

A cura di: Libera.mente, Solidale,
Italcappa, Parsec Servizi

Governance
locale e salute
mentale

Casa Godio

Casa Godio vuole rappresentare uno strumento di eccellenza per stimolare territorio, cittadinanza, istituzioni, tessuto associativo, imprese sociali e servizi pubblici dedicati, al fine di favorire processi inclusivi e riabilitativi rivolti a persone che presentano problematiche di salute mentale.

In collaborazione con
il Comune di
Pergola

Fano, Gennaio 2009

Toglietemi questo piombo sulle ali, voglio volare, voglio guardare lo spettacolo del mondo; perché mi dici ch'io sono diverso?, io sono come te, con te ho tante cose di cui parlare, lasciami esprimere, confrontiamoci.

Io sogno, io voglio amore, io navigo nel mio delirio, io amo la terra, il sole splende anche per me, il mare è anche la mia immensità, amo cieli tersi, amo vivere, e voglio stare con te.

Trovi in me stranezze?, ebbene sì; ma sono le mie cose buone e le mie bellezze ed io voglio trasferirtele perché ti amo, come si amano le persone; perché io sono persona!

Introduzione di Libera.mente alla Mostra pittorica di Amato Patriarca – Palazzo del Legato Albani, Urbino 2008

SOMMARIO

PREMESSA	5
CONSIDERAZIONI GENERALI DI CONTESTO	13
CASA GODIO E LA COMUNITÀ LOCALE	15
Struttura e ipotesi di utilizzo	16
LE RETI DI SECONDO E TERZO LIVELLO	22
LA PARTNERSHIP PROPONENTE	23
FINALITÀ GENERALI E OBIETTIVI SPECIFICI	25
DESTINATARI E STAKEHOLDERS	26
I PRINCIPALI RIFERIMENTI TEORICO-METODOLOGICI DI INTERVENTO	27
L'approccio riabilitativo e terapeutico al disagio psichico	27
Il networking	30
La comunicazione sociale	32
La pianificazione e la programmazione	33
La ricerca-azione	35
LE AZIONI PRINCIPALI DA SVILUPPARE	36
Alcune considerazioni preliminari	36
L'accoglienza	37
La riabilitazione	39
Il centro diurno	41
Il delicato rapporto con i familiari	45
La persona ospite di Casa Godio...	46
...E l'operatore	47
Il progetto terapeutico personale	48

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO	49
Alcune peculiarità del personale	50
Risorse umane previste	51
Principali modalità di monitoraggio e sviluppo dei processi di gestione	52
PRIME COORDINATE RELATIVE AL MONITORAGGIO E ALLA VALUTAZIONE	54
Il monitoraggio e la valutazione partecipata delle azioni	54
Strumenti e parametri di valutazione utilizzati	55
Un primo ragionamento strutturato sul sistema	58
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI RECENTI	60

PREMESSA

Sono utili, in premessa, alcuni accenni di taglio generalista sempre necessari quando si parla di disagio psichico.

Il modello medico-biologico, considera causa del disagio psichico un danno, una lesione al cervello; chiarendo che, ad esempio, esiste un diretto rapporto di causa ed effetto tra lesione da scoprire e cattivo funzionamento del cervello con la psicosi schizofrenica. Il modello psicologico, concentra il suo interesse sui meccanismi di crescita della persona, sull'apprendimento, sulle sue relazioni da espandere, sullo svolgersi della vita intima e privata, sul ricorrere degli eventi significativi. Il modello sociologico, chiama in causa soprattutto l'ambiente, il contesto, gli squilibri e le disarmonie che accadono e talvolta irrompono nella vita di ogni persona e sono conseguenza degli accadimenti e di grandi e piccoli fenomeni sociali; tale ipotesi, che consideriamo primaria (ma non l'unica valida: si badi bene) nella strategia del concetto di salute e di benessere mentale, deve prendere in considerazione la famiglia, e la piccola comunità dove la persona vive, la collettività in senso più ampio, e tutto l'insieme delle politiche, delle economie, delle culture, delle religioni, dei valori che la fondano e la determinano.

Tra i fattori di rischio sono da evidenziare i 'momenti critici del ciclo vitale' (i passaggi da una età all'altra, in particolare l'adolescenza), il disagio sociale (disoccupazione, emigrazione, difficoltà abitative, malfunzionamento dei sistemi scolastici). Tra i fattori di protezione riveste particolare importanza la presenza di una rete sociale, proprio in quanto l'uomo è un animale sociale e tale rete ne è l'alimento naturale.

Un testo del medioevo in una preghiera recitava: "Signore dammi la forza di cambiare le cose che posso cambiare, dammi la serenità di accettare quelle che non posso cambiare, ma soprattutto dammi la saggezza di distinguere tra esse". E' una bussola che può servire nella vita in molte situazioni a chiunque, in ogni luogo, in ogni tempo. Ed è bene ricordare che circa il 25% delle persone con schizofrenia, ad esempio, guarisce del tutto: in questo caso si parla di guarigione clinica; circa il 50% raggiunge un risultato comunque positivo che viene definito di guarigione sociale; il restante 25% delle persone fanno fatica a migliorare e si dice che siano resistenti al trattamento; ed in questo caso è proprio il trattamento che occorre rimodulare (servizi, terapia, occupazione, rapporti familiari). Non bisogna arrendersi quindi, ma riprogettare il percorso terapeutico, e ricordarsi che: '[...] il più grave degli psicotici, anche colui che ha perso il contatto con il mondo esterno, ha un mondo' (E. Bleuler).

Naturalmente, il decorso è più favorevole quanto più sono disponibili: servizi sociali e socio-sanitari efficienti; strategie terapeutiche coordinate tra servizi e famiglia; risorse economiche adeguate, da impiegare opportunamente. Per questo la guarigione ha tempi lunghi, richiede un riassetto, un riequilibrio, una riassunzione di identità e di responsabilità, un recupero di capacità, l'acquisizione di nuove competenze.

Molte persone, infatti, conoscono il disagio mentale da giovanissimi: quindi, nel corso della guarigione - che è un processo non dimentichiamolo - occorre che queste persone acquisiscano quelle abilità e quelle capacità che in precedenza non avevano potuto apprendere, ripercorrendo il proprio lungo cammino. Certo, sulla distanza a breve è possibile che i sintomi vengano attenuati, verosimilmente. E i familiari vanno resi edotti fin dall'inizio che il percorso terapeutico richiede tempo e che occorre fare come fa il contadino: dissodare, concimare, seminare, annaffiare, sarchiare, aspettare la maturazione, raccogliere, conservare, e non si possono confondere le diverse fasi e la loro cadenza. Ogni cosa ha il suo tempo.

E' banale, ma occorre a questo punto della riflessione ricordare che la persona affetta da disagio mentale ha bisogni normalissimi, come tutti del resto. Ricordiamoli, così come di sicuro li ricorderemmo a noi stessi:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| - avere un reddito | - essere indipendente |
| - avere attività quotidiane | - esser parte della |
| - avere un'abitazione | comunità |
| - avere sostegno nella vita | - accessibilità ai diritti |
| di tutti i giorni | - ricevere puntuali |
| - avere relazioni con gli | informazioni sui servizi di |
| altri | salute mentale |
| - avere relazioni sessuali | - non esser discriminati |
| - lavorare con | - dar senso alla propria |
| soddisfazione | esistenza |

Non dimenticando mai che le persone con tali fragilità sentono queste esigenze, ma fanno tanta fatica per soddisfarle.

Affinché Casa Godio possa rispondere con coerenza ai suoi intendimenti di impianto riabilitativo, la presenza in essa degli operatori deve essere assicurata h24; solo così potranno essere attivati programmi individuali di abilitazione e di emancipazione. Teniamo presente, tutti, allora che dopo avere detto cosa debbono essere tali impianti è opportuno che ci diciamo che cosa non debbono essere.

Non devono essere di certo luoghi sostitutivi del manicomio, seppur debbano rappresentare un'alternativa dinamica al rischio di istituzionalizzare; non possono essere luoghi di abbandono passivo e cronico, pur dovendo garantire abitazione per persone che ne hanno bisogno per lunghissimo tempo; non debbono servire soltanto a chi ha un disturbo mentale grave e tanto meno solo nei momenti di crisi. Possono essere inserite persone che hanno bisogno di un temporaneo allontanamento dalla famiglia, o perché la famiglia non c'è, oppure ancora perché pur essa essendoci non ha, per svariati motivi, la possibilità di prendersi cura della persona con limitati margini di autonomia, quando si verificano gravi conflitti, quando sono carenti le risorse ed esistono altre condizioni di malattia nel nucleo familiare. Leggendo il Progetto Obiettivo SM, si definisce residenziale una struttura che:

- sia extra ospedaliera, dove si svolga una parte del programma terapeutico, riabilitativo e di integrazione sociale;
- sia finalizzata all'emancipazione, non è soltanto una soluzione abitativa;
- sia collocata in aree urbanizzate e facilmente accessibili;
- può essere gestita da organizzazioni del privato sociale e/o imprenditoriale, ed in questo caso i rapporti con il DSM debbono essere regolati con un accordo scritto;
- l'accesso e la dimissione debbono avvenire in conformità con il programma personalizzato concordato tra CSM, Struttura, la persona interessata, i familiari o altre persone di riferimento;
- rientri nello standard tendenziale che si attesta su circa due posti per ogni 10000 abitanti;

Tutto quindi è basato sul rispetto assoluto della persona; ma per evitare equivoci pericolosi va precisato che 'la tutela della soggettività della persona con disagio non consiste nel credere che essa sia libera, contro l'evidenza dei fatti che ne condizionano patologicamente la natura cognitiva e/o affettiva, ma nell'aiutarla a diventar libera'.

Negli ultimi anni sono sorti e sono stati stabilmente organizzati programmi in cui le persone diventano direttamente protagonisti. Pensiamo ai gruppi di autoaiuto con sede propria, ai programmi di informazione e di organizzazione di aiuto reciproco per i familiari, ai programmi di genere per la salute mentale e la donna, accompagnati da un forte sviluppo delle cooperative sociali che ormai lavorano con una prospettiva di 'impresa sociale'; tutto ciò sarebbe impensabile se non prevedesse la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone direttamente interessate.

Altre aree progettuali seguono e aprono nuovi scenari, rappresentando così una ulteriore rottura con il passato, una di esse molto importante è la formazione che spazia in diversi programmi: informatica, editoria, comunicazione sociale, educazione civica, moda, gestione di una emittente radiofonica come previsto in questo progetto "da abitare" che è Casa Godio.

Tali scenari costituiscono la testimonianza, nelle risposte date sul territorio dai servizi, della presenza e dell'agire del cambiamento. Naturalmente i discorsi sulla necessità di far cultura del cambiamento comportano anche una revisione di come leggere il disagio mentale e quindi di come parlarne nel linguaggio della comunicazione, e non è ciò di secondaria importanza visto che nel nostro paese quando si vuol dar di fioretto o di sciabola a qualcuno lo si offende paragonandolo a un malato mentale; salute mentale quindi o malattia mentale? Una risposta chiara vien data dal messaggio del Documento di Helsinki del Gennaio 2005, firmato dai 52 paesi che formano l'Europa geografica, tra cui naturalmente il

nostro: “La salute mentale ed il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e della produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni”.

Salute mentale allora, e per la prima volta si comincia ad osservare l’individuo nella sua relazione difficoltosa o meno con gli altri e con l’ambiente che lo circonda. In questo senso, si fa riferimento alla questione ambientale proprio perché la risposta deve, giustamente, essere di contaminazione sociale.

Allora, il problema è il passaggio di una persona, a volte repentino, da capace di percepire la realtà circostante ad esserne invece improvvisamente incapace e a percepire una sua realtà inconciliabile con il contesto fin lì vissuto. Folle non si nasce, si diventa, ed è questo passaggio che rende storica la visione del disagio psichico: il fatto di essere passati da uno stato di salute ad uno di patologia. Ecco, allora, che occorre attrezzarsi affinché si ritorni, per quanto possibile, al precedente stato, ed ecco perché è giusto parlare di salute mentale e non di malattia mentale.

Questo ragionamento comporta anche la naturalezza di parlarne in siffatti termini poiché si guarda al disagio psichico come fatto che può capitare a tutti, in un certo punto della vita. Non è allora un altro mondo, ma è un pezzo del nostro. La rivoluzione copernicana della traduzione di simili concetti avviene con la promulgazione della legge 180, che nel 1978 stabilisce e decide la chiusura definitiva degli impianti manicomiali, introducendo i servizi di psichiatria sul territorio, i Centri di Salute Mentale appunto.

Il ragionamento fin qui fatto ci porta a parlare anche di benessere mentale e quindi cominciamo più spesso a chiederci e a dire a chi ci sta intorno: val bene un abbraccio o un farmaco invece è più indicato? La psichiatria di comunità sottende questa novità di mixare saggiamente e coerentemente e l’uno e l’altro in una armonia che non esclude nessuna delle due esigenze; chimica adeguata certo, non abusata, e recupero a mezzo di ‘cattura’ sociale, di amorevole e partecipata contaminazione e di ri-costruzione della responsabilità della persona. Significa ancora consegnare il disagio psichico a un insieme coordinato di operatori diversi, non solo medici, che sappiano e riescano a immaginare e progettare percorsi di riconsiderazione della persona per metterla in condizione di riprendersi parte della sua vita nella quale non era persona disagiata e fragile. Avendo la visione di comportare benessere con ciò al diretto interessato, alla società, alla famiglia.

Uno psichiatra, dice Vittorino Andreoli, vede il mondo in maniera particolare: non solo lo osserva, ma lo interpreta decodificandone le espressioni concrete. E’ convinto che esista sempre una divergenza tra l’apparenza e ciò che invece il visibile nasconde. Così egli cerca i vissuti, i desideri e trova nuovo persino il banale, problematico ciò che si ripete identico. Parole coraggiose queste, ed aggiunge: la mia percezione privilegia la follia, e in questa galleria di racconti e di personaggi l’ho rivestita di parole per trasformare uno psichiatra in un narratore della vita.

Il disagio mentale può dar luogo a esperienze difficili da comprendere, che possono creare paura e confusione, fino a rendere difficilissimo il proseguimento del normale corso della vita. Ed è questa una principale ragione per cui si tende ad aver paura di tali disagi: è per questo senso di imprevedibilità, di mancanza di controllo, di apparente irrazionalità nel comportamento di chi ci sta di fronte. E questa paura può provocare comportamenti di esclusione e di repulsione, che a loro volta possono indurre le persone a nascondersi con il proprio disagio e a non cercare l'aiuto di cui hanno bisogno.

L'empowerment allora vediamo nelle organizzazioni di volontariato che si occupano delle persone con disagio, e distinguiamo tra organizzazioni che si occupano *di* e organizzazioni che si occupano *per*, è un modo per distinguere tra organizzazioni tradizionali e organizzazioni controllate dalle persone stesse con il disagio. La nascita di organizzazioni di utenti ha rappresentato una vera e propria sfida: si occupano appunto 'di', oltre a quelle che si occupano 'per'.

Gruppi siffatti si pongono l'obiettivo di promuovere l'empowerment dei singoli, valorizzandone le esperienze e le conoscenze, ed anche puntando a rafforzare le loro reti sociali, con iniziative di carattere collettivo. Al fine di raggiungere questo obiettivo tali gruppi si organizzano e mettono in campo una vasta gamma di strategie:

- il lavoro congiunto; con gli operatori, per i singoli casi, nella pianificazione dei servizi, di enti locali e di strutture sanitarie, talvolta anche a livello nazionale nei tavoli delle politiche sociali e sanitarie;
- ricerca e formazione; anche per modificare l'atteggiamento degli operatori rispetto al disagio psichico;
- offrire servizi alternativi; un gruppo che ha come finalità di erogare servizi alternativi e/o integrativi rispetto a quelli dell'ente pubblico;
- utilizzare il mercato; i gruppi si servono del loro rapporto diretto con le persone utenti per verificare il rispetto dei termini contrattuali, e chiamano a rispondere i fornitori inadempienti;
- campagne politiche; promuovere movimenti di opinione, contatti con i mass media e i politici per ottenere una certa influenza, e fare raccolta di documenti a sostegno delle proprie posizioni, qualcuno di questi gruppi con un addetto stampa, altro gruppo promuoveva pubblicità per la 'settimana di consapevolezza sulla salute mentale;
- azione diretta; gruppo più radicale del movimento delle persone utenti: 'occupazione' spontanea a un incontro di discussione su come riorganizzare i servizi di salute mentale;

I cambiamenti degli ultimi anni nell'organizzazione dei servizi pubblici hanno aperto alle persone utenti nuove possibilità di partecipazione, e in qualche caso anche di vero e proprio empowerment del singolo; riuscendo a costruire un rapporto dialogico costruttivo con i responsabili e i fornitori delle prestazioni legate alla salute mentale.

Un riferimento in tal senso va posto ad esempio collegandosi alla legge di riforma del 1990, che ha sancito che i servizi sociosanitari vanno intesi pienamente nella politica di community care, quella che indica di dare risposte, nel campo della fragilità mentale, con una assistenza e una presenza adeguate, lì sul territorio e sul posto dove la persona interessata vive, abita, lavora, ha rete sociale, nel normale, abituale ambiente di vita; non certo in ospedali e/o in strutture atipiche e improduttive di lungodegenza.

Ancora, tale legge di riforma ha invertito il ruolo delle risposte dei servizi, abbandona la concezione basata sulla risposta dei servizi disponibili sul territorio ed invece basa tutto sui bisogni effettivi e le risposte coerenti da collegare per soddisfare la persona con fragilità psichica, partendo dalla certezza che una soluzione di tecnica socioambientale costa molto di meno di una risposta sanitaria ortodossa, producendo molto di più in termini di qualità della vita e comportando più coerenza in termini clinici: diminuiscono i ricoveri, costosissimi, diminuiscono i farmaci assunti, restituendo libertà personali, aumentano produttività individuali e di sistema.

Ciò deve comportare la partecipazione dei *carer* e delle persone utenti in tutti i processi di organizzazione per l'accesso ai servizi e alle decisioni di politica sociale; è interessante qui introdurre un processo che consenta la valutazione dei reclami e dei suggerimenti delle persone interessate, che veda un referente che sia soggetto indipendente,: pensiamo ad esempio alla figura del 'Garante per la SM'.

I gruppi 'sopravvissuti' e di ex persone utenti respingono il modello solitario dell'esperienza sanitaria, e con ciò il controllo esclusivo dei tecnici viene messo pesantemente in discussione: è un bene anche per gli stessi operatori che hanno la possibilità di affrancarsi dalle loro posizioni che divengono ripetitive e infine frustranti.

In tale visione, un gruppo di persone utenti costruisce varianti che vadano verso servizi alternativi controllati da loro stessi. Quindi la partecipazione e l'empowerment collegato devono essere non il fine ma lo strumento per cui ci si organizza, per il cambiamento; in caso contrario si corrono seri rischi di avvilitamento e di falsa soddisfazione raggiunta.

Per il periodo che viviamo e per la cultura di ottimizzare le risorse in campo è necessario, per evitare la stasi della situazione, che si abbiano capacità e coraggio di rimettere in discussione abitudini organizzative ormai consolidate ma in antitesi con la cultura del cambiamento: per questo è necessario 'rimescolare' le risorse disponibili al proprio interno e privilegiare risposte che spesso fuoriescono dal già

trattato e che guardino alla novità e alla scommessa sociale. Un approccio del genere si deve proporre di:

- fare cambiare le politiche pubbliche
- cambiare le modalità di coinvolgimento nei processi decisionali
- cambiare allocazione delle risorse
- produrre cambiamenti nella coscienza della collettività
- sviluppare strutture organizzative che facilitino ulteriori mobilitazioni e reti, con la ‘coscientizzazione’ della pubblica opinione per incidere sulla formazione futura di tutto ciò che riguarda la salute mentale

Ricordiamo sempre che l’identità della persona con fragilità psichica è pesantemente condizionata dai servizi con cui questa interagisce. E questo avviene per giunta in una società che disabilita tutti coloro che non sono conformi alla ‘normalità’ fisica e mentale, costituendo con ciò un mix formidabile di ghettizzazione sociale e di isolamento della persona dagli *altri*.

Tali osservazioni, comunque, interessano anche coloro che non sono direttamente ‘toccati’ da certe sovraesposizioni; perché le menomazioni fisiche o il disagio psichico grave sono qualcosa che possono riguardare ognuno di noi nel corso della propria esistenza, e perché la sistematica esclusione di determinati gruppi sociali, incapaci di sopravvivere se non con pesanti sofferenze personali, rappresenta concretamente una macchia incancellabile ed eticamente inconcepibile in una società avanzata, come quelle a cui ci gloriamo di appartenere, basata sulla tutela dei diritti umani e di cittadinanza.

L’obiettivo, perentorio, diviene quindi quello di rafforzare la coesione sociale e ridurre l’esclusione sociale. E, oggi, grazie alla legittimazione di cui godono gli interventi che contrastano le disuguaglianze sanitarie (servizio universale sanitario, legge 833/78), si sono aperti nuovi spazi di azione per strategie ed azioni di lotta contro il *disempowerment* e l’esclusione sociale delle persone con disagio psichico anche grave.

Uno degli esempi che nel tempo hanno indicato percorsi organizzativi di tale tipo di contrasto è avvenuto nel 1979 in USA. Infatti, alcuni gruppi diedero vita al NMHCA (National Mental Health Consumers Association), che pur non mettendo in discussione il modello sanitario del disagio psichico, criticava gli effetti di disempowerment messi in atto dai professionisti sulle persone con disagio, cercando al tempo stesso delle alternative per l’assunzione di ruoli più attivi; i gruppi di mutuo aiuto e l’autodeterminazione divennero, così, punto di riferimento per la costruzione del Programma di sostegno di comunità avviato subito dopo dall’Istituto Nazionale per la Salute Mentale, di quel paese.

E nel rileggere l'esperienza anglosassone (USA e GB) si può affermare che le maggiori novità siano venute non solo da parte dei servizi di salute mentale, quanto dalle persone utenti che hanno cominciato a organizzarsi in modo autonomo.

Tutto il lavoro di linee guida e di scelta legislativa deve tendere quindi e caratterizzarsi affinché all'interno del processo di evoluzione culturale e normativa vengano chiaramente indicati capitoli di espressione organizzativa delle persone utenti e dei loro carer, ciò per sfatare il fatto che basti fare buone leggi per strutture organizzative pensate solo sulla carta, quando poi automaticamente le agenzie erogatrici cambiano orizzonte culturale. La cartina di tornasole rimane immancabilmente la partecipazione attiva e organizzata autonomamente dei gruppi associativi di persone utenti e dei loro carer: tale aggiunta contribuisce a produrre il cambiamento necessario che una psichiatria di comunità comporta.

Un'ultima considerazione di carattere generale collegata alla proposta progettuale: i contenuti che presentiamo nelle prossime pagine sono il precipitato di un confronto tra attori diversi che hanno tentato di valorizzare i rispettivi punti osservazionali di partenza per integrarli e fare sintesi. L'apparente disorganicità sintattico-contenutistica di alcuni passaggi, oltre a rappresentare la necessità di preservare le naturali differenze di ogni soggetto coinvolto (associazionismo familiare, imprese sociali), non è sintomo di approssimazione, bensì di multiformità. Alla presente proposta introduttiva seguirà – in parallelo alla fase di start-up – un *piano operativo di sviluppo del servizio* che dettaglierà le singole scelte metodologico-operative, indicherà tempi precisi di attuazione, descriverà nel dettaglio composizione delle equipe e professionalità, fornirà indicazioni sui processi organizzativo-gestionali principali (start-up, avvio a regime, consolidamento, rilancio) nel breve, medio e lungo periodo. Tale piano operativo prevede l'allargamento della riflessione ad altri soggetti strategici: il DSM del territorio, altre strutture sociali e sanitarie indirettamente interessate al tema, le istituzioni locali.

CONSIDERAZIONI GENERALI DI CONTESTO

Il progetto Casa Godio rappresenta un'ipotesi sperimentale di approccio ai servizi collegati alla salute mentale. Se da una parte si basa su *principia* e paradigmi consolidati nell'ambito del lavoro di riabilitazione, nelle scienze sociali e nella psichiatria di comunità, dall'altra – partendo da un modello di costruzione delle *policy* e dei servizi basato sulla logica della ricerca-azione – vuole rappresentare un avamposto innovativo, ai livelli culturale, metodologico e operativo, di gestione del rapporto servizio-territorio.

Ben sapendo che la prima delle considerazioni che andiamo a fare rappresenta il motivo principale attorno a cui ruota tutta la proposta di intervento, proviamo ad evidenziare nell'insieme quali sono le peculiarità della proposta:

- a. In un'ottica di *sostenibilità* da declinare sia in termini di risposta a bisogni (diritti) precisi della cittadinanza che in termini di ottimizzazione delle risorse socio-sanitarie pubbliche, Casa Godio provvederà ad accogliere cittadini che presentano problematiche collegate alla salute mentale e che si trovano a vivere in residenze ed impianti collocati al di fuori non solo della provincia di Pesaro e Urbino, ma spesso anche della regione Marche. Si tenga presente come dato parziale il seguente: nell'esercizio 2007 il DSM territoriale di riferimento contava 19 cittadini migrati in strutture al di fuori delle Marche, tra cui molti con legami familiari esistenti.
- b. E' prevista l'attivazione di opportunità e servizi differenziati che, come andremo a vedere meglio in seguito, se dal punto di vista strutturale sono rappresentati da tre livelli di intervento (residenziale, semiautonomia e centro diurno) integrati e funzionali, dall'altra sono collegati (servizi e opportunità) ad un panel dinamico e contestualizzato di risposte e progettualità ulteriori che saranno sviluppate in maniera permanente e che dovranno avere una ricaduta sui singoli ospiti della struttura, sulla qualità delle relazioni e dei legami socio-relazionali nati dall'interazione ospite-comunità locale, sull'intera comunità locale (cfr. punto e.).
- c. I servizi attivati si baseranno sulla logica dell'accreditamento d'eccellenza. O meglio, oltre a rispettare, come dovuto, una serie di indicazioni e standard collegati alla qualità degli output organizzativi e delle attività proposte, saranno informati costantemente dall'attenzione per l'eccellenza che dovrà riguardare nell'ordine: la dimensione organizzativa e gestionale, l'attendibilità e l'efficacia delle risposte terapeutiche, riabilitative e di reinserimento messe in pratica, le professionalità utilizzate, l'impatto concreto delle progettualità attivate per i destinatari finali e intermedi e per gli stakeholders locali.
- d. La ricerca-azione, come già anticipato, rappresenta a livello metodologico il *modus* trasversale attraverso cui saranno sviluppate

tutte le attività. Lo ritraduciamo in termini concreti e diretti: anche in virtù di quanto detto al punto precedente sull'eccellenza, ogni intervento promosso sarà monitorato, verificato, approfondito o ri-progettato utilizzando disegni valutativi complessi e consolidati. Qualsiasi attività sarà al contempo analizzata in maniera strutturata, compresa nelle sue evoluzioni critiche e nella sua efficacia, e irrobustita per quanto possibile con intenti migliorativi.

- e. Il senso del progetto sta nel cercare – compatibilmente con le caratteristiche e le esigenze dei cittadini ospitati – di caratterizzare un servizio per la salute mentale come un “motore locale”, un ambito da cui partire per promuovere iniziative che oltre ad avere impatto su chi Casa Godio la vive quotidianamente, abbiano un impatto sul tessuto relazionale locale, sulla qualità della vita complessiva dei residenti, sui livelli di benessere individuali e collettivi della cittadinanza in generale. Ospitare una struttura come quella prevista nell'ipotesi progettuale deve portare ad un impatto opposto a quello tradizionale: Casa Godio non deve essere percepita come una presenza eccentrica e ingombrante. Deve, bensì, essere considerata un vettore di opportunità per la popolazione locale – specie se parliamo di piccole cittadine come Pergola e come quelle intorno – nonché un luogo legittimato e riconosciuto di costruzione di legami sociali diffusi. In questo modo, oltre a potere utilizzare la comunità locale come risorsa socio-affettiva e relazionale, si creano *come comunità nell'insieme* altre progettualità ed iniziative connesse al tempo libero, alla cultura, all'inclusione, e *per la comunità tutta* progetti peculiari.
- f. Infine, cosa solo in apparenza secondaria, Casa Godio può aiutare ad esplorare nuovi modelli di governance territoriale collegati alle politiche pubbliche di welfare. Già in fase di costituzione della partnership che ha lavorato al progetto si è tentato di integrare competenze e storie differenziate, tenendo insieme associazionismo familiare, cooperative di gestione, cooperative di lavoro, sulla falsariga del concetto di *impresa civile* espresso da Zamagni. Ma tutto il dibattito nazionale attorno al tema, negli ultimi anni ci dice due cose chiare. Primo, le politiche pubbliche locali dovrebbero essere il risultato di processi deliberativi e negoziali in grado di valorizzare l'interazione tra soggetti istituzionali (ente locale, province, regioni, ASL, etc.) ed extraistituzionali (associazionismo, imprese sociali, gruppi informali di cittadini, etc.). Secondo, per gestire servizi ad alto grado di complessità servono competenze diversificate e punti di vista multipli: approcci medico-clinico, psicosociale, sociologico, antropologico, economicistico, ecologico, e realtà come l'associazionismo, il non profit, le istituzioni locali e regionali, le ASL, rappresentano un interfaccia sufficiente di lettura e gestione di tale complessità solo nel momento in cui decidono di fare prevalere l'integrazione ed il networking sull'autoreferenzialità.

CASA GODIO E LA COMUNITÀ LOCALE

Casa Godio è situata a Pergola, una cittadina in provincia di Pesaro-Urbino, con antica e nobile storia mineraria, sede dei famosi Bronzi che attirano molti turisti ogni anno. La città ed i luoghi circostanti hanno una buona presenza di prodotti agricoli di eccellenza, una interessante filiera di enti culturali e di protezione del territorio, e costituiscono la parte più interessante dell'entroterra dell'Ambito Sociale di cui la città di Fano è capofila. Casa Godio è appunto abitazione e non residenza, e per questo intendiamo dare risposte coerenti con tale scelta, volendo restituire alle persone ospiti quello che il disagio mentale mal gestito ha fatto loro perdere. Allora se il valore è l'uomo con i suoi bisogni, in presenza di una collettività il disagiato, il fragile, il diverso non sono gli elementi negativi di essa, ma fanno parte dei soggetti di cittadinanza.

Casa Godio nacque come fabbricato patrizio nel XVI° secolo, da un vecchio immobile del XIII° secolo; di proprietà della famiglia pergolese di Tommaso Petrini che nel 1633 istituì l'Orfanotrofio Femminile. Dopo l'unità d'Italia (1860) le orfane furono trasferite al monastero di Sant'Orsola, e il fabbricato ebbe diverse destinazioni compresa quella di deposito di derrate alimentari. Nel 1997 l'immobile subisce seri danni a seguito del terremoto, e per questo rientra nel programma di ristrutturazione di fabbricati pregiati.

L'intervento di riordino del fabbricato terminò nel 2004, ed oggi esso è interamente disponibile ed agibile con impianti tecnologici e di servizio a norma di legge. Attualmente è formato da quattro livelli (cfr. Appendice).

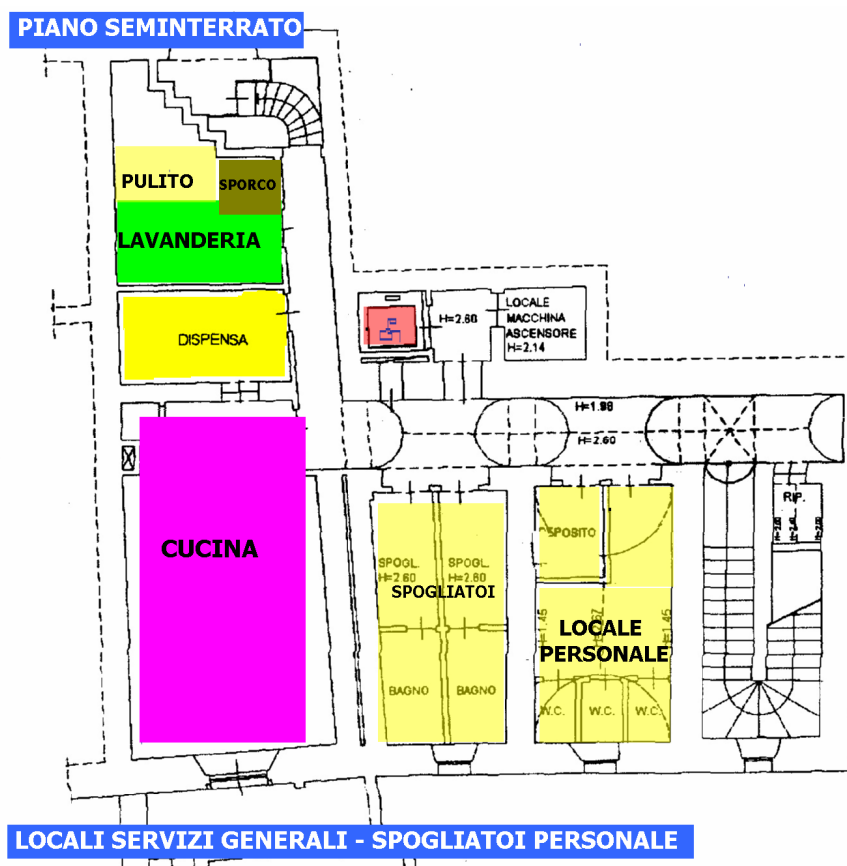
Particolare interessante è il fatto che l'immobile si trovi in pieno centro storico: ciò è in linea con quanto dice la letteratura scientifica che ormai raccomanda l'istituzione di impianti per la fragilità psichica assolutamente nei centri abitati, in modo da consentire naturalmente la possibilità di contaminazione sociale, di riattivazione delle persone, della loro promozione umana.

L'impianto prevede due moduli residenziali e abitativi: uno di dieci posti al secondo piano e uno di otto posti al primo piano; tale suddivisione potrà facilitare la collocazione di persone che sosterranno come abitato in Comunità Protetta, ed altre che entreranno in percorsi di Residenza dell'abitare con percorsi di riabilitazione.

I locali rispondono ai canoni previsti dalla Legge Regionale n. 20/2000 in campo sanitario e dalla Legge Regionale 20/2002 in campo sociale, sono già stati monitorati per verificarne la compatibilità dall'Ufficio Tecnico dell'Asur territoriale n. 3 e rientrano nella disponibilità posti letto per abitanti indicati dalle linee regionali, e elencati anche dal Progetto Obiettivo per la Salute Mentale del DPR 1999/2000, adottato anche nelle Marche.

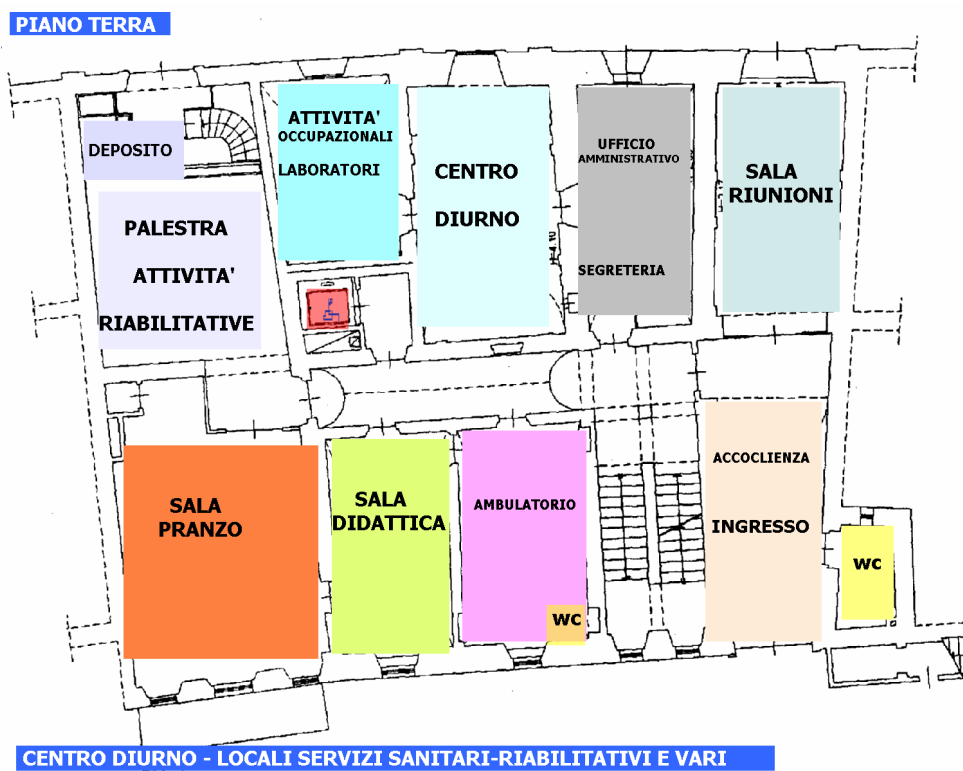
STRUTTURA E IPOTESI DI UTILIZZO

Al **seminterrato** corrisponde la cucina i cui impianti sono già predisposti, per cui mancano solo gli arredi e gli elettrodomestici; è un settore questo molto importante nella visione di Casa Godio come abitazione e luogo di riabilitazione, per il partecipato che riuscirà a dare quando la casa sarà a regime di abitabilità e con il CD in esercizio. Il livello comprende tutti i servizi collegati in casi del genere, a norma: deposito, dispensa, bagni, spogliatoi, vano portavivande.



Al **pianoterra** troviamo i locali per il **Centro Diurno**, con l'ambulatorio e la disponibilità di spazi per laboratorio protetto, di avviamento al lavoro esterno per quei casi che saranno pronti a farlo; qui verrà posta la segreteria con gli uffici necessari, il locale accoglienza, la sala di riunione/rappresentanza per iniziative ed eventi culturali, la sala da pranzo e un locale per vetrina di intermediazione dei prodotti tipici locali, una sala didattica per lo studio di una radio che verrà gestita direttamente dagli ospiti di Casa Godio e del CD, insieme con gli operatori e che produrrà programmi che verranno messi in onda in raccordo con altri NW locali esistenti.

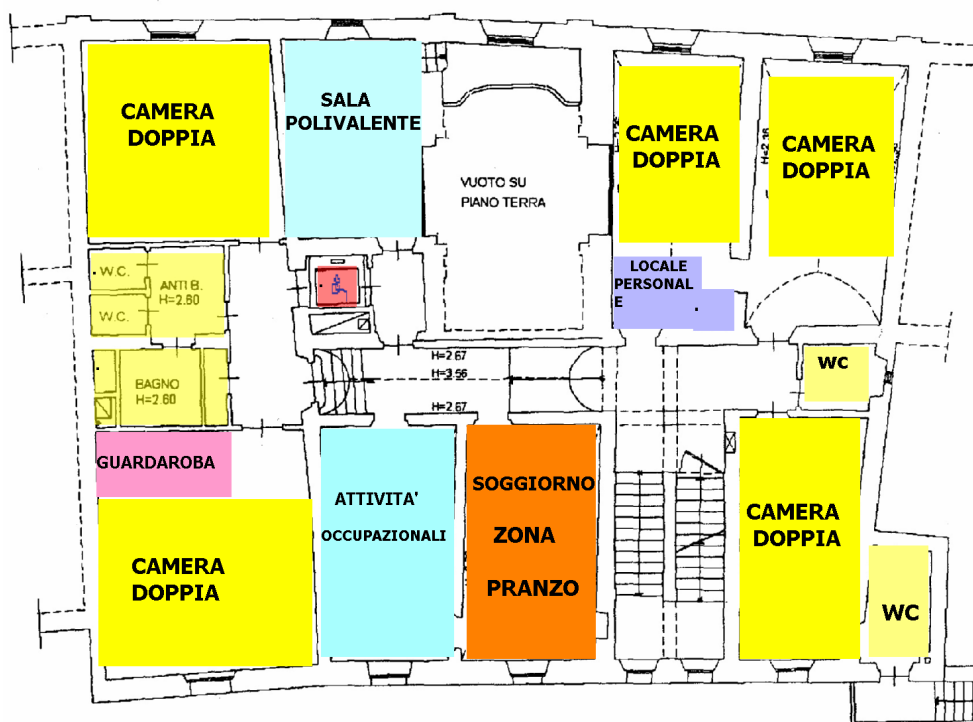
Nello stesso piano è stata prevista anche una piccola palestra per gli abitanti di Casa Godio, si pensa anche all'istituzione di un bar, rigorosamente bianco, che possa essere gestito dagli abitanti della casa, anche pensando a ospiti esterni che decideranno di pernottare nella foresteria prevista nella zona mansardata.



Al **primo piano** vi è il modulo dell'abitare per residenza come **Comunità Protetta** per dieci posti; in questo caso, seppur in condizioni di maggior presenza di persone con cronicità già storica, si ha intenzione di porre in campo strategie che consentano risposte di riabilitazione mirate a reinserire gli interessati in circuiti di quotidianità sociale.

Tutto il livello è occupato da stanze da letto e servizi per camera, da un soggiorno/pranzo, una sala polivalente, una sala per attività occupazionali, cinque camere letto doppie.

PIANO PRIMO



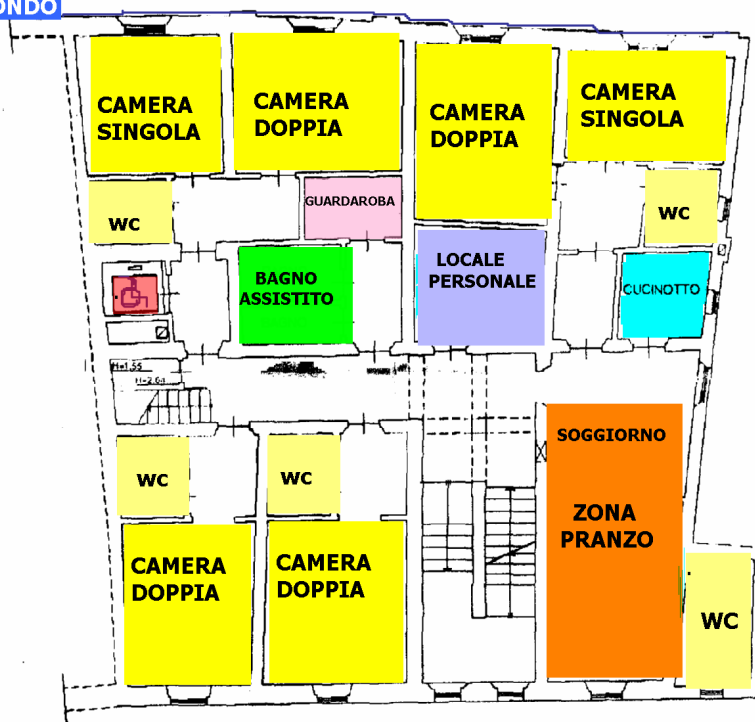
NUCLEO RESIDENZA PROTETTA N° 10

Al **secondo piano** troviamo il settore di **Residenza Sanitaria**, con quattro camere doppie e due camere singole, una zona soggiorno/pranzo, bagno assistito e locale personale, per altri dieci posti.

Il Nucleo della Residenza Riabilitativa serve a favorire un percorso di riabilitazione individuale con progetti personalizzati.

Questo livello permetterà sostanzialmente di costruire un clima e un'organizzazione per una struttura residenziale riabilitativa: gli obiettivi sono il ri-adattamento e l'autonomia, per poi avviare le persone verso una casa singola o in compagnia all'esterno e con un inserimento lavorativo puntuale.

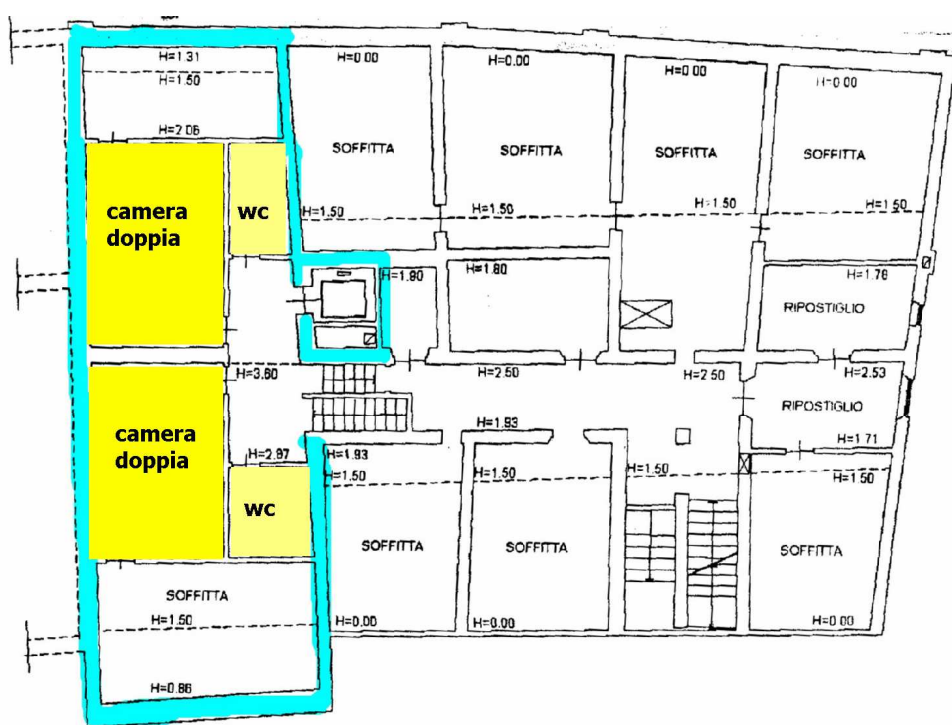
PIANO SECONDO



NUCLEO RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA N° 10 P.L.

Il **livello mansarda** presenta la disponibilità di due camere da letto doppie, per un totale di quattro posti, e relativi servizi esclusivi per l'accoglienza dei familiari degli abitanti della struttura e per la pronta accoglienza o accoglienza programmata.

Tale livello sarà, inoltre, dedicato alle persone che decideranno fermarsi a pernottare e far colazione in Casa Godio, siano esse parenti degli ospiti che clienti di passaggio che intendono visitare Pergola e dintorni avvalendosi di un B&B inserito in un impianto interessante quale sarà la nostra struttura.



PIANO SOTTOTETTO

N° 4 P.L. PER OSPITALITA' E PRONTA ACCOGLIENZA

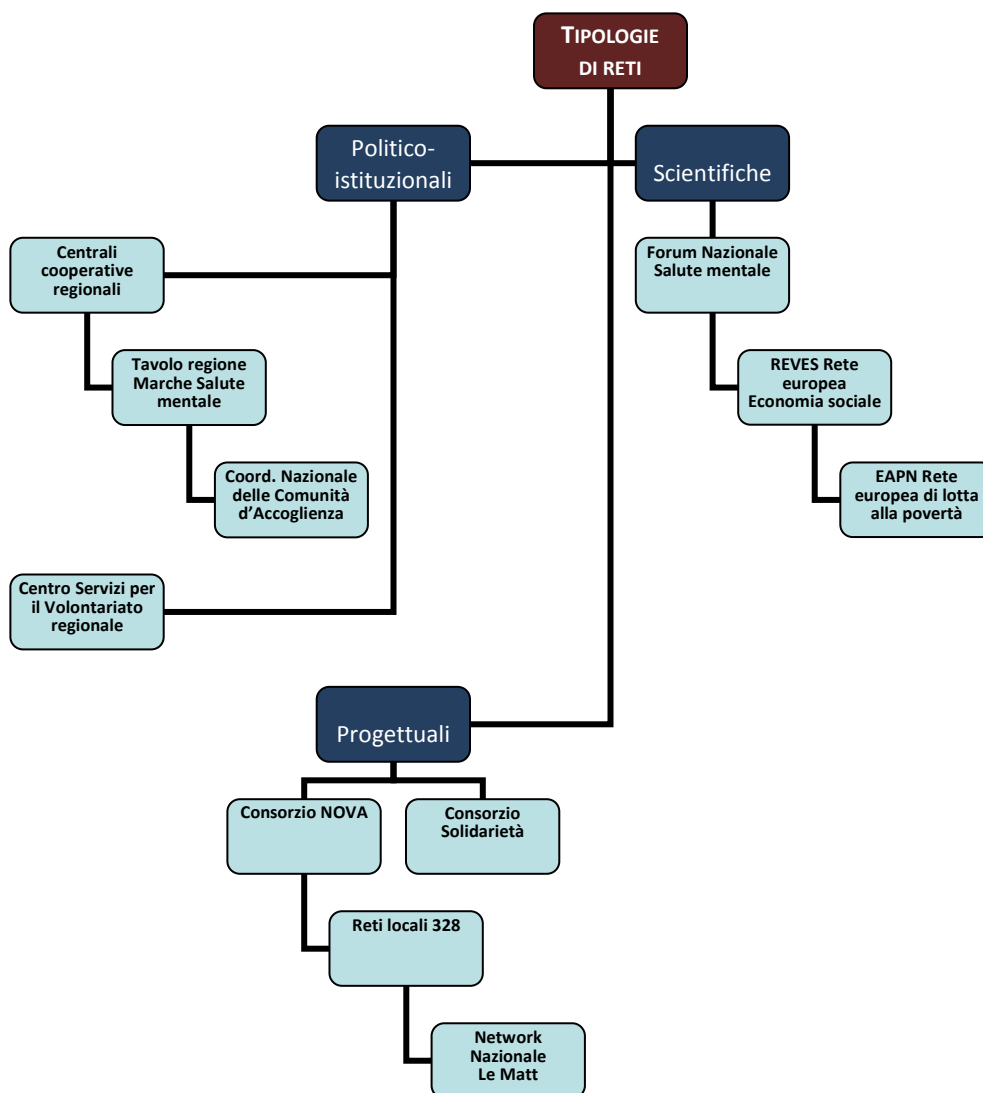
Il **cortile esterno**, già predisposto ad aiuole e vialetti, con la sua superficie di circa mq 1000 consentirà di ospitare, nella stagione estiva, iniziative ed eventi culturali e ludici che vedano la partecipazione diretta di coloro che vivono Casa Godio, dei loro amici e familiari, della cittadinanza, degli operatori.

Per meglio rispondere logisticamente e esteticamente a questa importante esigenza di quotidianità del tempo libero, verrà predisposto a regime dell'impianto un arredo adeguato e piacevole, per favorire il radicarsi di una cultura partecipativa da parte degli abitanti della comunità locale.



LE RETI DI SECONDO E TERZO LIVELLO

Senza entrare eccessivamente nel dettaglio, e solo per fornire alcune informazioni basilari che possono aiutare a comprendere quali siano i principali network culturali, scientifici e progettuali di riferimento delle strutture componenti la partnership, riportiamo il seguente grafico:



In tutti i casi, si tratta di realtà regionali e nazionali consolidate in ambito pubblico, non profit e scientifico. E' importante tenere presenti tali reti perché, se da una parte (sia in fase esecutiva, che nelle fasi operativa e di monitoraggio) sarà fondamentale coinvolgere quanto prima una serie di referenti in ambito sociosanitario, a partire dal DSM territoriale, dall'altra per favorire quei processi di progettazione permanente che moltiplichino le opportunità di inclusione per i cittadini di Casa Godio, sarà necessario attingere a esperienze, buone prassi e capacità progettuali degli stessi network di appartenenza.

LA PARTNERSHIP PROPONENTE

A presentare la proposta di gestione, tenendo conto di quanto accennato nella parte iniziale sull'impresa civile, è una partnership mista composta da quattro realtà profondamente diverse e integrabili:

- Un'associazione di familiari che presenta la peculiarità di essere molto attiva nelle reti locali e nazionali, e che in questa fase esprime il portavoce del Tavolo sulla salute mentale della Regione Marche;
- Una cooperativa sociale specializzata in gestione di strutture e servizi residenziali connessi al disagio;
- Una cooperativa sociale specializzata in programmi e azioni di reinserimento lavorativo;
- Una cooperativa sociale specializzata nel lavoro di supervisione e formazione, nella progettazione europea e partecipata, con contatti in reti nazionali ed internazionali connesse alla salute mentale.

La reale capacità di integrazione tra competenze ed esperienze nella partnership, e l'interazione con una serie di soggetti istituzionali come gli enti locali e i servizi socio-sanitari, e con il territorio nelle sue molteplici espressioni (singoli cittadini, cittadinanza organizzata e associazionismo, gruppi informali di cittadini, operatori, politici locali, etc.), garantiranno un assetto funzionale a gestire un progetto che si caratterizza per avere alti livelli di complessità. Analizziamo, nell'ordine riportato nella descrizione generale della partnership, le caratteristiche principali delle singole strutture coinvolte nella partnership:

- a. *Libera.mente* è una onlus nata nel 2002 nella città di Fano (PU) da un gruppo di familiari e utenti del disagio mentale, riconosciuta dalla Regione Marche nel marzo del 2003. Tra i suoi compiti statutari ha anche quello di promuovere progetti per la nascita di strutture in campo socio sanitario e di concorrere a migliorare quelle esistenti. Il fine è quello di creare opportunità di inclusione sociale e di ri-abilitazione per le persone con disagio psichico, di qualsiasi natura esso sia, essendo convinti di quanto prevede la letteratura scientifica più aggiornata che ormai parla di Curabilità, in ogni caso, e di Guarigione oltre che clinica, quando possibile (nel caso ciò non fosse possibile si tratterà comunque di Guarigione sociale). Oggi Libera.mente onlus ha più di cento iscritti: familiari, utenti, cittadinanza, rappresentanti di enti laici e religiosi. Ha istituito, con alcuni intellettuali e professionisti, il Comitato Etico della salute mentale; è accreditata presso il Comune di Fano, l'Ambito Sociale n. 6, la Provincia di Pesaro Urbino, la Regione Marche, fa parte del Forum Nazionale della Salute Mentale, è portavoce del Tavolo Regionale sulla Salute Mentale delle Marche

rappresentativo di tutte le associazioni ed i raggruppamenti che si occupano di salute mentale e che promuovono benessere e tutela dei diritti della persona.

- b. *Cooperativa sociale Solidale* è da anni impegnata nella gestione di servizi socio-sanitari a favore di persone disagiate, offre sul territorio un sistema integrato di servizi residenziali e domiciliari, costituito da: comunità alloggio, servizi di telesoccorso, servizi domiciliari, centri aggregativi. Le Comunità Alloggio, dislocate a rete sul territorio consentono a chi ne usufruisce di rimanere nel proprio contesto socio-culturale. Infatti, dette strutture residenziali, localizzate in vari centri urbani ben servite dai mezzi di trasporto pubblico e collegate con i servizi socio-sanitari presenti nel territorio, garantiscono un ambiente sicuro e tutelato, un clima di serenità e tranquillità, in cui l'ospite è protagonista della vita comunitaria. E' la struttura capofila all'interno del partenariato.
- c. *Cooperativa sociale Italcappa* è una impresa sociale di inserimento lavorativo, nata con lo scopo di creare lavoro per le persone svantaggiate. E' una struttura con certificazione di qualità ed è attiva a livello regionale ponendosi come vettore di sviluppo sociale ed economico sul territorio. Accanto a servizi produttivi e di qualità vengono costantemente attivati processi di gestione finalizzati ad una reale partecipazione dei lavoratori, al loro benessere fisico, mentale e sociale.
- d. *Parsec Servizi* è un'organizzazione non profit specializzata in gestione di servizi di accoglienza rivolti a minori e giovani, anche laddove presentino problemi di disagio mentale. Nell'ultimo periodo si è specializzata ulteriormente nel campo del disagio psichico, in quello degli interventi in ambito penitenziario ed extrapenitenziario con detenuti ed ex detenuti, ed in quello del reinserimento socio lavorativo. Tra le sue caratteristiche principali annovera un'alta specializzazione nelle azioni di supervisione, aggiornamento e formazione degli operatori e nella progettazione partecipata (locale, nazionale ed europea), in campo sociale e socio assistenziale.

FINALITÀ GENERALI E OBIETTIVI SPECIFICI

A costo di apparire imprecisi sul piano della metodologia di costruzione e redazione del progetto, in questa sezione cercheremo di descrivere le finalità e gli obiettivi in maniera empirica - ma non a-scientifica - riservandoci nei capitoli successivi di entrare nel merito dei riferimenti di carattere teorico-metodologico che caratterizzano certe scelte, certe attività e non altre.

Pertanto, in alcuni passaggi potrà sembrare esserci una forte sovrapposizione tra azioni previste e obiettivi progettuali: si tratta di una scelta precisa, dettata dalla necessità di cogliere sia a livello fenomenologico che di essenza le peculiarità dell'intervento, frutto di azioni che nella loro complessità fanno riferimento diretto ad un quadro e a delle indicazioni epistemologiche di senso.

Il fine del progetto è quello di valorizzare le capacità della persona, favorendo attraverso l'accompagnamento il recupero di sé, partendo dal bisogno/i individuale e del proprio sistema relazionale primario (ad esempio, la famiglia).

Le parole d'ordine sono: creare un clima adatto, costruire la relazione con gli altri per legittimare una organizzazione familiare, garantire un percorso di inclusione sociale, trasferire servizi dedicati e tranquillità alle famiglie degli ospiti, il tutto basato sul pilastro portante della formazione continua degli operatori.

Gli obiettivi specifici sono collegati a quanto detto e potremmo individuarli nelle seguenti affermazioni:

- a. Favorire l'interazione tra Casa Godio e il sistema-ambiente, inteso come habitat relazionale, economico, culturale, puntando alla valorizzazione di una comunità educante come occasione di inclusione;
- b. Attivare una serie di progettualità integrate che possano da una parte rafforzare la qualità ed il numero di opportunità complessive di reinserimento, riabilitazione e inclusione delle persone che usufruiranno di Casa Godio e dall'altra avere una ricaduta sullo sviluppo e la qualità della vita della comunità locale;
- c. Organizzare, in raccordo con il DSM territoriale, un panel di attività ad alto livello di sperimentazione che prevedano l'uso di approcci e metodologie di lavoro all'avanguardia e siano fondate sul concetto di valutabilità;
- d. Considerare Casa Godio un'interfaccia ed un'esperienza da valorizzare anche all'interno di reti nazionali ed europee con progettazioni adeguate;
- e. Produrre mainstreaming, conoscenza, aggiornamento e cultura sociale attorno al tema.

DESTINATARI E STAKEHOLDERS

Bisogna essere chiari quando parliamo di destinatari. Avendo più volte esplicitato il fatto che Casa Godio rappresenterà un'opportunità di riabilitazione e inclusione per soggetti con problemi psichici, ma al contempo attiverà un lavoro di progettazione permanente che si basa sull'idea che vadano create una serie di attività-ponte in grado di avvicinare le comunità locali al servizio e viceversa, il concetto di destinatari delle azioni si dilata anche in previsione di un possibile bilancio sociale e/o di comunità.

La tabella che segue descrive, pur con tutta una serie di limiti, gli attori che entreranno in gioco nella partita: per quest'anno si eviteranno ipotesi e stime numeriche, se non rispetto agli ospiti di Casa Godio e a parte dei destinatari intermedi.

Attori coinvolti	N.
Destinatari finali	
Cittadini attività residenziali	10
Cittadini semi-autonomia	10
Cittadini centro diurno	10-12
Destinatari intermedi	
Famiglie	60-120
Operatori dei servizi	40-60
Comunità locale	-
Stakeholders	
Istituzioni locali	-
Tessuto produttivo	-
Associazionismo	-

I PRINCIPALI RIFERIMENTI TEORICO-METODOLOGICI DI INTERVENTO

Per comprendere al meglio a cosa fanno riferimento le pratiche quotidiane che saranno messe in campo, se pensiamo a identificare i legami di carattere teorico-metodologico che tengono insieme prassi e elaborazioni attorno al tema, è opportuno fare una serie di considerazioni:

- E' necessario, sia pure se a prevalere sarà un'ottica multidisciplinare, definire quali siano i riferimenti teorici che giustificano l'approccio riabilitativo e terapeutico prima di tutto rispetto al lavoro con l'utenza;
- Se è vero che sarà fondamentale inserire Casa Godio all'interno di un circuito di reti locali, regionali e nazionali con cui favorire scambi, confronti, progettualità comuni è anche vero che va esplicitato il paradigma di riferimento quando parliamo di networking;
- Un lavoro parallelo (si pensi – i livelli sono molteplici – alla comunicazione interna, agli aspetti informativi, alla comunicazione con l'esterno, etc.) riguarderà le azioni di comunicazione: anche in questo caso bisogna individuare i riferimenti teorico-culturali;
- Abbiamo parlato di governance: ciò vuol dire che il servizio oltre a promuovere processi partecipativi e di rete, dovrà contribuire a definire e orientare le politiche locali sulla salute mentale. Quali sono anche rispetto a ciò le nostre coordinate?;
- Infine, trattandosi di un progetto sperimentale e da monitorare in modo continuo, uno dei nostri paradigmi di riferimento non può non essere quello della ricerca-azione, dell'analisi strutturata a cui fare seguire una proposta organica di progettazione ulteriore, riorganizzazione, etc.

I prossimi paragrafi, sia pure se in maniera sintetica, ci permetteranno di evidenziare i quadri di riferimento collegati alle considerazioni appena fatte.

L'APPROCCIO RIABILITATIVO E TERAPEUTICO AL DISAGIO PSICHICO

Prima di addentrarci nel ragionamento, è opportuno sottolineare ancora una volta il fatto che l'approccio complessivo al servizio deve necessariamente tenere conto di una multidisciplinarietà di fondo. Quanto abbiamo anticipato e diremo sulle azioni, ha i suoi riferimenti nella psichiatria di comunità, nella psicologia sociale, nella psicologia clinica, nell'antropologia, nella sociologia, nell'economia sociale. E' inutile pensarla altrimenti, del resto. La riflessione che segue, vuole pertanto rappresentare un primo approccio da cui partire per dipanare la matassa, connettere expertise e riferimenti teorici, fornire un quadro di lettura

del fenomeno. Essa non rappresenta l'intero *corpus* dottrinale e teorico su cui si basa l'impianto progettuale, ma una suggestione a cui collegare tutto il resto.

L'ambito teorico a cui si farà riferimento – con tutte le puntualizzazioni appena fatte – per inquadrare la metodologia applicata a Casa Godio sarà quello psicodinamico, rifacendosi principalmente ad autori quali M. Klein e W. Bion. La scelta è orientata dal fatto che questi due pensatori forniscono degli elementi teorici che storicamente vengono resi operativi nella gestione di strutture per pazienti psicotici. Inoltre permettono, vista la peculiarità degli approcci, di affrontare il disagio mentale secondo vertici individuale e gruppale, di integrare interventi con i pazienti e con i familiari, all'interno come all'esterno della struttura, di tipo riabilitativo e terapeutico.

In estrema sintesi, il concetto kleiniano dell'oscillazione tra posizione SchizoParanoide e posizione Depressiva può essere utile se consideriamo la malattia mentale non come uno stato immutabile e stabile nel tempo, e quindi in qualche modo non sensibile a trattamenti riabilitativi, ma piuttosto soggetto ad oscillazioni tra una posizione caratterizzata da frammentazione ed angoscia per il mondo esterno che mette in atto processi proiettivi individuabili nei sintomi positivi, ed una posizione caratterizzata da elementi di integrazione delle varie parti scisse con conseguente avvicinamento ad una relativa consapevolezza del proprio stato e della propria sofferenza. Il lavoro dell'equipe dovrà quindi essere incentrato sulla lettura all'interno di questa oscillazione dello stato degli ospiti della struttura come singoli e come gruppo per fornire un contenimento affettivizzato nelle situazioni di frammentazione per promuovere l'emergere di fattori legati alla pensabilità del proprio malessere e della propria condizione.

In tal senso ci viene in aiuto il concetto relativo alla configurazione Contenitore-Contenuto della teoria bioniana. Si tratta cioè di costruire un contenitore, non solo fisico ma affettivo, costituito da relazioni significative, di fiducia, rappresentato dall'equipe che possa far sentire il singolo ed il gruppo accolto in tutte le sue manifestazioni, così come il neonato dovrebbe sentire la figura materna. In questo senso si produce uno spazio fisico e mentale all'interno del quale la persona può sperimentare la propria condizione di sofferenza in un ambiente protetto che limita gli effetti devastanti del sentirsi disperso nel mondo, dove si realizzano le condizioni di un ambiente mediamente prevedibile, capace di preoccupazioni materne primarie e di svolgere una funzione di holding che trasmettano al paziente la sensazione, quasi tangibile, di trovarsi in uno spazio rassicurante, in grado di contenere, riconoscere e valorizzare i suoi bisogni.

Questi due concetti, dalle implicazioni molteplici, sono ovviamente qui solamente abbozzati, ma si ritiene importante almeno accennarli in quanto possono essere tra i riferimenti teorici che permettono di mettere in atto un approccio globale.

Introduciamo a questo punto il concetto di intervento integrato di G.C. Zapparoli. Secondo l'autore la psicosi costituirebbe una sorta di auto cura che la persona attua per negare i propri bisogni sentiti come limite inaccettabile in quanto fonte di dipendenza, e ciò ha ovviamente effetto anche sui tentativi di intervento

terapeutico. Se consideriamo che anche lo psicotico si autocura noi non possiamo pensare di essere gli unici detentori di questa attività, ma piuttosto degli intermediari tra la sua cura e quella che gli proponiamo noi. Per Zapparoli questo rappresenta il primo livello di integrazione. Considerando che i bisogni del paziente sono molteplici è indispensabile prevedere una pluralità di interventi svolti da esperti in diverse discipline, da quelle farmacologiche a quelle psicoterapiche, assistenziali, rieducative, all'interno di una integrazione effettiva per cui ogni attore si muove sapendo che il suo intervento fa parte di un progetto complessivo. Secondo questo modello si evita di riproporre una simbiosi fusionale in cui lo psicotico si illude di saturare certi bisogni negando gli altri, per arrivare ad una posizione in cui i bisogni possono essere tollerati in quanto possibili di soddisfazione senza ingenerare sentimenti di dipendenza totale.

All'interno di questo panorama teorico risulta interessante citare anche G. Pietropolli Charmet per il quale la psicosi risulta essere l'espressione del fallimento del processo di separazione-individuazione che interrompe il processo adolescenziale (break-down evolutivo) di crescita e di definizione dell'identità. E' possibile ricreare quell'ambiente riprendendo un percorso interrotto in quella fase con un lavoro sottile, paziente, meticoloso e molto cauto tenendo conto della suscettibilità delle persone coinvolte. Questo tipo di lavoro è orientato prevalentemente verso il ripristino di alcune funzioni, nel tentativo di portare avanti la definizione dei valori d'identità che era stata interrotta dalla tempesta psicotica, utilizzando e sfruttando l'ambiente e tutta quella serie di giochi, di procedure, di animazioni, di spinte alla crescita. Ambiente che propone la ripresa della socializzazione come antidoto al ritiro narcisistico, e una relazione d'appoggio, sostitutiva che consente in qualche modo di sentire di aver ritrovato ciò che si era perduto.

Ancora secondo Zapparoli si può accettare una guarigione sociale, superando una concezione medica di guarigione come remissione totale dei sintomi, e quindi della patologia, ma invece considerare che quello che per noi è un sintomo per il paziente rimane una necessità. Perciò in questo tipo di trattamento si può considerare una *psicosi privata* cioè un comportamento nella relazione terapeutica in cui ancora i suoi bisogni specifici possono essere accettati e contenuti, fornendo la possibilità di vivere all'esterno una *psicosi pubblica* in forma più adattiva evitando quelle manifestazioni incongrue o incomprensibili. E' quella che viene definita guarigione sociale.

In questo modo si cerca di intervenire sul disturbo considerandolo nelle sue parti deficitarie e in quelle conflittuali. Per quanto riguarda quelle deficitarie si tratta di operare producendo quelle *protesi* affettive che colmino le mancanze, mentre per gli aspetti conflittuali si farà riferimento alle classiche tecniche di elaborazione e presa di coscienza attraverso relazioni che permettano esperienze emotive correttive.

Appare chiaro quindi che l'organizzazione così concepita considera il paradigma psicologico-clinico in primo piano rispetto a quello medico. Fuori da ogni

polemica, questa posizione appare inevitabile se si considera la cultura medica ispirata a concetti oggettivanti della malattia, mentre in ambito riabilitativo è più funzionale approcciare il disagio psichico ed il disturbo mentale rifacendosi alla processualità e a possibili evoluzioni legate a risorse interne alle persone stesse così come alle possibili trasformazioni del contesto sia esso quello familiare che sociale.

Di conseguenza anche la scelta di utilizzare Casa Godio come luogo di riabilitazione deve essere intesa nella logica di una progettualità che prevede una gestione degli spazi rivolta alla vitalità che essi stessi possono promuovere. Ciò viene espresso nella scelta di destinare i diversi livelli dello stabile a diversi livelli di intervento e di assistenza alle persone che l'abiteranno, il tutto ragionato all'interno di una cornice che vede Casa Godio come nodo di una rete territoriale che possa fornire opportunità agli ospiti così come essa stessa possa divenire un'occasione per il territorio allargato per confrontarsi con il tema del disagio psichico al di fuori di schemi e pregiudizi.

IL NETWORKING

Sia se parliamo di progettazione permanente e partecipata, sia se pensiamo all'impatto reale del servizio sui territori, dobbiamo fare riferimento ad una metodologia/strumento che assume un peso strategico in tutta la proposta: il lavoro di rete o networking. Ogni progetto specifico, infatti, avendo un impatto trasformativo definito ed essendo finalizzato, deve permettere:

- a. Di compattare il network originario (partnership di primo e secondo livello) di soggetti coinvolti in fase di costruzione della proposta progettuale;
- b. Di chiamare a raccolta una serie di ulteriori soggetti che, con velocità diverse, gradienti di coinvolgimento diversi, ruoli e funzioni diversi nei processi di costruzione delle politiche pubbliche collegate al tema, di fatto giocano un ruolo proattivo e di proposta.

La sociologia ed altre discipline (ad esempio, la psicologia) sono ricche di studi e teorie sull'organizzazione e sull'interazione tra questa e l'ambiente, o tra questa e altre organizzazioni. Preferiamo partire da questo, per non ripetere le solite considerazioni sul lavoro di rete (ormai abbondantemente entrate nel lessico metodologico ed operativo di chi lavora nel sociale) e per fornire riferimenti teorico-metodologici legati, oltre che alla pratica sociale, alle scienze organizzative.

Negli ultimi decenni, si è passati da un pensiero lineare e meccanicistico ad un pensiero strategico che vede i sistemi organizzativi non più come mere strutture,

bensi come insiemi di processi dinamici e comunicativi, ciclici, con tutto quello che ne consegue in termini di soluzione dei problemi (problem-solving).

Un sistema di rete in continuo apprendimento (learning organization) è in grado di esprimere innovazione e qualità nei servizi/interventi e nel procedimento della loro realizzazione, con capacità di monitoraggio e valutazione dei risultati. Tutta la rete, nel caso del progetto specifico Casa Godio, deve essere in grado di anticipare e introdurre trasformazioni qualitative per rispondere in tempo reale alla mutevolezza delle domande sociali, degli orientamenti della cittadinanza coinvolta (in maniera diretta o indiretta), delle condizioni dell'ambiente sociale, economico, istituzionale e naturale, di cui ogni organizzazione fa parte. Questo significa che ogni membro dell'organizzazione e del sistema deve essere continuamente formato ed allenato ad una cultura di network basata sul pensiero strategico di lungo periodo e sulla forte flessibilità operativa. Il primo dà la direzione, la seconda – semplificando – consente di seguirla.

Per specificare meglio: se il network locale e regionale che andrà consolidandosi vuole essere luogo di costante apprendimento e di proposta, deve orientarsi al miglioramento della proprie capacità come alimentatore di innovazione; deve essere un'agente di cambiamento integrato nelle comunità locali; deve stimolare iniziative ed economie locali a diventare sempre più sensibile alla creazioni di reti come strumento per un uso sinergico delle risorse endogene ed esogene; deve promuovere la capitalizzazione e l'interazione di conoscenze ed esperienze diverse. Ma soprattutto deve favorire momenti di scambio e di confronto costanti tra cittadini, cittadinanza organizzata ed istituzioni (locale e Regionale) in nome di un'idea di governance ben precisa. Investire, infatti, con sensibilità e rigore su politiche di *ricerca-sensibilizzazione-formazione* vuol dire far sì che *tutti gli attori coinvolti* nel costruire un network di opportunità e di interventi dichiarino e condividano, da subito:

- a. una definizione esplicita e nello stesso tempo aperta di *governance* e di partecipazione;
- b. i contenuti generali e gli obiettivi a cui fa riferimento il percorso progettuale-partecipativo che si mette in atto;
- c. le tipologie di attori sociali che entrano in gioco (ed in che termini: ruoli, funzioni, mandati);
- d. a quali livelli di analisi/proposta/azione gli attori locali e istituzionali si collocano e di quali visioni/contenuti sono portatori;
- e. quali spazi e quali prassi di partecipazione/interazione è opportuno valorizzare e agire.

Si intende perseguire tale fine rafforzando e amplificando il network sociale di tutti gli operatori coinvolti nei processi di costruzione delle azioni di accoglienza, riabilitazione e inserimento e non solo – attraverso un lavoro costante nelle diverse direzioni citate all'inizio.

LA COMUNICAZIONE SOCIALE

Il lavoro di promozione del progetto, quello di comunicazione interna ed esterna, le azioni di disseminazione, i convegni, gli appuntamenti formativi, i prodotti comunicativi specifici, rispondono ad un paradigma preciso: quello della comunicazione strategica di tipo sociale (CS).

Essa ha un ruolo importante nel nostro lavoro. Prima di tutto perché un approccio comunitario può e deve individuare canali e spazi di confronto attivo (questo è, fondamentalmente, per noi “comunicazione strategica e sociale”) con la cittadinanza e le istituzioni interessate a uno o più processi di cambiamento. E poi perché, da un punto di vista socioantropologico, la nostra società è ormai strutturalmente portata a promuovere e gestire flussi comunicativi, informazioni, relazioni. E quindi saperi, conoscenza.

La CS è anzitutto *un lavoro d’interazione con la comunità locale tutta* - con i destinatari delle azioni, con gli stakeholders .

Questo progetto vuole i suoi attori individui dinamici, carichi di proprie conoscenze e proprie capacità, facoltà da mettere in gioco e a disposizione di un processo di crescita collettiva, cui tutti partecipano con la stessa forza, gli stessi entusiasmi, le stesse responsabilità.

Nel nostro progetto la CS, a partire dalle declinazioni generali appena esplicitate avrà uno spazio importante. Approfondiamo meglio la questione.

Se consideriamo la comunicazione nel suo significato più ampio, che include non solo lo scambio di notizie e messaggi, ma anche l’attività individuale e collettiva (networking: cfr. più avanti) nell’insieme dei *transfert* e degli scambi di idee, di progetti, di fatti, di concetti, si possono senz’altro assegnarle nel nostro progetto i seguenti ruoli:

- *Informazione*: raccogliere, immagazzinare, elaborare, diffondere le notizie, i dati, i fatti, i messaggi, le opinioni, i commenti necessari per comprendere in maniera intelligente le tematiche della salute mentale in termini individuali, collettivi ed essere in grado di adottare le decisioni necessarie.
- *Socializzazione*: creare un sostrato comune di conoscenze e di idee che permetta ad ogni attore di integrarsi nel contesto (istituzionale, di governance, progettuale, territoriale) e faciliti la coesione sociale e la presa di coscienza indispensabile per partecipare attivamente allo sviluppo di processi di cambiamento.
- *Motivazione*: perseguire gli obiettivi immediati e le finalità ultime come reti istituzionali, della cittadinanza, di singole organizzazioni, di soggetti specifici; promuovere le scelte personali e le aspirazioni individuali, stimolare le attività individuali o collettive tese alla

realizzazione degli obiettivi culturali, progettuali ed operativi prefissati.

- *Discussione e dialogo*: presentare e articolare gli elementi d'informazione atti a facilitare l'accordo o a chiarire i punti di vista sulle questioni di pubblico interesse relative al tema della salute mentale; fornire gli elementi pertinenti per rafforzare l'interesse e la partecipazione della cittadinanza a tutti i problemi locali, regionali e nazionali connessi alle tematiche affrontate con l'intervento.
- *Promozione culturale*: allargare l'orizzonte culturale stimolando il senso estetico e la creatività.
- *Integrazione*: favorire la comprensione dei vari messaggi di cui ogni persona, target culturale o rete implicata nel progetto ha bisogno per conoscersi e comprendersi, per conoscere le condizioni socio-culturali, i punti di vista e le aspirazioni dei propri simili.

LA PIANIFICAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE

Anche un progetto come quello di Casa Godio deve stimolare ipotesi più generali di Piano, che riguardano nel nostro caso la costruzione partecipata di azioni pluriennali e di servizi integrativi e/o secondari collegati all'inclusione sociale di soggetti con disagio psichico. E' necessario, a questo proposito, procedere in diverse direzioni:

- un'analisi effettiva delle domande di salute mentale della cittadinanza e delle relative priorità (universalismo selettivo);
- la messa in atto di pratiche reali di concertazione e di mediazione tra attori istituzionali e non;
- una capacità elaborativa, propositiva e progettuale alta, in grado di favorire davvero processi di policy making;
- la costruzione di *un'architettura di piano*, fondata su un investimento nel medio-lungo periodo e sulla capacità di creare le pre-condizioni culturali, organizzative, amministrative e gestionali per progettare in maniera euristica e partecipata azioni e sistemi dinamici.

Un lavoro di pianificazione ben fatto, elaborato a livello regionale e territoriale, rispetto all'utilizzo di Casa Godio dovrebbe contenere:

- Una dichiarazione generale di "missione" che comprenda le principali funzioni ed operazioni.

- La descrizione delle finalità e degli obiettivi in termini di risultati da attendersi.
- La descrizione del *modo* in cui quelle finalità ed obiettivi così espressi debbano o possano essere conseguiti, compresa una descrizione dei processi operativi, delle qualificazioni e delle tecnologie, nonché delle risorse umane, di capitale, di informazione, ed altre, necessarie per conseguire quelle finalità e obiettivi.
- Contenuti e modalità di sviluppo delle dimensioni che contraddistinguono, nel nostro caso, una politica pubblica di promozione della salute mentale (ricerca-azione e analisi multidimensionali; sviluppo di processi di governance e partecipazione degli attori interessati; progettazione partecipata; conoscenza, apprendimento, informazione e comunicazione, inter ed intra-sistemiche).
- La descrizione preventiva di *come* le finalità di *prestazione* - espresse e descritte nel Piano annuale o pluriennale degli interventi (Programmazione) - si dovranno o si potranno mettere in relazione alle finalità e agli obiettivi del Piano strategico (ciò che è oggetto di quello che i politologi usano chiamare le "analisi politiche", *policy analysis*).
- L' identificazione dei fattori chiave esterni che possono influenzare - positivamente o negativamente - il conseguimento delle finalità generali e gli obiettivi del Piano strategico.
- La descrizione delle variazioni di programma usate per determinare finalità ed obiettivi generali, con un prospetto per le future valutazioni.

I contenuti del Piano degli interventi (che, rispetto al Piano strategico, costituisce l'aspetto più "operativo" della pianificazione strategica), direttamente collegati alla progettazione, sono:

- La determinazione degli obiettivi di *prestazione* (o operativi) allo scopo di definire il livello di prestazione da conseguire per ogni attività di programma
- L' indicazione di detti obiettivi in forma tendenzialmente oggettiva, quantificabile e misurabile
- La descrizione sommaria dei processi operativi delle qualificazioni, tecnologie, risorse umane, capitali, informazione etc., cioè delle risorse il cui impiego è necessario per conseguire i livelli di *prestazioni* indicati
- La fissazione degli indicatori, o misuratori, di prestazione sulla base dei quali si intende misurare e valutare le prestazioni, i livelli di servizio, e i genere i risultati di ogni attività di programma.

- La predisposizione di una base di comparazione dei risultati del programma con gli obiettivi di prestazione fissati per il programma
- La descrizione dei mezzi da usare per verificare e validare i valori misurati.

Naturalmente, la logica che contraddistingue tutto il lavoro di pianificazione non è certo una logica ingegneristica, fondata su nessi causali o deterministici tra le variabili in gioco. Parliamo, infatti, di logiche complesse basate sull'interazione, anche disordinata, di più variabili e dimensioni.

LA RICERCA-AZIONE

Un ruolo importante nel lavoro, come sappiamo, lo giocheranno le attività osservazionali e di esplorazione delle caratteristiche che va assumendo il fenomeno (e l'interazione tra esse e l'operatività): il nostro paradigma di riferimento è quello della Ricerca-Azione (R-A).

Essa è sempre connessa ad un problema sociale e alla messa a punto di interventi destinati ad affrontare il problema stesso, cosicché il suo rapporto con le urgenze dell'azione e della produzione di cambiamenti in una data situazione storico-sociale si configura come diretto e immediato.

In altri termini, ciò a cui la R-A mira è l'*efficacia* di un intervento volto a risolvere un dato problema socioambientale: nel suo ambito *"non si tratta tanto di comprendere qualcosa, quanto di acquisire un potere di fare"*.

Il sapere vale come fonte dell'azione e, a sua volta, l'azione vale come fonte di conoscenza pratica.

Quindi, il carattere di ricerca volta alla soluzione di un problema pratico di natura socioambientale, spinge a collocare la R-A nell'ambito della cosiddetta *ricerca decisionale*, il cui specifico concerne le "scelte" politico-progettuali e/o le "decisioni" proattive da compiere in una data situazione e in un dato contesto. La R-A ben si coniuga con il lavoro di pianificazione e di governance ed il networking, in quanto tende ad affrontare problemi ampi, usando un ventaglio di tecniche articolato (quantitative e qualitative) e adottando un atteggiamento epistemico *"partecipante"* e *"partecipato"*.

LE AZIONI PRINCIPALI DA SVILUPPARE

In questa fase, di presentazione della proposta progettuale generale, ci concentriamo sulle azioni interne, pur facendo dei rimandi continui alle attività di progettazione permanente e ai servizi integrativi che saranno attivati. E' con la definizione partecipata del programma di lavoro annuale e del Piano operativo che entreremo nel merito specifico dei tempi e delle singole azioni.

ALCUNE CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Il concetto di abitazione, e non solo di residenza, ci collega all'ambiente che obbliga chi vive ad un continuo sforzo di adattamento; e al di là delle dimensioni spaziali di un ambiente appunto, o di un paesaggio, le condizioni emozionali in cui ci veniamo a trovare, ci possono far sentire un luogo come oscuro e oppressivo, o invece come luminoso e disponibile alla speranza.

E così lo spazio ed il tempo vissuti possono far riemergere strutture portanti e significative, anche radicali, di ogni esperienza psicotica. E fanno riflettere sull'importanza del modo di vivere nel contesto comunitario e riabilitativo con un collegamento ad una psichiatria che non può non essere di taglio sociale.

Un servizio come Casa Godio servirà anche ad aiutare a distinguere il tempo del mondo - orologio, calendario, stagioni - che è uguale per tutti, dal tempo dell'io, soggettivo, vissuto, interiore, che è diverso per ciascuno di noi.

Il collegamento con il mondo esterno, utilissimo in una riabilitazione fondata sulla contaminazione sociale, ci porta a considerare il confronto con gli altri anche sotto l'aspetto dell'accesso ai beni di consumo, che di per sé discrimina, divide e distingue chi ne viene escluso da chi invece possiede tale possibilità. Consumare diviene un palliativo, non essendo risolutivo per quanto riguarda la soddisfazione dei bisogni personali, placa temporaneamente l'insoddisfazione; le persone stesse con disagio mentale affermano che lo spendere denaro allevia la loro angoscia, perché aumenta la loro fiducia in sé e li distrae dalla loro situazione di stato.

Tali questioni comportano, insieme ad altre, il dover ri-considerare il mito della guarigione per andare verso la possibilità di 'prendersi cura'. Un lavoro questo che richiede un alto contenuto di relazione destinato ad una persona e finalizzato al recupero del suo benessere complessivo. Un lavoro presente in una serie di attività professionali più ampie e definite come lavoro sociale, educativo, intervento sanitario e di riabilitazione, con dimensioni che contribuiscono a definirlo in sé :

- una dimensione fisica e materiale (lavoro pratico e concreto di faccia a faccia)

- una dimensione organizzativa (svolgimento di determinate sequenze che riguardano la persona e l'ambiente in cui vive, all'interno di un progetto che coinvolge altre persone con ruoli e funzioni diverse)
- una dimensione emotiva (ricordarsi che tale lavoro non veicola solo emozioni, e che occorre avere visione di una 'dimensione gestionale delle emozioni'; infatti, si produce una relazione di cura accettata socialmente e che si presenta saggiamente come non distante/non intima, non asettica/non coinvolgente, non estranea/non personale)

Prendersi cura allora di una persona che ha bisogno di aiuto deve comportare una scelta culturale, prima ancora che tecnica; una dimensione di cura che esca dal significato di terapia, di sorveglianza, di contenimento, per appropriarsi di una dimensione di 'cura come accompagnamento'.

Casa Godio caratterizzerà il suo abitare e non risiedere, con questa visione di affiancamento alla persona, rispettandone le coordinate e la necessità di coinvolgimento e di condivisione; la vita è infatti relazione, non un accadimento esclusivamente biologico.

Pertanto, anche il concetto di accoglienza come cura, deve essere considerato un pezzo del lavoro anticipatorio rispetto al lavoro a seguire vero e proprio di cura; intesa, l'accoglienza, come inserimento e accettazione, fare accettare alla persona che arriva in casa le regole, gli operatori nella loro seppur temporanea ma forte presenza, ed inserire l'interessato/a fra il resto che già si trova lì.

L'accoglienza quindi nella nostra accezione è in tutti i sensi una pratica interattiva, una relazione di aiuto e di counselling; mantenere la relazione, valorizzare le capacità di decisione, indagare insieme il contesto d'inserimento, le regole ed i limiti conseguenti, individuare le aree di difficoltà della decisione, può dare modo di trovare nuove strade e nuove ipotesi di orientamento e di riabilitazione.

L'ACCOGLIENZA

Accoglienza allora come attività non semplice, di ciò siamo sicuri, ma decisiva e irrinunciabile in una relazione delicata nella strategia di aiuto. Casa Godio punta molto su tale esigenza, per il motivo più antico e valido che è quello di iniziare un percorso insieme con la persona e con il piede giusto.

L'abilità di counselling deve essere intesa a:

- stabilire e mantenere una relazione valida con la persona
- permettere alla persona di esprimere le sue richieste e i suoi obiettivi, aiutando anche a individuarli

- cercare risorse e strategie che la persona percepisca come cambiamento e volute da essa stessa

In tutto ciò rimane di fondamentale importanza l'aiuto alle persone che si prendono cura di, affinché esse possano continuare ad essere accoglienti; tale impegno, per Casa Godio, costituisce l'amorevolezza e l'umanità dello stare insieme, facendo differenza tra l'abitare e il risiedere.

Casa Godio si caratterizza in modo importante per la scelta di offrire percorsi di riabilitazione alle persone che l'abiteranno. Tali percorsi devono essere intesi con una visione a orientamento psicosociale, intendendo per ciò l'apprendere e il riapprendere le competenze che mettano la persona in grado di soddisfare e di porsi in relazione ai bisogni, alle richieste, impliciti ed espliciti, propri e di coloro con cui vive.

Certo in modo appropriato, neutralizzando i fattori di desocializzazione e promuovendo comportamenti organizzati, abilità e motivazioni che portino a relazioni sociali soddisfacenti. Parliamo spesso di persone che in seguito a fallimenti terapeutici e relazionali, vanno verso una perdita di competenze e verso una riduzione del rapporto sociale con l'ambiente.

Tale condizione comporta esitamento relazionale, mancanza di reciprocità, pessimismo sulle proprie possibilità di cambiamento e quindi desocializzazione. Parliamo allora di portare le persone ad adottare comportamenti socialmente competenti, diminuendo i comportamenti che socialmente possano rafforzare dinamiche di isolamento (la persona non si lava, non è puntuale, non riesce ad accettare opinioni diverse...), formulando una diagnosi di competenza sociale per stabilire il grado di funzionamento presente nella persona all'inizio, ed anche nelle fasi successive.

Valorizzare il gruppo o le attività competenti, ai fini di interrompere o smussare azioni e comportamenti di isolamento, per riprendere quanto detto in parentesi nelle righe precedenti, può volere dire strutturare invece interventi precoci che mettano la persona in condizione di evitare esperienze delusive, mentre spesso le energie e le risorse dei servizi e degli operatori sono utilizzate e finalizzate al mantenimento dello status quo, dopo che l'insuccesso è già avvenuto. Da qui l'importanza strategica che l'intervento riabilitativo avvenga fin dal primo episodio grave psicotico. In caso contrario, il processo cronico viene rafforzato dal ripetersi di esperienze negative e per assenza di esperienze sociali.

Gli stessi ricoveri in ospedalizzazione – che strutture come Casa Godio tendono a far diminuire – producono cronicità; studi diversi dimostrano che un precedente ricovero in ospedale influenza molto la decisione di ricorrere ad ulteriori ricoveri. Se un ricovero poi accade in fase di percorso di riabilitazione le conseguenze sono ancora più drammatiche sotto l'aspetto psicologico.

LA RIABILITAZIONE

Il progetto riabilitativo, in quanto finalizzato a produrre per la persona un aumento dell'articolazione sociale innescando anche nelle situazioni più stabilizzate movimenti interni di futurizzazione e di speranza, riceve dei contraccolpi che interrompono questa speranza e creano perdita di protezione in coloro che ormai si sentono rassegnati. Occorre quindi gestire con molta attenzione le ricadute, evitando l'interruzione del trattamento e vincendo anche le resistenze naturali della famiglia. Fa bene a tutti ricordare che il ricovero comporta una serie di conseguenze che sono elencabili:

- stress per l'ammissione
- stress per la dimissione
- conseguenze sul futuro prossimo della persona in ricovero
- rinforzo dello stigma
- conseguenze sui componenti il gruppo del percorso riabilitativo e del loro rapporto con la persona in ricovero

Chiediamoci allora, ed è importante tale riflessione, perché una persona in trattamento riabilitativo possa andare incontro ad una ricaduta, tracciando un elenco ipotetico di motivi:

- assenza di competenze, non sappiamo affrontare i problemi quotidiani sul piano interpersonale e dell'esecuzione dei compiti
- assenza delle competenze intrapersonali, necessari a gestire gli impatti di alta emotività della persona
- conseguenze dei miglioramenti ottenuti nel programma riabilitativo, come mancato espletamento esterno per mancanza di risorse; eventuale scontro con le figure familiari ancora non funzionali con il programma riabilitativo
- richieste di prestazioni troppo alte
- assenze improvvise dell'operatore di riferimento
- aumento della emotività familiare, come l'ipercoinvolgimento, il criticismo, la rabbia, la colpa nei confronti della persona in trattamento

C'è da dire invece che alcune ricadute e scompensi rappresentano un momento di passaggio evolutivo e debbono essere utilizzate come proficuo terreno di lavoro.

Nel caso di ricovero di una persona inserita in percorso riabilitativo vanno previste e adottate alcune misure:

- informare subito gli altri ospiti
- normalizzare l'accaduto
- assicurare gli altri che gli operatori continueranno a tenere i contatti con la persona ricoverata
- invitare gli altri ospiti a contattare il loro amico, magari con telefonate e lettere da fare recapitare proprio dagli operatori che lo vanno a trovare

Del resto – la centratura introduttiva sul tema delle ricadute ci serve a delineare il focus del lavoro riabilitativo – per contrastare le ricadute e le ospedalizzazioni è bene:

- contrastare l'introversione, evitando così che la persona ospite si concentri sulle proprie sensazioni e possa non riconoscere il contesto esterno e gli accadimenti che lo caratterizzano
- apprendere competenze interpersonali e strumentali
- apprendere i competenze intrapersonali
- portare la famiglia a ridurre i comportamenti non funzionali nelle fasi di evoluzione della persona ospite
- offrire supporti terapeutici alla famiglia
- assicurarsi che i contesti esterni siano fruibili, in tal modo si possono trasferire coerentemente le competenze apprese nel circuito di riabilitazione
- proteggere la persona da prestazioni che comportino il possesso di competenze esterne assenti o non bastevoli
- dare conoscenze alla persona e ai familiari dei segni premonitori di ricaduta, del significato dei sintomi e di cosa può causare una ricaduta
- garantire la continuità terapeutica e il lavoro d'équipe

Tutti i trattamenti riabilitativi si fondano sull'interazione (ri-socializzazione) tra operatore e persona, con la mediazione fattiva delle attività. Il trattamento è finalizzato a interrompere il processo cronico che ha allontanato l'individuo dal suo contesto di appartenenza, con la raccomandazione di non colludere con le previsioni pessimistiche della persona stessa e evitando però di non tenere troppo alto il livello di aspettative positive, per valorizzare i così detti 'successi senza richieste' come ad esempio entrare e salutare, sostenere gli sguardi, iniziare un embrione di conversazione.

Diventa anche importante utilizzare la conversazione tra due operatori in presenza della persona ospite, per rendere un discorso meno centrato su di esso e meno pressante, particolarmente con soggetti mutatici e passivi, per tali persone il contatto e lo scambio anche verbale sono faticosi.

IL CENTRO DIURNO

Abbiamo detto che Casa Godio dovrà essere anche un luogo di ritrovo e di confronto, oltre che di vissuto giornaliero per persone con fragilità sociali collegate sia pure indirettamente a disturbi della salute mentale per permettere un coinvolgimento e un intrattenimento riabilitativo non residente. Casa Godio non deve essere quindi una comunità, non un'associazione, non un club, non un ufficio di collocamento, non un luogo dove passar tempo passivamente.

Sarà invece un contesto strutturato, con regole e percorsi precisi, protetto per apprendere comportamenti socialmente competenti, e può per questo divenire ambiente privilegiato di attuazione dell'intervento riabilitativo.

Infatti, non essendo una struttura residenziale, ma un contesto in cui sono previste una serie di attività per diverse ore al giorno, consente agli ospiti di mantenere i legami col proprio habitat naturale di vita, e anche di essere aiutati a trovare soluzioni comportamentali ed emotive diverse da quelle sintomatiche, in modo da produrre un'esistenza il più possibile soddisfacente.

Il CD, in questo modo, non si permette di sostituire la famiglia, di sostituirsi agli amici, di allentare i legami con il proprio contesto socio-ricreativo, non mette in campo generiche e confuse risposte umanitarie e assistenziali. La sua precisa funzione di intermediazione con il contesto di provenienza della persona, impedisce al CD di essere 'ultima spiaggia' o deposito dei casi senza speranza, per favorire al contrario il suo ruolo di trampolino di lancio per ampliare gli spazi di vita relazionale e sociale. Non si tratta allora di difendere e riparare la persona dalle esperienze della vita e dai contatti con gli altri, ma di ridurre le resistenze al trattamento e di opposizione al coinvolgimento relazionale; si vuol sottolineare che c'è differenza, eccome, tra il permettere l'espressione di un comportamento de-socializzato e il rinforzare un comportamento de-socializzato.

Ciò capita spesso in strutture protette dove l'operatore per evitare conflitti con la persona e tra questi e gli altri del gruppo chiude un occhio, con il ringraziamento dell'ospite. In questo caso, con tale 'mediazione', la persona ha evitato le interazioni socializzanti con il gruppo.

Il lavoro d'equipe diviene determinante per i percorsi di allentamento dei comportamenti desocializzanti; è esso una caratteristica fondamentale della prassi di una psichiatria che si ispira alla comunità e ai servizi di territorio, che mette insieme un gruppo di professionisti che operino per assicurare che le persone ricevano i servizi di cui hanno bisogno. Professionisti che operano

individualmente prendendo decisioni e condividendo uno scopo comune, e che s'incontrano per scambiarsi opinioni e informazioni per formulare i piani di trattamento e per ulteriori decisioni sui percorsi riabilitativi per la persona.

Serve il lavoro d'equipe perché nessuna figura professionale può affrontare da sola la molteplicità e la complessità dei bisogni della persona, dovendo ogni professionalità offrire il suo contributo ed integrarsi con le altre. Data questa complessità e la molteplicità delle aree su cui intervenire, e la miriade di informazioni da scambiarsi, l'interazione nell'equipe è giusto che avvenga ogni giorno.

Il CD, secondo quanto previsto dal POSM, è una struttura semiresidenziale, rimane aperto almeno per otto ore al giorno e per sei giorni a settimana; dotato di una propria equipe, dispone di idonei locali, deve aver cura di progetti personalizzati e sperimentare percorsi di riabilitazione che guardino all'aver cura di sé, alla attività delle cose quotidiane, alle relazioni individuali e di gruppo, anche finalizzato agli inserimenti lavorativi.

Ecco i suoi principi ispiratori:

- autonomia di tipo *gestionale*, organizzativo e professionale (gestionale in quanto con pianta organica dedicata, il personale non può essere utilizzato per altre funzioni, spese di gestione con un fondo specializzato, regolamentazione di ferie e turnazioni, collaborazione diretta con il DSM; *organizzativa* in quanto ha l'autorevolezza di formulare e organizzare il modello operativo che ritiene più opportuno, considerando la possibilità nella fase avanzata del programma di interventi degli operatori all'esterno dell'impianto, con apertura non solo al mattino che comporterebbe una giornata spezzata in una parte socializzata e in una parte de-socializzata, con un comportamento schizofrenico nella gestione della persona. Il modello indicato è quindi quello impostato sulle 12 ore, per arrivare alla gestione anche del tardo pomeriggio in momenti socializzanti; *professionale* in quanto l'equipe della struttura è legittimata a promuovere e programmare, effettuare e valutare gli interventi necessari e opportuni per il raggiungimento degli obiettivi finali che la stessa si propone. Il tutto traguardato, come unico limite, con gli obiettivi dell'inviante, della famiglia e dei referenti sociali, ovviamente con i necessari aggiustamenti armonizzati che ne derivano;
- specificità dettata da una precisa area di intervento nei trattamenti a lungo termine di persone con appartenenza di cronicità e con una metodologia appropriata alle loro caratteristiche; il CD è allora autorizzato a programmare, valutare e revisionare nelle cinque aree previste nella strategia della riabilitazione (famiglia, lavoro, spazio sociale, spazio

ricreativo, cura di sé e dell'ambiente), interventi atti a creare articolazione sociale; altra specificità è data dallo sviluppare interventi con il resto del servizio, tesi a migliorare l'integrazione tra prestazioni ambulatoriali e il percorso riabilitativo, a dimostrazione della presa in cura dell'intera persona con processi cronici;

- responsabilità che implica il dover rispondere del proprio operato, nel caso della funzione di responsabile invece l'obbligo a rispondere anche dell'efficacia dell'intero gruppo di lavoro. Render conto quindi degli obiettivi non raggiunti, o raggiunti solo parzialmente, motivandone puntualmente le cause. E quando tali cause non appartengono alla storia della persona ma a questioni istituzionali e di contesti altri, è opportuno affrontare l'obbligo di doverne dar conto per cercare di apportare modifiche e suggerimenti in aree interagenti con l'impianto CD.
- Integrazione con le altre componenti del DSM; aggiungendo anche una risorsa, una persona, un oggetto, una funzione che serva a cooperare all'attività complessiva; (delicato è il primo momento di presentazione del caso, si possono correre due rischi: appropriarsi della persona utente da parte dell'equipe riabilitativa, oppure tendenza da parte dell'equipe territoriale di 'delegarlo' a quella riabilitativa);
- Cooperare per contribuire con la propria opera al raggiungimento di un fine collettivo. Nel campo della salute mentale tale concetto è fondamentale, e deve avere appunto un taglio multidisciplinare ed includere la famiglia e i referenti sociali. Tale cultura serve anche ad evitare che la persona in trattamento venga considerata di 'proprietà di questo o quel pezzo di organizzazione;
- Interdipendenza come relazione reciproca di dipendenza per cui tutte le azioni dei due agenti per raggiungere l'obiettivo si influenzano reciprocamente nel potenziamento (sinergia), e anche nel momento di indebolimento (antagonismo distruttivo), esempio valido è quello di saper prendere una posizione non distruttiva quando la persona in trattamento parla di altre figure che operano nel suo intorno: tale metodo infatti serve alla persona trattata per far fallire il proprio percorso riabilitativo, aspettandosi che il suo interlocutore 'sporchi' l'operatore oggetto delle critiche;

Le resistenze familiari vanno neutralizzate, e in questo il confronto fra le due equipe è fondamentale e l'inviante, che ha un rapporto iniziale privilegiato, deve dare una mano per fare accettare altre figure nel percorso della persona

intervenendo nei casi in cui la famiglia, vedendo le resistenze dell'interessato verso il percorso riabilitativo, può essere indotta a farlo interrompere.

La formazione è fondamentale per il raggiungimento di performance lavorative accettabili; le competenze quindi divengono le capacità professionali occorrenti a svolgere i ruoli assunti e investono l'area cognitiva, quella operativa e ancora quella comportamentale. Si possono far corrispondere rispettivamente a: conoscenze, abilità, comportamenti interpersonali.

Nella realtà prestazionale della riabilitazione psichiatrica non basta che ci siano alcune figure professionali competenti, ma tutto il gruppo di lavoro deve entrare in possesso di quegli strumenti che consentano livelli di performance omogenei per qualità, e che permettano a tutti gli operatori, ognuno singolarmente, di esprimere un alto grado di efficacia, di saper valutare il proprio e l'altrui intervento, di contribuire con la comune formazione di base al raggiungimento dello scopo collettivo.

E' dimostrata la tesi che un gruppo che ha raggiunto un buon livello di maturità è più permeabile all'arrivo della novità, e ai feedback che provengono dall'esterno.

La formazione continua può garantire il mantenimento della bontà professionale e di competenze in un gruppo ormai maturo. Collegata al concetto di formazione continua è la necessità di saper istruire un processo di valutazione; quindi ricavare una serie di dati provenienti dall'applicazione del modello teorico scelto e poi misurarli.

Riteniamo utile affiancare alla valutazione concettualmente prevista anche una valutazione esterna, che possa far vedere in tutto l'insieme come vien letta sul territorio la presenza di un impianto riabilitativo, residenziale e semiresidenziale, come Casa Godio; pensiamo ad un Comitato Etico composto da un numero non rilevante di personalità nel campo intellettuale, artistico e professionistico che conosca il contesto sociale, la storia dell'impianto, il territorio in cui esso vive e presti i suoi servizi alle persone direttamente interessate (utenti, famiglie, operatori, amici, altre strutture e organizzazioni); che faccia insomma da traguardo comunitario nella visione di una psichiatria di territorio, testimoniando un coerente livello della cultura della qualità percepita e contemporaneamente dimostrando la fisicità del collegamento tra Casa Godio e il contesto sociale circostante.

Nel campo della salute mentale poi numerose ricerche hanno dimostrato che gli esiti positivi della terapia sono correlati più alla percezione della persona interessata e alle attitudini dell'operatore, che invece agli obiettivi prefissati e alle tecniche applicate.

Occorre ricordare che mentre nell'esperienza privata tra professionista e persona nello scambio di psicoterapia individuale tutto è basato sulla diagnosi, valutando il livello di funzionamento, monitorando le recidive, classificando i sintomi, e quindi la valutazione è riferita solo a ciò; nella pratica dei servizi di riabilitazione invece il

rapporto tra operatore e persona testimonia quanto la relazione sia imprescindibile e guarda all'intera persona e non solo al suo aspetto clinico. Si parte dall'assunto che per la persona la diagnosi è un assalto alla sua dignità e al suo senso di sé; prescindere da tale problema può aumentare il rischio di conflitto e la distanza di percezione e di esperienza tra chi fornisce il servizio e chi lo riceve.

IL DELICATO RAPPORTO CON I FAMILIARI

Tutti si augurano che il trattamento faccia capire alle persone care in che mondo esse vivono, e che tale trattamento le riporti a come erano anni prima; emerge così la concezione magica del trattamento psichiatrico ed il ruolo quasi passivo assunto dalla persona.

I familiari, allora, occorre che facciano venir fuori anche elementi di contestazione, di critica e di insoddisfazione; evitando atteggiamenti di idealizzazione dello staff, di abbassamento del livello dei loro diritti, come quello di ricevere prestazioni intensive e mirate al nucleo familiare, evitando anche la sovrapposizione tra la buona predisposizione umana e la competenza tecnica degli operatori, eccessiva attesa del cambiamento quasi taumaturgico della persona cara per il trattamento ricevuto e contestuale accettazione di una posizione sostanzialmente passiva della persona de socializzata. Per tutto ciò occorre lavorare in profondità e in maniera laica con il contesto dei familiari, evitando che valutazioni importanti sull'operare dell'equipe possano esser trascurate in modo accondiscendente.

Nel richiamare continuamente nella nostra descrizione di abitare in Casa Godio, l'importanza del contatto e della relazione con i circuiti parentali, occorre fare delle riflessioni sul paradosso di avere individuate tali risorse come strategiche nel processo riabilitativo e terapeutico, e di non avere preparato, in tale scelta, i familiari stessi ad essere risorse utili. E i terapeuti che avrebbero dovuto farlo non hanno invece potuto poiché le ristrettezze finanziarie dell'investimento in questo campo non l'hanno consentito. Casa Godio si organizzerà per dare un contributo a tale contraddizione evitando il mordi e fuggi nella relazione con i familiari degli abitanti della casa. La rete istituzionale dovrà capire che dando una risposta, con progetti relazionali mirati e specifici, a tale esigenza formativa sarà coerente con quanto essa stessa ha inserito nei documenti e nelle normative di riferimento a proposito della rete dei familiari intesi come risorsa partecipativa nel processo riabilitativo; e ciò non potrà essere se si considerano i familiari come questuanti, e non invece come collaboranti che dovranno esser preparati a tale compito.

Tale aspetto investe in modo particolare quei familiari che sono collegati a persone con disagio cronico, e quindi con una storia già di provata e gravosa esperienza, che li porta naturalmente a esser sfiduciati e quindi a non esser più collaborativi, ma anche nei casi di familiari di persone giovani e ancora all'inizio del vissuto di tale fragilità, occorre stare attenti a curare la relazione con loro e

formarli, non solo informarli, affinché divengano coterapeuti e collaborativi nello sforzo, comune a tutti, di ‘ricattare’ una persona e con la sua partecipazione avvicinarla ai percorsi della quotidianità sociale.

E’ fondamentale dire ai familiari che non esiste una data dopo la quale, o a partire dalla quale, si può dare il timbro di cronicità; la cronicità può anche essere precedente, e di molto, rispetto al tempo in cui si manifestano determinati comportamenti più accentuati ed evidenti, come può essere anche collegabile fin dall’inizio ad un disagio serio, semplicemente pensando come familiari che tanto non c’è niente da fare.

Per questo motivo in Casa Godio verrà impostata la cultura della ‘vitalità’ della residenza, e tale cultura dovrà interessare e coinvolgere i familiari, ne va in caso contrario della validità stessa della scommessa del riabilitare in tutti i casi, certo con modalità e percorsi diversi per ogni persona, familiari compresi. Tutto ciò per evitare quella fase di cronicità che coincide con la perdita di tutte le speranze di una vita migliore e con la definitiva rinuncia da parte della persona abitante in Casa Godio, e da parte dei familiari. E non è certo questo che la letteratura scientifica aggiornata sulla psichiatria di comunità e di territorio, quindi sociale, prescrive e indica.

Non bisogna allora far sentire i familiari inutili, impotenti, sostituiti oppure lasciati in abbandono dello pseudo rimedio dei farmaci. La scelta obbligata diviene allora quella di ‘fondare una vera collaborazione’, per capire insieme ed insieme, con umiltà di tentativi ed errori, trovare la strada migliore per aiutare la persona in difficoltà, per arrivare a sostenerla in cambiamenti possibili. Creando un clima che non sia caricato del concetto di malattia che deresponsabilizza loro e la persona a loro cara, concetto che se a breve termine ‘tranquillizza’ dall’ansia e dai sensi di colpa, a medio termine invece può produrre lo spegnimento totale del pensare e quindi della speranza.

Tale concetto infatti implica un disvalore che si struttura e diviene esso imm modificabile, e ciò è molto grave per persone, spesso giovani, che si sentono alfine irrimediabilmente dei falliti. Portare invece al riconoscimento di una ‘incapacità specifica’ comporta la possibilità di collaborare, condividere emotivamente, comprenderne la cognizione e soprattutto cercare di combatterla.

LA PERSONA OSPITE DI CASA GODIO...

Nella terapia di comunità per persone con disagio psichico l’aspetto delle emozioni diviene gerarchicamente il più importante, e questo è collegato alla componente temporale; ci chiediamo allora, anche in Casa Godio, se la persona appena nasce comincia prima a pensare e poi ad emozionarsi, o viceversa. E’ un po’ come chiedersi se è nato prima l’uovo o la gallina; il nostro modo di abitare insieme nella nostra casa non prevede di dare una risposta esaustiva sinora inesistente a tale domanda, siamo invece convinti che per evitare di sprecare il

tempo della vita occorra essere circolari sì, e crediamo che sia opportuno quindi mettere al primo posto l'emozionalità sul pensare; l'ingresso di una persona in Casa Godio, ad esempio, non è un momento come gli altri e l'accoglienza diviene per la persona l'occasione per farla entrare in una visione altra del mondo, e fargli pensare al momento, quel momento accogliente, che se rappresenta una novità esso stesso è un'occasione di cambiamento.

Non esiste la psicosi esiste lo psicotico, che non è come tutti, individuo uguale agli altri individui, e in quanto psicotico non è uguale ad altra persona anch'essa psicotica. E qui torna la necessità di una equipe motivata, armonica e armoniosa, i cui componenti tendano ad un unico fine, quello del cambiamento migliore della persona. Non certo il miglioramento del singolo per prevalere sull'altro ma per dare collaborazione a dare il miglior risultato per tutti: l'equipe e le persone da essa seguite sono un insieme.

...E L'OPERATORE

Il componente l'equipe, l'operatore più adatto, è colui che con chiara decisa umiltà, senza presunzione, si pone forte e gioioso, in quanto convinto di desiderare la nascita e il cambiamento nell'altro, in rapporto con lui. Un operatore in equipe evita di cadere nel tranello dell'ideale; occorre creare sinergia tra l'ideologia ed il fare, costruire azione; idealità nel pensiero, e concretezza nella realtà allora.

L'operatore di Casa Godio non entra in questa realtà di lavoro come quando si entra nel commercio degli oggetti e deve sempre riflettere sull'intensità della sofferenza di una persona con disagio psichico, rapportandosi con tale sofferenza per evitare un percorso di autodistruzione nella persona che vive tale disagio. Certo, occorre star lontani dall'onnipotenza di 'guarire' tutti, ma dobbiamo metterci in queste condizioni di uno scambio di possibilità umane.

Rimandiamo al capitolo specifico sull'organizzazione del lavoro per ulteriori approfondimenti.

IL PROGETTO TERAPEUTICO PERSONALE

Sia pure se schematicamente e convinti della necessità di approfondire ulteriormente in sede di programmazione operativa lo schema che presentiamo, riportiamo quelli che sono indicatori e dimensioni che entrano in gioco nel definire, in maniera diacronica e dinamica, il percorso delle singole persone che abiteranno Casa Godio, al di là dei tre livelli di servizio citati:

1) Presupposti

- a) possibilità di reinserimento sociale
- b) autonomia parziale

2) Storia della persona

- a) storicizzazione
- b) presenza e individuazione parenti e/o conoscenti

3) Rapporti con il sociale

- a) con chi è in contatto
- b) chi lo cerca
- c) chi lo accoglie
- d) chi lo fa lavorare

4) Rapporti con sé

- a) corpo, attività fisica
- b) sensorialità (musica, pittura, teatro)
- c) relazioni con gli altri
- d) cura e sviluppo animali con allevamento

5) Disponibilità economica

- a) da pensione
- b) da lavoro
- c) situazione concreta o potenziale di reddito personale, con possibilità di lavoro
- d) incapacità non modificabile

6) Affari amministrativi

- a) documenti, pensione, assicurazioni, eredità
- b) consulenza amministratore di sostegno

7) Salute fisica

- a) indagini occorrenti per valutazione espressioni creative, e/o lavorative possibili

8) Terapia

- a) psicologica
- b) farmacologica

9) Psicoterapia

- a) individuale
- b) di gruppo

10) Intervento sociale

- a) controllo attitudini di lavoro, attività sociali
- b) tempo libero, rapporti con i familiari
- c) counseling familiari e/o con altri parenti e amici

11) Tempo presa in cura

- a) diversificare per tipologia della persona
- b) diversificare per storia personale

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Sul piano delle metodologie di organizzazione del lavoro sarà privilegiato un approccio di tipo cooperativo; una organizzazione cooperativa del lavoro è d'altronde un presupposto fondamentale per cominciare ad agire – già all'interno dello staff del progetto - quella dimensione della rete che tanta importanza riveste per le attività previste.

L'organizzazione cooperativa del lavoro consentirà di far lavorare i partecipanti dello staff di progetto in gruppo, facilitando - nel contempo - l'acquisizione di abilità sociali. Si tratta quindi di un sistema che permette di apprendere sia abilità professionali specifiche che comportamenti sociali di collaborazione e cooperazione.

L'organizzazione cooperativa del lavoro è un metodo di lavoro a mediazione sociale di tipo orizzontale, all'interno del quale i compiti e le responsabilità vengono suddivisi tra i membri di uno staff accomunato da un sentimento di fiducia e solidarietà reciproca, dove il conflitto tende ad assumere una direzione costruttiva; tutti i membri dello staff sono chiamati a partecipare al processo di pianificazione operativa e di valutazione partecipata della qualità del lavoro. Si attiverà in questo modo un processo circolare di scambio e partecipazione all'interno del quale ciascun membro dello staff di coordinamento sarà stimolato e motivato a impegnarsi al meglio nella pianificazione e realizzazione delle attività; la letteratura esistente a riguardo ma anche la nostra esperienza operativa confermano che tra i vantaggi che questo tipo di modello presenta vi sono:

- Maggiore impegno dei membri dei gruppi di lavoro: tutti i partecipanti ai GdL lavorano più a lungo sul compito e con risultati migliori, aumentando la loro responsabilizzazione, migliorando la motivazione intrinseca e sviluppando maggiori capacità di ragionamento e di pensiero critico;
- Relazioni più positive nel gruppo: i partecipanti sono coscienti dell'importanza dell'apporto di ciascuno al lavoro comune e sviluppano pertanto il rispetto reciproco e lo spirito di rete;
- Maggiore benessere psicologico: i membri dei GdL sviluppano un maggiore senso di autoefficacia e di autostima, e sopportano meglio le difficoltà e lo stress.

Per quanto concerne le figure previste per la gestione dei tre livelli di servizio e delle attività ad esse correlate (progettazione, supervisione, formazione e aggiornamento, networking, etc.) si rimanda all'analisi dei costi allegata. Si tenga presente che quella presentata è una ipotesi di assetto.

E' solo in prima battuta lavorando al *Piano operativo di sviluppo del servizio* (che, lo ricordiamo, verrà consegnato nelle prossime settimane, sarà frutto di un lavoro

di co-progettazione con il DSM territoriale e con il Tavolo regionale sulla salute mentale, e conterrà informazioni di dettaglio relative alla programmazione delle attività, alle fasi di sviluppo del servizio – startup, avvio a regime, consolidamento, rilancio –, alle singole figure professionali coinvolte, al sistema di monitoraggio e valutazione, etc.) e tenendo conto da una parte degli standard previsti dall’accreditamento e dall’altra di un approfondimento sugli aspetti di management, di intervento terapeutico e riabilitativo, di organizzazione, che si arriverà all’assetto definitivo e alla definizione specifica delle funzioni e dei ruoli.

ALCUNE PECULIARITÀ DEL PERSONALE

Poter scegliere con una selezione seria il personale che dovrà operare nel campo della riabilitazione è cosa oltremodo importante e che dovrà essere coerente con la visione di una psichiatria di comunità; alcune attitudini quindi vanno evidenziate come strutturali per operatori convinti di dover lavorare in contesti così delicati, e a contatto con personalità esigenti come è nella fragilità mentale. Si elencano di seguito alcune di tali attitudini e caratteristiche collegate:

- esperienze lavorative precedenti
- livelli di soddisfazione e di realizzazione della propria vita privata
- tolleranza alla frustrazione per il contatto con persone desocializzate e per i percorsi lunghi necessari a raggiungere obiettivi di riabilitazione
- controllo della propria aggressività
- autocontrollo di fronte all’aggressività altrui
- assenza di pregiudizi nei confronti delle persone con disagio psichiatrico
- assenza di diffidenza paura o imbarazzo, quando la persona si comporta in modo desocializzato (aggressività, deliri, allucinazioni...)
- disponibilità ad acquisire e sperimentare un metodo di lavoro (permeabilità alla formazione specifica)
- disponibilità a lavorare in equipe
- disponibilità a garantire un periodo di permanenza di almeno due anni
- disponibilità ad informare l’equipe con un certo anticipo, se decide di lasciare (quest’ultimo aspetto dovrà vedere il

responsabile sempre disponibile a favorire la fuoriuscita, seppur dolorosa, di un membro dell'equipe non più motivato).

E' sempre meglio sapere quali ragioni possono allontanare un componente l'equipe, ad esempio: conflitti permanenti con colleghi, conflitti con il responsabile, difficoltà a cooperare con colleghi e ambienti esterni, visione paranoica dei rapporti, difficoltà a tollerare la lentezza dei risultati raggiunti, intollerabilità ai periodi di stallo, difficoltà a non tollerare involuzioni, intolleranza verso i familiari esigenti, assunzione di responsabilità eccessiva e autocolpevolizzazione per risultati non raggiunti, reazione di rabbia quando la persona non raggiunge i risultati sperati, gravi problemi nella vita privata affettiva, difficoltà a dirigere la relazione con l'utente e debolezza a confondersi con lui.

RISORSE UMANE PREVISTE

MODULO RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA per n. 10 posti residenziali

Operatori con presenza programmata		
Qualifica professionale	minutaggi	Ore sett.
Direttore Sanitario		16
Psicologo	20 minuti die x pz x 6 gg.	20
Psicoterapeuta	45 minuti/sett. x pz	7,5
Supervisore-psicoterapeuta	4 h/sett.	4
Dietista	10 minuti die x pz x 6 gg.	10
Personale amministrativo		18
Operatori a tempo pieno in turno		
Educatore	n° 4 x 36	144
Infermiere Professionale	n° 3 x 36	108
Medico psichiatra	n° 2 x 18	36
Operatore socio-sanitario	n° 5 x 38	190
Ausiliari servizi generali	n° 2 x 24	48

MODULO RESIDENZA PROTETTA per n. 10 posti residenziali

Operatori con presenza programmata		
Qualifica professionale	minutaggi	Ore sett.
Coordinatore Responsabile		24
Personale amministrativo		18
Operatori a tempo pieno in turno		
Educatore	n° 3 x 36	108
Infermiere Professionale	n° 1 x 24	24
Operatore socio-sanitario	n° 5 x 38	190
Ausiliari servizi generali	n° 2 x 24	48

Per il CD e gli altri servizi da attivare il personale verrà determinato in base alle esigenze gestionali.

PRINCIPALI MODALITA' DI MONITORAGGIO E SVILUPPO DEI PROCESSI DI GESTIONE

Di seguito elenchiamo alcuni degli strumenti di gestione e di controllo (essi andranno integrati con strumenti standardizzati usati in ambito sanitario e sociosanitario a livello regionale e locale). Tali strumenti supportano, inoltre, le azioni di monitoraggio e valutazione e li abbiamo volutamente divisi in qualitativi e quantitativi.

Strumenti qualitativi

La riunione di équipe

Il primo fra tutti gli strumenti necessari, volti a sostenere al meglio il lavoro e le risorse umane che ha a disposizione il progetto, è l'équipe e la riunione sistematica della stessa. Questa deve essere intesa come spazio di secondo livello, come un'opportunità meta, come luogo di riflessione, meditazione e progettazione. Formalizzata in tempi e spazi adeguati (due ore ogni quindici giorni) è sicuramente uno fra i momenti più importanti della organizzazione e della progettazione.

La supervisione

Importante, è che l'équipe abbia uno spazio adeguato che permetta l'analisi, la comprensione, la gestione, l'elaborazione e quindi il superamento delle criticità che sono collegate all'organizzazione ed al metodo. Luogo eletto per tale attività è la supervisione di cui lo staff nella sua interezza si avvarrà in maniera costante.

Diario Giornaliero

Un piccolo ma fondamentale strumento quotidiano è il diario o giornale di bordo che, oltre a veicolare in modo più funzionale la comunicazione fra i colleghi, diventa ulteriore luogo di riflessione. Viene utilizzato giornalmente e vengono appuntate informazioni relative all'andamento della giornata, specificità riguardanti le attività, indicazioni di tipo organizzativo da comunicare ai colleghi che leggeranno successivamente il diario. Questo permette di poter avere una continuità del flusso di informazioni sulle attività e gli eventi. Inoltre, un ulteriore aiuto alla comunicazione e alla partecipazione è il **diario delle riunioni di équipe** che verrà costantemente aggiornato per diventare testimonianza ulteriore del lavoro svolto e condiviso.

Aggiornamento e Formazione

La formazione è intesa come processo che tende al cambiamento delle persone e dell'organizzazione stessa, al moltiplicare le occasioni di riflessione e all'acquisizione di nuove competenze. Essa non va quindi intesa solo come generico riconoscimento dell'utilità dell'approfondimento o dello studio teorico, ma va anche soprattutto intesa come risposta ad un'esigenza di interrompere l'azione per abituarsi a ripensare l'azione stessa, per sospendere gli automatismi.

Giornata di studio e di verifica trimestrale

A cadenza trimestrale verrà organizzata, una giornata di lavoro e approfondimento dove in itinere si cercherà di fare un'analisi sull'andamento dell'intervento, cercando di cogliere punti di forza e di debolezza, di fare una verifica sugli obiettivi.

Strumenti quantitativi

Schede di monitoraggio interne

Scheda giornaliera

Nelle schede di monitoraggio interna giornaliera verranno quotidianamente riportati i dati relativi alle singole azioni svolte, in backoffice ed in frontoffice.

Scheda riepilogativa mensile

I dati della scheda giornaliera verranno successivamente aggregati all'interno di una scheda mensile.

Scheda riepilogativa

Rileva da un punto di vista quantitativo le azioni effettuate e le criticità emerse ogni due mesi.

PRIME COORDINATE RELATIVE AL MONITORAGGIO E ALLA VALUTAZIONE

Il progetto prevede, come già detto, interventi multidimensionali e complessi. E' necessario a questo proposito definire un impianto di monitoraggio e valutazione delle azioni che sia fondato su due presupposti (che verranno ripresi in seguito). Il primo, è quello secondo cui la valutazione deve essere, oltre che capillare, *partecipata* (parliamo non a caso di networking, di metodologie attive di disseminazione, di progettazione territoriale aperta). Il secondo presupposto è che non si faccia solo un lavoro di valutazione collegato ad una dimensione micro, pur se complessa (per capirci: la soddisfazione dei familiari relativa all'accoglienza o cose del genere), ma anche un lavoro centrato sul *sistema*, sulle interazioni tra le reti e le organizzazioni che le compongono. A ciò si aggiunga il lavoro di valutazione delle policy che rientra in una delle azioni istituzionali e non è assimilabile, *tout court*, alla valutazione del lavoro del progetto.

Sul piano metodologico generale è opportuno fare una ulteriore precisazione che riprenderemo. Se parliamo di azioni sociali "immateriali", a volte può esserci una sovrapposizione tra valutazione di processo e di esito. O meglio, è il raggiungimento degli obiettivi operativi isolati in fase di valutazione di processo, laddove considerati attendibili, a determinare molto spesso – almeno in alcuni ambiti valutativi – l'impatto complessivo del progetto e la sua efficacia (facciamo un esempio: per capire se è riuscito un percorso di disseminazione in un determinato territorio possiamo basarci, oltre che sull'incremento dei livelli di conoscenze, anche sui processi attivati in fase successiva e sulla loro qualità. Ci riferiamo all'attivazione delle reti locali, all'outcome, al lavoro cioè, prodotto da tali reti, alla loro tenuta nel tempo, etc.).

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DELLE AZIONI

Oggi si fa un gran parlare di valutazione. Va tuttavia sottolineato che nella pratica siamo ancora in una fase di transizione: qualche progetto viene valutato al meglio, qualcun altro solo apparentemente. Comunque, non possiamo prescindere dal monitorare l'andamento delle azioni e dal verificarne l'efficacia, e a questo scopo verificheremo la tenuta di alcuni modelli valutativi basati sulla partecipazione degli attori protagonisti dell'intervento.

Affrontiamo dunque alcune questioni relative alla metodologia della valutazione partecipata. Essa nasce nell'ambito della psicologia di comunità e ipotizza, appunto, processi partecipati nell'intero percorso di valutazione. E' un sistema di monitoraggio che si applica sugli obiettivi, sul rapporto costi-benefici, ma anche e soprattutto sulle capacità elaborative e metodologiche che un progetto stesso attiva e sugli elementi esperienziali che la realtà di un'azione sociale produce.

In questa logica, si parte dalla consapevolezza che in un progetto a forte valenza immateriale le variabili che concorrono al raggiungimento dei risultati siano

numerose e non possano prescindere dalla compresenza di più attori che contribuiscono al raggiungimento dei risultati.

Gli esiti di un progetto non sono legati solo alle azioni di chi vi lavora materialmente e in modo diretto, ma anche dai processi che caratterizzano il sistema in cui si opera e quelli limitrofi.

In questa logica non è possibile prescindere dalla realtà stessa dei beneficiari e dalla loro attiva partecipazione all'intero percorso, compresa la fase valutativa. Ecco, perché alla luce di questa consapevolezza, nei percorsi di valutazione partecipata può trovare ampio spazio il processo di autovalutazione da cui è possibile trarre spunti fondamentali, per esempio per verificare le azioni di ricerca e di disseminazione.

L'attenzione al processo autovalutativo consente al mondo dei progettisti, dei gestori, dei ricercatori, nonché alle figure istituzionali presenti in un progetto, di comprendere pienamente il proprio ruolo attivo nella riuscita di un percorso e di osservare eventuali contraddizioni che esso può produrre. Si tratta di un modo di intendere il processo valutativo come un'occasione di sviluppo di empowerment su tutti i livelli che caratterizzano un sistema complesso. Si tratta di lavorare sulla trasparenza di quanto viene fatto e di come viene fatto e di studiare gli effetti di un programma rispetto alle conseguenze attese e non attese per la popolazione e le organizzazioni coinvolte.

Un processo di valutazione partecipata consente infatti, sia di comprendere da più punti di vista anche quanto non era stato considerato in partenza in termini obiettivi, sia ciò che costituisca eventuali effetti indesiderati. Questo presuppone naturalmente un effettivo interesse da parte dei partecipanti nel rendere evidenti i propri metodi, i propri punti di forza e anche quelli di debolezze, con la disponibilità a sottoporli al giudizio esterno.

Le scuole valutative più moderne identificano come impianto complessivo di valutazione tre elementi chiave: i *risultati*, che hanno diretta attinenza con gli obiettivi di un progetto, i *processi* che sono connessi alle dinamiche che le azioni attivate producono tra gli interlocutori coinvolti ed i *cambiamenti prodotti* dai diversi sistemi, l'impatto che è costituito dalle modificazioni di carattere macrosociale e dalle trasformazioni di tipo culturale.

STRUMENTI E PARAMETRI DI VALUTAZIONE UTILIZZATI

Coerentemente con l'impostazione metodologica sopra descritta, gli strumenti di monitoraggio e valutazione verranno determinati nel dettaglio in fase di pianificazione esecutiva, ovvero una volta verificate le condizioni specifiche di sviluppo del progetto. In questa fase è invece essenziale precisare ulteriormente il contesto metodologico, fissare alcuni principi ed obiettivi del processo

valutativo, ma anche individuare possibili difficoltà e individuare le opportune strategie di risposta.

Il processo di monitoraggio e valutazione del progetto va considerato come una risorsa e come uno strumento di lavoro utile a diversi livelli poiché consente di:

- rendere espliciti gli obiettivi del progetto;
- realizzare il confronto partecipato fra diversi partner coinvolti, a diversi livelli, nella gestione del progetto e delle attività;
- orientare, migliorare e modificare le attività in corso;
- rendere visibili i risultati degli interventi e l'impatto degli stessi sulla popolazione destinataria;
- facilitare l'esercizio delle responsabilità dei ruoli e delle professionalità coinvolte, ponendosi come strumento di autoapprendimento delle strategie e delle modalità del sistema in cui si opera.

Crediamo, ora, che sia necessario affrontare le due questioni fondamentali accennate all'inizio. Quella della valutazione da intendere in termini processuali e metodologici come *valutazione partecipata*, e quella della valutazione intesa come *valutazione complessa e di sistema*.

Rispetto al primo punto, è necessario sviluppare un dialogo costante con i vari attori che sono deputati a definire e mettere in pratica le politiche relative alla salute mentale, capendo, nel nostro caso, che impatto ha il servizio nei singoli contesti. Tali attori, debbono essere messi in grado, pertanto, di potere essere considerati parte attiva, partendo dalle specifiche esperienze di campo, di modelli valutativi aperti e pluridimensionali.

Per quello che concerne il secondo punto, direttamente connesso a quanto appena detto, è il tema della valutazione di sistema. Ragionare sulla portata complessiva e sull'impatto del progetto vuol dire considerare come contesto e scala di riferimento quella della cittadinanza tutta, delle comunità, dei territori. Valutare e monitorare il sistema quindi, significa essere in grado di verificare se, dai punti di vista amministrativo, politico, culturale, comunicativo, metodologico ed operativo, i vari attori più volte citati che in maniera diversa concorrono a definire le attività e i contenuti dell'intervento, siano in grado di produrre qualità e di rispettare i vari mandati/funzioni che istituzionalmente hanno. E' solo in questo modo, e non schiacciando la valutazione sul rapporto *ente attuatore-implementazione esecutiva dei progetti*, che si può verificare la bontà del nostro intervento che contribuisca a *ridisegnare* i paradigmi di gestione delle politiche pubbliche di cittadinanza relative alla salute mentale.

All'interno di questa impostazione metodologica generale, si procederà, per ragioni di esemplificazione (della complessità operativa e strutturale

dell'intervento), alla scomposizione del progetto per macro azioni utilizzando, per ciascuna di esse, un approccio valutativo che chiami in causa:

- 1) la valutazione delle risorse messe in campo dal progetto (outcome)
- 2) la valutazione di processo, ossia l'insieme delle modalità operative e organizzative messe in atto per la realizzazione degli interventi previsti dal progetto;
- 3) la valutazione di esito ossia la verifica dei risultati prodotti;
- 4) la valutazione del grado di coinvolgimento raggiunto dagli stakeholders di volta in volta coinvolti.

Le domande da cui partiremo sono le seguenti:

- a) Il progetto risponde in maniera efficace ai bisogni riabilitativi e di inclusione delle persone seguite?
- b) Qual'è la capacità di *attrazione* del progetto presso i destinatari finali, intermedi, istituzionali, politici, ecc?
- c) Qual è il livello di visibilità del progetto presso le istituzioni e sul territorio?
- d) Il progetto ha attivato nuove risorse?
- e) Il progetto ha attivato nuove progettualità?
- f) Il progetto ha avuto ricadute a livello di comunità locale?
- g) Come ha contribuito il lavoro di ricerca a favorire i processi di Policy making?

Ognuna di queste domande presuppone un lavoro di analisi e di ricerca rispetto ad ipotetici indicatori che siano in grado di dimensionare i vari aspetti citati. Nella prassi operativa, generalmente, si scelgono le dimensioni di un obiettivo ritenute più sensibili ad operazioni di quantificazione tralasciando molti altri aspetti che, pur essendo significativi, non è possibile tradurre in numeri. Questa breve osservazione induce a riflettere sui rischi che potrebbe comportare un "cieco accanimento" alla ricerca del dato scientifico a tutti i costi, che può portare a perdere di vista la complessità di una azione o di un processo. Alla luce di ciò, si rende inevitabile, in un percorso valutativo di progetti come il nostro, *l'adozione di tecniche e strumenti di indagine di tipo diversificato* che, nell'analisi e verifica degli obiettivi di un programma, integrino elementi descrittivi e qualitativi con elementi oggettivi e misurabili, in modo da poter cogliere la portata reale di un intervento come risultato, in itinere, non solo del dato quantitativo ed ineccepibile, ma anche dalle percezioni empatiche, soggettive, che scaturiscono dal confronto interpersonale tra i vari soggetti che interloquiscono con l'intervento.

Alla luce di quanto affermato, abbiamo provato a definire alcuni (iniziali) indicatori che possono fornire, seppur in modo parziale, prime risposte alle domande che il progetto si è poste secondo una logica di integrazione degli strumenti e delle tecniche utilizzate. Gli indicatori descritti riguardano un primo approccio alla valutazione di sistema e alla valutazione partecipata nel complesso e sono sia di tipo qualitativo che di tipo quantitativo. Essi sono già in parte identificabili in sede progettuale. Per quanto concerne, invece, nello specifico, il monitoraggio *delle attività e degli obiettivi conseguiti* nelle singole azioni, verranno costruiti degli indicatori di *outcome*, di processo, di esito e di soddisfazione per ogni micro percorso di intervento. Come già sopra chiarito, per correttezza metodologica, si preferisce rimandare la definizione di questi ultimi alla fase di pianificazione esecutiva delle attività, che verrà realizzata con la partecipazione dei principali stakeholders coinvolti.

Il lavoro di valutazione – che come abbiamo visto prevede un processo di ampia partecipazione, sarà coordinato da esperti valutatori che faciliteranno e tireranno le fila di tale lavoro.

Lo schema che segue nella prossima pagina ritraduce in passaggi concreti le riflessioni fatte sino ad ora ed è passibile di cambiamenti parziali già in fase esecutiva. Si segnala che lo schema riportato rappresenta un’ipotesi di lavoro e di indirizzo da valutare in sede di implementazione delle attività.

UN PRIMO RAGIONAMENTO STRUTTURATO SUL SISTEMA

Va tenuto presente come spesso sia la capacità di monitorare in termini processuali il raggiungimento degli obiettivi valutativi connessi alle specifiche azioni che, in maniera indiretta, ci permette di valutare anche il raggiungimento degli obiettivi generali e della finalità ultima del progetto. Sarà in ogni caso realizzata una attività valutativa di sistema, ovvero del progetto nella sua interezza (e delle interazioni che esso sviluppa con attori, altri progetti, pratiche, etc.); tale valutazione sarà orientata a rilevare quanto, come e con quale esito le attività del progetto hanno:

- migliorato l’approccio delle istituzioni e delle amministrazioni locali alla salute pubblica, incentivando un sempre maggiore ricorso a pratiche di governance
- favorito la creazione di un sistema di governance delle politiche di salute mentale che veda la partecipazione attiva di tutti i soggetti portatori di interessi rilevanti
- aiutato a superare la *confidence* con i concetti tradizionali che spingono ad adottare decisioni spesso “fuori bersaglio” e favorito invece l’adozione di politiche in linea con una visione sistemica della salute mentale e che tengano conto sia dei risultati delle elaborazioni

teoriche più accreditate che dei risultati delle consultazioni partecipate sul territorio

- analizzato i mutamenti di percezione da parte della cittadinanza rispetto alla rappresentazione del servizio e ai livelli di integrazione con la comunità
- promosso un miglioramento della qualità ed obiettività dell'informazione sui temi della salute mentale espressa da parte degli organi di informazione

La valutazione sistemica del progetto, permetterà inoltre di valutare quale contributo ha fornito il progetto alla crescita del capitale sociale nelle comunità interessate all'intervento.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI RECENTI



Salute mentale nella comunità. Percorsi di inclusione sociale nel distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese

2008, Franco Angeli



Salute mentale e ambientale di lavoro. Conoscere e tutelare dal disadattamento al mobbing

2008, Franco Angeli



Territori per la salute mentale. Manuale per la valutazione delle politiche di inclusione sociale

2008, Franco Angeli



Scarcerando. La salute mentale tra carcere e territorio

2008, Franco Angeli



Prima infanzia e salute mentale. Tempestività diagnostica ed appropriatezza dei trattamenti attraverso il lavoro di rete

2008, Franco Angeli



Salute mentale e immaginario nell'era dell'inclusione sociale

Valastro Orazio M., Debernardi Augusto, Lucini Barbara, 2007, Aracne



Follia gentile. Dal manicomio alla salute mentale

2008, Negretto



Insieme per la salute mentale

Vicini Veronica, Bisulli Eddi, 2007, Il Ponte Vecchio



Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale

Lingiardi Vittorio, 2007, Il Saggiatore



La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario

Senon Jean-Louis, 2006, Centro Scientifico



Pensare il gruppo. Fondamenti e pratica del lavoro di gruppo nel Dipartimento di salute mentale

Carnevali Roberto, Pratelli Alessandro, 2006, ARPANet



Lavorare non è come mangiare un gelato. Percorsi di formazione professionale per persone con



Alcologia e salute mentale. Le situazioni multiproblematiche secondo l'approccio ecologico-sociale

2006, Centro Studi Erickson



Pratiche e politiche per la salute mentale. «Insieme contro lo stigma»: esperienze e progetti a Roma

Digilio Girolamo, 2006, Armando Editore



Infanzia e salute mentale. Modelli di intervento clinico

2005, Cortina Raffaello



Il giardino del mago. Cinema, teatro, prove di salute mentale

2005, COEDIT



Vade retro del pregiudizio. Piccolo dizionario di salute mentale

Digilio Girolamo, 2005, Armando Editore



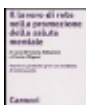
La promozione della salute mentale e i giovani. Teorie e pratiche

Rowling Louise, Martin Graham, Walker Lyn, 2004, McGraw-Hill Companies



Lavorare in psichiatria. Manuale per gli operatori della salute mentale

2005, Bollati Boringhieri



Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale. Teorie e pratiche per un modello di intervento

2004, Carocci



A me chi mi cura? Un'odissea nella salute mentale

Gicca Palli Fulvia, 2004, Armando Editore



La cura del disagio psichico. Rapporto sulla salute mentale a Milano

2004, *Franco Angeli*



Nursing di salute mentale

Barelli Paolo, Spagnoli Elisabetta, 2004, *Carocci*



Il futuro dei servizi mentali in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale

Piccione Renato, 2004, *Franco Angeli*



Accreditamento volontario tra pari delle strutture residenziali riabilitative in salute mentale

Pioli Rosaria, Rossi Giuseppe, Morosini Pierluigi, 2004, *Centro Scientifico*



Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione

Carozza Paola, 2006, *Franco Angeli*



L'utopia della realtà

Basaglia Franco, 2005, *Einaudi*



La terapia familiare nei servizi psichiatrici

Cirillo Stefano, Selvini Matteo, Sorrentino Anna M., 2002, *Cortina Raffaello*



Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia

Dell'Acqua Peppe, 2005, *Editori Riuniti*



Il matto inventato

Andreoli Vittorino, 2007, *BUR Biblioteca Univ. Rizzoli*