


Un gruppo di microcredito presso il Centro di Salute Mentale di Carpi: *risultati di efficacia ed efficienza*

Giorgia Bonaga, Luisa Brunori, Giorgio Magnani

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 8, n° 2, Novembre 2013</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	--

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Un gruppo di microcredito presso il Centro di Salute Mentale di Carpi: *risultati di efficacia ed efficienza*

Autore	Ente di appartenenza
Giorgia Bonaga	<i>Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna</i>
Luisa Brunori	<i>Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna</i>
Giorgio Magnani	<i>AUSL di Modena</i>

To cite this article:

Bonaga G., Brunori L., Magnani G., (2013), Un gruppo di microcredito presso il Centro di Salute Mentale di Carpi: *risultati di efficacia ed efficienza*, in *Narrare i Gruppi*, vol. 8, n° 2, Novembre 2013, pp. 169-188, website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

Un gruppo di microcredito presso il Centro di Salute Mentale di Carpi: risultati di efficacia ed efficienza¹

Giorgia Bonaga, Luisa Brunori, Giorgio Magnani

Riassunto

Il sistema di prestiti del microcredito investe sulla creatività dell'individuo, stimolando la persona a sviluppare le sue potenzialità. Ciò può portare al raggiungimento di obiettivi importanti e tradursi nella genesi di un senso di valore, di autostima e di orgoglio.

Questi sono fattori che giocano un ruolo importante nell'eziologia di alcuni disturbi mentali caratterizzati proprio da una serie di condizioni psicologiche che impediscono il pieno sviluppo della persona sul piano individuale, relazionale e sociale.

Sulla base di queste considerazioni, nel 2007, è stato attivato un programma di microcredito a forma gruppale per pazienti psichiatrici in carico al Centro di Salute Mentale di Carpi, Modena. L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento di microcredito, in termini di riduzione dei costi dei pazienti a carico del Sistema Sanitario Locale, e rilevare i benefici sul piano del benessere individuale, familiare e sociale dei soggetti coinvolti.

Nel campione, oltre ai pazienti partecipanti al gruppo di microcredito, sono stati inclusi: un gruppo di pazienti inseriti in un progetto d'inserimento lavorativo (formazione, borsa lavoro di primo e secondo livello) e un gruppo di pazienti ambulatoriali. Il gruppo di microcredito ha ottenuto in generale risultati molto incoraggianti in ogni dimensione, rivelando, tuttavia, anche alcune debolezze tipiche di un progetto ancora "in costruzione". I successi del programma di microcredito, sul piano della riduzione dei costi hanno contribuito a inserire tale intervento nei Piani Sociali di Zona.

Tale iniziativa si configura, dunque, come un buon esempio di integrazione sociosanitaria e indipendentemente dagli sviluppi futuri, pone una questione importante relativamente alla necessità di abbandonare un modello di *welfare* assistenzialistico che contribuisce a mantenere i soggetti in una condizione di ricettori passivi.

Parole chiave: gruppo di microcredito, pazienti psichiatrici, efficacia ed efficienza

¹ Il presente studio ha beneficiato del contributo della Dott.ssa Fabrizia Pellegrini che ha approfondito i temi qui descritti nell'ambito del suo lavoro di tesi: "Il microcredito: una terapia economica per l'individuo e la Comunità presso il Centro di Salute Mentale di Carpi".

*A Microcredit group in the Center of Mental Health of Carpi:
effectiveness and efficiency outcomes*

Abstract

Microcredit, a small lending system, invests on an individual's creativity by stimulating the development of their own potential. This process leads to the attainment of various objectives which in turn allow individuals to develop their skill awareness. Consequently, this process also increases an individual's self-esteem and self-confidence.

These factors play an important role in the aetiology of a number of mental disorders.

Namely, those characterised by a series of psychological conditions which impede the full development of a person's personal, relational and social sphere.

On the basis of these considerations, in 2007, a microcredit program group model was implemented for psychiatric patients at the Mental Health Centre (MHC) of Carpi, in the Modena province

The objective of this study is to evaluate the effectiveness and efficiency of the Microcredit intervention by considering (1) the reduction of patient-costs sustained by the Local Health System and (2) the increased well-being observed in the subjects involved within their individual, family and social realms.

Such considerations emerged in the following study where a Microcredit system was implemented as a promising solution for psychiatric out-patients' inability to work autonomously. It was also put in place to prevent the emergence of mental disorders for individuals exposed to stress caused by unfavourable economic conditions.

Keywords: microcredit group, psychiatric patients, effectiveness and efficiency

1. Obiettivi e ipotesi della ricerca

Obiettivo del presente studio è valutare l'efficacia (*effectiveness*) e l'efficienza dell'intervento di microcredito, in termini di riduzione dei costi dei pazienti a carico del Sistema Sanitario Locale e di aumento dei benefici sul piano del benessere individuale, familiare e sociale dei soggetti coinvolti.

L'ipotesi principale dello studio si basa sul presupposto che il "gruppo di microcredito" si configuri "come un gruppo economico" (Raggi, Magnani, Brunori, 2007) non solo perché in grado di produrre beni tangibili, ma anche perché si qualifica come una "struttura ad alto potenziale relazionale" capace di sviluppare al meglio le risorse dei partecipanti attraverso relazioni reciproche e paritetiche.

Inoltre, nell'accezione di strumento che produce beni tangibili, quali il reddito, e beni intangibili, quali l'aumento di autostima e lo scambio di fiducia, il microcredito potrebbe rappresentare un dispositivo innovativo, sociale ed economico, utile alla valorizzazione delle abilità dei soggetti generalmente esclusi dal mercato finanziario.

In tal senso, il cambiamento dell'individuo, oggetto di osservazione di questo studio, è inteso come sviluppo delle sue "capabilities" (Sen, 1982). I risultati attesi si riferiscono pertanto a tutte e tre le dimensioni prese in esame:

- la dimensione dell'intangibile: in termini di miglioramento dell'autonomia e della sintomatologia, aumento delle capacità relazionali, miglioramento del funzionamento psicologico;

- la dimensione del sociale: in termini di aumento della partecipazione sociale, aumento della centralità sociale e arricchimento della rete relazionale;
- la dimensione del tangibile: in termini di riduzione dei costi complessivi in seguito ad una ridotta frequentazione dei servizi ambulatoriali psichiatrici, ad un minor utilizzo degli psicofarmaci, e di restituzione alla comunità in termini economici.

2. Background teorico

Se volessimo rappresentare con un'immagine il complesso processo di cambiamento che coinvolge un individuo inserito in un programma di microcredito dovremmo fare riferimento all'effetto risonanza provocato dalla caduta di una goccia su una superficie d'acqua in quiete. In tal senso, potremmo identificare nella goccia d'acqua l'iniziale attribuzione di fiducia costituita in concreto dall'elargizione di un piccolo prestito in denaro senza garanzie e, nella serie di reazioni a catena che producono cerchi concentrici via via sempre più ampi, l'impatto di tale partecipazione. I cerchi concentrici rendono l'idea di come i cambiamenti possano coinvolgere le diverse dimensioni della vita dell'individuo distribuite lungo un *continuum* dal livello micro al livello macro. Dunque, a partire da un miglioramento dell'individuo "relativamente a se stesso", sarà possibile registrare dei progressi anche a livello familiare, nella sfera amicale, nella sfera lavorativa e, infine, nella sfera sociale più ampia fino ad arrivare ad ottenere risonanze a lungo termine anche nella sfera comunitaria.

Nell'intenzione di comprendere e valutare la complessità di tale fenomeno e di tutte le molteplici variabili coinvolte nel processo di cambiamento è stato necessario attingere a costrutti teorici, metodologie e strumenti di ricerca provenienti da differenti ambiti disciplinari²:

- 1) la psicologia della povertà ovvero il circolo vizioso tra povertà e disturbo mentale;
- 2) la valutazione delle psicoterapie in termini di costi ed esiti;
- 3) la valutazione dell'impatto sociale ed economico dei programmi di microcredito.

2.1. Strumenti

Il microcredito impiega una metodologia di lavoro di tipo gruppale in cui i soggetti-membri (5 nel modello Grameen) si incontrano a cadenza settimanale, sotto la supervisione di un operatore/conducente che accompagna l'intero processo di sviluppo.

Se il gruppo di psicoterapia si configura come il luogo del pensiero che prende forma attraverso lo scambio delle parole e l'utilizzo delle immagini simboliche, il gruppo di microcredito è il luogo della condivisione di narrazioni che hanno come oggetto il fare. In esso vengono narrate scene concrete e possibili e, in questo senso, esso diventa uno strumento di base per lo sviluppo di un pensiero in cui il fare trova spazio legittimo.

² Per una descrizione più dettagliata dei contributi offerti dalle diverse discipline alla costruzione dell'impianto valutativo, si rimanda a: Brunori L., Bonaga G. (2011) Il microcredito: una terapia economica per l'individuo e la Comunità presso il Centro di Salute Mentale di Carpi. Presentazione della metodologia, *Atti del I Seminario Nazionale di Studi sulla Ricerca Empirica in Terapia Psicodinamica di Gruppo, Aosta*.

Quando si lavora con persone portatrici di problemi mentali la figura dell'operatore/conducente diventa ancora più importante poiché oltre ai problemi usuali connessi alla progettazione di una microimpresa dovrà tenere conto anche delle resistenze e delle difficoltà imposte dalla patologia.

I parallelismi individuati tra il gruppo di microcredito e il gruppo di psicoterapia hanno evidenziato la necessità di costruire un impianto valutativo che fosse in grado non solo di analizzare gli esiti e gli *outcomes*, ma anche di identificare e misurare le dinamiche di gruppo favorenti il processo terapeutico di sviluppo. L'assetto valutativo deve dunque essere in grado di focalizzarsi ora sui cambiamenti del singolo, ora sugli scambi tra i membri e tra i membri e il conduttore, come specchio della funzionalità interna e dei fattori terapeutici coinvolti. Questi aspetti rientrano nella dimensione intangibile che è stata indagata sulla base di alcuni indicatori di riferimento: il livello di autostima (*Rosenberg Self Esteem Scale*, 1965), il benessere psicologico (*General Health Questionnaire 1997*, GHQ-12), la rappresentazione mentale della famiglia (*Differenziale semantico sulla famiglia*, Osgood 1957), la qualità e quantità delle relazioni familiari e sociali (*Carta di rete*, Sanicola 1994) e il quadro sintomatologico (valutazioni diagnostiche dei clinici)³.

Al fine di valutare gli effetti del programma di microcredito nella dimensione tangibile e nella dimensione sociale abbiamo fatto riferimento alla letteratura e alle tradizionali metodologie di misurazione dell'impatto utilizzate nel settore della microfinanza per l'individuazione delle *best practices*.

La dimensione sociale è stata indagata con il *Social Capital Assessment Tool* (World Bank, 1999) analizzando come indicatori la partecipazione sociale, la fiducia e la solidarietà, le reti sociali e il supporto sociale.

La dimensione tangibile è stata indagata tramite la raccolta dei dati relativi allo *status* socio economico dei pazienti attraverso il *Questionario Economico per l'attività clinica dei Servizi Psichiatrici* (Q.E.S.P.). Tale strumento ha consentito di quantificare i costi complessivi corrispondenti a ciascun paziente relativamente ai trattamenti (psicoterapie individuali e di gruppo), all'accesso ai servizi del centro diurno, alla somministrazione dei farmaci, ai ricoveri e residenze, agli psicofarmaci, ai supporti economico socio-assistenziali percepiti, agli interventi di inserimento lavorativo (formazione, borsa lavoro di *primo livello* e di *secondo livello*, ore di referente, ore di lavoro retribuite) e all'implementazione del programma di microcredito (spazi, conduttore, accompagnamento).

2.2. Descrizione del campione

Tra i soggetti analizzati, oltre ai pazienti partecipanti al gruppo di microcredito, sono stati inclusi sia pazienti coinvolti in progetti di inserimento lavorativo (formazione, borsa lavoro di primo e secondo livello) sia pazienti ambulatoriali. Il duplice scopo alla base di tale inclusione mirava, da una parte, a tracciare una *baseline* dei costi medi dei differenti interventi destinati ai pazienti del CSM di Carpi, dall'altra a rilevare l'efficacia di tali interventi in base agli esiti, in termini di autonomizzazione, miglioramento della sintomatologia e riduzione dei costi. Nello specifico il campione è costituito da ventotto pazienti in trattamento da un minimo di sei anni e appartenenti ad una delle seguenti categorie diagnostiche: disturbi dell'umore, disturbi di personalità e psicosi.

³ Questionario ROME, Reflecting on Microcredito Experience, 2009 M.I.O.

Giacché la rilevazione dei dati si è focalizzata su un periodo di due anni (da Gennaio 2009 a Dicembre 2010), l'unico criterio di inclusione dei soggetti si riferiva alla loro partecipazione, durante tale arco temporale, agli interventi considerati come variabili di studio (l'adesione ai programmi di microcredito o di inserimento lavorativo). I pazienti ambulatoriali, che non hanno usufruito di nessun intervento, sono stati selezionati a *random* tra la popolazione di utenti afferenti al CSM dal 2009 al 2010.

In generale la selezione dei soggetti partecipanti a questo studio è stata realizzata nel rispetto del criterio di omogeneità di diagnosi psichiatrica.

3. Risultati

Di seguito saranno presentati i risultati ottenuti attraverso la somministrazione degli strumenti utilizzati. Le analisi descrittive saranno presentate rispettando la suddivisione delle tre aree d'indagine della ricerca: dimensione intangibile, dimensione sociale e dimensione tangibile.

3.1. Analisi dei dati della dimensione intangibile

Reflecting on Microcredit Experience R.O.M.E.

La Fig.1 mostra come i risultati dei tre gruppi abbiano superato il punteggio soglia al Rosenberg Self Esteem Scale (*cut off*: 15 punti) indicando complessivamente un discreto livello di autostima.

Il gruppo borsa lavoro ha raggiunto un punteggio medio lievemente maggiore con 19,04 punti, rispetto al gruppo di microcredito (19 punti) e al gruppo di pazienti ambulatoriali (18,1).

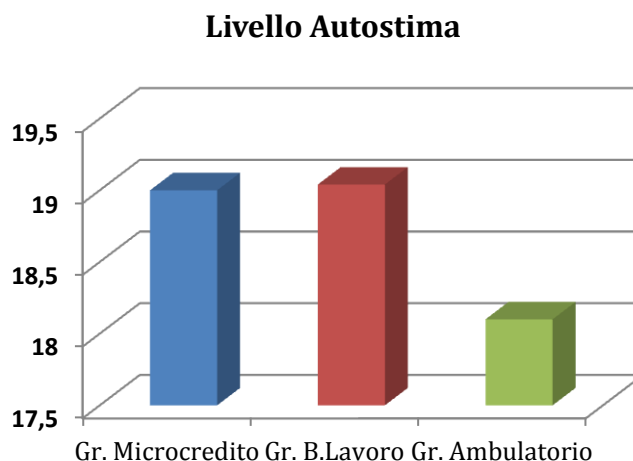


Figura 1- Punteggi medi al Rosenberg Self Esteem Scale

Considerando che i soggetti del presente studio appartengono alla categoria di pazienti affetti da disturbi psichiatrici, nell'analisi del General Health Questionnaire (GHQ12)

è stata prescelta la metodologia di *scoring* di tipo C-GHQ che consente di attribuire un valore (+1) anche alle risposte neutre del tipo: “come al solito”.

La Fig.2 mostra che tutti e tre i gruppi hanno superato il punteggio “*cut off*” (3 punti) indice della presenza di malessere psicologico.

Il gruppo borsa lavoro raggiunge il punteggio medio più alto con 4,9 a seguire il gruppo di microcredito con 4 punti e, infine, il gruppo di pazienti ambulatoriali con 3,2 punti.

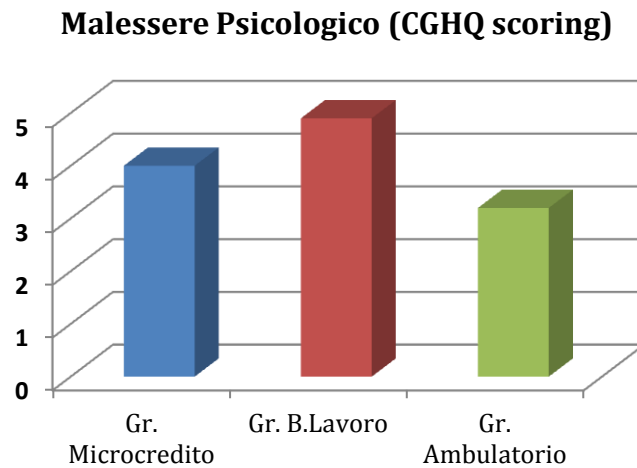


Figura 2 - Punteggi medi General Health Questionnaire (CGHQ scoring)

Relativamente alle due dimensioni interne al questionario sul benessere psicologico GHQ, “*social disfunction*” e “*general disphoria*”, possiamo notare come nel gruppo di borsa lavoro prevalga un malessere rispetto alle disfunzioni sociali, mentre nel gruppo di microcredito e pazienti ambulatoriali non vi siano differenze rispetto alle due dimensioni. Va sottolineato che il GHQ-12 non costituisce uno strumento di *screening* diagnostico, ma piuttosto un rilevatore dello stato di benessere/malessere temporaneo della persona. *Item* come “*Mi sono sentito utile*”, “*Ho pensato di non poter superare le mie difficoltà*”, “*Ho pensato a me stesso come ad una persona di valore*” riflettono, in maniera efficace, la rappresentazione che l’individuo ha di sé e completano le informazioni raccolte attraverso il questionario sull’autostima e sulla dimensione sociale.

Il superamento del punteggio soglia da parte dei tre gruppi da una parte conferma l’omogeneità di diagnosi nella distribuzione dei soggetti, dall’altra indica la presenza di disturbi di tratto (psicosi, disturbi dell’umore e disturbi di personalità) come modalità costanti di essere nel gruppo, nella famiglia e nel sociale.

3.2. Rappresentazione mentale della famiglia: Differenziale semantico

La scelta dei soggetti nella selezione di aggettivi positivi o negativi rispetto al concetto stimolo “la mia famiglia”, ha consentito di attribuire un valore numerico alle risposte

(da 1 a 5) e di tracciare una sorta di rappresentazione media della famiglia, differente per i tre gruppi.

La rappresentazione mentale della famiglia è costituita da tre dimensioni interne: livello di gratificazione, percezione di stabilità/affidabilità e capacità progettuale. La scelta di aggettivi più positivi coincide con un punteggio più elevato, viceversa la selezione di aggettivi negativi coincide con un punteggio più basso.

Il gruppo di microcredito ha descritto la famiglia selezionando aggettivi positivi con maggior frequenza rispetto agli altri gruppi (*range*: 17,84-14,17) ed attribuendo punteggi maggiori nella dimensione gratificazione (17,84 punti) e progettualità (16,5 punti).

Il gruppo dei pazienti ambulatoriali si colloca in una posizione intermedia (*range*: 15,52-11) attribuendo aggettivi più positivi alla famiglia nella dimensione gratificazione (14,43 punti) e stabilità (15,72 punti), e aggettivi meno positivi nella dimensione progettualità (11 punti).

Il gruppo della borsa lavoro, che ha una rappresentazione mentale della famiglia meno positiva rispetto agli altri due gruppi (*range*: 12,3-10,28), ha selezionato aggettivi meno favorevoli nella dimensione gratificazione (10,28).

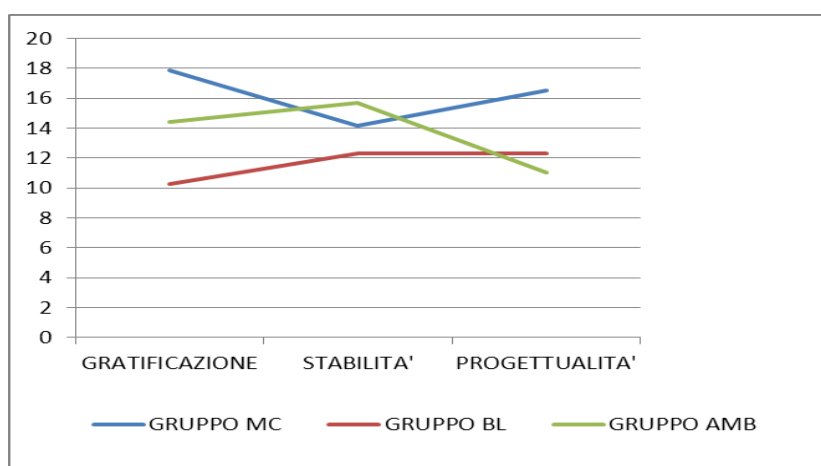


Figura 3 - Punteggi medi del Differenziale Semantico sulla famiglia

I risultati al *test* del differenziale semantico del gruppo microcredito mostrano la rappresentazione mentale di una famiglia gratificante, dinamica, in grado di progettare cambiamenti nel futuro, ma mediamente stabile e affidabile. La gratificazione è indicatore del livello di stima e fiducia presente tra i singoli membri della famiglia, la progettualità coincide con dinamicità e speranza nel futuro, entrambi fattori molto importanti per la crescita personale e per lo sviluppo di percorsi di autonomia dei pazienti.

3.3. Analisi delle relazioni familiari e sociali: la Carta di rete

L'analisi della Carta di rete consente di ricavare due diversi parametri: la numerosità e la qualità delle relazioni primarie e secondarie.

Se osserviamo la Fig.4, che rappresenta graficamente il numero complessivo di relazioni primarie e secondarie segnalate dai pazienti dei tre gruppi, notiamo come il gruppo microcredito e il gruppo dei pazienti ambulatoriali, mostrino una buona media complessiva rispettivamente di 9,67 e 9,29 relazioni. Il gruppo della borsa lavoro, invece, ha indicato in media 7 relazioni.

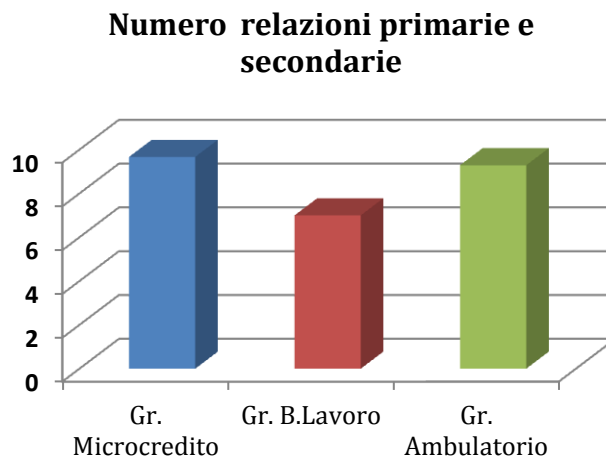


Figura 4 - punteggi medi della Carta di rete

Se differenziamo le relazioni familiari (relazioni primarie) da quelle sociali (relazioni secondarie) la situazione risulta molto interessante.

La fig. 5 mostra un forte sbilanciamento nel gruppo di microcredito a favore delle relazioni primarie che raggiunge un punteggio di 7,83 rispetto al 1,83 delle secondarie.

Negli altri gruppi le relazioni sono ben distribuite tra primarie e secondarie: nel gruppo della borsa lavoro vi è una maggioranza di relazioni primarie 4,29 rispetto a quelle secondarie 2,71; nel gruppo dei pazienti ambulatoriali le relazioni sono distribuite in modo omogeneo tra primarie e secondarie (5,14 e di 4,14).

Ad una prima osservazione i risultati del gruppo di microcredito potrebbero essere interpretati in senso negativo. E' noto, infatti, che i soggetti affetti da un disturbo psichiatrico tendano generalmente a costruire legami molto forti ed intensi con il nucleo primario della famiglia. Tale esclusività genera dinamiche di completa dipendenza a discapito delle relazioni sociali e del rapporto con il contesto dal quale il soggetto spesso si estranea isolandosi e richiudendosi nelle relazioni che offrono maggiore sicurezza.

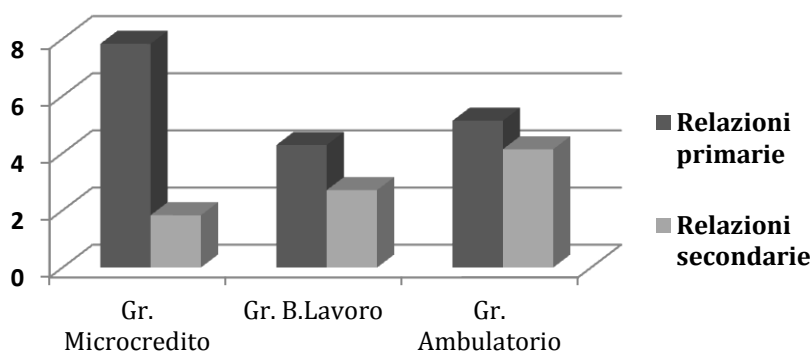


Figura 5- media numero relazioni primarie e secondarie

L'analisi qualitativa delle carte di rete del gruppo di microcredito rivela che i soggetti hanno volutamente inserito all'interno della categoria delle relazioni primarie tutti i legami considerati forti e stabili, includendo oltre ai famigliari stretti, anche amici e altre figure significative.

Allo stesso modo i soggetti appartenenti agli altri due gruppi, hanno inserito nella categoria relazioni secondarie prevalentemente i legami considerati più deboli.

Una conferma della precedente interpretazione emerge dai dati riportati nella Fig.6 che mostra la distribuzione della qualità delle relazioni nei tre gruppi. Le sette tipologie di legami possibili (forte, medio, debole, discontinuo, conflittuale, ambivalente, interrotto), utilizzati dai pazienti per descrivere le loro relazioni, sono state raggruppate in due stringhe: *relazioni continue e stabili* e *relazioni discontinue e conflittuali*

Risulta evidente come nel gruppo di microcredito prevalga la continuità e la stabilità delle relazioni nel complesso (6,67), sia per quanto riguarda quelle primarie che quelle secondarie, anche se, ricordiamo che per i soggetti del microcredito prevalgono nettamente i legami forti, quelli primari. Per quanto riguarda i due gruppi di confronto per entrambi prevalgono le relazioni continue e stabili: 5,43 per i soggetti borsa lavoro e 6,71 per i soggetti ambulatoriali, pur ribadendo che per il gruppo di borsa lavoro le relazioni complessive sono inferiori rispetto agli altri due gruppi.

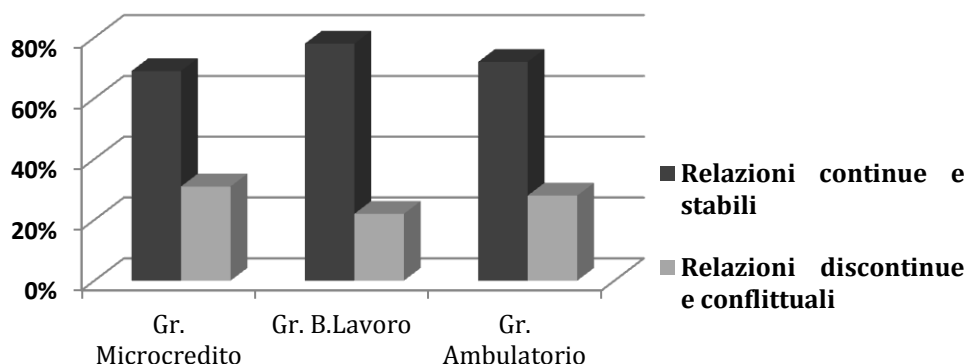


Figura 6 - qualità delle relazioni

3.4. Analisi Social Capital Assessment Tool

I risultati della dimensione Capitale sociale saranno di seguito presentati considerando i quattro indicatori: partecipazione sociale, fiducia e solidarietà, reti sociali, supporto sociale.

E' evidente che la dimensione sociale rappresenti una variabile macro nella vita dei soggetti, molto ampia, e soggetta ad una molteplicità di fattori intervenienti che impediscono all'osservatore di cogliere le relazioni di causa ed effetto, pertanto ci limitiamo a presentare una fotografia del livello di *empowerment sociale* dei gruppi di soggetti intervistati.

3.5. Partecipazione sociale

Il grafico relativo alla partecipazione sociale (Fig.7) mostra come il gruppo di microcredito abbia totalizzato il punteggio maggiore (1,75) rispetto agli altri due gruppi, i soggetti della borsa lavoro 1,36 e il gruppo dei pazienti ambulatoriali 1,14. Tale indicatore misura il livello di partecipazione e di coinvolgimento effettivo nel contesto macrosociale in cui essi vivono (quartiere, comune, città, nazione).

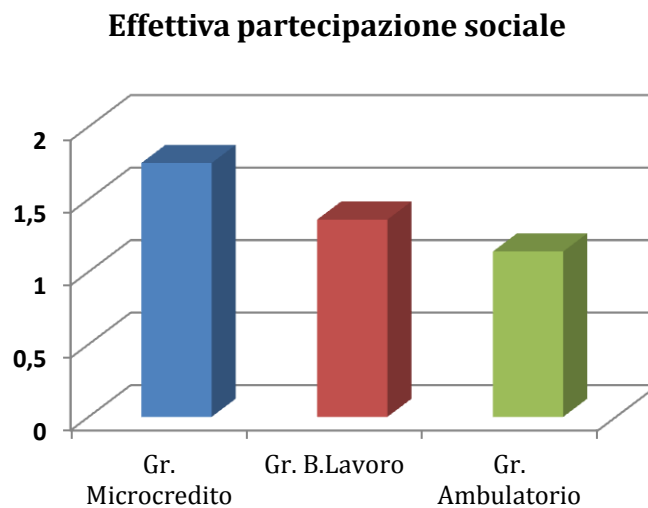


Figura 7- punteggi medi di partecipazione sociale

Mediamente il livello di partecipazione sociale effettiva di questa tipologia di soggetti è particolarmente basso, risultato comprensibile se si considera lo stato di esclusione e isolamento in cui vivono generalmente i pazienti psichiatrici.

Tuttavia, se analizziamo i risultati relativi al senso di *agency* (Fig.8), ossia circa la percezione di poter incidere positivamente sul contesto che li circonda, i risultati appaiono molto incoraggianti: il gruppo di microcredito (4,67) e dei pazienti

ambulatoriali (4,71) ottengono un punteggio mediamente alto, il gruppo dei soggetti in borsa lavoro totalizza un punteggio più basso (4,21).

Riteniamo che il senso di *agency* sia un parametro particolarmente significativo, esso infatti è strettamente connesso al livello di autostima e al senso di autoefficacia: i soggetti che hanno maggior stima di sé, si sentono anche in grado di intervenire e modificare il contesto che li circonda partecipando attivamente al processo decisionale comunitario.

Senso di agency

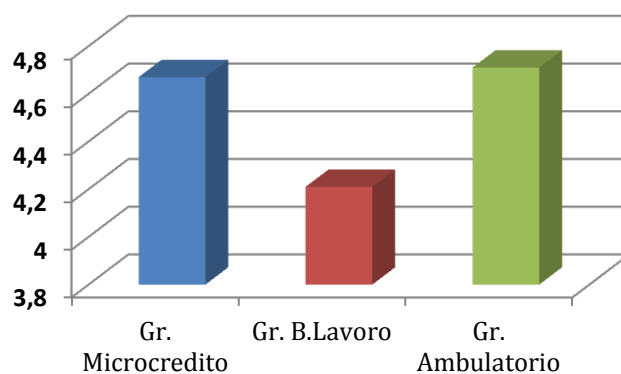


Figura 8- punteggi medi del senso di agency

3.6. Fiducia e solidarietà

Il secondo indicatore del livello di capitale sociale misura il livello di fiducia e il senso di solidarietà percepito dai soggetti verso il gruppo primario (famiglia), secondario (colleghi e amici) e terziario (istituzioni).

Il gruppo di microcredito (Fig.9) dimostra di avere maggior fiducia nei confronti del contesto micro sociale. I soggetti attribuiscono un punteggio di fiducia mediamente alto al gruppo di microcredito (4,00 punti), alla famiglia (4,67), agli amici (4,00 punti) e ai vicini (3,17 punti). Si noti come questi dati siano coerenti con i risultati ottenuti dal differenziale semantico e dalla Carta di rete.

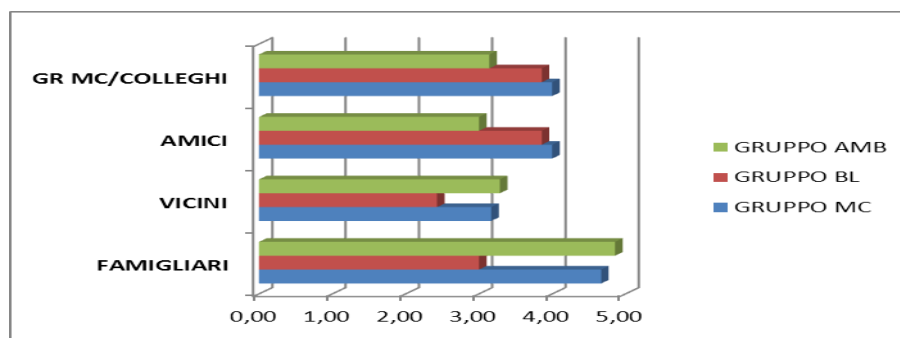


Figura 9- punteggi fiducia e solidarietà percepita

Il gruppo di borsa lavoro attribuisce più fiducia ai colleghi (incontrati durante l'esperienza di borsa lavoro) e agli amici (3,86 punti), e ne ripone meno su famigliari (3) e vicini (2,43).

Il gruppo dei pazienti ambulatoriali, invece, dichiara di avere molta fiducia nella famiglia (4,86 punti), e relativamente meno verso colleghi, amici e vicini.

Per quanto riguarda il contesto macro-sociale (Fig.10) si riconferma una maggior attribuzione di fiducia verso le istituzioni da parte del gruppo di microcredito, che oscilla tra minor fiducia verso l'amministrazione locale, la legge e la comunità ecclesiastica, e maggior fiducia verso il sistema sanitario nazionale, la stampa e le banche.

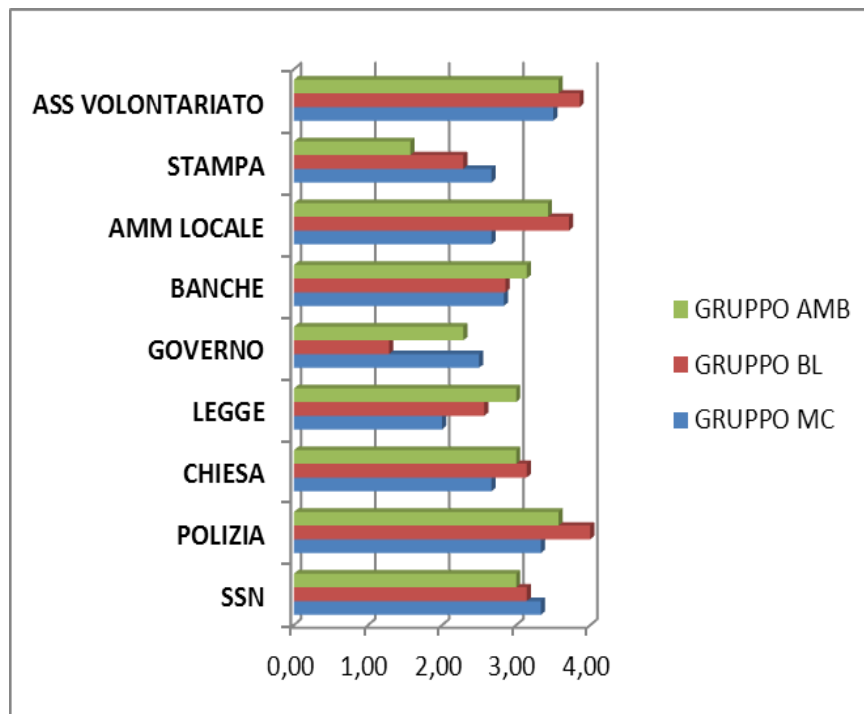


Figura 10- punteggi fiducia e solidarietà percepita verso le istituzioni

3.7. Reti sociali

Le reti sociali vengono esplorate analizzando la frequenza dei contatti telefonici e degli incontri che i soggetti hanno rispettivamente con i loro famigliari (non conviventi), con amici e vicini. Questo indicatore offre informazioni sul livello di centralità sociale dei soggetti rispetto alla loro rete di relazioni primarie e secondarie.

Tutti e tre i gruppi ottengono un punteggio elevato relativamente alla frequenza degli incontri con i famigliari, prevale il gruppo dei pazienti ambulatoriali con un punteggio di 10,71, segue il microcredito con 9,33 e infine il gruppo borsa lavoro con 8,57.

Per quanto riguarda le reti sociali del gruppo secondario (amici e vicini) la situazione risulta invertita: il gruppo ambulatoriale (11,71) e il gruppo microcredito (11,83), hanno contatti meno frequenti con amici e vicini rispetto al gruppo borsa lavoro (12) che, è necessario sottolineare, beneficia di contatti quotidiani con i colleghi del posto di lavoro acquisito recentemente.

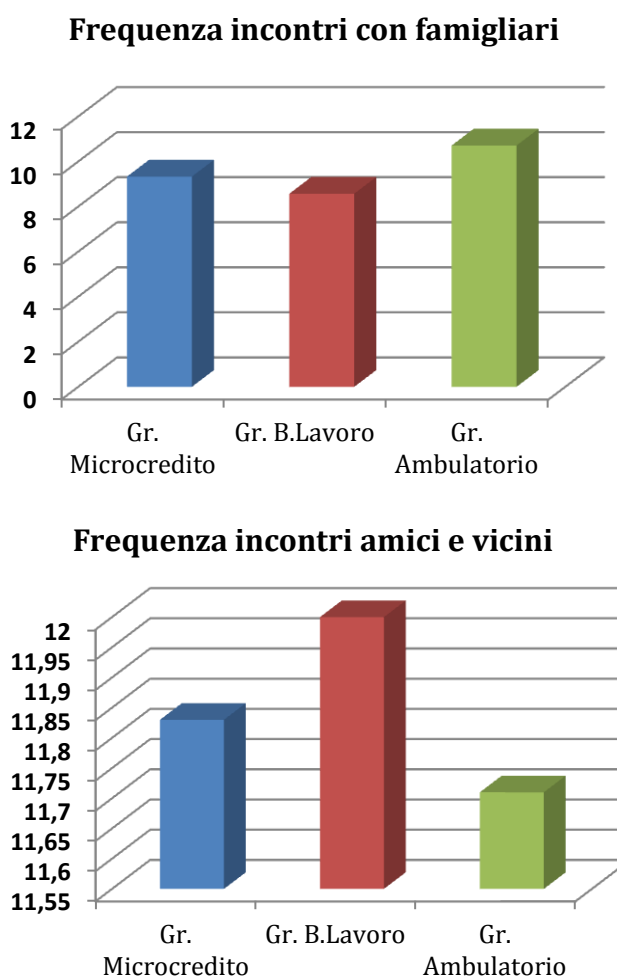


Figura 11- frequenza incontri con famigliari, amici

3.8. Supporto sociale

Il livello di supporto sociale è stato analizzato utilizzando due variabili: il supporto sociale percepito e il livello di soddisfazione per i propri rapporti sociali.

Il gruppo di microcredito ottiene un punteggio superiore nelle risposte ad entrambi gli *items*: dichiara di percepire un alto livello di supporto (4,67 punti) e di essere molto soddisfatto dei propri rapporti sociali (1,83 punti).

Il gruppo borsa lavoro dichiara di percepire un basso supporto da parte degli amici (2,86 punti) e di essere mediamente soddisfatto dei propri rapporti sociali (1,43 punti). Infine il gruppo ambulatoriale risulta essere il meno supportato (1,86 punti), ma di essere mediamente soddisfatto (1,29 punti).

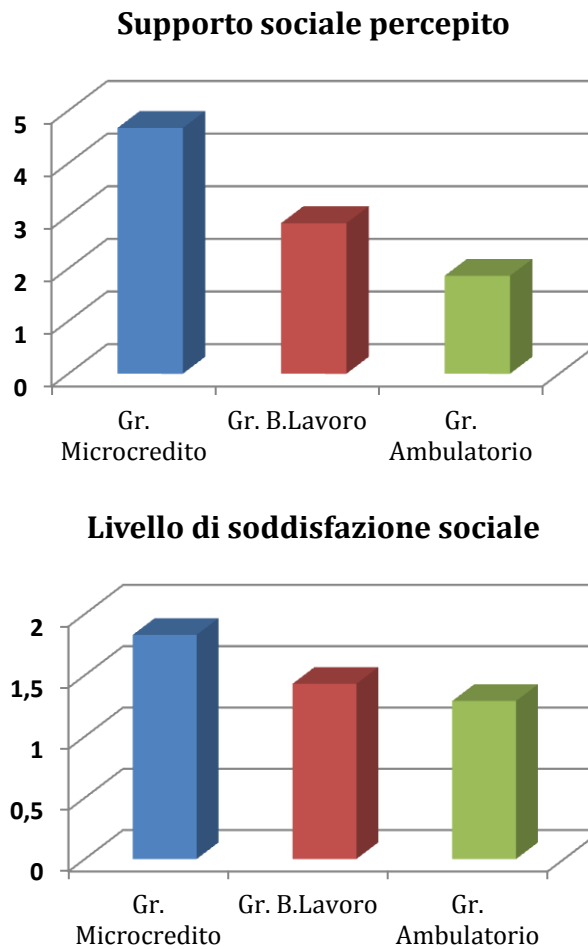


Figura 12- supporto sociale percepito e livello di soddisfazione nei rapporti personali

4. *Analisi area tangibile*

La dimensione tangibile rappresenta l'insieme dei costi sostenuti per ogni paziente e stimati attraverso i dati raccolti dal questionario QUESP. L'analisi dei costi ha incluso: i singoli dispositivi (programma di microcredito e programma borsa lavoro), il supporto socio-economico percepito (assegni socio-assistenziali), le prestazioni sanitarie erogate, gli psicofarmaci prescritti. Inoltre, è stata monitorata l'evoluzione della condizione lavorativa di ogni soggetto tra 2009 e il 2010.

La Figura 13 mostra i costi complessivi sostenuti nel 2009 (*baseline*) dal SSN per i pazienti dei diversi gruppi. Il gruppo dei pazienti ambulatoriali risulta essere il più “economico” con un costo medio per paziente di 3.171,67 € all’anno, segue il gruppo di microcredito con costo medio per paziente di 5.154,45 € e infine il gruppo borsa lavoro con un costo medio di 8.513,40 €.

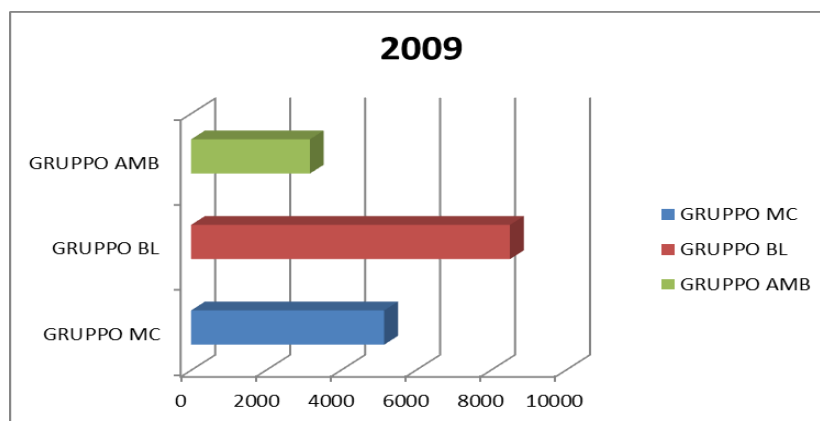


Figura 13- costi sostenuti dal 2009 dal SSN

Il grafico 14 ci consente di considerare le singole voci di costo: assegni socio-assistenziali, psicofarmaci, prestazioni sanitarie/ricoveri e dispositivi di inserimento lavorativo.

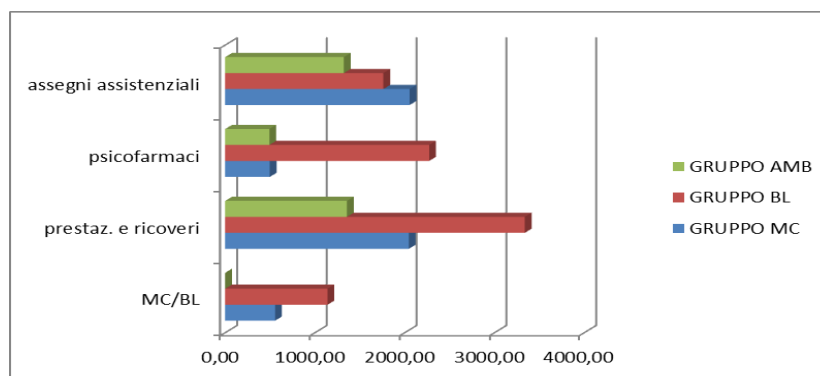


Figura 14- dettagli dei costi sostenuti dal 2009 dal SSN

Un primo dato da sottolineare è la differenza di costi tra i due dispositivi: il programma di microcredito è costato mediamente 555,50 € per ogni paziente, il programma borsa lavoro è costato mediamente 1.140,21 € per ogni paziente. La tecnologia di un programma di Microcredito risulta essere più economica rispetto a quella di un programma di borsa lavoro: in *primis* perché l’unica voce di costo è dovuta alla presenza di un operatore specializzato che incontra settimanalmente il gruppo di neo-imprenditori e secondariamente perché la cifra erogata non è a perdere, ma viene restituita dai partecipanti secondo un piano di ammortamento individualizzato. Nel caso della borsa lavoro, invece, i costi dell’inserimento lavorativo (borsa lavoro, primo

e secondo livello e formazione lavoro) sono a carico della cooperativa/ente presso cui viene svolto il progetto. Rispetto alle prestazioni sanitarie ed eventuali ricoveri il gruppo borsa lavoro risulta essere il più costoso con una media di 3.337,86 € a paziente, a seguire il gruppo di microcredito con 2.045,88 € ed infine i pazienti ambulatoriali con 1.357,29 €.

Ad influenzare i costi sono soprattutto i giorni di ricovero interno al CSM o esterno in strutture residenziali; come è noto i ricoveri coincidono con le fasi acute o il peggioramento improvviso dello stato della malattia, entrambi indicatori importanti degli *outcomes* terapeutici. Per quanto riguarda l'analisi dei costi degli psicofarmaci assunti, il gruppo microcredito e il gruppo ambulatoriale mostrano costi medi simili, rispettivamente con 497,07 € e 492,68 € a paziente. Il gruppo borsa lavoro mostra i costi medi più elevati con 2.273,04 € per paziente.

Infine, analizzando i costi degli assegni socio-assistenziali percepiti, si registra un costo medio maggiore nel gruppo di microcredito con 2.056,00 € a paziente, segue il gruppo borsa lavoro con 1.762,29 € e ultimo il gruppo dei pazienti ambulatoriali con 1321,71€.

Le famiglie dei pazienti che risultano idonei a percepire una qualche forma di supporto socio-assistenziale, difficilmente sceglieranno di farne a meno.

Le ore lavorative totali dei pazienti inseriti nei programmi di borsa lavoro, ad esempio, sono state calcolate (dagli stessi addetti ai lavori) al minimo per non rischiare di superare la soglia di reddito e perdere i benefici economici offerti dal sistema di *welfare*. Allo stesso modo, i pazienti del gruppo di microcredito devono raggiungere una condizione di sostenibilità imprenditoriale prima di poter rinunciare al sostegno certo degli assegni assistenziali.

Tuttavia è doveroso sottolineare che tra i partecipanti a questo studio vi sono soggetti che hanno scelto di non usufruire di nessun tipo di sostegno socio-assistenziale nonostante sussistessero le condizioni di idoneità.

Il grafico 15 mostra i risultati complessivi offerti dal monitoraggio costante dei costi e della condizione occupazionale dei soggetti nell'arco di tempo considerato nel presente studio. Dal 2009 al 2010, i soggetti si sono spostati lungo una linea di sviluppo (da 0 a 8 punti) i cui estremi sono rappresentati dal polo "instabilità economica e dipendenza occupazionale" e dal polo "stabilità economica ed autonomia lavorativa".

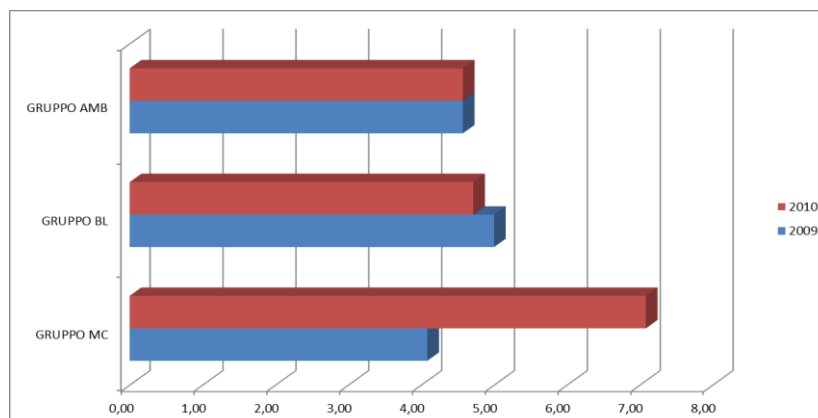


Figura 15- Confronto tra i costi sostenuti dal SSN nel 2009 e nel 2010

Risulta evidente che il gruppo di microcredito abbia modificato notevolmente, in senso positivo, la propria situazione lavorativa, passando da un punteggio di 4,08 del 2009 a 7,08 nel 2010.

Si precisa che i soggetti del gruppo di microcredito che hanno avviato il proprio progetto imprenditoriale, non sono stati collocati in coincidenza del polo di piena autonomia lavorativa poiché non hanno ancora raggiunto una condizione di sostenibilità economica. Tuttavia, essi hanno iniziato a produrre un reddito, anche se minimo, grazie alla realizzazione del proprio progetto e alla vendita dei prodotti commerciali, dimostrando, nonostante le numerose difficoltà, di sapersi organizzare in modo autonomo sia nella gestione della propria attività, sia nella ricerca dei possibili clienti.

Il dato mostrato dal grafico risulta importante soprattutto se posto a confronto con gli altri due gruppi presi in esame. I soggetti del gruppo ambulatoriale infatti mostrano una situazione stabile e invariata tra 2009 e 2010, per chi aveva un lavoro dipendente lo ha mantenuto, chi era disoccupato non ha attuato nessuna iniziativa per modificare la situazione personale. Il gruppo della borsa lavoro si è spostato lievemente verso il polo dipendenza da un punteggio di 5,00 del 2009 ad un punteggio di 4,57 nel 2010. Solo un soggetto del gruppo borsa lavoro è stato assunto per un periodo breve presso la cooperativa sociale di riferimento. Tutti gli altri soggetti sono attualmente in attesa di essere inseriti o di prolungare il periodo di formazione professionale.

5. *Una finestra clinica*

Riteniamo interessante riportare, a questo punto, un'esemplificazione clinica raccontando la storia del soggetto n.5.

D. ha attualmente 35 anni ed è in carico (la parola "carico" fa sentire tutto il peso) al CSM dal 1996 a causa di "schizofrenia paranoide".

A giugno 2006 ha lasciato il lavoro dopo un lungo periodo caratterizzato da assenze progressivamente più lunghe e da difficoltà relazionali crescenti. Si è accostato al progetto microcredito con curiosità; dopo i primi incontri era già in grado di abbozzare un progetto di autoimpiego. Incredibilmente attivo: si è fatto fare un preventivo per un mezzo di trasporto, è andato a chiedere informazioni ad un'associazione di categoria. Ma di fronte alle difficoltà burocratiche e soprattutto alla rigidità della famiglia ha abbandonato. I genitori non lo ritenevano in grado di fare un'attività in proprio, erano spaventati dall'idea che potesse chiedere un prestito, sicuri che non avrebbe mai potuto restituirlo.

Lo psichiatra ha incontrato D. e la sua famiglia per rassicurarli. D. ha ripreso la frequenza al gruppo, ha rielaborato il suo progetto in termini di maggiore attuabilità; con l'aiuto del gruppo ha preparato un biglietto da visita e ha iniziato a fare consegne a domicilio. Dapprima non si faceva pagare: faticava a riconoscere il valore (monetario) del suo lavoro, o meglio, faticava a riconoscere che valeva qualcosa anche in termini monetari. Il gruppo lo ha sostenuto e D. ha lavorato prima per una pizzeria da asporto, poi ha avuto una commessa dal comune.

Non solo, D. ha avuto una chiamata dal collocamento invalidi per una assunzione: ha contrattato con la ditta un tempo parziale per consentirsi di mantenere l'attività in

proprio e la frequenza al gruppo di microcredito. Il contratto di assunzione, inizialmente a termine, è stato poi trasformato in assunzione a tempo indeterminato; ma purtroppo dopo 2 anni la ditta è fallita e D. è di nuovo senza lavoro, non ha però mai smesso di frequentare il gruppo di microcredito e sta ora elaborando un progetto di auto impresa per il quale potrà chiedere il prestito: vorrebbe aprire un deposito per biciclette.

In tutto questo tempo nonostante momenti drammatici come la perdita del lavoro e i frequenti conflitti in famiglia, non ha perso la fiducia e ha coltivato il desiderio di autonomia tanto che nell'ultimo anno ha trovato una collocazione abitativa autonoma dalla famiglia di origine.

Non ha ancora chiesto un prestito monetario, ma ha avuto in prestito la fiducia che sta restituendo agli altri partecipanti al gruppo.

Abbiamo riportato questa storia che, meglio di ogni altra, dà il senso del lavoro che stiamo facendo e che ci fa considerare il microcredito uno strumento di cura indipendentemente dalla erogazione o meno di un prestito. D. non ha mai smesso la terapia psicofarmacologica che attualmente consiste in Olanzapina 20 mg./al giorno; non ha mai smesso le visite ambulatoriali presso il CSM anche se progressivamente si è allentata la loro frequenza. E' però cambiata la qualità di vita e soprattutto la prospettiva di vita: nel corso di questi anni D., nonostante la sua patologia, si è trasformato da "carico psichiatrico", "vuoto a perdere" a persona attiva che può sperare e cercare di modificare le sue condizioni e quelle dell'ambiente circostante.

In altri termini, è avvenuto un recupero di cittadinanza.

6. Conclusioni

La scarsa numerosità del campione e l'impossibilità di selezionare i soggetti appartenenti al gruppo di microcredito conferiscono alcuni limiti a questo studio che rimane meramente descrittivo. Le rilevazioni relative ai cambiamenti degli individui meritano di essere approfondite attraverso un monitoraggio continuo e sistematico futuro. I successi del programma di microcredito, sul piano della riduzione dei costi hanno contribuito a inserire tale intervento nei Piani Sociali di Zona.

Tale iniziativa si configura, dunque, come un buon esempio di integrazione sociosanitaria e, indipendentemente dagli sviluppi futuri, pone una questione importante relativamente alla necessità di abbandonare un modello di *welfare* assistenzialistico che contribuisce a mantenere i soggetti in una condizione di ricettori passivi. Ricordiamo che i pazienti psichiatrici, tra tutti i cittadini, sono quelli con minor potere contrattuale e, anche quando sono inseriti in percorsi riabilitativi che mirano all'inserimento lavorativo, spesso ne divengono meri fruitori privi di un atteggiamento partecipante e attivo.

Interventi che mirano all'autonomizzazione delle persone, aumentandone l'autostima, la qualità della vita e riducendone il livello di dipendenza dai servizi, si propongono concretamente come un modello parallelo alle forme di cura tradizionali e, allo stesso tempo, come un importante strumento di contenimento della spesa pubblica. In questo modello, infatti, i servizi sono costretti a reinterpretare il loro ruolo e il loro senso trasformandosi da erogatori di prestazioni a costruttori e promotori di nuovi legami tra gli individui e le Comunità a cui appartengono.

Bibliografia

- Brunori L., Bonaga G., (2011), Il microcredito: una terapia economica per l'individuo e la Comunità presso il Centro di Salute Mentale di Carpi. Presentazione della metodologia. *Atti del I Seminario Nazionale di Studi sulla Ricerca Empirica in Terapia Psicodinamica di Gruppo*, Aosta 18-19 Febbraio 2011.
- Brunori L., Magnani G., Bleve C., (2009), L'utopia fa andare le carovane, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXXXIII, num 2/2009 FrancoAngeli.
- Goldberg D., (1992), General Health Questionnaire (GHQ-12), Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., et al. (1997). The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 27, 191-197.
- Grootaert C., Narayan D., Nyhan J.V., (2003), Measuring Social Capital: An Integrated Questionnaire, *World Bank Publications*, Working Paper n°. 18.
- Microfinance International Observatory M.I.O., (2009), Questionario ROME, Reflecting on Microcredito Experience, Università di Bologna.
- Osgood C.E., G.J. Suci, P.H. Tannenbaum, (1957), "The measurement of meaning" Urbana, University of Illinois Press.
- Percudani M., Beecham J., Knapp M., (2001), Valutare i costi nell'attività clinica di routine dei servizi psichiatrici. Sviluppo e applicazione del Q.E.S.P., *Rivista sperimentale di freniatria legale delle alimentazioni mentali*, volume CXXV, pagine 191 – 212.
- Raggi C., Magnani G., Brunori L., (2007), Supervision between rituals, creativity and development of the reflective function, *Group Analysis*, Giugno 2007.
- Rosenberg M., (1965), Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES, validazione italiana, in Prezza, M., Trombaccia, F.R., & Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44
- Sanicola L. (1994) L'intervento di rete, Liguori, Napoli
- Social and Vital Statistics Division (2003), Social Capital Harmonised Question Set, *United Kingdom Office of National Statistics (ONS)*.