una ragazza coinvolta in un percorso di recupero per giovani con disturbo di personalità borderline, presso struttura della cooperativa "Il Sentiero" di Castellanza (partner di Young Inclusion).

FONTI REPERIMENTO DATI ED INFORMAZIONI

Partner di progetto:

ATS Brianza (IT);
IRCCS Ospedale San Raffaele (IT);
Cooperativa Sim-patia (IT);
Cooperativa Il Sentiero (IT);
Cooperativa La Clessidra (IT);
Clinica Santa Croce (CH)

Non partner:

Pro infirmis (CH);
Divisione Salute pubblica Cantone Ticino (CH)

AIEP

ariellavidachAIEP



Comune di
MONZA



Città di Seregno



Comune di
Castellanza

