

# **Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire**

**Palazzo Ducale - Sala Maria Luisa  
- Provincia di Lucca**

**7 giugno 2003**

**“Le strategie di reinserimento”**



**Gemma Del Carlo -Pres. F.A.S.M.**

***Relazione introduttiva***

Buongiorno a tutti, iniziamo la terza e ultima parte di questo primo ciclo di incontri.

**Dalla malattia mentale si può guarire.** E' questo il messaggio forte che è venuto fuori dal secondo incontro del convegno **“Dal Tunnel delle malattie mentali si può uscire”**.

Dopo l'appuntamento del 29 marzo scorso, dove da tutti i relatori è stato confermato che si può uscire dal Tunnel, l'iniziativa è proseguita (sabato 10 maggio 2003) nella Sala Maria Luisa di Palazzo Ducale a Lucca, con la trattazione del tema **“Prevenzioni e percorsi terapeutici”**, dove il **Vice Presidente della Provincia Antonio Torre**, nel suo intervento all'apertura del convegno, ha riconosciuto l'importanza di questa nostra iniziativa ed ha anche evidenziato il ruolo che la F.A.S.M. svolge per stimolare le istituzioni. Inoltre ha assicurato il contributo della Provincia per la salute mentale.

Dopo l'intervento del **Direttore Generale dell'Az. U.S.L. 2 Oreste Tavanti**, sono seguiti quelli dei dirigenti della stessa Az. U.S.L. 2 sul tema **“Quali servizi?”**. L'argomento è stato affrontato da più punti di vista: **delusione hanno destato nei familiari l'intervento e i dati presentati dal responsabile del S.P.D.C. Dr. Lastrucci il quale considera guarite le persone che hanno avuto un solo ricovero, senza aver accertato i percorsi** di queste persone. **Il Direttore Sanitario Branka Vujovic** ha concluso gli interventi dell'Azienda USL e tra gli obiettivi da raggiungere ha affermato che c'è quello di rafforzare le politiche preventive e di promozione della salute, quello di aumentare **l'integrazione e quello di arrivare ad un sempre maggiore coordinamento tra i soggetti (pubblici e privati)**. Inoltre, per la Salute Mentale, la difficoltà maggiore non sta solo nella insufficienza delle risorse, ma soprattutto **nel riuscire a coordinare gli interventi** e le idee degli operatori.

Un importantissimo contributo è stato dato dagli altri qualificati relatori: **la Dr.ssa Laura Musetti della Clinica Psichiatrica della Università degli Studi di Pisa** che ha trattato con chiarezza l'efficacia del farmaco, **il Dr. Rolando Paterniti del C.S.M. di Firenze** che ha parlato della vulnerabilità e delle cause del malessere, **mentre il Dr. Francesco Tafuro del C.S.M. di Firenze** ha trattato della psico-educazione alle famiglie, infine **la sottoscritta per la F.A.S.M.** ha esposto il servizio d'ascolto e dell'auto-aiuto tra familiari.

Come già nel primo appuntamento, una voce di speranza e di fiducia è arrivata dalle testimonianze di familiari, utenti e operatori.

A chiusura dei lavori è intervenuto il coordinatore del Dipartimento Diritto alla Salute della Regione Toscana **Mario Romeri**, che ha sottolineato il concetto di guarigione che è possibile anche per le malattie mentali. **Questo è infatti il vero obiettivo, che può essere raggiunto, la Regione si impegnerà dando alla comunità gli strumenti necessari.** Romeri ha evidenziato che i servizi sanitari sono usciti dall’isolamento e da tempo stanno operando sul territorio. In questo ambito assume un ruolo fondamentale, di stimolo e di supporto, l’attività portata avanti da associazioni come la FASM.

Esprimiamo la nostra soddisfazione per l’ampia partecipazione registrata anche in questo secondo incontro, che ha permesso di proseguire e capire i percorsi terapeutici che permettono a chi ha questi problemi di uscire dal tunnel. **Questi percorsi sono efficaci, come è emerso dagli interventi di tutti i relatori, se intrapresi precocemente e coordinati, altrimenti non si ne esce**

Nel corso dell’incontro è stata messa in rilievo la collaborazione sempre più stretta in atto fra istituzioni, associazioni e cittadini. Il cammino da compiere è però ancora lungo.

**Si ringrazia nuovamente per il patrocinio e la collaborazione l’Azienda USL 2, il Comune e la Provincia di Lucca, l’Arcidiocesi di Lucca, la Regione Toscana, la Società Italiana di Psichiatria, il C.S.A. Ufficio Scolastico per la Provincia di Lucca e per il contributo la Fondazione della Cassa di Risparmio di Lucca.**

**Si ringrazia inoltre la Ditta DELCA S.p.A. la Circostrizione n° 2 e la n° 4, le Parrocchie di S. Vito e di Porcari, la Fondazione Banca del Monte di Lucca, Caccia Pesca e Ambiente, i gruppi Donatori di Sangue di Massa Pisana e di Gragnano, i Volontari, tutti i soci e gli amici sostenitori.**

L’On. Maria Eletta Martini, Presidente del CNV, ci dà il suo saluto.

**Sen. Maria Eletta Martini**

**Presidente Centro Nazionale del Volontariato**

***Saluti delle autorità***

Mi scuso di non poter stare fino alla fine, ma in due posti contemporaneamente non è possibile essere presente. Intanto devo congratularmi del cammino che ha fatto la

F.A.S.M. Credo che dieci anni fa una serie di tre incontri di questo tipo (mia sorella mi ha detto stamattina: ma come non ci sei già stata l'altro giorno!) non sarebbe stata pensabile. Sono tre puntate, tutte e tre interessanti e anche costruite con molta razionalità. Oggi dovrebbe essere la giornata anche delle risposte perché il tema della giornata è tutto incentrato sulle responsabilità del Servizio Sanitario. Io volevo complimentarmi non solo per questo, ma anche perché questa è la riprova che le associazioni possono contribuire a offrire qualcosa di più, rispetto a quanto fanno le istituzioni perché portano un'esperienza vissuta che fanno da tramite tra famiglie e istituzioni. Volevo anche dire una notizia di questi giorni che non abbiamo ancora pubblicizzato, perché la scadenza dalla quale inizieremo a cercare ragazze e ragazzi per il servizio civile scade dalla pubblicazione ufficiale della Gazzetta Ufficiale, ma noi abbiamo avuto la comunicazione ufficiale dal Ministero che il nostro progetto di cui la F.A.S.M. e la A.S.L. in gran numero fa parte è stato approvato. Parliamo di 108 volontari civili che hanno un impegno per un anno di venticinque ore settimanali che diventano una discreta forza. Abbiamo fatto bene a mettere insieme Associazioni, Istituzioni, Comuni, la Provincia e le ASL (Lucca e Viareggio). Questa questione del servizio civile è veramente una ricchezza perché coinvolge ragazze e ragazzi dai 18 ai 26 anni. Tutti ci lamentiamo perché le nostre associazioni invecchiano ed è vero perché io sono il prototipo di quelli che invecchiano, però questa indicazione può essere utile. L'altra cosa che volevo sottolineare è la data oltre la quale scade la ricerca di persone che siano disponibili. Poiché cercare 108 persone non è facilissimo allora chiederemo anche in quel senso la collaborazione alle Associazioni e alle Istituzioni che poi diventano anche i beneficiari di questa iniziativa. Siamo in un momento non facile per il volontariato; ieri in questa stanza ci siamo anche confrontati con una serie di realtà che ci si pongono in maniera diversa. Ieri sera per televisione ho sentito che non esistono più i contratti di collaborazione continuata e esistono altri problemi.

Io mi scuso perché me ne devo andare però volevo ringraziarvi per questa dimostrazione concreta con questi incontri di cosa significa il rapporto tra Istituzioni e Associazioni. Non è così semplice fare delle doverose richieste ed avere un certo dialogo, questo grazie anche alla grinta di Gemma. C'è voluto un po', ma avere intanto raggiunto questo è un successo ed è merito di tutti. Auguri di buon lavoro e scusate se me ne devo andare.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie alla Sen .Maria Eletta Martini, abbiamo apprezzato veramente la sua visita. Grazie di cuore.

Andiamo avanti con la giornata dove parleremo del reinserimento. È stato fatto tutto un percorso e questo dovrebbe portarci a capire le conclusioni su come dobbiamo muoverci sulla salute mentale. Le risorse continuano a diminuire anche in questi giorni e passo adesso la parola al Direttore Generale Oreste Tavanti.

## **Oreste Tavanti -Direttore Generale dell’Azienda U.S.L. 2**

### ***Apertura dei lavori***

Siamo arrivati a questo terzo appuntamento di questo percorso, molto importante perchè in queste giornate abbiamo puntualizzato aspetti rilevanti delle nostre problematiche e abbiamo iniziato un confronto interno attento per capire che alle questioni emerse anche dalle giornate precedenti possiamo dare risposte significative. La riflessione interna l’abbiamo iniziata a porte chiuse, ma faremo lo stesso anche a porte aperte e questa è la vera novità.

Tutti noi del settore pubblico abbiamo forse troppo spesso la tendenza ad autodefinirci ed autoreferenziarci.

Noi abbiamo deciso di attuare un confronto con la Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, da cui stanno emergendo punti di forza e di debolezza in quello che stiamo facendo nel settore della salute mentale.

Si è anche evidenziato che tutto questo non basta; dobbiamo infatti aprire le porte e capire cosa vogliono gli utenti della salute mentale, anche se non è facile un confronto con loro e con le loro famiglie.

Questa novità che portiamo rappresenta un caso quasi unico nel sistema sanitario nazionale e avremo la possibilità di confrontarci con una realtà romana quindi faremo dei questionari confrontandoli con la realtà romana, in cui tale esperienza è già stata fatta. Saranno predisposti dei questionari, li divideremo con le associazioni di volontariato e con i nostri operatori per capire come “vivono la realtà dei servizi coloro che sono i più interessati al problema.

Il messaggio che quindi voglio dare è quello che il nostro obiettivo è garantire un’attenzione forte a questo percorso nuovo.

Direi che questa mattina siamo nella fase più delicata, che è quella della capacità che può esprimere una comunità (non solo l’Azienda sanitaria o l’associazione) di garantire percorsi di reinserimento e di integrazione lavorativa e sociale a persone che hanno avuto questa storia.

Stamani aprendo il giornale ho visto una bella pagina in cui ci sono volti di ragazzi sorridenti in tenuta da lavoro che si pongono con attenzione alla comunità per dire “Ci siamo anche noi”.

Ci sono tante cose da fare e noi siamo pronti a dare una mano a voi, familiari degli utenti, e ad essere al vostro fianco.

Spendiamo tanti soldi; quindi non è vero che le risorse non ci sono, forse non sempre vengono utilizzate nella maniera più efficace. Su questo punto siamo tutti d’accordo.

Queste persone possono essere inserite bene all’interno delle nostre strutture, non tutti lo fanno, ma deve essere un impegno anche per il privato.

L’aspetto più importante è questo: essere una comunità che sta al fianco delle persone che vivono un momento di disagio, per indirizzare i loro percorsi e rappresentare un punto di riferimento.

Stamani ho visto che sono presenti al convegno operatori, rappresentanti di cooperative e dirigenti di altre Aziende.

Mi fa piacere in particolare che sia presente il Direttore Generale della Salute Mentale di Trieste. Fra l’altro con la Dottoressa Vujovic per sei anni abbiamo lavorato in Friuli Venezia Giulia e sappiamo che Trieste è una realtà molto attenta a queste problematiche. Ci fa quindi piacere ascoltare una voce differente da quella toscana, che ha affrontato queste tematiche magari in maniera un po’ diversa. Ringrazio anche le Cooperative di Massa, Lucca, Pistoia e Trieste stessa che appunto oggi portano la loro testimonianza e ci fanno capire l’importanza di riuscire a fornire delle risposte.

Sottolineo anche l’impegno della Provincia di Lucca (qui rappresentata dal Vice Presidente Antonio Torre) sempre molto attenta a questi percorsi di reinserimento.

Buon lavoro a tutti.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Direttore Generale, però per quanto riguarda il discorso delle risorse che forse sono spese male, vorremmo sapere come mai si spende male. Questa è una cosa che va risolta perché si penalizza chi poi aspetta delle risposte.

Iniziamo adesso con il Direttore Evaristo Pasquale del DSM di Trieste inviato dal Dott. Giuseppe Dell’Acqua il quale non ha potuto essere presente.

## **Evaristo Pasquale -Psichiatra Dip. Salute Mentale Trieste**

### ***La riabilitazione***

Il Dottor Dell’Acqua si scusa per non essere presente. Preciso che a Trieste nel DSM noi lavoriamo in gruppo da circa trent’anni. Io non sono arrivato proprio all’inizio, ma ormai, sono venticinque anni che lavoro in questo gruppo, dove abbiamo costruito una specie di filosofia che all’incirca condividiamo tutti, anche se il Dott. Dell’Acqua ne è il comunicatore più brillante.

Partiamo ora dal titolo dell’incontro “Riabilitazione e Reinserimento Sociale”; noi nell’ambito della nostra filosofia, dal momento che lavoriamo sullo stesso discorso in maniera continuativa da oltre 30 anni, quindi anche dopo Basaglia, abbiamo mantenuto sempre la stessa linea riassumibile in una sua frase di un video del ’68, ‘I giardini di Abele’ ***“Più della malattia mi interessa il malato”***. Rispetto ad un’ottica riabilitativa questo è un punto focale: la persona è al centro dell’attenzione, con la sua soggettività, la sua identità che non è solo il suo disturbo, ma i desideri, le abilità ancora presenti, le esperienze, le aspettative, la storia di vita ... e tutto ciò non è schiacciabile in una diagnosi del DSM IV.

Un altro punto per noi è il ***contesto di vita***, in poche parole significa che non si può vedere solo la persona, ma valutare dove essa è collocata. Se si focalizza solo la persona scollegata dal suo ambiente, che la condiziona, la aiuta e la impedisce, non si riesce a capire e modificare la sua situazione.

Un terzo punto, che è in parte conseguenza di questi due, è pure da sottolineare: nella riabilitazione sembra normalmente che le persone coinvolte siano i pazienti e lo sono, ma se riteniamo che siano solo essi ad essere coinvolti, questo processo avrà scarso esito. Bisogna considerare anche le istituzioni cui sono collegati, es. quella curante, e lavorare per renderla più flessibile ai bisogni dei suoi utenti, cioè deistituzionalizzarla. Pensiamo che i soggetti devono quindi essere almeno tre per avere speranza che questo processo complicato e lungo possa dare dei frutti di cambiamento reale nelle condizioni di vita della persona. Riassumiamo questi soggetti:

- 1. la persona che ha avuto o che magari ha ancora il disturbo psichico***
- 2. la rete sociale in cui questa persona vive***

**3. *l’istituzione curante e riabilitante della Salute Mentale coinvolta in questa situazione.***

Se non riusciamo in qualche modo a lavorare integrando nell’intervento questi tre soggetti, raggiungere una vera riabilitazione è molto improbabile. Cercherò di sviluppare piano piano questi concetti.

Di solito si pensa che riabilitazione significhi, partendo da canoni medici, prendere una persona che ha avuto un disturbo che gli ha creato oltre alla malattia delle disabilità successive e intervenire su questi esiti per modificarli. A Trieste anche su questo abbiamo qualcosa da eccepire nel senso che noi pensiamo che il trattamento riabilitativo non cominci dopo quello terapeutico ma contemporaneamente. Nel momento in cui la persona entra in contatto con il nostro servizio perché sta spaccando tutto, perché sta delirando o perché sta urlando, perché non dorme, ... qualunque sia il sintomo nel momento in cui arriva da noi, oltre all’intervento acuto di terapia medica o psicologica, bisogna cominciare subito ad avere un’ottica riabilitativa. Questo significa che bisogna evitare che la persona si disabiliti cioè che disapprenda delle abitudini (sapersi lavare, gestire la giornata o le relazioni, ecc....) per entrare in modalità di cura e in luoghi che passivizzano troppo la persona allontanandola da ciò che già sapeva fare. Bisogna inoltre evitare che si decontestualizzi: nel momento in cui la persona deve essere portata in trattamento sanitario (obbligatorio o meno) in ospedale bisogna avere come retropensiero che più tempo quella persona passerà lontana dal suo ambiente più comincerà a perdere contatti nella vita reale disabituandosi e disorientandosi perché non ha più quei legami che sono fondamentali per vivere, necessari per ognuno di noi, quindi anche per le persone che non stanno bene. Quindi due informazioni pronte per l’uso sono:

**1. *anche nel momento in cui si cura una persona bisogna evitare di farle perdere tutte le sue abitudini positive, bisogna essere attenti a farle mantenere tutte quelle possibilità di autonomia che ha***

**2. *bisogna evitare di trattenerla troppo a lungo lontana dal suo contesto***

Questo è già iniziare la riabilitazione. Quindi quando imposteremo percorsi riabilitativi noi cercheremo i luoghi naturali di vita della persona. Normalmente le tecniche riabilitative più famose al mondo sono tecniche specifiche di riappropriazione di abilità, ad esempio: social skill training, risocializzazione alla Spivack, abilità comunicative secondo Falloon... e tante altre valide, però normalmente attuate in un contesto che non è quello reale di vita della persona, cioè negli ospedali psichiatrici o in

centri diurni troppo distaccati dai normali luoghi di vita e con difficoltà a trasferire i comportamenti appresi da contesti artificiali a quelli naturali. Infatti ad esempio se una persona anche apprende ad alzarsi ad una certa ora, a lavarsi o a vestirsi in un luogo in cui sa che c'è qualcuno che se non lo fa lo sgrida o non gli dà la gratificazione, non è detto che lo faccia quando questo controllo o rinforzo artificiale non c'è. Bisogna quanto più possibile che questi comportamenti e stimoli si costruiscano e si radichino nell'ambiente naturale di vita. Questo è un punto che in Italia è facilitato e più comune rispetto ai paesi anglosassoni perché con la chiusura degli ospedali psichiatrici siamo un po' costretti ad usare luoghi più vicini alle persone. Però è anche vero che qualche volta riusciamo ad inventare dei brillanti luoghi che allontanano (o sequestrano) le persone dai loro contesti a discapito del percorso riabilitativo.

Concentriamoci adesso più sulla persona per vedere come approcciarla. L'attenzione, nel momento della fase delirante più o meno acuta, potrebbe essere focalizzata su cosa non è capace di fare il paziente oppure su *cosa sa ancora fare*. Noi pensiamo che accentuare su cosa uno non è capace di fare non funziona; nel momento in cui siamo ad un esame e ci viene sottolineato cosa non sappiamo fare spesso tentiamo di scusarci, diventiamo piccoli piccoli e non riusciamo, di fronte ad un rinvio comunicativo di quel tipo, a rilanciare argomenti migliori. Se invece qualcuno ci sottolinea che nonostante le difficoltà affrontate siamo capaci di sostenere un'idea o mantenere un comportamento ci dispone ad offrirci di fare qualcosa in più; ecco questo è un incentivo, una valorizzazione; partendo quindi da quella cosa sola che uno sa fare, dobbiamo cercare di spingere su quella situazione perché può aprire altre porte in quel momento ancora chiuse. Un altro elemento da cui partire è cosa la persona è e pensa. Se alla persona ad esempio non interessa per niente dipingere è inutile spingerla a fare questo. Se invece le interessa fare il tai chi chuan, dobbiamo sperimentarlo, cercando un gruppo che già lo fa o ce lo inventiamo. Questo interesse può essere dovuto perché ha visto un film o ha fatto un viaggio in Cina e allora questo è un simbolo di ripresa, di capacità... e quindi la famiglia, la rete che gli è intorno e l'istituzione dovrebbe prendere queste informazioni come chiavi di accesso per quella persona. Anche se il tai chi c'entra poco coll'operatività del CSM, potrebbe entrarci nella vita di quella persona. Se non riusciamo ad avere altre chiavi di accesso questo potrebbe esserlo e dobbiamo cercare di sentirlo e di usarlo. Quello che per una persona è importante può essere completamente diverso da quello che è importante per noi; quella è la chiave per entrare in contatto con quella persona e per iniziare un progetto. Se noi iniziamo un progetto da

una cosa molto più importante, ma la persona su questo non ha nessuno stimolo, nessuno interesse, quell'attività o lavoro che eventualmente siamo riusciti a trovarle non risconterà il coinvolgimento necessario. Un altro aspetto che dobbiamo considerare è che nella riabilitazione, cioè in percorsi che durano nel tempo, dobbiamo avere pazienza. Come si può pretendere che un corso di uno o tre mesi risolva tutto? È difficile, ci vuole un tempo per ricostruire tutto quello che si è deteriorato in anni. La ricostruzione non è qualcosa di rapido, come ad esempio un intervento chirurgico. In salute mentale la ricostruzione non riguarda un organo della persona, ma il rapporto che la persona ha con se stessa, il proprio corpo, le altre persone, il tempo, gli oggetti (il denaro, il corpo, i vestiti, la casa)... praticamente con tutta la sua vita. La nostra vita di cosa è fatta? Andiamo dal barbiere o non andiamo, ci facciamo una vacanza salutistica oppure no, dando o no attenzione al corpo, andiamo con gli amici oppure no, abbiamo una casa, un lavoro, oppure no, guadagniamo soldi o briciole, abbiamo rapporti con le cose e con noi, per non averli solo con le nostre fantasie. Se non abbiamo questi rapporti, cosa è la nostra vita? Chiaramente dobbiamo considerare che se una persona già è in una situazione peggiore della nostra a causa di disturbi che l'hanno allontanata da tutte queste cose, dobbiamo fare un cammino in più con lei per recuperarle ma non un cammino specificamente diverso e alieno dai suoi bisogni e dal suo contesto. Tutto questo non è così facile da realizzare.

Un'altra parola molto importante in questo settore è il **rischio**: i tre soggetti che sono coinvolti in questo processo riabilitativo se non rischiano non ottengono nulla. Il cambiamento da una condizione desocializzata, piena di disabilità, ad una situazione con maggiore abilità e socialità passa attraverso un percorso che richiede del rischio. Questo vuol dire che quel percorso non può essere tutto lineare, ogni tanto c'è da attraversare un fosso, saltare un gradino che può voler dire scivolare. Ma questo vale anche quando cambiamo qualcosa nella nostra vita “normale”; ad esempio cambiamo la macchina con una più sicura e più bella, ma magari questa ha un difetto che non conosciamo e quindi rischiamo di avere un manufatto di livello superiore che però non ci dà la prestazione che desideravamo; non possiamo però stare all'infinito con una macchina vecchia, ogni tanto bisogna avere il coraggio di rischiare, che significa che se contemporaneamente si fa tutto quello che rende probabile la riuscita, non ci deve scandalizzare che esista la possibilità della non riuscita. Se un progetto, un percorso, non riesce se ne fa un altro, perché così è la vita. Se ad esempio vogliamo cambiare lavoro perché quello che abbiamo non è soddisfacente, lo cambiamo e se questo è

ancora peggiore ne dobbiamo cercare un altro. Finora cambiare lavoro non era così frequente, adesso lo sta diventando. È un rischio che toccherà molto di più i nostri figli. Il discorso del rischio è importante: se non mettiamo in ballo qualcosa che possiamo anche perdere, come ad esempio le risorse o la fatica di aver aiutato la persona a preparare quel cambiamento senza poi raggiungerlo, non abbiamo nessuna possibilità di esito positivo. C'è invece una grande possibilità di successo se noi ci impegniamo a rendere probabile questo. Rispetto al rischio abbiamo alcuni ammortizzatori molto importanti es.: i **diritti delle persone**. Se consideriamo ad esempio le persone che hanno avuto una psicosi acuta grave, pensare ai loro diritti di cittadini è l'ultima cosa che ci viene in mente. Invece fin dall'inizio del percorso di cura dobbiamo pensare anche a salvaguardare i loro diritti. Altrimenti questi si abitueranno a essere viste come senza diritti e dignità e a vedersi esse stesse così. Se quando le ricoveriamo nella fase intensiva non facciamo attenzione all'igiene e alla cura del corpo le abituiamo ad una caduta della loro dignità. E purtroppo ci si abitua a vederci come gli altri ci vedono, l'idea di noi stessi ce la costruiamo più attraverso lo sguardo degli altri che attraverso il nostro. Gli altri sono come il nostro specchio e noi il loro; quindi se noi (familiari, operatori...) come specchio rimandiamo un'immagine deteriorata e degradata, partendo dal momento peggiore di crisi in cui possono vivere i nostri congiunti o assistiti, sostanzialmente rimandiamo loro un'immagine di non cittadini che non hanno diritto di dire la loro, di pensare... Se entriamo in questa abitudine rimandiamo e costruiamo un'immagine che alla lunga diventa una negazione di diritti. Lavorando in questo campo so che ci sono dei momenti in cui una persona che sta male non è capace di far valere il suo diritto ( all'igiene, alla privacy, alla soggettività, agli affetti...) né di esprimerlo. Dobbiamo però considerare che questi sono momenti legati all'acuzie del disturbo, ma non possiamo proiettarli generalizzandoli sul futuro, altrimenti attraverso quest'immagine la stiamo disabilitando. Invece se noi definiamo nella nostra cultura e quindi anche nel rapporto con lei, che se anche al momento non è capace di lavarsi o di usare i soldi, crediamo ad una prospettiva di riappropriazione in futuro di queste capacità, questa fiducia ricostruisce e ristrutturata la realtà, ridando al cittadino rimasto senza diritti la chiave che aveva perso per rientrare nel mondo dei diritti. Un altro elemento rispetto al rischio è dato dai **pregiudizi**. Viviamo tutti di una cultura dove, nonostante i cambiamenti che ci sono stati nel mondo occidentale, pregiudizi sul 'matto' ce ne sono ancora tanti. C'è il pregiudizio su una malattia incomprensibile, su una malattia incurabile, su una persona improduttiva e pericolosa... Pregiudizio significa

che partendo da un elemento di realtà un certo giudizio dilaga e va oltre quella realtà che la persona esprime. Noi dovremmo riflettere sul fatto che se una persona ha compiuto una certa azione violenta o aggressiva non è detto che debba ripeterla sempre e che tutti quelli che hanno un disturbo simile saranno anch'essi pericolosi, perché non è statisticamente vero e perché con l'immagine che rimandiamo quasi spingiamo quella persona ad andare su quella strada. C'è una ricerca coordinata dall'Istituto di Ricerca Mario Negri di Milano su 68 centri di Salute Mentale in Italia fatta negli ultimi otto anni e che ha reclutato 2300 persone. Essa è una delle ricerche più grandi al mondo ed è l'unica di tali dimensioni fatta fuori da strutture ospedaliere. Questa ricerca tra l'altro si sofferma anche sull'abilità (o disabilità) lavorativa, confrontando il campione di persone con psicosi grave all'inizio della malattia e dopo 5 anni. Prima del contatto con il servizio lavorava circa il 45%, dopo cinque anni lavorava il 62%. Dov'è questa improduttività? Dobbiamo fare attenzione con i pregiudizi, perché sono automatici, perché i giornali e il sentire comune ce li rimandano e anche la nostra stessa cultura di operatori. Quelli che tutti i giorni vengono in pronto soccorso in crisi ci danno un'immagine di incurabilità che si diffonde a tutti quelli che soffrono di quel disturbo. Dovremmo invece interrogarci su come stanno tutti quelli che sono passati dal pronto soccorso una volta in cinque anni e poi mai più; ciò smonterebbe l'idea granitica d'incurabilità che gli operatori dell'emergenza rischiano di avere.

Un altro ammortizzatore importante del rischio è dato dalle *aspettative*. Nessuno è garantito nella sua salute mentale; essa è solo un equilibrio tra le nostre fragilità, gli eventi negativi che ci possono succedere e le nostre risorse; tutti durante la vita possiamo non stare bene a livello psichico. Le aspettative che noi abbiamo, come operatori, familiari e utenti, sul recupero possibile incidono sulla stessa possibilità di riabilitazione. Di nuovo torniamo a quella specie di rispecchiamento di prima. Se noi abbiamo un'idea di poter guarire da una certa malattia sicuramente faremo di tutto per farlo, combatteremo cioè per uscire da questo disturbo, tanto più se questa convinzione ci viene confermata e incoraggiata da famiglia e operatori. Se noi non abbiamo aspettative adeguate su di noi, cioè né troppo alte né troppo basse, queste stesse ci tagliano le gambe. Ci sono degli studi che dimostrano che uno dei motivi per cui un adolescente ha dei problemi psicotici è perché l'ambiente intorno a lui ha delle aspettative un po' troppo alte, per cui lui si sente schiacciato da questo peso e non ce la fa a rispettarlo e non capendo che è quel peso che lo schiaccia, non riesce a scappare da quella situazione e rischia di cadere in crisi psicotica. Luc Ciompi, un grande psichiatra

svizzero, ha scritto degli ottimi articoli e libri su questo tema nei quali dimostra che le aspettative determinano fortemente l'esito di un processo di riabilitazione e di recupero. L'idea che noi abbiamo che una cosa vada in una direzione invece che in un'altra spesso è un elemento molto importante per mandarla in quella direzione o nell'altra. Ad esempio se ieri uno di voi è stato da una cartomante che gli ha detto che oggi si sarebbe rotto una gamba ed è rimasto molto impressionato da questo, oggi sarà in ansia ad uscire e entrare da qualsiasi posto e ciò lo farà essere molto più incerto nel camminare e correrà più rischi di rompersi effettivamente una gamba. Non è un elemento di sicurezza per dire che si romperà una gamba, ma può essere un elemento suggestivo sfavorevole.

Focalizziamoci adesso sul rapporto con il contesto di vita. Nella nostra società questo vuol dire purtroppo quasi solo la famiglia; dico purtroppo perché non c'è altro, oltre alla famiglia, quando una persona ha un problema grave psichico. Se c'è dobbiamo fare in modo di mantenerlo, ad esempio gli amici, l'ambiente di lavoro... Se invece c'è solo la famiglia comunque dobbiamo spiegarle che essa ha delle chance importanti rispetto al percorso di riabilitazione, rispetto alle aspettative e ai pregiudizi, e all'*affettività*; può succedere che il legame affettivo con la famiglia sia vissuto male, nel senso che la persona che sta male ha spesso dei rapporti di amore e odio con le persone che gli sono vicine perché rappresentano i suoi fallimenti o delle cose che non vanno, ma provate a spostarlo dalla famiglia e capirete che nonostante questi siano rapporti combattuti, sono rapporti forti. I rapporti affettivi sono forse l'energia più forte che abbiamo nel mondo umano quindi noi non dobbiamo considerare di buttare a mare questo elemento ma aiutare a gestirlo positivamente. Questa situazione va coltivata, dobbiamo considerare che chi è familiare pur avendo delle difficoltà e degli handicap nella convivenza continua ha anche questa risorsa che l'operatore ha molto meno.

*Sostanzialmente dobbiamo accettare la cultura del rischio. Può succedere che nostro figlio il primo giorno di lavoro venga mandato via e allora crediamo sia meglio che stia a casa così non fa brutta figura e non lo spingiamo a riprovare, assicurandolo. Se non accettiamo dei rischi non ci saranno possibilità di cambiamento, quindi la famiglia ha in mano molte leve riabilitative in questo senso; senza volerlo spesso attraverso i messaggi comunicativi e attraverso i comportamenti che si esprimono in casa si può dare alla persona che non sta bene dei segnali che bloccano quella persona, che annullano le sue motivazioni di vivere, che accentuano la sua aggressività; dobbiamo considerare che come comunichiamo è importante, quello che noi pensiamo il nostro congiunto lo intuisce perché viene fuori da un gesto, dalla*

***postura, dal movimento degli occhi, da come ci organizziamo la giornata rispetto a lui.***

Passiamo adesso infine al terzo soggetto: la istituzione curante e riabilitante. Parto da un articolo del nostro amato ex direttore Franco Rotelli che è intitolato: ***‘Riabilitare la riabilitazione’***; se l’istituzione che deve riabilitare non ha un’ottica riabilitativa cioè se dall’inizio inizia a disabituare il paziente alla sua autonomia e ai suoi luoghi... è difficile che quell’istituzione possa aiutare il paziente a riabilitarsi perché non ha la cornice giusta anche se ne ha tutta la voglia. Ci sono tre punti fondamentali che riteniamo molto importanti per rendere un dipartimento di salute mentale capace di valenze riabilitative. Il primo punto è che questo dipartimento sia un ***circuito unico*** cioè che non ci siano strutture parallele combattentisi tra di loro e con poteri contrastanti, dove persone che stanno male e che devono attraversare questi servizi offrono ma pure ricevono messaggi contrastanti e confondenti. Se gli operatori non si comunicano fra loro di prassi, anche con le più buone intenzioni è difficile pensare ed intervenire allo stesso modo sulla persona. Tutte le strade portano a Roma, ma le strade sono diverse e non ci si incontra a metà strada. L’unicità del circuito, cioè che ci sia un dipartimento coeso che possa controllare la continuità dei progetti, la comunicazione tra gli operatori, tra i gruppi di operatori, integrare il funzionamento delle varie strutture, (per la crisi, per la continuità, per la riabilitazione,...) è inderogabile. Un altro obiettivo molto importante che con il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000 dovrebbe essere diventato una legge nazionale, purtroppo non sempre rispettata, è il rapporto con il territorio. Questo vuol dire che il dipartimento curante deve avere una certa ***responsabilità rispetto all’area*** in cui lavorano e in cui vivono gli assistiti, altrimenti si perde il contatto con uno di questi tre elementi di cui dicevo prima e si perde la possibilità di interagire. Bisogna conoscere quell’area. Se riteniamo di avere una certa responsabilità di promozione della salute mentale in un’area noi dobbiamo avere la conoscenza di quali altre strutture ci sono lì, che contatto e integrazione si può avere con i comuni, con le parrocchie, con le associazioni, con gli ospedali, con altri possibili servizi sanitari o sociali... La nostra struttura non può chiudersi all’interno delle sue mura e vedere le persone solo quando vengono ricoverate o visitate ambulatoriamente. Noi dobbiamo conoscerle dal vivo perché ogni tanto andiamo a casa loro a valutare le difficoltà con la famiglia, a vedere come vivono e che rapporti hanno con il loro contesto, quali sono i rischi di abbandono e contrastarli; questo significa conoscere l’area in cui lavoriamo e le risorse che già possiede. Anche le

risorse che possiamo pretendere sono proporzionali a cosa rappresentiamo, a che penetrazione comunitaria e a che risultati professionali possiamo vantare. Inoltre l'unicità del circuito nell'area evita la possibilità di avere dei buchi o delle ripetizioni tra il lavoro svolto da strutture diverse, permettendo invece di collegare e attivare più risposte complesse possibile.

Un'altra caratteristica del servizio dovrebbe essere una certa flessibilità, cioè spostare il *servizio verso la persona*, anche se la maggior parte del lavoro viene svolta dentro il servizio a causa della riduzione delle risorse. Attualmente a Trieste abbiamo esattamente la metà del personale rispetto a quello che lavorava nell'ospedale psichiatrico nel 1971, sempre sullo stesso territorio e quasi la stessa popolazione. Bisogna arginare questa emorragia, che porta le risorse sempre dove c'è più potere sociale ma il dato attuale è questo. Un altro punto è che questa unicità di circuito e flessibilità del servizio consente una continuità fra terapia e riabilitazione, inoltre gli operatori dovrebbero considerare che il miglioramento delle persone passa anche attraverso un investimento affettivo di loro stessi. Chiaramente noi operatori non possiamo essere persone così vicine come i familiari, ma attraverso il nostro rapporto continuativo un po' distaccato e più lucido possiamo dare delle indicazioni ma anche la sicurezza che noi ci siamo. Ultima cosa alla quale solo accenno è il lavoro come apice del percorso riabilitativo. Quando uno riesce ad arrivare al lavoro vuol dire che riesce a lavarsi a vestirsi a prendere l'autobus, a stare con gli altri, a confrontarsi con oggetti... Su questo cedo la parola a Carena che ne parlerà più diffusamente.

Vi ringrazio dell'attenzione.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dottor Evaristo che viene da una esperienza più avanzata della nostra, tuttavia quanto da lui esposto lo sosteniamo da tempo. Vorrei anche ribadire che il titolo del convegno 'Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire' non è stato scelto a caso; per uscirne è necessario orientare positivamente l'opinione pubblica perchè vengano meno i pregiudizi: avete sentito come il dottore ha puntualizzato su quanto ancora i pregiudizi penalizzano queste persone. È inoltre necessario infondere fiducia ai familiari, gli operatori devono trasmettercela. A me è stato detto alla fine del percorso che quello che ho fatto è stato molto importante, ma se dall'inizio mi avessero incoraggiata e sostenuta mi sarei angosciata molto meno. Inoltre per quanto riguarda

l’andare sul territorio per curare, noi ci crediamo, come pure la Regione e l’Azienda, ma per fare questo ci vogliono degli operatori qualificati e preparati e in numero sufficiente.

Ora passerei la parola al responsabile dei nostri Servizi il Dott.Marchi, mentre il Dott.Scatena è assente per malattia e si scusa. Vorrei anche fare presente che la zona di Lucca è divisa in due parti la Val di Serchio e la zona di Lucca, quindi la stessa Az. U.S.L ha due Unità Funzionali per la salute Mentale e sembrano due mondi a sé. Mentre sarebbe auspicabile che si scambiassero le esperienze.

Diamo la parola al Dott. Marchi che ci illustrerà “Quali servizi?”

## **Enrico Marchi -Resp. UFASM**

### ***Quali servizi?***

Buongiorno a tutti, porto il saluto del Dott.Scatena, che ho sentito ieri telefonicamente e che si scusa per l’assenza dovuta a malattia. La definizione di due mondi a sé’ riguardante le due UUFF della ASL è a mio parere eccessiva, visto che le programmazioni e le verifiche degli orientamenti tecnici avvengono congiuntamente nel Dipartimento di Salute Mentale; sono invece convinto che alcune differenze esistano, peraltro dovute in parte alla collocazione geografica delle due zone e dei Presidi sanitari (cosa che si riverbera in tutte le attività socio-sanitarie della ns.Asl).

Le differenze esistono e credo che siano anche una ricchezza, una forza, dato che la diversificazione delle risposte può fornire al cittadino utente una gamma più ampia di possibilità di cura.

Sono contento che mi abbia preceduto il collega di Trieste perché così c’è la possibilità di riagganciarsi non solo ad un’immagine teorica, ma anche illustrativa ad ampio raggio di una pratica quotidiana nei servizi in cui ci siamo ritrovati.

Colgo l’occasione per ringraziare tutti i convenuti, la Provincia che ci ospita e in particolare gli operatori dei servizi che coordino.

Soltanto grazie agli infermieri, agli educatori professionali, agli assistenti sociali, agli psicologi con i quali condividiamo la pratica dei servizi, ma anche le riflessioni fanno parte del lavoro quotidiano, è possibile procedere nel nostro difficile e complesso lavoro. Grazie a loro posso dire che la nostra UF ha raggiunto dei soddisfacenti livelli di qualità che ci permettono di essere qui e parlare con cognizione di causa per rispondere alla domanda “**Quali servizi?**” .

Come affermava il collega Evaristo di Trieste i nostri servizi corrono il costante rischio di non raggiungere mai tutti quegli obiettivi che la società civile ci delega forse con mandato non sempre chiaro e con le dovute risorse.

Io parlerei di una sfida, che è la **mission** che ci viene data dalla ASL e che è quella di curare, prevenire, riabilitare e reinserire, spesso non in successione così specifica e spesso con un contemporaneo percorso. Quale può essere considerata una strategia di reinserimento?

Essa deve valorizzare innanzi tutto le capacità e le competenze del soggetto. Dobbiamo combinare vari indirizzi clinici e socio riabilitativi. Mettere insieme un reinserimento psico sociale è nella pratica piuttosto difficile e per reinserire dobbiamo partire da ciò che il paziente ci offre sul versante delle sue reali esigenze e capacità oggettive.

Vanno inoltre enfatizzate le varie opportunità di rete primaria e secondaria, riferendomi a quello che è il microambiente fino al macroambiente e che è anche spesso parte di tutto ciò che è legato a istituzioni e associazioni; è la vita di tutti i giorni, ed è lì che si gioca la sfida.

Questo può impegnare sia su di un versante culturale, che sociale od occupazionale; non è infatti detto che anche tutte e tre queste cose avvengano in quest'ordine; alle volte troviamo una soluzione occupazionale e successivamente ci occupiamo di un reinserimento sociale e familiare.

*Si parla, nel titolo, di tunnel, parola che ci riporta alla mancanza di aria e di luce; per uscire da esso bisogna però prepararsi a quest'uscita che ci può accecare, sorprendere, toglierci il respiro.*

Dobbiamo quindi allestire un nuovo repertorio relazionale e prestazionale che ci avvicini gradualmente al reinserimento. La strategia di reinserimento accompagna questo soggetto in un percorso di progressivo adattamento ma sfuma sempre di più nella sua specificità. Non è più una forza che lo spinge dal dietro solo in maniera energica, ma cerca di mantenere un'attenta e partecipe osservazione nel momento in cui comincia a limitarsi nella sua spinta. Qual è l'obiettivo di un servizio che vuole reinserire un paziente psichiatrico? Il nostro servizio, parlo a nome di tutto il dipartimento, dovrebbe favorire, laddove possibile, il **disinserimento** dal circuito psichiatrico.

Ciò sembra un contrasto, ma è importante che man mano che aumentano le competenze del soggetto e le sue capacità e abilità sociali che noi cerchiamo di aiutarlo

a pensarsi come un cittadino normale, sano o comunque parzialmente bisognoso dei servizi .

Questo non vuol dire fuggire e staccare la spina dalla nostra operazione, ma mantenere una partecipe e costante presenza a fianco. È più facile certo nelle situazioni di minore implicazione clinica; e’ infatti nelle situazioni difficili che sta il gioco di esserci e di non esserci.

Quando si parla di reinserimento, si parla dell’apice, della fine della riabilitazione; esso è quindi il momento in cui c’è il disincaglio dal servizio; il paziente cerca di allontanarsi perché vuole rendersi indipendente e sta a noi trovare la soluzione.

Ho diviso le azioni da fare in due parti:

- una riguarda le azioni da attivare sul **contesto più allargato**; mi rifaccio alla relazione fatta precedentemente sugli interventi di prevenzione del pregiudizio e del superamento dello stigma. Un esempio breve e significativo di come lavoriamo a Lucca: negli ambulatori lasciamo spazio anche alla cura di situazioni che non stigmatizzano sempre e comunque il servizio, e quindi mi riferisco a quei casi in cui c’è forte possibilità di risolvere le problematiche in tempi piuttosto brevi e magari con assenza di cure farmacologiche o ricoveri.

Questo non vuol dire che nella cura dei gravi noi non dobbiamo cercare una forma idonea e giusta, ma vogliamo anche dare l’immagine alla popolazione di un servizio non deputato soltanto al contenimento e all’istituzionalizzazione. Superare lo stigma passa per tutta una serie di situazioni, da questa come quella di oggi, ad una che può essere un felice contatto con una situazione di riabilitazione, ad esempio con l’arte terapia’; essa infatti crea un grosso effetto di trascinamento.

Vogliamo avvicinare le persone al concetto che curare la propria psiche non vuol dire obbligatoriamente diventare dipendenti da un servizio includente e che non dimette mai.

*Ovviamente tutto ciò non può che prescindere da solidarietà e inclusione sociale, che sono due concetti molto importanti. I pregiudizi infatti si vincono anche aiutando le persone ad essere più solidali ad avvicinarsi alle diversità; si vuole superare il pregiudizio di associare all’altro, il diverso, la pericolosità sociale che da sempre è identificata nel disturbo psichiatrico. Non sempre il paziente psichiatrico fortunatamente stimola sentimenti negativi; a volte riesce a stimolare sentimenti molto positivi che vanno incentivati come l’affettuosità, la tenerezza.*

Sul contesto allargato è molto importante la **restituzione della delega** di gestione del controllo sociale. Le ASL hanno una delega pressoché totale, quando il paziente è in forte difficoltà. Riordinando con l'aiuto dei nostri infermieri le segnalazioni che riceviamo, sul tema della pericolosità sociale, abbiamo rilevato in media una segnalazione psichiatrica alla settimana da parte di zone particolarmente in difficoltà come il quartiere di Sant' Anna dove c'è un forte conglomerato di condomini e abitazioni.

Una volta attuate tutte le procedure che iniziano dal contatto con persone significative (medici curanti, familiari...) e con la visita domiciliare, quello che abbiamo constatato è che nell'80% dei casi la situazione di psichiatrico ha veramente poco. Questo ci dà l'idea di come il pregiudizio si trasformi in una delega. Questa delega dura per tutto il percorso assistenziale; noi siamo delegati a curare chi ha sofferto questo disturbo. Riuscire a restituire la delega significa far riacquistare il diritto di cittadinanza, cioè i pieni diritti di cittadino come gli altri componenti della comunità. È ovvio che ci vuole gradualità anche in questi interventi, ci sono dei risultati ai quali si arriva con lentezza.

***Questo concetto di delega si trasferisce infine in una delega anche dal punto di vista economico e delle risorse. Se il cittadino è tale non per la sua malattia ma per la sua esistenza civile, su di esso si deve intervenire con progetti e programmi delle agenzie locali, non delle strutture sanitarie.***

Questo è per ribadire il concetto delle risorse. C'è da dire che noi in parte abbiamo avuto dei grossi aiuti da vari tipi di Associazioni, Enti e Fondazioni, ma non è facile sempre perseguire questa strategia.

L'altra azione riguarda il disinserimento dal circuito psichiatrico:

-l'obiettivo del servizio è **l'azione sul contesto più ristretto**, la rete più ristretta attorno al paziente che passa attraverso la famiglia ma anche persone vicine come parenti, amici, datori di lavoro. Tutto questo è legato alla negoziazione del progetto terapeutico-riabilitativo. Negoziare con il paziente significa aprire un dialogo possibile, viste quelle che sono le sue possibilità di interagire. Attivare la negoziazione del progetto insieme al paziente e familiari significa anche autonomizzare tutto l'evento di reinserimento, e quindi creare l'empowerment, cioè il potenziamento di risorse non istituzionali.

Questo facilita il passaggio da una dipendenza nei confronti del servizio e degli operatori ad una maggiore responsabilità. Da una parte cioè toglie a noi la capacità di

incidere e decidere da soli, ma dall'altra questo crea maggiore responsabilità nell'utente e nei suoi familiari che porta dalla **compliance** alla **concordance**, cioè una fase progressiva in cui il paziente è sempre più inserito con i suoi familiari nella contrattazione dei suoi obiettivi.

È una cosa lunga e piuttosto complicata, ma è un obiettivo che noi riconosciamo come perseguibile. A conclusione ho portato un esperimento che ha avuto successo e che è stato portato avanti in collaborazione con l'unità operativa di psicologia. Abbiamo lavorato con le scuole cittadine partendo da un concetto: esiste un pregiudizio, e anche i giovani senz'altro hanno un pregiudizio nei confronti della psichiatria; i giovani sono i cittadini di domani che senz'altro hanno delle parti di sé ancora inelaborate da conoscere. L'idea di portare loro a conoscenza di alcune pratiche riabilitative come quelle che utilizzano l'Arte o lo sport come mediazione terapeutica può essere una porta di entrata per avvicinarsi a questo settore e anche a parti interne di disagio che sono più facilmente riconoscibili nell'altro rispetto a noi.

Abbiamo fatto degli incontri di calcetto tra utenti, operatori e ragazzi delle scuole. Sono state utilizzate squadre preorganizzate e non, mischiando le carte. A tutto questo non ci siamo arrivati in poco tempo: abbiamo scelto due classi della quarta di due istituti di Lucca cominciando con degli incontri con le insegnanti.

Questo è il programma al quale hanno partecipato gli alunni, gli operatori della asl e gli utenti inseriti nel programma riabilitativo di calcetto. Lo scopo era riavvicinare i giovani al tema della salute mentale attraverso un veicolo divertente quale l'attività sportiva e altre attività di riabilitazione e arte e terapia. Abbiamo preparato e sensibilizzato gli insegnanti per poi dialogare con gli studenti riguardo alla diversità, al pregiudizio, alle competenze emotive e affettive; è stata illustrata un po' di storia della psichiatria intitolando l'incontro: "C'era una volta il manicomio".

Abbiamo fatto vedere vecchi reperti del museo del vecchio Osp. Psichiatrico, video specifici sull'arte terapia e abbiamo parlato della riabilitazione psico sociale successiva alla legge 180. Si è riscontrato un grandissimo interesse da parte di tutti. Ricordo la frase di un alunno che alla fine di un video, chiedendo al gruppo che cosa gli avesse lasciato l'esperienza, ha risposto di sentirsi molto vicino e allo stesso tempo molto lontano da queste cose.

Gli utenti sono stati invece preparati con incontri che riguardavano l'adolescenza e il disagio giovanile come esperienza di vita. Ognuno è andato incontro all'altro cercando di superare un piccolo pregiudizio e cercando un'apertura.

La cosa più significativa è stata che quando i ragazzi hanno disputato il torneo interno tra le classi hanno voluto come tifoseria le nostre squadre e hanno utilizzato come pallone quello da noi regalato con tutte le firme. Il messaggio è stato recepito in pieno: **”Un calcio allo stigma”**, come dire noi veramente abbiamo superato questo pregiudizio. L’esperienza che volevo sottolineare è che in effetti sono piccoli i passi che si fanno che però si possono trasformare nel tempo in grosse realtà di coscienza etica e civile; questi infatti saranno i cittadini di domani e se riuscissimo a fare queste cose ad ampio spettro con grande possibilità di intervento potremmo cambiare l’ago della bilancia per quello che riguarda la salute mentale.

Questo ultimo esempio era per dimostrarvi come alcune cose particolarmente felici e divertenti possono avvicinare ad una visione della salute mentale che è veramente molto distante da quella offerta dai mass media. Dobbiamo ringraziare per questo tutte le agenzie che ci danno una mano.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie; ci sono due Signore che vogliono intervenire.

## **Sig.ra Rita Paoloni**

Mi ha molto colpito questo intervento, che più che altro parla di sensibilizzazione in particolare rivolta agli studenti e questo va molto bene, però come genitore chiedo: quali servizi ci vengono offerti, quale percorso da seguire per il reinserimento sociale e lavorativo? Io nel mio caso ho dovuto muovermi per tentativi. L’intervento fatto non è relativo al reinserimento, ma solo ad un discorso di sensibilizzazione degli studenti.

## **Enrico Marchi (in risposta)**

Noi prepariamo un terreno. Nella pubblicizzazione che ritroviamo nei giornali di oggi sul tema della Salute Mentale, vediamo degli utenti che stanno lavorando in un vivaio e stanno piantando. Anche noi prepariamo un terreno, visto che lavorare in un contesto sociale anche allargato indubbiamente non porta a dei risultati terapeutici immediati, ma è una politica sanitaria di avvicinamento che porta lentamente ad accettare che il percorso assistenziale si dipani nelle nostre strade. È creare una coscienza sociale che direttamente non è terapeutica sul momento, ma che lo diventa nel

momento in cui noi diffondiamo un’immagine di maggiore accessibilità; è dunque una manovra a lungo termine che però ci sembra importante e fondamentale per dare un’idea di come lavoriamo in futuro.

## **Maria Grazia Bandoni**

La domanda che volevo fare è la seguente: anch’io sono un familiare di un utente e ritengo che normalmente questa è una terapia che affianca un progetto. Si è parlato di sensibilizzazione, ma io sono arrivata a questa associazione dopo quattro anni, perché in teoria nessuno me la aveva indicata come punto di aiuto e di indirizzamento. **Al di là del progetto manca la figura di un coordinatore; infatti un familiare non sa cosa fare e va per esclusione.** Esiste un progetto e un percorso, ma io a tutt’oggi dopo due anni che mio figlio è seguito, ancora non ho le idee chiare sul da farsi. Noi nelle case viviamo un senso di precarietà e dal momento che dobbiamo fare i conti con l’ansia, avremmo bisogno da un servizio di alcune certezze sul come aiutare meglio il paziente e questo è un obiettivo. La sensibilizzazione degli studenti va bene, ma ci sono tanti disagi che fanno sì che le persone non arrivino al servizio pubblico perché prima tentano quello privato, perché il disagio mentale è ancora un punto oscuro.

## **Enrico Marchi (in risposta)**

Credo che quello che l’ha portata alla difficoltà nel percorso è legata alle difficoltà che anche noi troviamo nell’avvicinare i familiari al servizio, a fidelizzarli alle istituzioni o alle Associazioni. Io spesso invito all’iscrizione all’associazione. C’è un certo pudore e talora il percorso di coscientizzazione sulle problematiche che riguardano il familiare in carico merita tempi molto lunghi. Io spesso invito all’iscrizione all’associazione, ma non tutti rispondono. A volte ci sono dei familiari che si nascondono e credo che anche l’isolamento sia un nemico da sconfiggere. L’intento nostro è comunque quello di far sì che le persone trovino delle strade anche al di là di quello che noi possiamo fare. Infatti più risorse si mettono in ballo e meglio è il risultato.

## **Gemma Del Carlo**

Come associazione confermo che quando le famiglie arrivano all’associazione ci sentiamo spesso dire ‘ah se lo avessimo saputo prima!’. Indirizzare i familiari

all’associazione non è ritenuto importante dai servizi psichiatrici, mentre noi affermiamo che partecipare all’associazione per i familiari sia terapeutico e dovrebbe far parte del percorso di cura. Purtroppo su questo punto c’è ancora da fare molta strada.

Cedo adesso la parola al coordinatore sociale dell’Azienda USL il Dott.Elmi che entrerà nel merito degli inserimenti abitativi, lavorativi e l’ntegrazione sociale non solo per i pazienti che sono ospiti in strutture ma anche dei pazienti che abitano nelle famiglie.

## **Antonio Elmi (Coordinatore sociale U.S.L.2)**

### ***Quali servizi?***

Buongiorno a tutti. Vorrei ringraziare la FASM che è una delle associazioni più importanti che opera su Lucca nell’ambito del disagio mentale per l’invito rivolto a me e al Dipartimento di assistenza sociale dell’azienda sanitaria. Io affronterò queste tematiche secondo l’angolatura propria dei servizi sociali, tentando di chiarire alcuni aspetti inerenti le strategie che l’azienda sta portando avanti in riferimento all’obiettivo principale che è quello del reinserimento sociale. Il collega di Trieste ha illustrato con estrema precisione che da parte dei servizi l’attenzione fin dai primi approcci riabilitativi deve essere rivolta ad un’ottica di reinserimento. Una strategia complessa che punta al reinserimento è possibile; dobbiamo tenere presente che questo comporta dei rischi e si possono registrare dei fallimenti. Voglio però ricordare che un solo inserimento a buon fine è un risultato infinitamente più grande di zero inserimenti. Una strategia di piccoli passi e piccoli risultati è comunque significativa da questo punto di vista. Noi abbiamo articolato nel corso di questi anni la nostra strategia di reinserimento in questo modo: abbiamo gli inserimenti assistiti etero familiari, la residenzialità e gli inserimenti lavorativi.



- I primi (**inserimenti assistiti etero familiari**) si basano sulla prospettiva di inserire persone che hanno difficoltà non in strutture ma in contesti di comune e civile convivenza cioè all'interno di famiglie ospitanti per ricostruire ambienti di vita quotidiana. Abbiamo avuto quindi l'obiettivo di reinserire questi utenti nel tessuto di esperienze umane, che è stato perso dal momento che spesso molti di questi ospiti inseriti venivano dall'ospedale psichiatrico. Nel 1995 l'attività è iniziata a livello sperimentale e nel '97 c'è stata una svolta in questa strategia, perché dopo averla sperimentata è stata confermata all'interno delle strategie aziendali e si è sostanziata nella creazione di un gruppo interdisciplinare che ha il compito di coordinare le strategie degli inserimenti assistiti. Questo gruppo ha il compito estremamente delicato di selezionare e vagliare i nuclei familiari ospitanti e, insieme alle equipe di riferimento territoriali, di individuare gli ospiti che possono avere caratteristiche tali per essere inseriti; esso ha inoltre il compito di proporre e avviare fasi di inserimento e di abbinamento tra i soggetti ospiti e le famiglie ospitanti. Il gruppo è interdisciplinare, composto da psicologi, psichiatri, educatori e assistenti sociali, quindi da persone con professionalità diverse e ha prodotto una serie di risultati di una certa significatività. Vediamo che dal 1998 al 2003 sono stati effettuati complessivamente 45 inserimenti, di cui la maggior parte a tempo pieno. Ci sono stati anche inserimenti a tempo parziale di persone, cioè che sono state appoggiate ad un nucleo familiare solo per alcuni periodi della giornata per poi tornare nel proprio ambiente di provenienza per il resto della giornata. E' dunque un appoggio temporaneo che serve a occupare alcune fasce della giornata che rimanevano scoperte. Gli esiti di questi inserimenti hanno di fatto evidenziato una situazione in cui abbiamo attivi il 70% di quelli effettuati. Abbiamo registrato anche una serie di fallimenti, cioè di inserimenti non andati a buon fine. Il fatto che non siano andati a buon fine non significa che queste persone siano state abbandonate. Vuol dire solo che l'abbinamento si è dimostrato non perfettamente valutato o si sono aperte altre necessità e problematiche; ad esempio ci sono state situazioni in cui i pazienti hanno avuto altri episodi di manifestazione di malattia psichiatrica e per cui si sono dovute pensare soluzioni diverse e alternative. In ogni caso tutte le persone che erano entrate in questi percorsi sono comunque assistite anche se con strumenti e interventi di tipo alternativo: nessuno è quindi stato abbandonato.



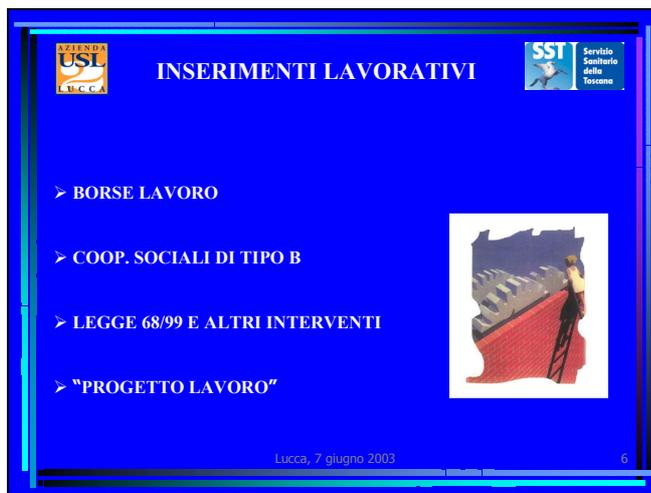
- Un altro dei punti che vorrei sottolineare su cui si è mossa la nostra strategia è quello della cosiddetta **residenzialità** con assistenza leggera. Abbiamo inoltre strutture residenziali ma che sono molto più connotate da un punto di vista terapeutico, riabilitativo quindi con presenza massiccia di personale sanitario. Qui vogliamo invece parlare di quella residenzialità che è a fine quasi del percorso riabilitativo che è stato fatto. Si parla quindi di assistenza leggera perché gli inserimenti avvengono in strutture che maggiormente si avvicinano alla realtà abitativa quotidiana. Ci sono strutture dove non c'è assistenza notturna; all'interno di questo elenco abbiamo ad esempio San Concordio. Questo perché l'ospite ha ormai sviluppato livelli di autonomia tali per cui può, insieme agli altri, gestire la propria vita nella comunità, nella casa famiglia in modo autonomo. Durante la giornata si entra invece in un circuito dove insieme agli operatori si procede in quelle che sono le attività quotidiane, quali la pulizia dell'appartamento e dell'igiene. Queste realtà che nel caso considerato nel lucido sono relative ad un totale di 13-15 posti letto, in questo momento esemplificano inserimenti che potremmo definire in case normali, nelle nostre case. Inoltre abbiamo una serie di persone che in modo individuale vengono seguite in case di civile abitazione, spesso appartamenti propri o di amici con cui convivono; ci sono inoltre situazioni in cui abbiamo una convivenza di più pazienti che sono inseriti nel loro ambiente normale e quotidiano di vita con solo delle forme di leggera assistenza in modo che possano svolgere con maggiore facilità la loro vita individuale di relazione.

The slide features a blue background with white text and logos. At the top left is the USL logo (Azienda USL U.C.C.). At the top right is the SST logo (Servizio Sanitario della Toscana). The main title is 'LA RESIDENZIALITA' (CON ASSISTENZA LEGGERA)'. Below the title is a list of housing projects: 'CASA FAMIGLIA S.MARIA DEL GIUDICE -P.L. 8', 'GRUPPO APPARTAMENTO S.CONCORDIO - P.L.5', 'LA CASA RITROVATA' APPARTAMENTO INDIVIDUALE -P.L.2, and 'INSERIMENTI DIRETTI IN CIVILE ABITAZIONE CON APPOGGI DOMICILIARI E/O SU PROGETTI SPECIFICI = TOTALE N° 11'. A photograph of a yellow building is on the right. At the bottom, it says 'Lucca, 7 giugno 2003' and the number '5'.

- Altro punto indicato è quello degli **inserimenti lavorativi**; il logo che vedete sulle “schede” è stato tratto da quello che fu predisposto due anni fa per l’inaugurazione di un nuovo laboratorio del progetto lavoro dell’azienda sanitaria. Le difficoltà, le barriere e il muro che si deve scavalcare per essere inseriti nel mondo del lavoro sono un ostacolo per tutti ma sono un problema più sensibile per queste persone. I nostri interventi sono le borse lavoro, le cooperative sociali; abbiamo inoltre utilizzato strumenti come la legge 68/99 che facilita gli inserimenti lavorativi per persone disabili al lavoro. Abbiamo inoltre il progetto lavoro per disabili psichici. Cominciamo con le borse lavoro: esse sono state il tentativo di superare quelli che erano strumenti molto diffusi in passato come il sussidio al paziente psichiatrico che aveva una funzione solo assistenzialistica. Il tentativo è quello di finalizzare la borsa lavoro ad un contesto reale; infatti esse non si attuano in laboratori protetti, ma in ambienti normali di lavoro. La borsa lavoro non è un lavoro, ma è un avvio su un percorso di inserimento in un contesto reale lavorativo. Questo ci ha permesso spesso di passare dalla borsa lavoro, che è ancora uno strumento di tipo assistenziale, a dei veri e propri inserimenti. Abbiamo avuto un totale di oltre 90 borse lavoro complessive, che ha permesso l’inserimento definitivo di quattro soggetti che avevano fatto questo percorso; questo è stato possibile grazie anche a strumenti nuovi come la legge '68 che credo stia producendo dei risultati particolarmente significativi. Un altro intervento molto importante è l’utilizzo di cooperative sociali di tipo B. Fra l’altro questo tipo di cooperazione offre vantaggi e facilitazioni sotto il profilo previdenziale e retributivo, ma l’aspetto fondamentale è che consente di far superare la condizione di assistito alla

persona inserita perché a tutti gli effetti è un lavoratore, anche se ad esempio a part-time ma questo non è più un fattore discriminante. Lo status della persona inserita è quindi quella di un lavoratore a tutti gli effetti. La nostra azienda sanitaria garantisce tutta una serie di commesse a queste cooperative sociali senza avere aumenti di costi. Queste commesse avvengono nel settore delle pulizie, e nella manutenzione del verde, riordino di archivi e quanto altro. Anche sotto questo profilo credo che per le amministrazioni e gli enti locali sia molto interessante questo utilizzo perché questi sono lavori che comunque devono essere fatti. Non ci sono aggravii di costi e viene inoltre svolta, utilizzando una cooperativa sociale di tipo B, una funzione di reinserimento sociale molto valida e significativa. In più è da ribadire nuovamente che lo status della persona è quello di un lavoratore, la persona si sente gratificata e acquisisce una sua funzione attiva nel lavoro e non è più un assistito. Certo poi seguirà un percorso riabilitativo tramite una serie di interventi di tipo sanitario, ma come una persona che è definitivamente uscita dal circuito psichiatrico e della emarginazione. In questo ambito siamo riusciti a realizzare 30 inserimenti dal 98 al 2003 e 14 sono ancora attivi. I dati si riferiscono a situazioni che sono gestite direttamente dall'azienda sanitaria o attraverso cooperative che fanno riferimento all'azienda stessa. Questa credo sia una direzione di lavoro molto interessante anche per gli enti locali. Infatti se su questo ci fosse una sensibilizzazione anche della realtà esterna, questo tipo di intervento può diventare uno strumento di inserimento molto efficace. L'altra linea di inserimento che avevamo proposto e che stiamo attuando è quello del Progetto Lavoro, svolto dall'Enaip, ma completamente finanziato dall'azienda sanitaria. È stato creato ultimamente un nuovo modulo definito “Diversamente Abili” che è il modulo finale del progetto lavoro, che ha l'obiettivo e il compito di massimizzare le possibilità di inserimento lavorativo dei soggetti che lo frequentano. Nel 2002, 15 persone sono state inserite nel progetto lavoro e 6 di queste hanno trovato un collocamento definitivo. Questo modulo è estremamente importante, va valorizzato e possibilmente potenziato perché riesce a massimizzare i risultati e le possibilità di inserimento. C'è da tenere presente che questo modulo non si svolge in ambienti protetti, ma svolge gli stage preliminari e preparatori, tutto in un contesto reale a confronto diretto con la realtà lavorativa. L'essere riusciti a

produrre appunto alcuni inserimenti definitivi dimostra la validità di questo tipo di intervento.



Concludo con una brevissima considerazione ricordando come sia necessario che sul problema del reinserimento non ci sia la delega totale all'azienda sanitaria. L'inserimento sia sociale che lavorativo dei disabili deve essere un problema sentito da tutta la comunità. Credo che la comunità lucchese sia una comunità solidale; abbiamo visto che c'è una grande ricchezza di associazioni che operano nel territorio. La direzione di lavoro su cui dovremmo muoverci, noi e gli enti locali, dovrà essere quella di raccordare queste potenzialità che la comunità offre, proprio per massimizzare le politiche e le strategie di inserimento.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott.Elmi che ci ha illustrato gli inserimenti. Preciso che gli utenti che fanno parte di un percorso riabilitativo attraverso il lavoro nel Progetto lavoro della Cooperativa Icaro hanno avuto dei risultati positivi come pure alcuni utenti che sono in borsa lavoro. Purtroppo i posti sono limitati e per nuove assunzioni si devono aspettare degli anni e queste attese fanno regredire i pazienti e di conseguenza i costi per l'Azienda U.S.L. aumentano. Le cooperative sociali devono essere messe in condizione di andare avanti, ed avere le commesse di lavoro da parte degli enti. Il lavoro oltre ad essere terapeutico per questi utenti dà loro anche una dignità. Di conseguenza anche i familiari stanno molto meglio nel vedere i propri cari impegnati.

Adesso passo la parola al Vicepresidente della Provincia Antonio Torre, che è atteso da un'altra parte, anche se sarebbe importante che rimanesse qui con noi in quanto il problema degli inserimenti lavorativi coinvolge direttamente la Provincia.

## **Antonio Torre**

### **Assessore alle politiche sociali e al lavoro Provincia di Lucca**

#### ***L'inserimento lavorativo***

A me farebbe piacere rimanere anche tutto il giorno, ma purtroppo devo andare a Viareggio per l'inaugurazione del nuovo centro impiego, e credo quindi di fare un servizio anche per le categorie dello svantaggio; infatti all'interno di esso ci sono anche servizi per il collocamento dei disabili. Credo che mi scuserete se non potrò corrispondere all'invito fatto dalla Sig.ra Del Carlo. Questa parte del lavoro, del dare piena cittadinanza a chi ha problemi di disabilità attraverso percorsi di inserimento al lavoro è un problema ben presente su cui da tempo dialoghiamo con l'associazione F.A.S.M., con l'azienda sanitaria e con tutti i soggetti; essa può dare risposte a questa problematica particolarmente complessa per chi presenta una disabilità come quella relativa alla salute mentale. Parlo del privato, perché se le aziende presentano delle difficoltà riguardo complessivamente le disabilità e sono chiamate attraverso le leggi in vigore a riservare posti per tali soggetti, barriere superiori sono presenti per questo tipo. Se una persona ha dei problemi fisici reali, questi vengono riconosciuti, il problema della salute mentale non viene invece individuato bene. Questo ci impegna ulteriormente a far capire che è possibile fare dei percorsi lavorativi stabili e con la soddisfazione della persona e di chi le offre lavoro. Se mi permettete io vorrei soltanto fare un accenno all'impegno che l'amministrazione provinciale ha come deleghe. Queste deleghe sono state ricevute con la riforma dei centri per l'impiego e riguardano le problematiche delle politiche attive del lavoro; noi abbiamo istituito subito dopo l'accoglimento della delega un'organizzazione dei servizi mirata al lavoro dei soggetti disabili, facendo all'interno dei centri un nucleo di persone che si occupi del collocamento mirato, per quanto riguarda i soggetti che rientrano nella legge 68 del 99 e non solo per essi, ma anche inserendo in tale nucleo tutta la problematica dei soggetti dello svantaggio più diffuso. Il sistema si è strutturato nei nostri centri per l'impiego e le problematiche che abbiamo cercato di affrontare sono essenzialmente di due tipi: si deve per prima cosa avere un riguardo particolare verso la persona per riuscire a capire, anche in rapporto con chi conosce bene il percorso e le problematiche dell'utente, quali sono le possibilità di inserimento e di integrazione lavorativa e soprattutto i tipi di servizi che possono essere pensati per questa persona. Il secondo impegno che direi ancora più faticoso è quello del rapporto con l'impresa pubblica e privata. Anche sulla piccola impresa che non rientra nel collocamento obbligatorio noi ci contiamo molto

perché è una realtà imprenditoriale molto presente nella nostra provincia. Ricordo che fino ad un certo numero di dipendenti con la legge 68 del 1999 non si è soggetti a riservare posti a chi ha problemi di svantaggio. Inoltre abbiamo il problema del rapporto con l'impresa familiare dell'artigianato e del commercio al dettaglio e con l'impresa privata la cui finalità è l'accoglienza dei soggetti deboli e dello svantaggio e che ha già in sé la predisposizione a favorire l'inserimento lavorativo, che sono le cooperative sociali di tipo B e i consorzi di tali cooperative. Quindi importanti sono intanto i rapporti con i servizi alla persona e al mondo dell'impresa, tramite l'accoglienza, i colloqui informativi, una costruzione dei dati anagrafici dei soggetti che vengono presi in carico e un servizio di consulenza e di visita che si sta sempre più allargando alle imprese, in questo modo questi inserimenti possono essere visti in maniera positiva in quanto accompagnati da tutoraggi e certificati da una rete intorno che è quella dei collaboratori dei centri per l'impiego e degli stessi operatori dei servizi che possono dare quella sicurezza al datore di lavoro. Se è vero che l'ingresso nel mondo del lavoro è una cosa importantissima e significativa, per dare dignità di vita alla persona con disabilità in particolare di tipo mentale, è anche vero che un fallimento di questo inserimento può portare ad una risposta che ha una negatività ulteriore, che può complicare il percorso complessivo della persona. In questo senso il rapporto che abbiamo instaurato con i servizi dell'azienda sanitaria locale mi sembra una buona collaborazione: il servizio di accompagnamento al lavoro si è attivato per implementare una rete di confronto con i referenti sociali e sanitari che hanno in carico i soggetti che vengono contattati dal servizio di accompagnamento al lavoro; abbiamo avuto frequenti contatti con chi ha la responsabilità delle borse lavoro dell'azienda sanitaria locale che coordina i referenti sociali del territorio; ci sono stati degli incontri informativi con i referenti sociali dei distretti per una collaborazione su alcuni soggetti segnalati dai referenti stessi che si sono rivolti spontaneamente al servizio di accompagnamento lavoro della Provincia; ci sono stati anche degli incontri con i referenti del centro di salute mentale che seguono soggetti con disagio mentale. Abbiamo nell'anno 2002 almeno una ottantina di segnalazioni riguardo la disabilità in generale. Nel percorso di assistenza socio-sanitario si dovrebbe individuare chi presenta delle caratteristiche possibili per un fruttuoso inserimento lavorativo, oppure chi prevede prima dell'inserimento lavorativo vero e proprio un passaggio ad un'attività preformativa e che possa far capire che è possibile l'ingresso nel mondo del lavoro. Tra le altre cose voglio rivendicare un risultato insperato, per quanto riguarda le borse lavoro, grazie alle

due aziende locali. Per quanto riguarda la collocazione di persone con lo svantaggio tra l'azienda lucchese e quella della Versilia c'erano circa un centinaio di posti però c'erano anche i Comuni e la stessa Provincia che doveva integrare dei posti per la disabilità. Noi abbiamo fatto un lavoro tramite la legge 68 che è quella che per l'ente locale o per le aziende sanitarie permette di fare una convenzione per cui possono essere fatti dei percorsi a chiamata, seguendo un percorso certificato dagli assistenti sociali che ci indicano che persone che avevano fatto percorsi nelle borse lavoro sono adesso in grado di essere assunti a tempo indeterminato nei vari enti. Questa convenzione viene dilazionata in un certo numero di anni, ma attraverso questo percorso sono state rese stabili numerose esperienze lavorative legate alle borse lavoro negli enti Azienda sanitaria, Comuni e Provincia. Tra le altre cose, molti di questi soggetti presentavano problematiche legate alla salute mentale e per anni hanno fatto l'esperienza della borsa lavoro che è molto significativa e importante, ma alla volte rischia di incancrenirsi e di non dare le risposte dovute. Questa è dunque una cosa significativa che abbiamo messo in campo e che dobbiamo continuare ad incentivare. Per quanto riguarda i dati complessivi, noi nel 2002 attraverso questo sistema di accompagnamento al lavoro abbiamo collocato oltre 130 disabili, mentre nell'aprile 2003 siamo a circa 100 quindi per la fine dell'anno dovremmo arrivare ad avere dati sovrapponibili o addirittura superarli. Fra le altre cose sempre per quanto riguarda il rapporto tra noi, l'azienda sanitaria e l'impresa, siamo vicini a definire un protocollo che metta insieme noi per le nostre competenze come pure l'azienda sanitaria e soprattutto le associazioni di categoria, gli artigiani, gli industriali e imprenditori per far capire al mondo dell'impresa che dare un posto ad una persona con problemi di disabilità non vuol dire soltanto adempiere ad un obbligo previsto per legge, ma può essere qualcosa che qualifica il mondo dell'impresa. Per quanto riguarda il Progetto Lavoro legato alla salute mentale, illustrato dal Dott. Elmi, l'inserimento di sei soggetti può sembrare un risultato poco significativo, ma in realtà è un grande risultato. Questo è stato dovuto al fatto che c'è stata una collaborazione significativa tra chi ha seguito il percorso di queste persone, tra gli operatori della cooperativa impegnata in questo progetto e i servizi di accompagnamento al lavoro. Per ogni percorso è stata individuata una possibilità di inserimento, ed è stato previsto un tutoraggio e un tirocinio lavorativo che hanno reso positiva l'entrata nel mondo del lavoro. La domanda che viene fatta spesso riguarda la possibilità che ha un progetto di questo tipo. Tutta questa attività viene finanziata con i fondi del fondo sociale europeo. Tramite la provincia, prima potevamo fare una

convenzione e dare una gestione anche ad altri soggetti; adesso questi fondi, il cui termine di utilizzo è scaduto ad aprile, vanno a bando, e noi nell'ultimo bando abbiamo messo quarantamila euro. I progetti erano di due tipi: uno legato ad un'attività di sostegno agli operatori che servono e sono sempre più necessari per aiutare gli inserimenti lavorativi, legati alla salute mentale. Il secondo finanziamento un po' più piccolo riguardava il “work-esperience”, con la funzione di facilitare l'inserimento lavorativo. Ad un bando sono stati presentati dei progetti, all'altro bando non si è presentato nessuno, ci sono quindi circa dodicimila euro che riverranno messi a bando perché non c'è stata progettazione. Questo è un discorso che vorrei affrontare. Qualcuno sul territorio deve farsi carico di progettare anche per quanto riguarda tutte le proposte formative relative alla disabilità. Le nostre agenzie formative dovrebbero essere capaci di fare anche questo, oppure il mondo della disabilità non interessa a questa rete significativa, pur sempre legata al mondo dell'associazionismo, del terzo settore, dell'impresa sociale? Questa è una domanda che mi faccio. Penso anche al fatto che con le nuove disposizioni legate alla riforma Biagi si prevede un'apertura al mercato e al privato del collocamento lavorativo. Questa è una cosa che ha un senso, perché più sono gli organismi che lavorano per il collocamento al lavoro, e maggiori saranno le opportunità, ma è necessario riaffermare una regia pubblica di tutto perché tutta questa partita la finanziamo con i soldi del fondo sociale di cui abbiamo certezza solo fino al 2006. Dal 2006 in poi non sappiamo che tipo di finanziamenti avremo. La paura che sorge è che ciò che interessa sia il collocamento dei sani, mentre la parte del disagio diventi sempre meno tutelata. È chiaro che l'impegno nostro è quello di garantire finanziamenti necessari per poter continuare questo percorso, oltre ai servizi che devono essere sempre maggiormente qualificati e soprattutto a far sì che questa rete che comprende istituzioni, azienda sanitaria, terzo settore, impresa sociale e anche non sociale (infatti i posti i posti di lavoro sono spesso lì che si collocano) possa arrivare a dare delle risposte più significative all'integrazione lavorativa dei soggetti dello svantaggio.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott. Torre. Le volevo chiedere ma dove vanno a finire questi fondi? Mi sembra grave che non si possano utilizzare.

## **Antonio Torre -in risposta**

Questi fondi sono destinati per queste esperienze lavorative per il bando prossimo. Sarà nostro compito ricontattare soggetti che possono essere interessati e verificare la presentazione di eventuali progetti. L'impegno che io prendo è quello di garantire che ci siano finanziamenti possibili per un percorso di questo genere.

## **Gemma Del Carlo**

La garanzia che lei ci offre c'è e ci crediamo, ma sappiamo anche che manca un operatore in quanto sospeso, perché non ci sono finanziamenti a causa del disguido nei bandi. Questo però va a scapito dell'utenza, se ci sono delle cooperative che si sono impegnate in questo, esse devono presentare le richieste nei tempi stabiliti altrimenti lo devono dire prima della scadenza. L'ente in questo caso la Provincia crediamo abbia il compito di richiamare tutti al dovere.

Volevamo anche essere informati sul centro per l'impiego. Come si presentano questi ragazzi per inserirli al lavoro? Alle ditte viene detto prima del possibile inserimento che è un disabile psichico, sappiamo che c'è ancora tanta diffidenza nei confronti di essi, quindi si rischia che vengano scartati prima della prova. Questa diffidenza da parte del privato purtroppo c'è.

## **Antonio Torre (in risposta)**

A questo rispondo brevemente. Il lavoro sta nel cercare di offrire dei percorsi personalizzati. Quando ci troviamo davanti ad una domanda che proviene da un'azienda che ha posti di lavoro da offrire si deve capire il tipo di domanda che c'è e il tipo di caratteristiche che il soggetto deve avere. Sicuramente l'azienda vuole conoscere il tipo di disabilità che si trova davanti. La massima parte degli inserimenti lavorativi, fatti tramite il progetto lavoro, prevedono comunque un tutoraggio. Dobbiamo far capire alle aziende e all'impresa che questo è uno strumento di sostegno cioè che le aziende davanti ad un eventuale problema non si devono sentire sole. Comprendo l'ansia che c'è nei familiari e la condivido. La prospettiva dell'occupazione rende la vita più dignitosa e dà un sollievo complessivo alle famiglie e alla persona che ha queste problematiche. Vorrei ricordare che questi sono piccoli segnali che abbiamo avuto, ma c'è un percorso aperto in atto sul territorio che dobbiamo coltivare sempre di più. Il percorso è complesso, ma sta dando alcuni risultati. Noi ci impegniamo a risolvere il più possibile i

problemi burocratici, però è chiaro che i finanziamenti che possiamo dare prevedono questi passaggi. Va creata sul territorio una mentalità di persone e di agenzie che vogliono lavorare su queste persone. Se la rete tra le istituzioni, l’az. U.S.L.... rimane solida e aperta anche ad un’imprenditoria che si pone almeno questo problema, possiamo sperare nei risultati. Abbiamo inoltre avuto dei casi di aziende artigiane che pur non soggette all’obbligo hanno assunto persone con disabilità, dopo però un percorso condiviso. Questo significa andare a visitare l’azienda, presentare il candidato, fargli fare un periodo di prova in maniera protetta e poi alla fine qualcuno ha fatto il passo. Mi sembra che ci sia un percorso significativo che dobbiamo coltivare. È chiaro che tutta la parte preliminare, cioè quella che ci fa individuare che la persona è pronta per fare questo passo ha un valore fondamentale. Non possiamo bruciare percorsi anche di sostegno sanitario pensando che il lavoro risolve tutto. Può accadere ad un certo punto il paziente abbia bisogno di un’altra cosa e invece ci fissiamo sul lavoro. Mi sembra che i rapporti tra chi deve fare l’ingresso al lavoro e le persone che lo seguono sia molto consolidato e che abbia dato dei risultati.

### **Gemma Del Carlo**

Sicuramente i risultati sono stati importanti anche se il numero di queste persone inserite è basso. Ma visto che abbiamo intrapreso una strada che ci porta avanti, non possiamo adagiarci sul fatto che prima era peggio. Quello che è stato fatto va bene, però sentire che sono stati persi fondi, sentire che si deve aspettare settembre mette in ansia noi familiari. Il collocamento se è seguito permette di evitare agli utenti di tornare indietro, in quanto dopo è molto più difficile risalire.

### **Antonio Torre (in risposta)**

Preciso che la parte più cospicua dei finanziamenti è stata assegnata e credo che quella possa dare delle risposte di continuità

***PAUSA BREAK***

## **Gemma Del Carlo**

Diamo la parola al Presidente della *Cooperativa Icaro* di Lucca. Vorrei ricordare che la nostra Associazione è nata da questa cooperativa quando non era ancora tale. Era stato fatto un corso di formazione con i finanziamenti europei per disabili psichici e molti dei nostri figli ne facevano parte. Finito il corso, se il lavoro non sfociava in una cooperativa o in qualcosa di permanente non avrebbe avuto senso farlo. Per trasformarla in cooperativa, dovemmo genitori, operatori e ragazzi andare a protestare su alla Direzione dell' Az. U.S.L. perché si costituisse una cooperativa. La Cooperativa Icaro promossa dall'ENAIIP privato-sociale si costituì ed è convenzionata con l'Az. U.S.L.2. Questo è un progetto veramente integrato, in quanto l'Azienda U.S.L. 2 finanzia il progetto e di questo siamo molto riconoscenti perché tutti i ragazzi che ne fanno parte hanno avuto dei miglioramenti, compresa la sottoscritta che ha integrata la propria figlia; inoltre il Comune di Lucca ha messo a disposizione la sede di S.Vito , e la Provincia di Lucca contribuisce con un operatore per gli inserimenti con la legge 68; il privato-sociale svolge le attività, e la F.A.S.M., associazione di volontariato, si impegna nelle attività integranti nel tempo libero. *Quindi tutto questo è un progetto che merita di essere allargato almeno di 10 posti in più come da tempo promesso, inoltre sappiamo che c'è una lista di attesa e che tutti quelli che frequentano sono migliorati.* È una risposta concreta per gli utenti e per le famiglie. È molto più terapeutico di una partita di pallone o una gita o un'ora di musicoterapica alla settimana. La cooperativa impegna queste persone tutti i giorni. L'obiettivo deve essere sempre quello di un possibile inserimento lavorativo all'esterno. Precisiamo che chi non può essere inserito nel mondo del lavoro esterno, fa comunque un percorso di crescita in avanti, perché si può sempre migliorare anche all'interno di una struttura protetta.

Passo la parola al Dott. De Ranieri Daniele che ci illustrerà il la cooperativa.

## **Daniele De Ranieri -Presidente Cooperativa Icaro Lucca**

### ***Lavoro: Esperienze a confronto***

In questo mio intervento tenterò di tracciare, seguendo le direttive che caratterizzano la nostra attività di cura, la valenza terapeutica che assume l'attività lavorativa. Prima vorrei però ringraziare la Signora Gemma Del Carlo e tutta la F.A.S.M. per il percorso fatto insieme fino ad adesso.

Come primo aspetto intendo evidenziare che la cura deve rivolgersi alla totalità degli aspetti del paziente, vale a dire che una azione terapeutica è possibile solamente quando viene presa in considerazione la totalità delle esperienze della persona. Questa limitazione che inizialmente ci poniamo ci serve a ricontestualizzare le nostre possibilità di cura nella sua finitezza e parzialità dell'intervento: tale confine, pensiamo, che lo valorizzi nella sua specificità e complementarità rispetto ad altri tipi d'intervento.

La sola esperienza lavorativa, decontestualizzata da altri aspetti quali, ad esempio, la sfera del vissuto familiare o comunque privato, risulta essere un mezzo solo parzialmente efficace in una prassi veramente terapeutica. Solamente attuando un lavoro di rete con tutti quei soggetti che prendono in cura la persona sui suoi vari versanti è possibile svolgere un'azione che produca una possibilità di miglioramento. Nel piccolo della nostra esperienza ci è stato infatti dato di osservare che risultati positivi si hanno quando vi è collaborazione tra diversi soggetti complementari tra loro (Progetto Lavoro, Associazione Famiglie, Distretti socio-sanitari, strutture abitative) così che l'attenzione è posta sulla totalità dei vissuti del paziente. Tale totalità, nella correlazione unica dei vissuti di questo, dovrebbe essere rispecchiata dalla molteplicità di interventi correlati e coordinati così ad andare a legittimare l'unicità e la dignità della persona.

Altro aspetto importante che cercherò brevemente di esporre è l'importanza del luogo in cui l'azione terapeutica del lavoro si svolge. Il problema della vicinanza fisica-spaziale come significanza del riconoscimento dell'altro e accettazione che questo ha di noi, ci sembra infatti un punto importante. I nostri laboratori si trovano entrambi vicini al centro, in contesti abitativi, in prossimità di altre persone e di una molteplicità di contesti sociali (possibilità di relazione con vicini, frequentazione di vari esercizi commerciali): ciò permette la strutturazione di un percorso di avvicinamento all'altro, in prima istanza l'altro come realtà socialmente connotata, riconoscimento d'altro che costituisce un primo e fondamentale orientamento della prassi terapeutica. Il passaggio dai locali dell'ex ospedale psichiatrico di Maggiano ad un luogo socialmente integrato ha infatti significato l'abbandono di uno spazio materialmente e metaforicamente chiuso, per approdare ad una struttura aperta in cui sia possibile cogliere altro, le possibilità che questo altro ci offre e perciò accoglierlo ed esserne accolti.

Questo senso di possibilità ci introduce all'ultimo punto del nostro discorso, vale a dire come l'attività lavorativa di per sé possa assumere la funzione di attività essenzialmente terapeutica. Il lavoro infatti si va a configurare, al di là della sua valenza di prassi

produttiva, come istituzione di rapporto positivo con l’alterità come possibilità: come il sapersi collocare in un contesto di rimandi significanti dati innanzitutto dalla relazione con la materia lavorata, i colleghi, il luogo di lavoro e la successione temporale della fasi lavorative. Attraverso l’attività lavorativa è possibile ridare il senso di possibilità di qualcosa d’altro vale a dire: il prospettare il riconoscimento di un cambiamento possibile e perciò di una guarigione possibile.

Altro discorso potrebbe essere fatto per l’altro settore che, come Progetto Lavoro, cerchiamo di sviluppare, l’inserimento lavorativo e il tutoraggio in ambienti non protetti. I problemi che ci troviamo ad affrontare in questo campo sono parzialmente differenti in quanto l’orizzonte problematico si estende quando l’azione terapeutica deve fattualmente trasformarsi in un processo d’integrazione reale: lo stigma nei confronti della malattia mentale, la necessità di un intervento di monitoraggio continuo, le difficoltà insite nel trovarsi in un ambiente in cui le relazioni non sono mediate da alcun intervento esterno rendono il compito dell’integrazione lavorativa una vera e propria sfida. Sfida con cui dobbiamo però necessariamente confrontarci, aprendo una discussione a tutti i soggetti interessati, associazioni di familiari e soggetti istituzionali, se vogliamo che il processo di cura abbia un riconoscimento oltre che personale anche sociale.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie a Daniele per quanto ci ha detto. Noi crediamo molto in attività come queste che, attraverso il lavoro, hanno dimostrato notevoli miglioramenti in questi ragazzi. Tutto questo non equivale ad investire e spendere, ma ad investire per dare benessere e di conseguenza risparmiare nel tempo.

Ora andiamo avanti con le cooperative e diamo la parola a quella di Trieste e il passo la parola al Sig. Carena Giancarlo

## **Carena Giancarlo**

### **Agricola Monte San Panteleone-Coop. Sociale Trieste**

#### ***Lavoro: Esperienze a confronto***

Buongiorno, tenterò in questo breve tempo di fare un excursus di venticinque anni, perché questo è il tempo dell’esperienza della cooperazione sociale a Trieste; tenterò di raccontarvi alcuni passaggi per dare un contributo a questo dibattito su alcuni punti che sono emersi nelle varie relazioni.

Ho voluto mettere sul tavolo questo bel manifesto che è relativo all'Ospedale Psichiatrico di Trieste, grande utopia di fine secolo dell'Ottocento, luogo che sognava, grazie alla sue caratteristiche funzionali e architettoniche, di risolvere dentro le mura il problema della salute mentale.

Evidentemente questa utopia è naufragata e lo stesso Ospedale Psichiatrico è stato il luogo che negli anni '70 Basaglia ha incontrato con la presenza di ben 1200 persone rinchiusi. Ho messo qui sul tavolo il manifesto perché a mio avviso la questione dei manicomi non è ancora definitivamente chiusa e riemerge continuamente nelle sue trasformazioni e frantumazioni.

E' proprio dentro l'Ospedale Psichiatrico che Basaglia affronta il tema del lavoro, nel luogo emblematico dell'esclusione: lo trova sotto due forme, che vanno dallo sfruttamento dei pazienti, le persone ricoverate che in cambio di un sigaretta o di un buon trattamento fanno dei piccoli lavori, e nelle forme molto ruvide e rozze dell'ergoterapia, con la sua pretesa di scientificità, nei vari laboratori del cestaio, del materassaio, o di tessitura.

**Allora Basaglia vede una persona davanti a sé, che è priva di diritti; eppure ha delle capacità, ad esempio porta le lenzuola ogni giorno, fa la pulizia dei reparti... che fare?**

**Sintetizzo qui quello straordinario processo che prende avvio con tre scelte determinanti:**

**Primo: Basaglia riconosce queste capacità indipendentemente dalla diagnosi. Questo gesto straordinario rovescia completamente tutto quello che la psichiatria faceva e che purtroppo alle volte ancora fa, e cioè l'azione dell'invalidare. Il gesto dirompente di allora è ancora per noi un punto di riferimento essenziale.**

**Secondo: Basaglia inventa all'interno e nel vivo del processo di deistituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico una cooperativa integrata (cooperativa lavoratori uniti), per permettere di dare lo statuto di lavoratore a chi di fatto lo era. In questo modo crea i presupposti per la restituzione di diritti effettivi; tutto ciò quasi trenta anni fa.**

**Il terzo gesto che oggi può apparire banale ma non lo era nel contesto socio-politico di allora, fu la privatizzazione di un servizio nel mercato interno: il servizio delle pulizie venne affidato a quella prima cooperativa integrata anticipando il grande tema delle riconversione delle risorse e contemporaneamente liberando gli**

**infermieri da un'attività impropria come quella della pulizie e permettendo loro di investire al meglio sul lavoro di terapeuti a cui erano chiamati nel nuovo processo.**

**Inizia così a Trieste la storia delle cooperative sociali, e contemporaneamente inizia un nuovo modo di pensare il tema del lavoro e i processi riabilitativi e formativi.**

All'inizio degli anni '80 l'Italia si caratterizza con la nascita di una serie di servizi territoriali importanti; nascono i servizi delle tossicodipendenze, nascono e cominciano ad articolarsi a Trieste prima, ma anche nel resto d'Italia poi, i servizi di salute mentale sul territorio, nascono i consultori femminili, persino i primi tentativi di un lavoro un po' più attento sul carcere. Potremmo quasi dire che tutti questi servizi sul territorio rendono visibili nuovi soggetti, la scena del disagio sociale si popola di una moltitudine fatta di singolarità con sogni, aspettative e bisogni molto differenziati.

La fragile e nascente cooperazione sociale di Trieste incontra questi soggetti, li ascolta, ne è informata. E impara e scopre che c'è una domanda che il mondo assistenziale e sanitario che si occupa di riabilitazione e inserimento lavorativo difficilmente riesce a fare: chiedere banalmente all'altro cosa piacerebbe fare a lui, ossia partire da quelli che sono i suoi desideri.

Scoprivamo così che questo era uno dei limiti e che affinché ci fosse un minimo di probabilità di successo in un faticoso percorso riabilitativo e formativo che riguardava una persona con problemi significativi, bisognava che si creasse un minimo di corresponsione tra quello che gli si chiedeva e quello che lui/lei chiedeva a noi.

Da questa consapevolezza prende avvio un faticoso processo di costruzione e consolidamento della cooperazione sociale che via via ha definito una serie di questioni qualificanti e irrinunciabili.

**Prima questione:** elevare la qualità del prodotto e delle relazioni.

**Spessissimo il nostro mondo fa delle cose brutte e misere, perché è difficile fare delle cose belle e di qualità; ma è proprio a quelle che noi dobbiamo mirare, perché è proprio facendo cose belle che si fa bene alla salute, mentre le cose inutili e stupide fanno male alla salute. Se le cose che facciamo sono brutte le relazioni che ne conseguono sono misere.**

**Fare delle cose belle e utili significa forse inventarsi un mercato, significa forse trovare qualcuno dall'altra parte che è disposto a comprarle.**

**Facciamo un breve esempio: circa un anno fa ero a Lecce, a ridosso di un servizio di salute mentale, in un centro diurno, dove qualcuno con il denaro pubblico aveva comprato un grande forno per fare ceramiche; c’era una cooperativa sociale di tipo A di assistenti che inseriva una quindicina di persone per insegnare loro a fare ceramica; il prodotto era di bassissima qualità, e la conseguenza fu che io stesso sono andato a visitare una piccola industria artigiana che, in un contesto di forte tradizione della ceramica, produceva stupende padelle in coccio, che ovviamente mi sono comprato.**

**Parliamo di ricerca della qualità, degli spazi, del prodotto e delle relazioni umane. Noi dobbiamo impegnarci a migliorare i nostri spazi, dobbiamo investire con grande attenzione e grande forza su questi temi.**

**L’esperienza di Trieste dice che tutto ciò è possibile, a patto che ci sia una strategia che lo persegua e una coerenza dell’insieme delle azioni.**

**Seconda questione.** Attirare specifiche intelligenze e competenze, collegarle al nostro mondo.

**Se decido di fare una falegnameria e voglio fare dei mobili, devo avere il più bravo falegname di Trieste, se decido di fare un ristorante devo avere il più bravo cuoco, se decido poi di fare un’impresa di giardinaggio devo avere il più bravo giardiniere, altrimenti non ce la faccio.**

**L’intelligenza e le competenze ci sono sempre e ovunque, questo va affermato, ma il problema è che restano sempre distanti da noi, dall’altra parte, nella via centrale della città, nell’impresa principale. Dobbiamo invece diventare appetibili per sedurre, per attrarle in una condivisione progettuale.**

**Terza questione.** Mix di risorse umane

**Dobbiamo imparare a mettere insieme persone diverse con capacità e abilità diverse, leggendole sempre in positivo e mai a partire dalla diagnosi; tu sei psicotico e non sai fare quello, tu sei schizofrenico e non sai fare questo; ma affermare con forza e sempre a partire dal grande insegnamento basagliano: tu sei una persona che comunque ha sempre delle capacità. Lavorare su questo mix è un obiettivo strategico, sapendo che su questo terreno sbaglieremo sempre ma dobbiamo provarci.**

Spesso ancora oggi accade purtroppo il contrario: le cooperative sociali nascono stimulate da un qualche contesto e poi lì si fermano, per cui il rischio è assistere alla formazione di cooperative dove ci sono solo le persone con handicap grave, oppure ci sono solo gli utenti dei servizi di salute mentale, oppure solo i tossicodipendenti, magari chiusi nelle regole rigide delle comunità; questo è quello che sta ancora drammaticamente accadendo.

Questa complessità di intreccio, che si avvicina un po' all'ingegneria sociale, aumenta le probabilità di successo della nostra impresa, che altrimenti è destinata a non farcela.

Quarta questione. Mix di risorse economiche.

Come si fa affinché le nostre imprese non rimangano misere e possano svilupparsi? Parliamo per l'appunto di mix delle risorse; si tratta di legare quello che solitamente è separato, si tratta di superare e ricucire la frattura tra chi è produttivo e il mondo assistenziale sanitario. E' la grande questione di ieri, ma è anche la grande questione di oggi.

Noi vogliamo rompere questa separatezza tra questi due mondi, vogliamo cortocircuitare le risorse dell'uno e dell'altro; il mix delle risorse possibili è fatto di capacità, di progetto, di politica.

L'elenco di tali risorse è infinito e differenziato: si tratta ad esempio di reperire qualche comodato per avere in uso qualche spazio della Asl o del Comune o della Provincia, che rischia di deteriorarsi nel suo abbandono. Di spazi così ce ne sono moltissimi, ieri facendo un giro attorno alle vostre mura ne ho visti un sacco e mi sono detto che qui ci sarebbero tante cose da fare.

Ancora: riconvertire i sussidi in borse di formazione lavoro. Non si tratta di aumentare i budget della spesa, ma di saper riconvertire le risorse, di moltiplicare gli strumenti. Che strumento straordinario una borsa di formazione lavoro, erogata da una Asl o da un Comune, straordinario ponte di connessione tra il mondo assistenziale sanitario e il mondo produttivo.

E' una cosa intelligente saper reperire dei fondi sociali europei; si può fare, anche se bisogna saper scrivere in bruxellese, però c'è qualcuno che lo sa fare; dobbiamo reperirli questi fondi, attrarli nuovamente e investire sensatamente in collaborazione con la municipalità, la Provincia, con l'Azienda sanitaria, realizzare progetti che vedono tutti questi soggetti protagonisti di queste azioni.

**Per concludere: esistono un'infinità di leggi specifiche per le varie attività imprenditoriali, che facilitano il credito o gli investimenti: dobbiamo imparare ad usarle.**

**Lavorare su questo insieme di risorse crea possibilità di successo per l'impresa.**

**Dobbiamo lavorare affinché le cooperative sociali abbiano possibilità di sviluppo: è evidente la ricaduta sul pubblico, voi stessi avete reso noti in questa sede dei dati molto interessanti.**

**Vi do due dati importanti relativi a Trieste: l'azienda sanitaria ha istituito cento borse di formazione lavoro. Ogni anno negli ultimi cinque anni vengono assunte, nel mondo delle cooperative, venti persone dentro a queste cento.**

**A parità di budget, è possibile re-immettere in un percorso riabilitativo e formativo ogni anno venti persone nuove. E' evidente che questo circolo virtuoso funziona se la capacità di crescita di queste imprese sociali c'è. Se la capacità di crescita viene meno, questo meccanismo si inceppa.**

**Oggi a Trieste comincia ad essere interessante, dopo venticinque anni di cooperazione sociale, dopo aver trasformato significativamente una cultura della città sul tema dell'inserimento lavorativo. Molti artigiani vogliono fare la loro parte, sta diffondendosi una cultura molto positiva.**

**Il servizio pubblico e la cooperazione sociale devono convergere per realizzare lo straordinario processo che è l'impresa sociale; e questo è l'augurio che vi faccio.**

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Presidente Carena di Trieste. Questo è un intervento che ci deve far riflettere. Diversificare le attività è molto importante, problema al quale anche qui a Lucca si dovrà pensare e provvedere. Per quanto riguarda coloro che sono in borsa lavoro, voglio specificare che alcuni di essi sono stati fatti uscire dal progetto lavoro, per fare un percorso in avanti, e di conseguenza far posto ai nuovi utenti. Seguo alcune famiglie dove il percorso non è stato fatto in avanti, prima la persona era integrata e occupata tutti i giorni, adesso o si trova in un angolo di questi nuovi laboratori oppure è occupata due volte alla settimana. Il percorso in avanti credo si possa fare, come più volte espresso, anche in un laboratorio protetto, l'importante è fare un percorso di crescita in tutti i sensi. Dobbiamo avere più progettualità e imprenditorialità, le

cooperative si devono modernizzare e le idee forse non mancano, ma le stesse vanno messe in condizioni di poterle fare; purtroppo accade che esse spendono energie per la loro sopravvivenza.

Ora passiamo ad altre esperienze, iniziamo con Massa rappresentata da Franco Colomani che ci parlerà di un'esperienza molto diversa, tutta gestita dagli utenti.

## **Colomani Franco**

### **Ass.Auto-aiuto Massa per le cooperative ‘Foglia del te’ e ‘Pegaso blu’**

#### ***Lavoro: Esperienze a confronto***

Io vengo da Massa-Carrara dove abbiamo un'associazione di auto-aiuto che funziona dal 1989, pertanto sono già quattordici anni che è in funzionamento, i frutti che abbiamo raccolto sono due cooperative principalmente e non mi sto a dilungare su altre cose, come gruppi appartamento, che sono anch'essi importanti. Volevo dire che il suo discorso è stato uno dei più belli che ha sentito, molto accattivante specialmente per la parte dell'utente; tornando alle cooperative, c'è chi ha detto che l'apice della riabilitazione sia il lavoro e questo è vero, ma è anche vero che non possiamo decidere quale sarà il nostro lavoro quando ci intraprendiamo in questa nostra carriera da matti. Si è visto questo, noi siamo una nuova generazione di matti, non più quelli confinati tra le mura, non più quelli che stanno a casa e prendono gli psicofarmaci, vogliamo tutto quello che vogliono gli altri. La mente è a 360 gradi ed è quindi fatta da un comportamento che abita in una casa, che ha delle relazioni, che ha un lavoro e che vuole anche del tempo libero per divertirsi, un essere umano completo. Il problema della malattia mentale che non si comprende, si sente dire non sembri così tanto matto, sembri normale... faccio la parentesi che ci sono anche dei malati molto gravi, ci sono diverse malattie quelle più leggere, quelle più pesanti... però quello che voglio dire è che non si riesce a capire questo on-off, quando uno va in tilt oppure no. Il clou della malattia sta nella ricaduta; prima si pensava ad una plaustro-soluzione ora abbiamo una libera soluzione, ma se è libera, perché si ricade lo stesso? Perché non è protetta, quando sento parlare di inserimenti nelle imprese private, mi vengono i brividi, perché non è un luogo protetto. Si deve essere protetti nelle relazioni, nel luogo dove si abita e dove si lavora. Questo non significa formare dei ghetti. Dobbiamo avere sempre quella protezione, il modello molto semplice ma molto vero dello stress vulnerabilità è verissimo; siamo soggetti a rischio di stress, qualsiasi tipo; è anche vero che si può cadere nella ipostimolazione, pertanto uno va stimolato, però l'iperstimolazione nel

mondo naturale che voi vivete non è alla nostra portata non sempre. Vi racconto due cose sulle cooperative: essa è l'impresa migliore di lavoro, questo è indiscutibile e deve essere un lavoro protetto, ho sentito parlare anche di contratti di appalto, non vanno bene ci interessano le convenzioni, altrimenti le perderemmo sempre infatti il malato mentale è lento, il tossicodipendente è rapido e così via. Nella Cooperativa che abbiamo che si chiama 'Foglia del tè' è una cooperativa che si occupa del verde. Chi glielo dà il verde? Il comune. Si fanno dei traslochi. Chi glieli dà? L'usl e il Comune. Solo con questi due introiti pubblici si riesce a vivere in una cooperativa così eterogenea; la legge chiede che per le Cooperative di tipo B un terzo siano utenti, noi invece siamo la metà abbiamo visto che possiamo tirare la corda fino alla metà, ex-alcolisti, tossicodipendenti, malati psichiatrici, e gli altri normo-dotati, che servono per la diversità. Si creano dei conflitti, non lo nego, però dove ci sono delle persone incasinate troviamo delle persone che sono delle perle; sono pochissime; fateci caso, ad esempio Madre Teresa di Calcutta ai più sfigati del mondo gli è andata lì una delle migliori persone che possano esistere nella terra. Pertanto guardamoci bene da chi siamo circondati, dove ci sono gli sfigati ci sono anche persone che sono delle perle. Noi le abbiamo trovate, abbiamo tre persone che voglio nominare sia per chi le conosce che non le conosce: una è la Presidente della Foglia del tè, che si chiama Lucia Stesano e che è un'educatrice professionale, che sa mantenere bene tutte le relazioni e risolvere tutti gli attriti che si creano nel lavoro, li sa gestire molto bene; un altro è un infermiere professionale che si chiama Fabbrocotti, che è volontario della nostra associazione, molto preparato, una mosca bianca. Una terza persona è il Dott. Raimondi, perché il perno della situazione per fondare associazioni di auto-aiuto, associazioni di familiari, cooperative è dato dagli psichiatri. Il direttore del dipartimento di salute mentale che è lo psichiatra non deve avere solo il compito di dare psicofarmaci, ma deve occuparsi di questa mente a 360 gradi. Non è una molecola da far interagire con altre molecole, ben vengano gli psico-farmaci, ma a questo diamogli tutto il resto, essi non si possono sostituire alla casa, al lavoro, al tempo libero e a tutto il resto. Si è successivamente formata un'altra cooperativa 'Pegaso blu', perché non a tutti piaceva lavorare nel verde, ma voleva fare qualcos'altro. Si è pensato a fare sostegno ai malati più gravi. I malati mentali che stanno meglio vanno a seguire quelli che stanno peggio, pertanto si arriva a quella fascia dei più gravi, quelli che stanno chiusi in casa, nelle residenze o nei gruppi appartamento che stanno facendo un loro percorso, molto lento. Si tratta di una cooperativa dove tutti sono matti ma che assistono a dei matti, qui c'è un problema del

burn-out. Si sta attenti prendendo in considerazione utenti con esperienza di tanti anni. Gli errori ne commettiamo tanti, il primo tra i quali quello di essere razzisti di per noi stessi, non accettando la malattia mentale. Il primo che ha lo stigma è il malato stesso, incominciando da questo il percorso è lungo, ad esempio non crede agli psico-farmaci, poi ci crede, poi non ci crede poi prende delle erbe, si fanno tanti tentativi errati e passano dei decenni; devono quindi essere esperti e supervisionati da psicologi e psichiatri per avere una copertura farmacologia. Questo è importante per non cadere nel burn-out. Io ci sono passato, sono caduto in pieno in questa esperienza e poi mi sono ripreso. Concludo dicendo brevemente relativamente a questa cooperativa dove tutti sono matti, magari ci capitasse di poter dire faccio il lavoro che mi piace. Grazie.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie a Franco, che è sempre stimolante nei suoi interventi. Passiamo adesso a Patrizia Ricci che ci parlerà della cooperativa di Pistoia ‘Il poeta’.

## **Ricci Patrizia -Presidente Cooperativa sociale ‘Il poeta’ Pistoia**

### ***Lavoro: Esperienze a confronto***

Tanto è stato detto, forse qualcosa verrà anche ripetuto. La nostra è una cooperativa sociale, onlus, di tipo B che opera su Pistoia, e che si occupa fondamentalmente di vivaismo. E’ una cooperativa nata dall’associazione di Pistoia “Solidarietà e Rinnovamento”. Nasce dal bisogno di normalità che esprimevano i nostri ragazzi. Per le varie attività svolte dall’associazione, che nasce l’11 giugno 1991, si decide di costituire una cooperativa, cioè un qualcosa che nella realtà potesse permettere degli sbocchi veri e reali nel lavoro e quindi, riappropriarsi della dignità di persona. Molto spesso quando si parla dei matterelli, si parla dei poverini, che vanno guardati... no, hanno anch’essi bisogno di “vita normale”. Ricevere uno stipendio e magari di potersi levare le loro piccole soddisfazioni. La nostra cooperativa cerca di fare tutto ciò. La parte più difficile è riuscire ad avere la liquidità per le buste paga, tutti i mesi. Comunque abbiamo realizzato un vivaio, anche se non abbiamo grossi sbocchi commerciali, ci abbiamo e ci stiamo provando. Quello che abbiamo voluto cercare di fare è la ricerca della normalità. Lavoro normale e accettazione sociale è gratificante, principalmente per i nostri ragazzi. Nostro obiettivo è ascoltare quali sono i bisogni dei ragazzi, qui concordo con le parole dette dai rappresentanti di Trieste, riuscendo a realizzare le parole in fatti. Abbiamo incrementato l’operato con altri tipi d’attività.

Abbiamo dei castagneti per la coltivazione del castagno da frutto, a Pistoia piacciono molto i necci (tipo di frittelle di farina dolce di castagne) e le frugiate (caldarroste). Abbiamo un autonegozio, per la vendita ambulante, per vendere in piazza tutto quello che produciamo. Preciso che per guadagnarmi da vivere faccio la postina, e quindi non sono un operatore né infermiere né psichiatra; sono semplicemente una volontaria trasformata in Presidente della Cooperativa; ancora non ho finito di ringraziare l'Associazione per la fiducia ripostami. La nostra è una cooperativa dove non ci sono figure professionali. E' una cooperativa composta di volontari. Ad esempio mio padre è un ex-ferroviere e c'è di mezzo anche lui, Eduardo fa parte del consiglio d'amministrazione ed è un elettricista. Siamo tutte persone di vita cosiddetta normale, che si sono messe insieme, chi perché ha un figlio o un parente ma anche perché, semplicemente, hanno voglia di fare. Abbiamo realizzato un qualcosa, credendo che in una cooperativa i protagonisti siano i dipendenti che non sono “pazienti”, “utenti” o “ragazzi” e basta, ma dipendenti. Noi abbiamo otto dipendenti, tutti assunti in base alla legge 68, i rimanenti soci sono volontari; credo che siamo l'unico caso in Italia. Voglio parlare di una campagna pubblicitaria iniziata a dicembre: “I problemi mentali non si risolvono ignorandoli”, nella foto vedete i dipendenti della nostra cooperativa e tramite un numero verde, chi telefona avrà tutte le informazioni che desidera. Adesso chiamo Alessandro e Massimo, sono due dipendenti della nostra cooperativa. Io credo che loro possano raccontare la loro esperienza e dire se la cooperativa li ha aiutati o no.

### **Alessandro - Dipendente Cooperativa “Il Poeta”**

In questo vivaio ci si dà una mano facendo dei lavori. Andiamo, ad esempio io Massimo, Marisa, Pietro che ora non c'è, Maurizio che è il suo fratello, a fare le piantine; il lunedì ci troviamo alla nostra associazione e abbiamo anche una compagnia teatrale.

### **Massimo - Dipendente Cooperativa “Il Poeta”**

Salve, io sono Massimo, ho trent'anni e sono uno dei primi ad essere stato assunto al vivaio “Il Poeta”. All'interno del vivaio si lavora, come in una ditta uguale a tutte le altre, riscuotiamo con una busta paga normale, abbiamo le ferie e quant'altro ci compete. La cosa bellissima è che siamo una grande famiglia, dove fin dal primo momento ha cercato di affidarci delle responsabilità, ha cercato di far uscire le nostre proprie capacità E' un bel cammino. Debbo ringraziare la Presidente dell'associazione “Solidarietà e Rinnovamento” Angela Nisticò e tutti i volontari della cooperativa, che ci stanno dando una grande mano. La cosa che mi fa piacere è che a nostra volta, noi

utenti, diamo una mano a loro. Tra noi ragazzi, una volta finito di lavorare, non finisce il rapporto ma ci riuniamo nel nostro gruppo. La sera usciamo. Andiamo a cena al ristorante. Andiamo a ballare. Tutti insieme per affrontare le nostre problematiche che la vita ci presenta davanti. Ci confidiamo le tristezze e gli altri stati d'animo. Chi ci vuole venire a trovare per vedere la nostra esperienza, lo aspettiamo per dimostrargli come si vive all'interno della cooperativa "Il Poeta".

## **Gemma Del Carlo**

Grazie. Sicuramente è un'esperienza valida, e rappresenta un esempio da imitare, ma non sempre il volontariato può sostituire quello che compete anche alle istituzioni.

Chiamo adesso l'Assessore Ornella Vitali, che è stata molto sensibile ai nostri problemi. Se siamo sotto un condominio in un contesto cittadino, lo dobbiamo a lei e alla sua tenacia. Non è facile arrivare a questo e quindi ci è stata di grande aiuto, anche concretamente, visto che i locali sono del Comune.

## **Ornella Vitali**

### **Assessore alle Politiche sociali Comune Lucca**

#### **L'integrazione sociale**

L'ora è tardissima e l'intervento che mi ero proposta di fare è improponibile. L'intervento del Dottore di Trieste è stato veramente deduttivo; devo dire che pur avendo mie personalissime riserve su tante cose, mi ha affascinato il concetto della concretezza e della qualità. Non si può continuare a giocare alla meno e proporre poi come risultati ottimali piccole cose. Veramente volare alto, alle volte può provocare cadute disastrose, qualche volta però si può stare per aria e sognare in un campo come questo io credo che non sia proibito. La Signora Del Carlo continua a dire che gli ho dato la sede di San Vito, e adesso comincia a darmi un po' fastidio perché sembra che una cosa per me normale debba essere considerata una cosa eccezionale. Ho visto dove stavano, mi è dispiaciuto e ho cercato qualcosa di alternativo. E' stata un'operazione un po' folle, ma non sono del tutto normale io. Abbiamo osato un'operazione laddove veramente osavano le aquile; una circoscrizione difficilissima, sotto un condominio portando via locali alla circoscrizione stessa con tutto quello che ne sarebbe conseguito, ed è andato tutto benissimo. Si è fatto un lavoro di qualità e il condominio adesso convive con i ragazzi. Questa è stata un'operazione un po' spericolata, ma ben assistite

le cose sono andate bene. L'amministrazione ha deciso di dare un ex scuola all'ANFASS perché non si riusciva a realizzare il progetto dopo di noi. E' tutto così complicato! E allora prendiamo questa scuola perché il tempo per certe categorie di persone rivela un tipo di drammaticità su cui non si può stare a perdere tempo perché i progetti non sono sufficientemente qualificati o qualificanti o perché ci sono delle pastoie burocratiche, io spero vada bene, altrimenti è un rischio che corro volentieri. In questi ultimi interventi che ho seguito con attenzione, ho sentito parlare molto degli utenti e poco delle famiglie, allora io credo che si possa auspicare di muoversi in due direzioni, gli utenti e la famiglia. Ci sono delle situazioni nelle quali è così difficile avere la tecnica e l'esperienza di poter fare qualcosa di positivo che forse lo sgomento della propria impotenza diventa ancora più grande del dramma che si vive. Io sono molto contenta di un ultimo incontro avuto con i vertici della asl2. Mi è sembrato di intravedere la possibilità di un lavoro serio e coordinato, ma soprattutto anche con l'ipotesi di tagliare quei rami che non servono, di qualificarne e irrobustirne altri e di svolgere un tipo di lavoro che dovrà sfociare nell'inserimento o meglio integrazione. Sicuramente il percorso autentico nella riabilitazione è quello di dare un senso alle capacità lavorative residue inventive di queste che sono persone uguali a noi. Mi auguro vivamente che questo lavoro che si sta programmando vada avanti e arrivi a qualcosa di veramente costruttivo; nella dialettica di posizione magari alle volte anche diversa ci fermiamo con una determinazione che viene dalla moderazione. Io non ho paura di perdere consensi, io ho bisogno di acquisirne cercando di cambiare qualcosa. Grazie

## **ATTIVITA' INTEGRANTI NEL TEMPO LIBERO e ARTE TERAPIA**

### **Gemma Del Carlo - Intervento sulle attività della F.A.S.M.**

Grazie all'Assessore per il suo contributo. Anche noi crediamo in questi tavoli di lavoro dove si fanno delle cose coordinate e programmate bene.

Adesso vi illustro le attività d'integrazione dell'Associazione. E' passato proprio adesso l'Ing. Giurlani Presidente della Fondazione della Cassa di Risparmio a salutarci, ed è grazie al contributo di questa Fondazione che possiamo svolgere le nostre attività.

Oltre ai servizi di ascolto, di auto-aiuto e di sostegno morale abbiamo in programma la terza edizione del corso di formazione per volontari e accompagnatori terapeutici per la salute mentale. La finalità principale di questa iniziativa è quella di promuovere le conoscenze necessarie sia da un punto di vista tecnico, sia da un punto di vista relazione per rapportarsi empaticamente con i ragazzi in difficoltà e le loro famiglie. Organizziamo nell’ambito del Progetto “Esci con noi” momenti di incontro, socializzazione e integrazione che coinvolgono tutti quei giovani e i loro familiari che per le loro problematiche tendono ad isolarsi, e di cui vi parlerà più in dettaglio la volontaria Silvia Allegroni che chiamo a portare la sua esperienza

### **Silvia Allegrini - Volontaria della F.A.S.M.**

Buongiorno a tutti sono Silvia, una volontaria della F.A.S.M.. Questa associazione oltre ad offrire supporto alle famiglie di ragazzi con problemi mentali, si pone come attiva promotrice del percorso di socializzazione e di integrazione in cui quest’ultimi sono coinvolti. Soprattutto è nell’ambito del progetto “Esci con noi” che tale proposito si esplica: esso infatti sostiene diverse attività integranti quali le uscite settimanali, le gite (di 1 giorno o più giorni) ed altre occasioni di incontro, durante le quali si cerca di stare bene insieme, di conoscersi e di divertirsi, ad esempio cantando o andando a mangiare una pizza. Il fine ultimo è ,dunque, quello di favorire la creazione di una rete di relazioni amicali all’interno di un gruppo eterogeneo.

In questa occasione vorrei sottolineare l’importanza di queste iniziative,che io ho potuto per così dire “toccare con mano” grazie alla mia partecipazione ad una gita di 3 giorni svoltasi a Pompei, Sorrento, Capri e Napoli. In questi giorni ognuno di noi ha avuto l’occasione di fare un’esperienza di vita di gruppo: condividere momenti piacevoli di vita quotidiana (al di fuori del contesto familiare),socializzare, sentirsi parte del gruppo, adeguarsi alle sue regole, accettare gli altri, le loro abitudini; è quindi stata una cosa tanto bella quanto difficile, che ha permesso di confrontarsi con gli altri e pertanto di arricchirsi; la conferma di questo l’ho avuta durante il viaggio del ritorno dove ogni partecipante ha espresso le proprie impressioni sull’esperienza; penso che la frase detta da un ragazzo esprima al meglio quello che io voglio comunicarvi: “ Stare da solo è bello, ma stare insieme in gruppo è più bello”.

Sull’importanza del gruppo punta anche un altro progetto sostenuto dalla F.A.S.M., ovvero il Progetto “Danzare la vita”, che prevede incontri settimanali, durante i quali si partecipa a gruppi eterogenei di biodanza. Io faccio parte di uno di questi e devo dire

che per me è stato, ed è ,come intraprendere un cammino verso la riscoperta di me stessa, di ciò che sono , ciò che voglio, del mio ritmo, vale dire dell’armonia tra il mio corpo e il mio sentire; mi aiuta ad accettarmi, ad aver il coraggio di esprimere ciò che sono e sento, ad essere più sensibile verso me stessa e verso gli altri, a dare e ricevere affetto. Io non so cosa significa, per gli altri miei amici, far parte di un gruppo di biodanza, ma da ciò che si “sente”, si condivide ogni volta che ci incontriamo, penso che ognuno di noi si arricchisca e cresca dentro di sé.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie a Silvia, che è una nostra volontaria molta attiva che, insieme ad altre ragazze, è rimasta legata all’associazione dopo aver frequentato il corso di formazione per volontari.

Chiamo adesso Laura Del Conte l’insegnante della biodanza, che è una attività di integrazione attraverso la musica, la danza e l’incontro di gruppo; abbiamo potuto realizzare questo progetto con il contributo parziale del CESVOT; prego quindi Laura di venire ad esporre questa esperienza.

## **Laura Del Conte -Insegnante Biodanza per la F.A.S.M.**

Grazie buongiorno sono Laura Del Conte e ho veramente l’onore di seguire dei gruppi di biodanza in collaborazione con la F.A.S.M.. Biodanza è un sistema di integrazione affettiva, questa mattina si è parlato della necessità di aprire un canale affettivo di comunicazione. Biodanza è una proposta di integrazione affettiva con l’ambiente e dentro di noi, di noi stessi con noi stessi, partendo da una possibilità di connessione con la vita e la nostra parte sana, della connessione con la parte di tutto ciò che noi sappiamo fare e che ci mantiene nella vita, non solo a fare, ma anche sentire la connessione con l’essere qui. Biodanza è un sistema che esiste da moltissimi anni dal 1985 in Italia e viene proposto in diversi ambiti. Normalmente se ne sente parlare con gruppi di persone ‘normali’, mentre per fortuna da qualche anno si sta cercando di introdurre la biodanza in ogni ambito con persone anziane, con bambini nella scuola con i professori, con persone con disagio di vario tipo, cercando di creare gruppi misti. Biodanza funziona con la musica, il movimento, ma soprattutto all’interno di un gruppo. Si formano dei gruppi misti, uomini e donne, persone nel nostro caso con disagio mentale, operatori e famiglie insieme a persone che vogliono partecipare ad un gruppo di biodanza che ci dà la possibilità parti di noi alla vita. Sono gruppi aperti alla

popolazione. La *musica* è necessaria perché ci permette di connetterci con la nostra capacità di esprimere quello che sentiamo; la musica ci connette con un sentire mentre il *movimento* perché è una delle cose che viene a mancare quando abbiamo un disagio: manca il nostro movimento di vita inteso come movimento spontaneo nel sentire; alle volte ci sono persone che smettono addirittura di camminare, rimangono ferme nella vita, quindi biodanza che con la musica stimola un movimento di vita e il *gruppo* perché è importante far riferimento alla diversità per rafforzare quello che uno è rapportato agli altri. Di biodanza si può parlare moltissimo, posso invitarvi a partecipare a gruppi di biodanza eventualmente Gemma può dirvi dove poter partecipare. Grazie

## **Gemma Del Carlo**

Grazie Laura Del Conte che è una persona veramente speciale. Altra cosa importante è dire che siamo ospitati in una scuola media “Chelini” di San Vito, la quale ha quindi aperto le porte alla salute mentale e per questo ringraziamo il Preside .

Passiamo a Don Luigi, Parroco della Parrocchia di Massa Macinaia dove è accolta e integrata la casa famiglia “La Magnolia” dell’azienda U.S.L. .

## **Don Luigi - Parroco della Parrocchia Massa Macinaia**

Sono Don Luigi e sono molto contento di aver partecipato a questa mattinata e aver ascoltato le varie esperienze. E’ un anno che è presente la casa famiglia e come Parrocchia è nata la necessità di visitare queste persone ammalate. Ho iniziato un anno fa ad avere contatti con loro, piano piano si sono inserite persone della Parrocchia che fanno un po’ di sevizi di volontariato aiutando gli operatori nella pittura o a prendere e portare alla messa un ragazzo, tutti piccoli gesti di contatto. Quello che è importante è che il messaggio del Signore ci invita ad amare gli altri ed aiutare chi si trova in difficoltà. Ogni cristiano è chiamato a saper amare le persone; non è sempre facile coinvolgere le persone, ma l’importante è che ognuno non deleghi all’altro, ma ognuno deve sentirsi impegnato in prima persona. Buona giornata e buon proseguimento di lavoro vi saluto perché alle tre ho catechismo.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie a Don Luigi per la sua testimonianza ora passo la parola al Dott. Marchi per pubblicizzare il lavoro del pomeriggio.

## **Enrico Marchi**

Probabilmente non tutti saranno presenti oggi pomeriggio; è un lavoro che è già stato fatto, è una cosa semplice, ma di qualità. Ringrazio la Provincia che ci ha dato un grosso sostegno economico e la Dott.ssa Sebastiani che è qui presente, perché ha promosso questa cosa.

## **Proiezione pubblicitaria su ‘Il gambero rosso’ (teatro-terapia)**

## **Enrico Marchi**

Grazie, vi ricordo che oggi alle 15:30 sono prove aperte, non è lo spettacolo vero e proprio che è ancora in crescita; le musiche e le parole sono composte tutte dagli utenti. Grazie alla Provincia abbiamo assoldato un compositore vero che cerca di darci un prodotto di qualità.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie. Adesso prego Marinella una ragazza, che da un po’ di tempo esce con il gruppo del progetto “Esci con Noi” della F.A.S.M.. Due pomeriggi alla settimana partecipa alle attività del laboratorio ‘Il filo magico’, inoltre scrive delle poesie molto belle ispirate allo stare insieme. Marinella lavora è stata assunta con la legge ’68, quindi ha fatto un percorso completo.

## **Marinella Raffaelli**

La poesia si chiama ‘Uscite insieme’:

*Nelle serate insieme*

*sbocciava la voglia di vivere*

*uniti formavamo una rosa con tanti petali*

*palesando a tutti quei bei momenti.*

*Felici e bizzarri sembravamo onde accolte dolcemente dalla riva;*

*nell’anima appariva il cielo azzurro che allontanando le tempeste*

*tutto rasserenava.*

*Le gite e le cene ai ristoranti nutrivano i nostri sorrisi*

*come il sole sul grano*

*alimentando sempre più il desiderio di continuare a star bene in quel gruppo  
esplorando insieme nuovi posti lontani  
le emozioni affioravano per lievitare la fiducia nella realtà*

## **Elisa**

Voglio leggere una dedica al laboratorio ‘Il filo magico’ di Anita Arrighi. Il laboratorio di cucito ‘Il filo magico’ è un momento durante il quale ogni ragazza che lo frequenta lavorando diversi tipi di stoffa esprime la sua manualità in maniera creativa, facendo dei lavori originali e belli da vedersi. Le persone mentre osservano i nostri lavori rimangono piacevolmente soddisfatte esprimendo apprezzamenti positivi e valorizzando l’esposizione dei medesimi, affermando e sperando che il nostro laboratorio continui a ricevere successo. Il filo magico ha rappresentato per me un momento di socializzazione fondamentale per la mia crescita personale, perché tramite il confronto sereno con le altre persone sono riuscita ad esprimere serenamente le mie idee e a scherzare stando in allegria. Da qualche anno partecipo al Progetto ‘Esci con noi’ promosso dalla F.A.S.M. di San Vito che prevede delle uscite il mercoledì dove mi diverto e sto in piacevole compagnia.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie a Marinella e a Elisa. Adesso passiamo ora la parola ad Anita Arrighi l’insegnante del laboratorio ‘Il filo magico’; lei è davvero magica per le tante attività che propone.

## **Anita Arrighi -Insegnante laboratorio “Il filo magico”**

Visto l’ora non dico niente di quello che avevo preparato. Voglio solo evidenziare che per mia esperienza tutti questi laboratori di Arte e Terapia in atto (il teatro, la musica,...) possono essere definiti come pillole da affiancare a quelle prescritte dai medici, psicologi e psichiatri vari. Non possono far altro che bene, perché non provocano effetti collaterali su fegato, reni, intestino...ma agiscono direttamente sulla parte più difficile da trattare... il cuore.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie ad Anita per la disponibilità che dà ai ragazzi e per la pazienza che costantemente dimostra. Passiamo adesso all'ultima testimonianza.

## **De Santi Nicola - Familiare**

Buongiorno a tutti, mi scuso perché ho problemi di orario e ho chiesto la precedenza. Innanzi tutto vorrei ringraziare la struttura operativa nel suo insieme e in particolare gli operatori che hanno sollecitato ad esporre indirettamente in maniera semplice e informale la mia esperienza di vita in qualità di familiare convivente di una persona affetta da disturbi psichici. Essa ha inizio sedici anni fa quando decidemmo di vivere insieme. Lei era inseguita da visioni, allucinazioni sonore, crisi epilettiche, questi erano gli effetti del suo male. Ho ipotecato tutto me stesso per aiutare la mia compagna di vita, la quale ha svolto fino ad alcuni anni prima gli studi classici e la facoltà di medicina fino al terzo anno in maniera pregevole. Da quel momento il problema ha devastato in maniera totale una vita che prima era come tutte le altre, costringendola ad abbandonare gli studi di medicina, ma non le ha impedito di conseguire dopo altri tre anni di studio il diploma di terapeuta della riabilitazione. I primi anni sono a dir poco epici o quasi, in quanto la famiglia di lei era assente o quasi e bensì fosse curata dai migliori specialisti dell'epoca era ridotta ad uno stato di coscienza intermittente. Assumeva dosi smodate di farmaci, con pesanti effetti collaterali; durante la giornata spesso era in preda ad allucinazioni e durante la notte a visioni di mostri con la trasfigurazione dell'ambiente circostante e delle persone a lei vicine. Il tempo rimanente tra i vari episodi veniva consumato in uno stato di semicoscienza, torpore generale, sonnolenza. Si può capire come in tali condizioni sia difficile stabilire rapporti interpersonali con amici, vicini familiari e con tutti coloro che amano contornarsi di persone normali. Da allora la feci avvicinare alle strutture della usl di Lucca, le quali modificarono la cura iniziale con una cura meno pesante che permise qualche sprazzo di vita normale. I primi anni passarono alla ricerca della stabilizzazione e del lavoro come terapeuta, intrapresa in studi di Pisa e per un periodo più lungo alla misericordia di Torre del Lago. Ma i ripetuti periodi di riacutizzazione della patologia compromisero il primo inserimento lavorativo. Dopo seguirono i primi ricoveri a Pisa e ripetute volte presso l'ospedale di Lucca. Dopo otto anni di questo disagio le venne riconosciuta l'invalidità civile e avviata dall'ufficio di collocamento a periodi di prova in aziende della zona che immancabilmente si concludevano con un rifiuto delle aziende. Contemporaneamente ci

siamo rivolti ai vari enti istituzionali preposti all’assistenza e all’aiuto di persone disabili come Amnit, Comune .. ottenendo risposte generiche, vaghe, superficiali, se non addirittura di derisione, in quanto da un responsabile si senti dire che il lavoro se lo sarebbe dovuto inventare. Credo che sia auspicabile un’alta professionalità da parte di coloro che operano a certi livelli e in certi settori, quando hanno davanti un disabile psichico. Non mi sono rassegnato ai torti subiti, non volevo accettare il fatto che la società civile dopo aver investito per anni in una persona la gettasse via come un ricambio difettoso. Nel frattempo i ricoveri si degradavano, le cure la stabilizzavano migliorando le condizioni di vita e di salute. Era aumentato l’interesse e diminuito il torpore, aveva acquisito piena coscienza di sé questa volta costante. Questo approccio terapeutico è da circa otto anni svolto dal CSM di Lucca e dai loro medici in collaborazione stretta con il servizio sociale di Lucca; parallelamente al miglioramento delle condizioni generali di salute della mia compagna, giorno dopo giorno si instaurava prepotentemente la necessità vitale di dare un senso a queste funzionalità ritrovate e a queste capacità ed energie fino ad allora intrappolate ed impossibilitate ad esprimersi, a dare un senso ad una vita degna di essere vissuta. Ciò è stato compreso dal CSM e dal medico che l’aveva allora in cura, che in qualità di responsabile della struttura, da circa due anni ha intrapreso un processo di valorizzazione delle capacità della sua paziente, inizialmente con un tirocinio di circa nove mesi non retribuiti presso la struttura riabilitativa del Campo di Marte che da circa otto mesi si è trasformata in una borsa lavoro presso l’ufficio trasfusionale dell’ospedale di Lucca come addetta all’accettazione. Posso assicurare che questo ha dato una svolta alla vita della mia compagna come attaccamento alla vita, alle regolarità della quotidianità, fiducia nella società, un miglioramento generale delle condizioni di salute, senso del reale e della concretezza del mondo circostante; ha abbandonato quel senso di frustrazione e nullità che l’hanno seguita per anni. Di ciò sono grato a tutti coloro che hanno reso possibile questa riabilitazione che tuttora è in corso e che può essere migliorata e completata in maniera esaustiva con il reinserimento lavorativo, che sia consono alla società e dignitoso per il disabile. A corollario di quanto esposto, per la famiglia che ha un disabile psichico tra le mura domestiche vi è stato però poco di solidaristico e di aiuto dagli enti o dallo Stato in diritti da far valere o tutele in ambito lavorativo. Ringrazio tutti e spero di aver portato un piccolo contributo alla comprensione di questo problema sociale che ha bisogno sempre più di persone illuminate che possono ridurlo o quanto

meno contrastarne l'aumento degli ultimi anni portando al centro dell'interesse la persona del disabile. Grazie

## **Gemma Del Carlo**

Direi di passare alle conclusioni con l'Assessore Rossi. Conosce le nostre richieste che le abbiamo focalizzate sulla riqualificazione del personale per quanto riguarda sia la qualità sia la quantità. Sul territorio, come è stato spiegato stamani mattina, i risultati sono ottenibili soltanto se gli interventi sono collegati l'uno con l'altro. Bisogna coordinare e pensare che la persona è una e su di lei si deve rigirare il tutto. Il Piano Sanitario Regionale prevede interventi individualizzati. Nell'intervento individualizzato c'è tutto quello che è stato detto in queste tre giornate.

Ora chiediamo all'Assessore: nella conferenza Regionale di Arezzo, che era stata preceduta da conferenze aziendali tra cui il 6 luglio 2001 ce ne fu una proprio in questa stanza, le cose dette erano più o meno le stesse. Ora andando avanti nel tempo in questi 2 anni si sono ancora più appesantite a causa della diminuzione del personale. E' un dato di fatto che sia il personale infermieristico sia quello medico stia diminuendo. Capisco che le risorse manchino, ma non si può sempre togliere a questa fascia così debole, alla quale è già stato tolto tanto: ritornando al discorso sulla chiusura degli ospedali psichiatrici, sappiamo che non è stato riversato sul territorio quello che prevede la legge. E' inutile che si parli dei cambiamenti futuri e dei progetti di legge che anche a noi preoccupano, ma ci preoccupa altrettanto il fatto che la legge attuale è disattesa. Domandiamo all'Assessore Rossi: cosa pensa di fare? Attualmente abbiamo un medico che va in pensione martedì, c'è uno sconforto in alcuni genitori qui presenti, è inutile nascondere. Per tamponare quel distretto, viene preso un medico da un altro distretto, dove le cose stanno andando bene, e sta di fatto che manca un medico e si scompigliano tre distretti. Questo è proprio quello che è successo nel distretto di San Vito, dove da tre anni finalmente si era stabilito lo psichiatra, il quale aveva instaurato una relazione con le famiglie e gli utenti, migliorando le loro situazioni, e invece adesso viene mandato a sostituire quello che è andato in pensione nell'altro distretto. Ci viene detto dai responsabili che non sta a noi decidere, ma siamo noi che viviamo le situazioni e ne paghiamo le conseguenze. La questione grave è quindi che *'manca un medico'* e la soluzione attuata non è quella giusta.

Lei, Assessore Rossi, ha sempre detto: *'Per i progetti veri, le risorse ci sono'*. Il Progetto Lavoro qui a Lucca ha dato dei risultati. Dalla conferenza del 6 luglio prima

citata qui in questa stanza ci era stato detto che l’ampliamento di dieci posti in più era garantito. Però devo dire che sono passati ancora 2 anni e questo Progetto Lavoro non è ancora stato allargato e la lista degli utenti è in attesa.

E’ inutile parlare di progetti individualizzati e tutto il resto. Bisogna cominciare ad attuarli questi progetti. La Provincia ha fatto un bel discorso, dicendo che non è stato presentato il progetto e quindi non si può accedere ai fondi. Questo ci amareggia fortemente: non si va nemmeno avanti dove invece si potrebbe. Qui a Lucca le idee di progettualità innovative ce le abbiamo.

Il fatto è che la cosa ritorna sempre su se stessa perché mancano le risorse. Nel Distretto di Camigliano, glielo dissi due anni fa nel suo ufficio in Regione, è andata in maternità l’educatrice, non è ancora stata rimpiazzata. Quello che è successo è che nel periodo delle ferie il centro è stato chiuso. Per queste persone sospendere l’attività vuol dire molto. Poi mancava un’infermiera a Lucca centro, viene presa da laggiù dove ce ne erano tre e ne restano quindi due e così via in altre parti che non sto ad elencare. Vogliamo sapere se continuare a mettere delle toppe qua e là, vi porta un risparmio? Io non credo proprio. Vedrà il risparmio il Direttore Generale attuale. Io sono del parere che bisogna investire oggi per vedere i risultati domani. Questa è una logica che va in qualche modo seguita secondo il nostro punto di vista. Spreco aumenta spreco. Questo giro di personale in continuazione aumenta lo spreco. Nella Salute Mentale è stato detto che la cura principale è la relazione. Costruire una relazione con tutti quanti è dura, e quando un’infermiera ha cominciato a capire e conoscere un determinato raggio d’azione viene spostata. Lo stesso succede con i medici. Capisco che i responsabili devono cercare di aggirarsi al meglio, ma devono anche cercare di sentire il nostro punto di vista, perché tutto ricade su di noi.

Passiamo ora la parola all’Assessore che finalmente ci dia una risposta più concreta e sicura.

## **Enrico Rossi - Assessore Regionale alla sanità**

### ***Intervento Regionale conclusivo***

Io ho lo stesso problema, del quale ho sentito parlare in un intervento, che è quello di pagare gli stipendi. Ho cercato di fare uno sforzo, e forse in parte ci sono riuscito, affinché il tema della salute mentale fosse posto con più attenzione al centro delle aziende e del lavoro delle Istituzioni. Credo che qualcosa si stia ottenendo e non mi pare poco, né per la Toscana, né per le aziende e nemmeno per voi. Tuttavia a me

pareva che esistesse un problema, peraltro dichiarato, di rimotivazione, di attenzione e di sostegno politico. Non sottovaluterei tutto questo, anche se i soldi che spendiamo sono gli stessi. Se permettete un breve riferimento personale, ho trovato che molto più facilmente si mobilitava e si ridava energia agli operatori della prevenzione, perché c'era dietro una società ancora attenta, una società con delle norme ( ad esempio se la movimentazione di un carrello non avviene in maniera giusta si mobilitano i sindacati e le Istituzioni). Abbiamo fatto un lavoro di contatto come governo Regionale con questi operatori che ha dato dei risultati. E' stato facile perché c'è una società che è già predisposta a guardare con attenzione a questi fenomeni. Nella Salute Mentale le cose non sono proprio così: vi consiglierei di non banalizzare l'attenzione che ci stiamo mettendo. Siamo qui con voi, i soldi sono pochi, i problemi sono tanti. Spesso non ci si capisce, spesso usiamo linguaggi diversi: quello da politico, da amministratore, quello da tecnico, quello da rappresentante delle famiglie. Ma siamo qui presenti e penso che questo sia un messaggio importante e di fiducia. In particolare questo messaggio è tanto più importante ora quando, aprendo quotidianamente i giornali, troviamo prospettata un'idea diversa di intervento nella Salute Mentale e non mi riferisco tanto ai progetti di legge che sono in Parlamento, quanto al modo con cui vengono trattati certi episodi di cronaca: tutto sta a significare che c'è una società che forse ha bisogno di riflettere su questi temi. C'è bisogno di fare massa critica per chi è convinto che la malattia sia tale soprattutto quando non viene fatta propria dalla vita, quando viene emarginata: la forma della malattia si esprime e induce processi di emarginazione.

Io sono interessato al ragionamento sul lavoro che è stato fatto, perché sono convinto per cultura che il lavoro sia centrale nella vita dell'uomo; il problema è quello di rischiare di mettere in discussione il lavoro attraverso la cooperazione sociale. La verità è che parlando di integrazione e puntando ad una società che non emargina e ingloba, noi mettiamo in discussione complessivamente l'organizzazione del lavoro. E' stata una rivoluzione che il nostro Paese ha tentato e mi pare che su questo siamo all'avanguardia: il bicchiere è sempre mezzo pieno e mezzo vuoto perché ci sono un mare di problemi. Però mentre vi ascoltavo, provavo una certa soddisfazione: la Toscana riesce a fare questo, merito degli operatori, dei direttori generali, delle associazioni, e di un sistema sanitario che fa questo. Il problema è non tornare indietro.

Proviamo a prendere un paio di impegni. Tornare indietro è sempre possibile; voglio esprimere un grosso apprezzamento per Gemma e per gli operatori. In questo quadro così problematico, ma anche solido, della Toscana, Lucca mi pare esprimere

un'esperienza davvero interessante. Il merito credo che sia di tutti, dell'azienda, delle impostazioni delle politiche regionali, di come hanno lavorato gli operatori di una società solidale, di come interviene il Comune, la Provincia, dei responsabili dei centri di approvazione della proposta per la ridipartimentalizzazione, cosa non banale ai fini di un maggior valore nel rapporto complessivo dell'azienda perché significa ridare ruolo al carattere provinciale del Dipartimento di salute mentale.

Tutto ciò per prendere brevemente qualche impegno. Siamo in una situazione di grave difficoltà finanziarie, però siamo disponibili, se ci motivate le richieste, a fare assunzioni in tempi rapidi, laddove si ritenga necessario. Lo dico per dare un senso concreto alla mattinata, e non solo un senso politico e di vicinanza.

La seconda riflessione che mi viene in mente riguarda gli inserimenti lavorativi. Io ho sentito diverse posizioni della cooperazione sociale, alcune esperienze che sembrano migliori con inserimenti in Comune, invece che all'Asl, altre invece che sembrerebbero contraddire quanto appena detto. Io, se volete e se da voi parte la richiesta, posso vedere di costruire un tavolo regionale che analizzi questo tema. Ho fatto l'esperienza che i tavoli regionali producono qualche effetto nel sistema: infatti anche questi muovono il dibattito, le energie, e anche risorse finanziarie.

Noi potremmo tentare di tirare il filo a livello regionale con qualche direttore sanitario sensibile, con qualche direttore di Azienda e tirare fuori un filo di confronto tra le varie esperienze, per vedere cosa viene fuori, anche per valutare quale tipo di sostegni economici può avere. Come dicevo prima, anch'io personalmente sono convinto che le azioni di reinserimento e le integrazioni sono fondamentali. Ho fatto l'amministratore in un comune, il sindaco, ho visto davanti a me cambiare le persone in rapporto a come tutti insieme, l'azienda, il comune, il servizio, l'impresa, il posto di lavoro sono riusciti a prendere una persona devastata, emarginata, riprendendo un filo positivo di rapporto e di comunicazione.

Se inoltre c'è il problema dei dieci posti io invito subito a discutere e su questi dare il via libera. So che il personale manca ed anche che ci troviamo in una situazione economicamente difficile. Non ho voglia di fare discorsi politici su questa situazione, scalderei il cuore di chi la pensa come me e irriterei chi la pensa diversamente. E' troppo tardi per discuterne. Comunque devo precisare che la Regione Toscana ha subito sul fondo sanitario un taglio analogo a quello che spende complessivamente per la Salute Mentale

Io dico che noi siamo disponibili

1. a valutare la possibilità di assunzioni: mi piacerebbe però che l'assunzione fosse finalizzata a qualcosa; poiché io sono l'ufficiale pagatore, ma non vorrei ridurmi a questo, mi piacerebbe ricevere dall'azienda un foglio dove viene specificato non solo quanto serve in più, ma dove mi si fa capire verso cosa si sta orientando e in cosa sta investendo il sistema. A me interessa avere la motivazione in modo da poter capire dove è investita la risorsa.
2. la seconda questione è più politica. Mi piacerebbe capire le diverse esperienze di integrazione nel mondo del lavoro. Un tavolo regionale potrebbe portare ad individuare alcuni obiettivi con alcune risorse destinate che rimettono in movimento il sistema.
3. C'è poi questa questione dei dieci che devono essere inseriti e sono lì pronti in lista d'attesa: se a noi arriva un progetto specifico siamo disponibili a finanziarlo, perché questo aspetto mi sembra molto convincente. Naturalmente non vorrei che il finanziamento regionale fosse sostitutivo di altri finanziamenti che già ci sono. Non voglio che si prenda la via più breve, presentandosi dall'Assessore che paga.

Vorrei infine dirvi tre cose :

Mi sembra che la Regione Toscana stia tenendo e stia facendo un buon lavoro, fermo su alcuni principi che sono stati alla base della legge 180. Se si cambia, lì comunque stiamo, perché non vogliamo stravolgere un sistema che ha dato finora dei risultati. Siamo in difficoltà finanziaria, ma mi sembra che Lucca sia un'ottima esperienza. Se c'è un problema di finanziamenti sul personale, mi si faccia venire una richiesta e mi si faccia sapere.

Istituirei un tavolo di lavoro regionale e incaricherei Lucca e anche Pistoia e Massa per tirare le fila . Se i 10 che stanno in fila devono essere inseriti domani e i fondi europei scatteranno a gennaio, da qui a gennaio se ci viene fatta domanda siamo pronti ad intervenire.

## **Gemma Del Carlo**

### ***Conclusioni***

Grazie all'Assessore per la sua presenza e le sue promesse; tengo a precisare che personalmente sono ottimista, altrimenti avremmo smesso da tempo di lottare per avere i nostri diritti. L'intento del convegno, di infondere fiducia e speranza, crediamo che in

parte sia stato raggiunto in quanto da tutti gli incontri è emerso che si può uscire dal tunnel, ma solo a condizione che siano precocemente realizzati molteplici interventi personalizzati e coordinati nello stesso tempo. E’ compito delle istituzioni, alle quali diamo piena fiducia, fornire i mezzi per mantenere gli impegni assunti dall’Assessore Regionale alla Salute E.Rossi, che ringraziamo di nuovo per la sua presenza e partecipazione.

Un sentito ringraziamento va anche a tutti gli altri membri istituzionali, che invitiamo a prossimi incontri, sia pubblici sia privati, di verifica e di programmazione.

***Un ringraziamento particolare va a tutti i relatori che hanno consentito di intravedere un raggio di luce in questo tunnel.***

Grazie a tutti ci vediamo allo spettacolo alle ore 15:30