

NETWORK FASCE DEBOLI

**GRUPPO DI RIFERIMENTO
SALUTE MENTALE**

<<Psichiatria e riabilitazione sociale>>

di Carlo V. Valenti, Ines Porro

A cura di Dario Arkel, Resp. U.O. "Fasce Deboli"

Agenzia Liguria Lavoro

NOTA

Dario Arkel

Licenziamo un lavoro di qualità: per la prima volta, infatti, si offre al lettore e all'operatore un quadro generale, analitico, statistico e ragionato della situazione riabilitativa di soggetti seguiti dai servizi di salute mentale in Liguria.

L'azione che rientra nel quadro del "network" Fasce deboli promosso dalla Regione Liguria attraverso l'Agenzia Liguria Lavoro, si sviluppa su tutti i piani tematici inerenti la salute mentale e su tutto il territorio ligure, suddiviso per giurisdizione.

Ne scaturiscono dati molto interessanti, provincia per provincia, e un quadro delle attività svolte in ambito socio-relazionale completo in ogni sua parte.

Equipe Salute Mentale: Carlo V. Valenti, Ines Porro, Marcello Macario,
Rosa Maria Martin

Equipe U.O. Fasce deboli: Dario Arkel, Enrico Comunelli,
Giuseppe Lipari, Valerio Spano

INTRODUZIONE

Carlo Vittorio Valenti

Appena conclusa la lettura di queste pagine, mentre mi preparavo a scrivere le note introduttive, mi sono sorpreso a pensare che avevo imparato e scoperto molte cose nuove, nonostante io sia, ormai da molti anni, un professionista in questo settore. Questa considerazione non contiene solo aspetti positivi, piuttosto richiama l'idea "dell'invisibilità del territorio" (J. Leff, 2002) nel senso della necessaria frammentarietà ed articolazione della rete dei servizi di psichiatria di comunità, che tuttavia ancora oggi viene contrapposta alla centralità e visibilità dell'ospedale, contenitore ideale della tendenza di isolare gli aspetti biologici e genetici della psichiatria.

In fondo si ripropone la necessità dell'azione utopica tentata da Franco Basaglia, ovvero cambiare i rapporti sociali a partire dalla *clinica*, proprio da quella clinica che a suo tempo era nata per tutelare la cattiva coscienza della società. Come un tempo la clinica aveva messo il suo sapere al servizio di una società che non voleva occuparsi dei suoi disagi, Basaglia tenta l'operazione opposta, l'accettazione da parte della società di quella figura, da sempre inquietante, che è il *diverso*.

L'ansia di accreditarsi come scienza sul modello della medicina, ha fatto sì che la psichiatria negasse la soggettività dei pazienti, che furono tutti oggettivati di fronte all'unica soggettività salvaguardata che è quella del medico e delle sue tecniche magari basate su supposte evidenze.

Ma è davvero credibile che, negando la soggettività del paziente sia possibile guarirlo, in altre parole restituirlo alla sua soggettività?

Restituendo al paziente la sua soggettività, questi diventa un uomo con cui si può entrare in relazione. Scoprendo che ha bisogno non solo delle cure per la malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura, di risposte reali per il suo essere, di lavoro, di denaro, di una famiglia. Insomma un uomo con tutte le sue necessità.

Trattato come un uomo, il paziente non presenta più una malattia ma una crisi: < Una cosa è considerare un problema una crisi, e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto, la crisi è una soggettività >

E cosa diventa la cura quando i rapporti sono intersoggettivi e non rapporti oggettivanti? La risposta di Basaglia è: < Io cerco di curare una persona, ma non sono certo se la curo o no. È la stessa cosa quando dico di amare una donna. È molto facile dirlo, e talvolta è perfino falso, perché l'uomo tende

ad un tipo di relazione e la donna ad un altro. Quando si crea una relazione d'amore, questa non è altro che una crisi, una crisi in cui c'è vita se non c'è dominio...>.

L'utopia, ormai lo abbiamo imparato, ha sempre bisogno di tanto futuro, tuttavia la società postmoderna (ovvero in attesa di nuove definizioni) deve urgentemente trovare risposte alle diversità che ospita, e che sempre più dovrà ospitare. Ma la risposta non potrà venire dalle neuroscienze, perché riguarda l'*etica*, ossia il modo con cui gli uomini decidono di stabilire un contratto sociale, i valori in base ai quali decidono di codificare le norme del proprio relazionarsi. E se questo ci riguarda tutti come cittadini, ancor più coinvolge la nostra identità di operatori di una psichiatria immersa nei territori e nelle comunità a diretto contatto con la marginalità e la conflittualità delle nuove forme di esclusione sociale che popolano città senza luoghi e senza storia.

< Non pensiamo quindi ad un servizio psichiatrico che in modo prevalentemente operativo cerchi di rispondere a tutto per non rispondere in realtà quasi a nulla, come era ed è tipico dei modelli (neo)manicomiali, dove la funzione oblativa, quella di separazione dal contesto e di controllo resta(va)no fondanti l'operare. Pensiamo invece che si debba recuperare quella "debolezza", o meglio quella "leggerezza" che è sempre stata la nostra sofferenza (essere i "deboli" della medicina come i nostri pazienti, essere i "deboli" rispetto ai saperi biologici, psicoanalitici, filosofici, etc.), ma anche la originalità e la bellezza del nostro lavoro che ci porta sempre inevitabilmente a ricercare, a metterci in rete con tanti "altri da noi", ad imparare cose nuove. > (Ferro e Buscaglia, 2002). Su questa affermazione, credo, possiamo dirci tutti d'accordo, tuttavia le nuove sfide che la psichiatria territoriale deve affrontare per diventare a pieno titolo parte di una rete di salute mentale di comunità richiedono la consapevolezza ed il coraggio di uscire dal sistema (sanitario, medico, contenitivo, dei posti letto e della finzione dei DRG) per ritrovare coerenza ed efficacia nuove. Dentro questo sistema i servizi territoriali rischiano continuamente di trasformarsi in ambulatori senza storia e senza futuro "ove non si realizza quella fondamentale produzione di beni relazionali che è la finalità di un CSM. Produrre beni relazionali significa creare una cultura psichiatrica innovativa che non può essere ridotta alla buona clinica" (Saraceno). Uscire dal sistema ripropone la questione della diversità ma in relazione ad altre diversità portatrici di risorse e pensieri nuovi, oltrepassando il paradigma della debolezza e degli infiniti paragoni con altri saperi. D'altra parte è dal tempo degli studi sulla sindrome di istituzionalizzazione che sappiamo come parte della disabilità del paziente deriva dalla interazione con i sistemi di cura e con il trattamento ricevuto. <Insomma non si può pensare al paziente come

a un sé stante, bensì come il risultato continuamente mutante di processi trasformativi di cui è soggetto e oggetto, allo stesso modo in cui i servizi che si occupano del paziente non possono essere pensati come a sé stanti, bensì come il risultato continuamente mutante di processi trasformativi di cui i servizi sono soggetto e oggetto. Se comunque accettiamo che l'intero servizio vada considerato come "il trattamento", allora avremo bisogno di pensare in termini diversi al problema dei servizi psichiatrici ed occuparci di loro come soggetto-oggetto di ricerca. Dovremmo cioè studiare i servizi e la loro epidemiologia, fattori di rischio e di protezione rispetto all'insorgenza di complicanze di decorso e all'esito dei servizi stessi.> (L. Frattura). Porsi mentalmente al di fuori dell'equilibrio del sistema crea disordine ed insicurezza. Per immaginare un possibile inquadramento concettuale può venire in aiuto la metafora delle strutture dissipative e le affascinanti ipotesi di Ilya Prigogine, citato da Lucilla Frattura: < le strutture dissipative si mantengono in uno stato metastabile lontano dall'equilibrio. Quando raggiunge l'equilibrio l'organismo muore. Per spiegare la vita è stata necessaria una seconda termodinamica che studiasse ciò che accade ai sistemi che persistono in uno stato lontano dall'equilibrio. Prigogine ha anche mostrato che una struttura dissipativa lontano dall'equilibrio non segue più alcuna legge universale ma solo quella del sistema particolare. Più ci si allontana dall'equilibrio e più ci si sposta dall'universale al particolare. Questo tipo di ordine che vale per i sistemi viventi, come potrebbe valere per i sistemi sociali, di cui quelli costituiti dai servizi psichiatrici potrebbero essere un esempio? La teoria delle strutture dissipative mi sembra utile per evidenziare come in natura l'indeterminazione, la causalità, la storia precedente del sistema, le perturbazioni dell'ambiente permettono di prendere molteplici strade ad un sistema, strade che non sono prevedibili. Perché mai le azioni dei servizi psichiatrici in quanto sistemi viventi in comunicazione tra loro non dovrebbero funzionare secondo questo schema di indeterminazione?>

Utopia, mancanza di realismo o forse fantascienza? Può darsi, tuttavia da molto tempo mi sono reso conto, pur ignorando i lavori del nobel della chimica, che i sistemi di cura hanno bisogno di "uno stato metastabile lontano dall'equilibrio" e che quando raggiungono un eccesso di equilibrio, con procedure e comportamenti rigidi e ripetitivi, muoiono, cioè diventano antiterapeutici, iatrogeni. Questo mi sembra così vero da considerare necessario che ogni istituzione della psichiatria (CSM, comunità, centro diurno, comunità alloggio) debba essere periodicamente attraversata da momenti di cambiamento e trasformazione che la rimettano in discussione ridandole vita, delle crisi da gestire con amore.

Ma torniamo al punto di partenza, quando parlavo dell'invisibilità del lavoro dei servizi territoriali. Mi pare davvero che si possa dire che questo lavoro dà un contributo a rompere questa invisibilità, e forse per la prima volta siamo di fronte ad un quadro d'insieme ricco, articolato, innovativo delle linee di lavoro e di ricerca che gli operatori dei servizi liguri stanno seguendo sui temi dell'inserimento lavorativo e della riabilitazione del paziente grave (che, inutile dirlo, rappresenta solo una parte del lavoro territoriale). Mi hanno colpito gli elementi di omogeneità nella progettazione degli interventi, soprattutto perché non sono né voluti né concordati. Significano piuttosto il risultato di una ricerca comune che mette al centro del proprio operare la costruzione di reti di salute mentale dove la psichiatria gioca una funzione quasi di consulenza dando voce e protagonismo a persone alla ricerca delle proprie risorse (difatti troverete interviste piuttosto che casi clinici) attraverso l'auto aiuto, i gruppi dei familiari, club aperti, le cooperative, nuovi rapporti con gli enti locali, il volontariato ed il servizio civile, l'associazionismo sportivo, il valore socializzante del tempo libero, programmi concordati con il privato sociale per attivare strutture leggere come gli alloggi protetti e molto altro ancora. Per "rompere l'equilibrio" una questione la vorrei porre: nel percorso verso una vita matura e condivisa, fino a dove l'intervento terapeutico e professionale deve accompagnare i pazienti? La psichiatria di consulenza non dovrebbe essere rivolta soprattutto verso le reti sociali ed affettive che accolgono le persone oltre che verso i reparti d'ospedale ed i medici di famiglia?

Infine questo prodotto che vi invito a leggere è il frutto di un lavoro di gruppo. Non solo perché ci siamo visti molte volte, abbiamo discusso, ci siamo confrontati, abbiamo imparato insieme cose nuove vivendo l'atmosfera piacevole ed eccitante di un buon gruppo di lavoro, ma soprattutto perché abbiamo scoperto che questo gruppo esisteva già da molto tempo ed era molto più grande di noi (mi riferisco a tutti quelli che hanno scritto qualcosa ed ai tanti altri che continuano a fare qualcosa). Solo che tutti credevano di essere, appunto, invisibili.

Un grazie quindi a tutti questi ottimi compagni di viaggio ed uno in particolare ad Ines Porro per la sua collaborazione.

PREMESSA

Ines Porro

Il gruppo di riferimento formato dal dott. *Valenti C.V.*, la dott.ssa *Martin M.R.* e il dott. *Macario M.* appartenenti al D.S.M. savonese, ha scelto, per rispondere alla richiesta dell’Agenzia Liguria Lavoro, di cercare la collaborazione degli altri quattro Dipartimenti di Salute Mentale liguri, D.S.M. genovese – D.S.M. imperiese – D.S.M. spezzino – D.S.M. chiavarese.

Il metodo di lavoro seguito è stato quello di incontrarsi una volta al mese circa presso l’ex Ospedale Psichiatrico di Quarto con operatori di riferimento designati dai cinque dipartimenti per seguire il progetto “network fasce deboli”.

La presenza di operatori appartenenti ai vari distretti ha permesso di costruire una mappatura la più varia e completa possibile dei progetti concretizzati negli anni 2000 / 2002 e che sono stati scelti come più significativi per obiettivi e / o esiti raggiunti.

Il gruppo di lavoro che si è via via formato ha cercato di seguire la linea comune accordata negli incontri sia nella qualità dei progetti ritenuti innovativi, sia nella quantità e qualità dei dati raccolti sugli inserimenti lavorativi e sulla formazione professionale riguardanti i soggetti seguiti dai Servizi di Salute Mentale.

Il tema degli inserimenti lavorativi ha assunto particolare rilievo e i dati considerati sono stati la suddivisione dei pazienti per classi di età, per sesso, per scolarità e per area di collocazione lavorativa.

Accanto al tema della promozione formativa – lavorativa sono poi emersi in tutti i dipartimenti quei progetti di accompagnamento e sostegno, ritenuti più esemplari, che hanno per obiettivo comune l’acquisizione di un ruolo sociale del paziente.

Sono progetti che si diversificano ma che possono essere collocati nelle aree comunemente identificate “dell’abitare”, “del tempo libero”, “del reinserimento sociale”.

Negli ultimi incontri il gruppo di lavoro, accanto alla necessità di confrontarsi, ha preso coscienza di non essere arrivato ad un punto di arrivo ma di essere all’inizio di un percorso che, come le tappe evolutive del paziente, procede gradualmente.

D.S.M. A.S.L. 3 Genovese

Gruppo di lavoro:

- **Giovanna LUCCHINI**
- **Giovanni TRIA**
- **Daniela VELLICO**

LAVORO E FORMAZIONE PROFESSIONALE

Un'esperienza di Formazione Professionale e Inserimento Lavorativo con l'utenza psichiatrica: Progetto di integrazione tra Provincia, Comune e D.S.M. – Genova

di Magro O., Paoletti V., Vellico D.

I progetti di reinserimento sociale e di inserimento lavorativo nei programmi riabilitativi e terapeutici, costituiscono un orientamento ormai consolidato del D.S.M. A.S.L. 3 “Genovese” e sono il risultato di una collaborazione sviluppatasi con il Comune di Genova e più recentemente con l'Ente Provincia di Genova.

Il D.S.M. A.S.L. 3 “Genovese” è attualmente organizzato in 5 Dipartimenti d'Ambito che aggregano i dieci CC.SS.MM. territoriali, oltre ai servizi ospedalieri e residenziali.

L'A.S.L. 3 “Genovese” comprende nel suo territorio la città di Genova e 38 altri Comuni.

Il Dipartimento, per ciò che attiene gli inserimenti lavorativi a favore dell'utenza psichiatrica, si avvale, dal 1993, di una collaborazione strutturata con l'Ufficio Inserimenti Lavorativi del Comune di Genova (UCIL), che accoglie solo la segnalazione di utenza residente e, dal 1999, collabora con la Provincia per l'iscrizione a percorsi di Formazione Professionale.

L'Ufficio Inserimenti Lavorativi del Comune di Genova, per l'organizzazione del lavoro, si giova di una équipe composta da un educatore, coordinatore del programma, con contratto di consulenza, due educatori del Comune di Genova, due assistenti sociali del D.S.M. con incarico parziale, un amministrativo ed un rappresentante delle cooperative sociali.

Dal 1994 il Comune ha stipulato una convenzione triennale (tutt'oggi valida) con la Federazione Regionale Solidarietà Lavoro, al fine di sviluppare una funzione di raccordo con le Cooperative Sociali.

L'équipe di lavoro, che si incontra un giorno alla settimana, valuta le segnalazioni e, su obiettivi condivisi con utenti e operatori referenti, avvia progetti personalizzati di incentivazione al lavoro.

Non tutti i casi segnalati vengono considerati idonei. Non sono idonei quando non rientrano nelle caratteristiche dei progetti attivabili o per eccessiva intrusione della sofferenza, o per mancanza di motivazione, o per discontinuità di rapporto con gli operatori dei CC.SS.MM., o per accentuata dipendenza da alcool e sostanze, o anche quando si ritiene opportuno, in

accordo con l'utente, un passaggio ai corsi di Formazione Professionale offerti dalla Provincia di Genova, di cui parleremo dopo.

Il programma UCIL si articola in vari progetti che rispondono a bisogni diversi: da una esperienza più prettamente riabilitativa e di integrazione sociale attraverso il lavoro, ad una verifica di competenze lavorative, con assunzioni a termine o a tempo indeterminato.

Il progetto è personalizzato ed ha una durata massima di due anni. Viene utilizzata una Borsa Lavoro con riconoscimento economico, che va da un minimo di 180 euro a un massimo di 460 euro per il tempo pieno.

Tutti i progetti descritti richiedono il monitoraggio dell'esperienza in parallelo al lavoro di cura, ed un raccordo continuo dei due momenti, onde evitare il più possibile che la fragilità propria della persona con problematiche psichiatriche possa portare al fallimento dell'esperienza.

Gli operatori del C.S.M. predispongono una scheda di segnalazione, quindi incontrano gli educatori UCIL per la presentazione del caso. Successivamente l'UCIL convoca le persone per un colloquio e, in équipe, valuta le informazioni e definisce il progetto di intervento.

Per le esperienze di formazione vengono utilizzate sia le Aziende reperite nel mercato del lavoro genovese, sia le Cooperative Sociali. La presenza nella équipe UCIL di un rappresentante delle Cooperative Sociali facilita la nascita di nuove opportunità e il monitoraggio delle esperienze in corso.

Titolare del progetto terapeutico complessivo rimane il CSM che, a conclusione dell'esperienza, sostiene la persona nel progetto di vita, individuando il possibile percorso successivo.

Per quanto riguarda la Formazione Professionale, gestita dalla Provincia di Genova, dal 1994 in poi, il DSM ha avviato esperienze di formazione sporadiche e troppo discontinue che hanno comunque sottolineato l'importanza di facilitare l'accesso dell'utenza psichiatrica alla Formazione Professionale, con programmazione specifica, strutturata e continuativa .

Pertanto la riorganizzazione della materia lavoro, con il passaggio delle competenze alla Provincia della Formazione Professionale e del Collocamento Obbligatorio, ha creato le condizioni per rafforzare e strutturare una collaborazione funzionale alla promozione di percorsi formativi, rispondenti alle caratteristiche dell'utenza psichiatrica.

La Provincia ha quindi da principio lavorato ad una convenzione per mettere in rete tutte le esperienze formative esistenti (Comune, ASL, Provincia) e ha quindi provveduto ad istituire un Gruppo Tecnico che si inserisce in un quadro di collaborazione interistituzionale con altre strutture che attuano una politica di mediazione e supporto alle persone con problemi psichiatrici. Partecipano al Gruppo tecnico due funzionari dell'Ufficio Fasce Deboli dell'Assessorato alla Formazione Professionale della

Provincia di Genova, due Educatori del Centro Studi, un Educatore dell' UCIL e tre Assistenti Sociali referenti del settore inserimenti lavorativi D.S.M. ASL 3 "Genovese" a tempo parziale.

La Provincia ha individuato fondi specifici e il Gruppo Tecnico ha progettato una gradualità di percorsi formativi, riconoscendo una specificità ed una esigenza di flessibilità propria dell'utenza psichiatrica.

L'offerta di percorsi va da - un progetto di formazione, che utilizza fondi sia della sanità che della formazione, per persone più giovani e con maggiori difficoltà, a - percorsi strutturati in due anni, con formazione in aula e stages e che da quest'anno prevede anche l'utilizzo di consulenti del lavoro per facilitare assunzioni a termine o assunzioni con legge 68/99, per utenti segnalati dai CC.SS.MM. o che hanno concluso positivamente precedenti esperienze formative.

Questi anni di lavoro hanno visto crescere quasi in maniera esponenziale, il numero delle persone segnalate dai vari CC.SS.MM., sia per l'utilizzo della risorsa UCIL - Comune di Genova, sia per l'iscrizione ai Corsi di Formazione Professionale.

Per quanto riguarda l'offerta del Comune di Genova, in considerazione del notevole numero di segnalazioni, esiste una lunga lista d'attesa sempre attiva, con tempi di risposta dilazionati. I Fondi di cui il progetto UCIL-Psichiatria usufruisce sono parte del Bilancio Comunale e la somma annua a disposizione è di circa 110 mila Euro (220 milioni di Lire), oltre naturalmente al pagamento dei tre Educatori e dell'Assicurazione INAIL e RCT.

ANNO 2002

UTENTI INSERITI NEL PROGRAMMA UCIL 2002

TOTALE 68 DI CUI	41 MASCHI
	27 FEMMINE

FASCE DI ETA

< 20	:	/
21 – 30	:	14
31 – 40	:	36
41 – 50	:	18
> 50	:	/

SCOLARITA

LICENZA ELEMENTARE	5
MEDIA INFERIORE	32
QUALIFICA PROFESSIONALE	6
MEDIA SUPERIORE	23
LAUREA	2

AREA LAVORATIVA

COOPERATIVA SOCIALE	26
AZIENDA PRIVATA	25
ENTE LOCALE	15
ASSOCIAZIONI	2

(Per la stesura dei dati hanno collaborato gli operatori UCIL Progetto Pazienti Psichiatrici)

Se la programmazione con il Comune di Genova è ormai a regime, con la Provincia è ancora in fase sperimentale, con verifica e revisione annuale dei corsi di formazione.

I CC.SS.MM. segnalano ogni anno alla Formazione Professionale circa 50 persone. La Provincia di Genova sino ad ora è stata in grado di rispondere a tutte le segnalazioni ritenute idonee a seguito di una valutazione del Gruppo Tecnico.

Si registra un'alta percentuale di inidoneità e di abbandono dei percorsi di formazione.

Tale fenomeno evidenzia sia l'opportunità di una maggiore conoscenza delle risorse da parte degli operatori del D.S.M. con individuazione degli obiettivi formativi, sia l'esigenza di una maggiore definizione degli obiettivi formativi da parte del D.S.M. e degli enti di formazione.

Uno degli aspetti più complessi e delicati concerne il rapportarsi ad un'area di sofferenza specifica (il disagio psichico) che inevitabilmente coinvolge, nell'interazione operativa, figure professionali che non hanno competenza sul versante della cura e con mandato istituzionale diverso. Ciò crea un'area di conflitti, ma anche di ricchezza nelle elaborazioni, che va compresa, gestita dal D.S.M. e non delegata ad altre realtà istituzionali.

Pertanto, appare indispensabile rafforzare una teoria di riferimento, per favorire lo sviluppo di una cultura multiprofessionale condivisa, mirata ad un utilizzo appropriato delle risorse, a delineare strategie di intervento più accurate (onde evitare esperienze fallimentari e frustranti agli utenti) e per contenere sprechi che possono scoraggiare l'investimento economico degli Enti coinvolti.

L'elemento qualificante dell'esperienza illustrata è rappresentato dal proficuo lavoro di rete intrapreso, con il coinvolgimento di servizi diversi, per tipologia organizzativa, per obiettivi e per strategia di intervento. Tale programmazione consente di offrire all'utente, in un contesto normalizzante, una strategia protetta di rapporto con la realtà sociale che lo sostiene in occupazioni reali.

E' importante distinguere tra lavoro/riabilitazione, lavoro/occupazione, lavoro/autonomia economica, al fine di utilizzare correttamente le risorse e lavorare su obiettivi chiari e condivisi. Ciò per evitare che la ricca offerta attualmente a disposizione non venga fortemente ridimensionata per la i fragilità del progetto di cura e per l'assenza di supporto tecnico e teorico di intervento.

**UTENTI INSERITI NEI PERCORSI DI FORMAZIONE
PROFESSIONALE
ANNO 2002**

PROGETTO ALBATRO 1 – nuovi ingressi (finanziamento 70% Sanità) –
Ente ISFORCOOP

n. allievi: 10 (6 maschi e 4 femmine di età compresa tra i 19 e i 31 anni).

PROGETTO START 2 – prosecuzioni – Enti: ATI CIF – ENDFORM –
ISFORCOOP

n. allievi: 6 (5 maschi e 1 femmina)

PROGETTO START 1 – nuovi ingressi – Enti: ATI CIF – ENDFORM –
ISFORCOOP

n. allievi: 10 (5 maschi e 5 femmine di età compresa tra i 25 e i 33 anni)

PROGETTO ALLENAMENTO AL LAVORO

Sperimentazione partita a marzo 2002 e rivolta inizialmente a 7 utenti
provenienti da percorsi formativi precedenti.

*(Per la raccolta dati ha collaborato Lidia Prato – Ufficio Formazione
Fasce Deboli – Provincia di Genova)*

LA SCOPA MERAVIGLIANTE

di Sessarego G.

La Scopa Meravigliante è un'impresa sociale di inserimento lavorativo per ex-degenti dell'ex O.P. e soggetti provenienti dai Servizi di Salute Mentale. Nasce nel 1982 come tentativo totalmente innovativo di superamento dell'ospedale psichiatrico di Quarto.

I suoi 18 anni di storia dimostrano come sia stato possibile un reale inserimento degli ex degenti nel tessuto sociale, sia attraverso un lavoro giustamente retribuito, sia attraverso la partecipazione all'esperienza cooperativa come strumento d'emancipazione personale che consente di raggiungere una più ampia capacità di contrattualità sociale.

E' importante sottolineare come La Scopa Meravigliante sia stata tra le prime cooperative in ambito nazionale a sperimentare un'idea di impresa sociale di questo tipo. Il primo cantiere è stato fondato a Genova-Quarto nel 1982, in seguito all'acquisizione dell'appalto per la pulizia di locali all'interno dell'O.P..La scelta iniziale di essere una cooperativa di servizi di pulizia è stata dettata dalla maggiore facilità, in quel momento, di reperire tale tipo di lavoro sul mercato e dalla possibilità di inserire, a fianco di personale specializzato, anche persone senza particolari esperienze lavorative e con un iter di apprendimento abbastanza breve.

L'attività de La Scopa Meravigliante si è successivamente ampliata con altri cantieri di lavoro all'interno del Comune di Genova.

La Scopa Meravigliante aderisce al Consorzio Progetto Liguria Lavoro, Consorzio di Cooperative Sociali di tipo B, e a Impresa a Rete, Associazione di Imprese sociali. Ha aderito alla costituzione del forum per il Terzo Settore.

DATI QUANTITATIVI

La Scopa Meravigliante è un'impresa sociale ai sensi della legge n° 381/91. Dal 1982, anno della sua fondazione, hanno lavorato ne La Scopa Meravigliante circa 180 persone.

Composizione sociale attuale

I lavoratori sono 43, il 55% dei quali in situazione di svantaggio; la legge 381/91 prevede almeno il 30% di inserimenti lavorativi di soggetti in difficoltà.

Nel dettaglio:

n° totale soci	29
n° soci lavoratori	24
n° soci volontari	5
n° dipendenti	19
n° soci e dipendenti con certificazione 381	26
n° totale lavoratori (soci + dipendenti)	43

I soci con certificazione 381 sono:

Ex degenti O.P.	1
Servizi di Salute Mentale	17
Servizi Tossicodipendenza a CAT	6
Servizi disabili Lg.68/99	2

Attive le seguenti borse lavoro o tirocini formativi:

n° 1 Centro Studi A. USL 3 “Genovese”

n° 1 Associazione San Marcellino

Retribuzione

Rispetto alle questioni normative e retributive, La Scopa Meravigliante applica il Contratto Collettivo Nazionale delle Cooperative Sociali.

Fatturato

Il fatturato complessivo de La Scopa Meravigliante nel 2001 è stato di 1.300.000.000 di lire.

Settori produttivi

I settori produttivi de La Scopa Meravigliante sono:

- servizi di pulizia in comunità, ambulatori, uffici pubblici, Servizi territoriali per A. U.S.L. 3 Genovese, Dipartimento Scienze Psichiatriche dell’Università, Civica Biblioteca Berio per il Comune di Genova, aziende private, pulizie ambientali per Azienda Municipalizzata Igiene Urbana, pulizia e disinfezione della cucina di Quarto
- servizi di pulizia civile in appartamenti e uffici
- servizi di pulizia di uffici, ambulatori, biblioteca per il comune di Pieve Ligure
- servizio di raccolta differenziata e presidio c/o mercati ortofrutticoli rionali (Orientale, Terralba, Certosa) per Azienda Municipalizzata Igiene Urbana
- attività di sgomberi, traslochi e raccolta ingombranti
- attività di raccolta e svuotamento “Progetto Staccapanni” per conto di Fondazione Auxilium e AMIU

- attività industriale di assemblaggio svolta in A.T.I con Coop.Villa Perla Service c/o ns.sede di Busalla
- gestione, con l'Associazione Centro Sociale Genova-Quarto, del centro sociale all'interno dell'ex O.P.
- attività di pulizia e manutenzione strade per conto del Comune di Busalla

ACQUISIZIONE RUOLO SOCIALE E CITTADINANZA

di Davagnino M., Mariani L., Vendemmiati G.

§ **L'ASSOCIAZIONE CENTRO SOCIALE** Genova Quarto è costituita dal 1980 da **utenti, familiari, operatori dei servizi, volontari e cittadini** e configurandosi Circolo ARCI gestisce da ventitre anni un'attività commerciale rivolta prevalentemente ai propri iscritti. Il "bar centro sociale", che è diventato nel tempo luogo di aggregazione sociale di degenti, ex degenti ma anche di personale dipendente a differenti livelli funzionali, ha visto mutare ruoli di "assistito, nutrito" in ruoli di "assistente, colui che nutre"; ha visto nel tempo la trasformazione di comportamenti passivi in attivi; ha visto nel tempo cambiamenti profondi nella percezione del sé: da un sé debole, povero, bisognoso di aiuto e di assistenza ad un sé ricco, generoso in grado di "servire" l'altro, di occuparsene, di soddisfarne bisogni primari come la fame o la sete. L'attenzione è stata spostata dall'individuazione e dalla percezione dei propri personali bisogni ai bisogni dell'altro; è stata sperimentata la possibilità di donare qualcosa all'altro di avere qualcosa che si poteva anche regalare.

Scopi e obiettivi dell'Associazione risultano, come da Statuto:

- ◆ Offrire agli ospiti dell'ex Ospedale Psichiatrico, delle RSA Psichiatriche e per anziani, delle Comunità alloggio utenza psichiatrica, ai pazienti che afferiscono ai Servizi Territoriali Sert e salute Mentale, alle loro famiglie, nonché a comuni cittadini un **luogo ricreativo** dove poter trascorrere alcune ore della giornata:
consumando insieme bevande analcoliche e spuntini - giocando a carte o a biliardo - facendo insieme musica - guardando la televisione - organizzando gite e gruppi di discussione - organizzando feste e momenti ludici creativi all'interno del Parco del Dipartimento e solitamente in collaborazione con la Circoscrizione, Servizi ed Associazioni del pubblico e del privato
- ◆ Svolgere per alcuni ospiti o ex ospiti o utenti dei servizi territoriali la "**funzione di palestra lavorativa**" consentendo, in accordo con le equipe medico/sociali di riferimento, osservazioni e valutazioni accurate sulle abilità/capacità richieste dal "mondo del lavoro" quali:
rispettare orari e appuntamenti - presentarsi puntuale e curato nella persona e nell'abbigliamento - cooperare e collaborare con colleghi

(abilità relazionali) e con gli avventori del locale - assumersi responsabilità e svolgere piccole mansioni (pulizia e riordino dei locali, servizio ai tavoli, piccola manutenzione del giardino limitrofo, etc.) - acquisire abilità specifiche (uso della macchina del caffè, del tosta pane, del registratore di cassa, rapporti con i fornitori, catering, etc.) - tollerare la frustrazione - imparare a gestire il denaro ricavato da un piccolo rimborso spese per l'attività prestata all'Associazione

- ◆ **Costituire** per alcuni “utenti/residui manicomiali” **punto di riferimento fisso e costante** nel tempo e quindi contenitore efficace di “significati di esistenze”. Alcune persone contribuiscono alle attività dell'Associazione (anche se con incostanza nel tempo da attribuirsi a periodi di crisi) da ben ventitre anni, usufruiscono di alloggi del Comune di Genova o sono tutt'ora ospiti delle Caup, percepiscono pensione d'invalidità civile e frequentano il Centro Sociale quasi come attività esclusiva
- ◆ **Promuovere cultura e salute**, partecipazione attiva della cittadinanza ad iniziative di sensibilizzazione alle problematiche psichiatriche e di superamento dello stigma collaborando con altre Associazioni e Servizi Pubblici
- ◆ **Sostenere** ed implementare condizioni di “inserimento lavorativo propriamente detto” curando aspetti d'integrazione e pubblicazione delle attività della **Cooperativa** Sociale di tipo B, denominata “**La Scopa Meravigliante**” che ha costituito fin dal 1982 la naturale evoluzione dell'Associazione.

☞ **COPEALI** - Coordinamento Ligure Permanente per lo sviluppo dell'Auto-Aiuto e della cultura della mutualità – nato nel 1999, è un coordinamento a carattere apolitico, aconfessionale, cui aderiscono tutti i membri appartenenti a gruppi di auto-aiuto, cooperative, centri studi, altri gruppi ed associazioni, singoli individui, operatori che condividono la cultura della mutualità e che conta ad oggi più di adesioni. Non ha scopi di lucro, ma persegue solo scopi sociali finalizzati allo sviluppo di una migliore qualità della vita in funzione della persona e della famiglia nel contesto della comunità. Si riunisce normalmente in Genova, in Via G. Maggio, 6, presso i locali della Biblioteca del Dipartimento di Salute Mentale.

Il Coordinamento facendo proprio il principio che il disagio del singolo comporta problemi e sofferenze all'individuo, alla famiglia e alla comunità, intende, tra l'altro:

- ❑ Promuovere il valore della cultura dell'auto-aiuto e della mutualità come processo che facilita la comunicazione, la solidarietà ed il benessere del singolo e della comunità di cui fa parte; tramite incontri sistematici, scambi di esperienze, seminari, convegni, corsi, eccetera, **sviluppare una dialettica tra i vari gruppi liguri**; far emergere con maggiore chiarezza e vigore le difficoltà, i successi, la sperimentazione, l'applicazione di tecniche e strumenti di cui ogni gruppo è portavoce.
- ❑ Contrastare l'esclusione sociale e lo stigma dando pratica attuazione ai principi di equità e giustizia sociale, promuovendo il riconoscimento dei diritti.
- ❑ Aderire ad ogni iniziativa che si prefigga lo scopo di sviluppare programmi di informazione, formazione e ricerca in campo di cultura della mutualità; attivare una banca dati regionale sulle realtà dell'auto-aiuto e mantenere collegamenti alla rete nazionale.
- ❑ Cooperare, promuovendo la partecipazione attiva di tutti i membri, con persone, gruppi, istituzioni, associazioni, ecc. , che fanno proprio il principio della mutualità a prescindere dal settore di attività, indirizzi metodologici, ideologici, religiosi e dalle nazionalità proprie di ciascuno di essi, in funzione di una solidarietà aperta alla convivenza, nel pieno rispetto dei valori antropologico-spirituali insiti in ogni essere umano.

⚡ **L'ASSOCIAZIONE MEGLIO INSIEME (A.M.I.)** sorta alla fine del 2002 nella zona Val Polcevera ha lo scopo di:

- ❑ promuovere e proteggere la salute in generale ed in particolare la salute mentale del singolo cittadino, della sua famiglia e della comunità locale cui appartengono;
- ❑ favorire il superamento dello stigma e sviluppare potenzialità, competenze lavorative, risorse affettive, emotive e cognitive del singolo e della collettività;
- ❑ garantire la soddisfazione di bisogni/diritti primari quali: il lavoro, la casa, un ambiente ecologicamente sano aumentando il senso di auto efficacia e l'empowerment individuale e collettivo;
- ❑ organizzare eventi ludico/didattici di educazione alla salute (fisica e psichica);

- ❑ organizzare eventi informativi e formativi, teorico pratici, anche di ricerca intervento;
- ❑ produrre e diffondere materiale divulgativo (scrittura, grafica, prodotti artigianali ed artistici, etc.);attivare sinergie e reti (formali ed informali) con agenzie sociali e sanitarie del pubblico e del privato con, per ultima finalità, il superamento delle barriere fra differentemente abili e "normali".

🔗 **L'ISTITUTO PER LE FORME E LE MATERIE INCONSAPEVOLI (I.M.F.I.)** è un'associazione di volontariato culturale fondata nel 1988 per volontà di Antonio Slavich, psichiatra, direttore dell'ex O.P. di Quarto e direttore sanitario dell'U.S.L. XVI, prima che fosse assorbita nella 3 Genovese.

L'associazione lavora, fin dalla sua fondazione, in convenzione con l'azienda sanitaria presso la quale ha anche la sua sede; il fine dell'associazione, **culturale**, era e rimane sostanzialmente quello di abbattere le barriere culturali che si frappongono tra il mondo delle molteplici **abilità** e quello delle cosiddette **disabilità**, di qualunque natura esse siano. Questo obiettivo è stato perseguito attraverso la costruzione di percorsi di comunicazione e di contaminazione tra questi due ambiti che spontaneamente tenderebbero a procedere per strade diverse e con poche probabilità d'incontrarsi. L'arte, come evento culturale dalle varie sfaccettature, è stata il territorio sul quale ci siamo mossi con maggior disinvoltura, sia perché tra i fondatori vi era la figura carismatica di Claudio Costa, sia perché tra gli ospiti di Quarto vi era un protagonista come Davide Raggio, il cui nome è destinato ad essere storicizzato tra i grandi artisti Brut, sia perché il Centro Basaglia, fortemente voluto, sostenuto ed aperto grazie alla nostra organizzazione, si è poi configurato come uno dei luoghi dell'arte terapia. In questo spirito l'associazione si è fatta carico di iniziative di vario genere: mostre d'arte figurativa, convegni sugli aspetti terapeutici della pratica artistica, pubblicazione di opuscoli, cataloghi e libri, dibattiti aperti su temi di vario genere, spesso inerenti la malattia mentale fino all'apertura di un museo che raccogliesse le opere degli artisti che transitavano da Quarto e gli elaborati degli ateliers di terapia espressiva.

Dopo la morte di C. Costa, nel 1995, il museo che egli aveva fondato per raccogliere il frutto di questa contaminazione culturale, ha preso il nome dal suo fondatore: Museo attivo Claudio Costa.

L'attività dell'I.M.F.I. prosegue tutt'ora nello stesso spirito e con gli stessi intenti perché i manicomi sono oggi chiusi ma la cultura che li ha prodotti è sempre in agguato.

FORMAZIONE ALLA QUALITÀ DELLA VITA: TERZA EDIZIONE (2003)

di Peloso P.

Con il 2003 si parte con il terzo anno dei corsi di formazione in qualità della vita, che hanno visto nei due anni precedenti una quarantina di incontri con esperti su vari temi e una decina di esperienze in situazione aperte alla cittadinanza, promotori il Consiglio di Circoscrizione Medio Ponente, la Croce Verde di Sestri, il Corriere di Sestri e il Centro diurno del DSM. Non più un percorso unitario, ma una serie di *per-corsi* formativi paralleli, divisi in quattro aree.

Area socioculturale

1. **Terza edizione del corso di formazione "Corpo, arte, città":** in collaborazione con Consiglio di Circoscrizione, Croce Verde e dedicato alla memoria di Tea Benedetti. Sede: Palazzo del Comune, via Sestri 34; Croce Verde. Partecipazione: libera. Il corso ha aperto con un incontro pubblico a Palazzo Fieschi tra i Centri Diurni di via Sestri, di Sarzana e del Savonese, con la partecipazione dell'Ufficio Fasce deboli della formazione della Provincia e dell'UCIL, sul tema "**Autoaiuto e diritto al lavoro**" ed è proseguito con una lezione sull'avvistamento dei cetacei nel mar ligure realizzata in collaborazione con la facoltà di Biologia.
2. **Laboratorio di lettura/scrittura:** attività di lettura per un'ora la settimana, scrittura e battitura a computer di articoli per il Corriere di Sestri (oltre 50 articoli inerenti il Centro Diurno in tre anni), collaborazione nella distribuzione del periodico.
3. **Corso di base in informatica:** prevede l'addestramento di base all'utilizzo di programmi di videoscrittura per gli utenti del Centro Diurno (per il corso, iniziato da personale del CD, è stato richiesto l'appoggio della Circoscrizione e di studenti dell'Istituto Tecnico Calvino).

Area artigianale, artistica e sportiva

4. **Corso di chitarra** (realizzato da un operatore del centro)
5. **Corso di pittura** (realizzato da un operatore esterno al centro)
6. **Corso di bricolage** (realizzato da un volontario)
7. **Attività di palestra** (presso il centro polisportivo comunale di Lago Figoj)
8. **Attività di spiaggia** (presso la spiaggia comunale Janua di Vesima)

Area della formazione al lavoro

9. **Corso professionalizzante di cucina e ristorazione:** da realizzarsi in collaborazione con l'Istituto Turistico-Alberghiero Bergese, prevede 100 ore di lezione presso i locali dell'Istituto (il progetto, presentato, è in attesa di finanziamento).
10. **Corso di formazione in tecnica libraria:** realizzato in collaborazione con il Consiglio di Circoscrizione, le Biblioteche Comunali e il Servizio Librario della Comunità S. Benedetto, con lezioni di esperti delle biblioteche comunali e volontari presso la biblioteca Guerrazzi di Cornigliano, con stage presso Il Secolo XIX, la legatoria della Berio e alcune librerie. E' propedeutico a iniziative commerciali nel campo librario e hanno partecipato 15 persone.

Area dell'in-formazione nel campo della salute mentale

11. **Corso O.A.S.I. (Orientamento, Aiuto, Sostegno e Informazione) n. 1:** realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Psichiatria, prevede 12 incontri di informazione nel campo dei Disturbi schizofrenici per 15 utenti del DSM (primo semestre 2003).
12. **Corso O.A.S.I. (Orientamento, Aiuto, Sostegno e Informazione) n. 2:** realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Psichiatria, prevede 12 incontri di informazione nel campo dei Disturbi schizofrenici per 30 familiari di utenti del DSM (I e II semestre 2003).
13. **Corso D.U.N.A. (Disturbi dell'Umore - Nozioni Applicative) n. 1:** prevede 12 incontri di informazione nel campo dei Disturbi dell'umore per 15 utenti del DSM.
14. **Corso D.U.N.A. (Disturbi dell'Umore - Nozioni Applicative) n. 2:** prevede 12 incontri di informazione nel campo dei Disturbi dell'umore per 15 familiari di utenti del DSM.

REINSERIMENTO SOCIALE:

Polisportiva "INSIEME per SPORT"

di Tria G.

La **Società Polisportiva "Insieme per Sport"** è nata nel maggio del 1995 quando un piccolo gruppo di operatori costituito da un Medico, tre Infermieri, due Ausiliari ed uno Psicologo, decise di dar vita ad un'esperienza che connettesse esperienze lavorative con interventi di carattere volontario finalizzati alla promozione e allo sviluppo di processi di integrazione per persone con problemi psichici.

Le attività che ispirarono quella scelta risalgono agli inizi degli anni '90, quando nel nostro Servizio (ex XV USL) era in atto un dibattito molto ricco sull'identità e sulle prospettive del Servizio stesso, e seppure in ritardo rispetto ad altre zone del Paese, cominciarono a farsi strada idee e **programmi sulla riabilitazione psicosociale** che coinvolgevano operatori, pazienti, familiari e istituzioni esterne.

La prima di queste iniziative, che impegnò tutti gli operatori del nostro Servizio, fu la preparazione e l'attuazione di una **fiesta di Carnevale** aperta a tutti i cittadini del nostro territorio (Tria, 97).

Ne seguirono altre, tutte con la stessa caratteristica di apertura alla cittadinanza, perché ci sembrava, che un efficace Centro di Salute Mentale dovesse, oltre che prendersi cura della persona con difficoltà, tentare di limitare la distanza tra le persone con problemi psichiatrici e le persone cosiddette normali, permettendo così di sperimentare forme di avvicinamento, di relazione, di integrazione reciproca.

La più grande di queste iniziative fu la Festa in campagna, denominata **Fantapensando**, che si svolse nel Maggio del '94, sulle alture genovesi che coinvolse moltissime persone, tra pazienti, familiari, operatori in rappresentanza di tutti i Servizi di Salute Mentale della città e dei due Ospedali Psichiatrici di Quarto e di Cogoleto, e tanti altri cittadini desiderosi di partecipare ad una festa campestre all'insegna della solidarietà.

L'anno successivo, pertanto, il gruppo degli operatori del C.S.M. della ex-15 Usl, decise di costituire una Associazione che si sarebbe impegnata non solo nella organizzazione di eventi ludico-sportivi ma anche in progetti culturali e formativi a favore di persone con problemi di salute mentale.

Ci sembrava, in tal modo, di poter avviare e sviluppare progetti inerenti la **Salute Mentale di Base o Comunitaria** che è intesa come "quell'insieme

di azioni che nascono dalla interazione di attori e servizi diversi, comprendente non solo il servizio psichiatrico, ma anche altri servizi ed agenzie sociali, istituzioni cittadine, il cui obiettivo è costituito dalla promozione, prevenzione e cura della salute mentale della popolazione di un territorio” (Levav, 92).

Benedetto Saraceno, riferendosi a numerose esperienze, spesso sconosciute, ma molto diffuse in tutto il mondo, sottolinea che le azioni che caratterizzano l’ approccio della salute mentale comunitaria includono:

1. **azioni dirette agli individui;**
2. **azioni dirette ai gruppi;**
3. **azioni dirette alla comunità in senso lato;**
4. **azioni dirette alle istituzioni.**

Perciò, l’idea di costituire una Polisportiva è stata determinata da spinte ideali profonde per:

1. collegarsi con maggiore continuità e coerenza **alle molteplici risorse presenti sul nostro territorio**, essenziali per favorire il processo di integrazione sociale delle persone di cui ci prendiamo cura;
2. **ampliare la gamma dei programmi terapeutici del C.S.M.**, favorendo al contempo le condizioni che garantiscono la continuità delle attività, dapprima sporadiche ed episodiche, attraverso anche un impegno volontario; ma anche per scelte di ordine più concreto e strategico come favorire la **possibilità di autofinanziamento** attraverso sponsorizzazioni, con conseguente risparmio da parte del Servizio Pubblico;
3. la necessità di **superare le diverse articolazioni burocratiche** che si frappongono ogni qualvolta vengono proposti progetti non espressamente di carattere sanitario, anche se con valenze chiaramente terapeutiche, con inevitabili gravi ritardi nell’attuazione e ridimensionamento dei programmi;
4. favorire forme di partecipazione attiva, sempre maggiore, di persone a forte rischio di chiusura ed isolamento ad attività implicanti decisionalità e responsabilità attraverso la gestione stessa della Polisportiva. Infatti si è passati, nel tempo, da un consiglio direttivo costituito esclusivamente da operatori ad uno, più ampio, in cui sono rappresentate diverse componenti: operatori, utenti, familiari e volontari.

Perché lo sport ?

Nel nostro piccolo, ci sembra di poter concordare con gli esiti di tutte le ricerche attuate in questi anni nel settore anche se abbiamo iniziato solo di recente, una vera e propria rilevazione delle evidenze in un piccolo numero di utenti, impegnati in alcune attività che da anni svolgiamo i cui risultati non sono ancora pronti per essere presentati.

Ma in generale ci sentiamo di affermare che, una importante conquista per il paziente psichiatrico che pratica attività sportive, è determinata dalla **nuova immagine che ha di sé**; un nuovo vissuto può farsi strada: non più una mente ed un corpo inesorabilmente malati, limitati, goffi, ma una mente ed un corpo che nonostante le limitazioni ed il danno, derivanti dalla malattia, dimostrano estro, efficacia e capacità evolutive.

Questo processo è reso possibile, in quanto attraverso le attività sportive si costruisce un articolato intreccio che mette in relazione la possibilità di vivere e di esprimere stati affettivi apparentemente contrastanti come **l'aggressività, il piacere, l'agonismo, il divertimento, la socialità**.

Naturalmente, tutto questo determina una relazione nuova e diversa tra utenti ed operatori del C.S.M., poiché entrambi modificano i rispettivi ruoli tradizionali: i primi da destinatari più o meno passivi di cure, a soggetti attivi all' interno di un programma condiviso, caratterizzato da molteplici forme di collaborazione.

Infatti, il nuovo programma non si fonda, né si occupa esclusivamente delle cosiddette "parti malate" ma, senza negarle, si propone di **riconoscere, valorizzare e sviluppare le abilità psicomotorie**, pure presenti nella persona con problemi di salute mentale e che come avviene per altre abilità, spesso rimangono coperte dagli aspetti negativi e dolorosi di quella condizione.

La sperimentazione di nuovi ruoli, non solo è funzionale all' espletamento dell'attività sportiva, ma più in generale favorisce il graduale superamento dell' unico ruolo che molto spesso la relazione paziente-ambiente permette, e cioè quello di malato, di persona comunque e sempre inadeguata, che non può né migliorare né competere.

Ma lo sport, assieme ad altre attività pensate e costruite con intenti riabilitativi, assume la funzione di uno **stimolo di sviluppo anche per l'operatore** che spesso è chiamato a superare i limiti artificiali derivanti dal rigido espletamento del suo ruolo, per passare dalla frustrazione di dispensatore di terapie spesso ammantate dall'alone magico-onnipotente della guarigione, all'assunzione di un ruolo sicuramente più incerto, caratterizzato dalla costruzione di settings plurimi e poco ortodossi, proprio

del promotore di stati di salute e di benessere e di attivatore di risorse interne ed esterne all'individuo.

Una funzione di frontiera, di mediazione, intesa in senso psico-ecologico, che cerca di mettere in relazione l'individuo in difficoltà ed il sociale con le sue opportunità, spesso irraggiungibili per lui.

Un altro aspetto significativo di queste attività è legato al loro **carattere ludico**.

Crediamo che a questo proposito si possa fare un'analogia con quanto avviene al bambino in rapporto al gioco. Infatti, come per il bambino molto piccolo, **il gioco rappresenta uno spazio potenziale** tra sé e l'ambiente più vicino a lui, e gli permette di sperimentare gradi sempre maggiori di autonomia, in modo simile pensiamo possa avvenire anche alla persona con problemi di salute mentale, che attraverso queste attività, sperimenta forme di relazione improntate ad una maggiore autonomia.

Ma non vi può essere gioco se non all'interno di regole condivise da tutti i giocatori, e solo all'interno di tale situazione vi può essere vera creatività, altrimenti, in mancanza di regole o senza l'esplicito riferimento ad un **codice condiviso** si verificherebbe un'arbitraria e discrezionale esibizione di onnipotenza, in cui ogni mossa sarebbe possibile e potrebbe essere considerata la migliore.

Pertanto, anche attraverso l'acquisizione delle regole del gioco sportivo, la persona con disabilità psichica può tentare di uscire dalla propria condizione spesso caratterizzata dal predominio dell'allucinazione per avvicinarsi alla realtà condivisa: il passaggio dal simbolo immaginario, soggettivo, privato, al codice consensuale, pubblico, al sociale.

Le attività

Attualmente la **Società Polisportiva "Insieme per Sport"** è affiliata all'Ente di promozione sportiva U.I.S.P. (Unione Italiana Sport per Tutti), e aderisce all'**A.N.P.I.S.** Associazione Nazionale delle Polisportive per l'Integrazione Sociale che raccoglie circa 20 realtà simili alla nostra.

Ha circa 180 iscritti provenienti dai cinque ambiti dipartimentali in cui è diviso il DSM genovese, ed ha attivato nell'arco della esperienza sette sezioni: il calcio, il nuoto, la ginnastica dolce, l'equitazione, la vela, lo sci, la pallavolo.

1. **Il calcio** (dal 1995 a tutt'oggi), è l'attività che raccoglie maggiori adesioni, in quanto sono iscritte alla nostra Società diverse squadre che fanno riferimento a C.C.S.S.M.M. o a C.T. dell'intera Regione. In questi ultimi anni di attività le diverse squadre hanno partecipato a

numerosi tornei e manifestazioni sportive di carattere nazionale (Livorno, Trieste, Sportilia, Isola d'Elba, ecc.) ed internazionale (Sport Show), conseguendo anche notevoli successi nelle prestazioni.

2. **Il nuoto** (dal 1996 a tutt'oggi), raccoglie circa una quarantina di soci. Il Comune di Genova ha messo a nostra disposizione diverse corsie in alcune piscine cittadine e grazie ad una convenzione con l'U.I.S.P. vengono utilizzati istruttori con diploma dell'I.S.E.F.
3. **La ginnastica dolce** (dal 1995 a tutt'oggi), è un'attività fisica molto importante che si è svolta inizialmente in favore di un gruppo abbastanza numeroso di degenti dell'O.P. di Quarto, in seguito per un gruppo di pazienti del C.S.M. ex U.S.L. 15 presso la palestra dell'Associazione G.A.U. di Prato e recentemente è stato attivato un gruppo di tredici partecipanti dell'Ambito 1.
4. **L'equitazione** (dal 1996 al 1998), ha coinvolto 12 iscritti. I corsi non avevano solo la finalità di permettere l'apprendimento dei diversi stili, ma anche di accudire il cavallo.
5. **La vela** (dal 1996 a tutt'oggi) ha rappresentato la novità più rilevante di questi ultimi anni: tra l'ottobre e il novembre '95, fu organizzato il primo corso di avvicinamento alla vela, tramite una sovvenzione della Regione nell'ambito dei programmi inerenti la legge 21. Il corso ha permesso a 8 pazienti senza alcuna esperienza di barche, ma con la sola passione per il mare, di cimentarsi in questa bellissima esperienza scandita da momenti teorici e pratici: in tutto furono effettuate 6 lezioni e 6 in mare. Questa attività, svolta in collaborazione con l'Associazione "Non solo vela" sta continuando attraverso il progetto "Matti per la Vela" iniziato nel 1999.
6. **Lo sci** (dal 1995 al 1996), tra le nostre attività sportive, è sicuramente la più antica, essendo ormai una vecchia consuetudine del nostro C.S.M. organizzare brevi soggiorni invernali in montagna avendo al seguito valenti istruttori di sci. Da alcuni anni questa esperienza viene fatta anche da gruppi di operatori e di utenti di altri C.C.S.S.M.M. Sono circa un centinaio le persone che ogni anno partecipano ai soggiorni invernali.
7. **La pallavolo** (dal 1998 a tutt'oggi), è stata l'ultima attività istituita dalla Polisportiva. In questo secondo anno di attività, l'esperienza, inizialmente solo femminile, si è allargata anche ai maschi dando vita ad una squadra mista che vede impegnati una dozzina di atleti. Questa

squadra ha anche vinto un trofeo messo in palio dalla Provincia di Genova nell'ambito di una recente importante iniziativa sportiva.

Però, come si è detto in precedenza, i programmi della Associazione non sono solo sportivi, ma cercano di ampliare le risorse del DSM, pertanto essa si è fatta promotrice di iniziative che avevano come obiettivo lo sviluppo di progetti inerenti anche forme di inserimento lavorativo in favore di gruppi di utenti dei nostri Servizi. In tal modo sono stati attuati alcuni **protocolli di intesa** con l'Unità Operativa di Assistenza Psichiatrica (vecchia dizione dell'attuale DSM), con l'ENAIP che è un Ente di Formazione Professionale, ed altre associazioni del territorio, per l'attuazione di diversi progetti di formazione: ad esempio per **“Addetto al ripristino e alla gestione della viabilità escursionistica”**, e per la costituzione di una cooperativa sociale da impegnare in attività agricole e di ripristino ambientale.

Per la realizzazione di questo secondo progetto stiamo continuando a lavorare in collaborazione con un'altra cooperativa sociale. I fruitori di queste iniziative sono state nove persone provenienti dai diversi ambiti dipartimentali; alcuni di essi, grazie anche all'esperienza fatta all'interno dei corsi di formazione, sono stati in grado di trovare lavoro in modo autonomo.

IL CENTRO LAURA LUGLI

di Sappa S.

Il Centro Laura Lugli ha iniziato la sua attività il 1° febbraio 1995 ed è una struttura semiprotetta con funzioni culturali e ricreative rivolta a persone che hanno problemi di tipo psichiatrico.

Il Centro si propone di offrire ai suoi utenti sia momenti di incontro con altre persone, sia attività strutturate tali da stimolare le potenzialità dell'individuo ed inserirlo nel tessuto sociale cittadino. Per questi motivi è aperto ogni giorno dell'anno da lunedì a domenica, festività comprese, con orario pomeridiano-serale (15-19), per rappresentare uno stabile punto di riferimento anche in orari e giorni in cui le altre strutture esistenti sul territorio non sono operanti.

Tipologia dell'utenza

Tra i frequentatori del Centro attualmente ci sono circa cinquanta persone con disagio psichico, inviati principalmente da Centri di Salute Mentale genovesi, da Comunità Terapeutiche, da Cliniche private e dall'A.L.Fa.P.P. (Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici).

Operatori

Le figure presenti sono: 1) Educatori; presenti costantemente, accolgono e seguono gli utenti nelle loro attività quotidiane. 2) Volontari e Tirocinanti; fanno animazione, tengono i corsi che vengono svolti all'interno del Centro, collaborano con la segreteria. 3) Psicologo; organizza e coordina le varie attività ed i rapporti tra utenti, educatore, volontari e tirocinanti.

Obiettivi

a) *Integrazione.* Favorire le relazioni interpersonali tra persone con problemi psichiatrici e tra queste e le persone "normali", prima all'interno dal Centro e delle sue attività e in seguito all'esterno, nell'ambito delle attività cittadine.

b) *Autonomia.* Tendere allo sviluppo delle capacità di autogestione ed autorganizzazione delle persone con problemi psichiatrici affinché raggiungano il più alto livello possibile di indipendenza e autonomia personale.

c) *Sostegno.* Costituire un punto di riferimento non solo per persone con problemi psichiatrici, ma anche per i loro familiari che possono ricevere informazioni e sostegno personale.

Metodologia

Tutti gli interventi sono volti alla programmazione di attività culturali, sportive e ricreative, finalizzate al raggiungimento dell'integrazione sociale e dell'autonomia di persone con problemi di tipo psichiatrico.

La metodologia del progetto segue alcune linee fondamentali:

- svolgere attività interne al Centro che possano essere interessanti e stimolanti non solo per gli utenti del Centro, ma per tutti i cittadini, per far sì che la struttura diventi occasione di incontro e di integrazione tra persone che hanno problemi psichiatrici e persone "normali"
- essere centro di coordinamento e promozione delle attività e delle iniziative offerte sul territorio, al fine di creare un legame diretto con la città, che permetta un progressivo distacco degli utenti psichiatrici dal Centro verso situazioni non protette
- programmare un percorso specifico per ogni singolo utente, partendo dalle capacità, gli interessi, le potenzialità di ognuno, per favorire il raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, permettendo così una migliore qualità di vita
- individuare e potenziare aree di interesse comune di piccoli gruppi di utenti per facilitare la socializzazione interna al Centro e l'accesso ad attività esterne
- fornire un sostegno ai familiari degli utenti attraverso incontri periodici informativi, di discussione e confronto, ed attraverso il periodico "Soffio"

Attività

Il Centro è un luogo di incontro che offre la possibilità di partecipare a numerose iniziative. Il programma prevede attività nell'ambito di tre aree: cultura, sport, tempo libero. Il metodo di lavoro è quello di programmare, per ciascuna area, attività da realizzare all'interno ed all'esterno del centro.

Cultura; attività interna: corso di lingua straniera (inglese, francese), corso di musica (chitarra, tastiera, canto), serate culturali (presentazione di libri, serate musicali, conferenze, proiezione di film con discussione,...); attività esterna: serate a teatro e al cinema, visite a musei, mostre, chiese,...,partecipazione a sagre e spettacoli cittadini.

Sport; attività interna: corso di ginnastica dolce, corso di rilassamento, tornei di calcetto; attività esterna: corso di nuoto.

Tempo libero; attività interna: corso di disegno, corso di pittura, corso di fotografia, corso di bricolage, corso di carte italiane e francesi, corso di scacchi e dama; attività esterna: itinerari turistici (a piedi, in bicicletta, in barca, in treno, in pullman), fotografia in esterno, disegno e pittura di luoghi caratteristici, gite al mare ed in montagna.

IL TEATRO DELL'ORTICA

di Bonomi M.

Il teatro dell'Ortica dal 1997 collabora con il C.I.R.S. e con il Centro di Salute Mentale di Struppa, in particolare con il centro diurno di Serino, occupandosi di gruppi di pazienti con i quali ha attivato percorsi di drammatizzazione finalizzati alla creazione di momenti spettacolari.

All'interno della compagnia operano teatroterapeuti, educatori e attori. Il Teatro dell'Ortica si è sviluppato all'interno dei programmi dello Spazio Famiglia della Valbisagno. Lo Spazio Famiglia Valbisagno è un progetto della legge 285 costituito ad Associazione Temporanea alla cui rete aderiscono le associazioni Nuovo C.I.E.P., il C.I.R.S., il Leccio, Grigua, il C.I.V., il consorzio sociale Agorà, la coop.soc. il Biscione e la piccola società cooperativa a R.L. Teatro dell'Ortica.

Lo Spazio Famiglia è un luogo che sta in accoglienza delle famiglie e si pone come facilitante nell'attivare percorsi di mutualità e di sostegno reciproco nell'affrontare il quotidiano, la cura e l'educazione dei figli, tentando di ripristinare fra i nuclei ed il territorio una rete ispirata al modello di buon vicinato; da mandato istituzionale lo Spazio si occupa di auto aiuto (gruppo di "donne che amano troppo", ospitalità a mamme con bambini portatori di handicap, percorsi di sostegno alla genitorialità, intervento in favore di famiglie multi problematiche in cui sono presenti figli adolescenti). E' un tentativo di creare un luogo dove far nascere sinergie e cultura solidale per consentire lo sviluppo di nuovi indicatori di benessere sociale e di salute del territorio. Lo Spazio Famiglia Valbisagno e il Teatro dell'Ortica si accostano in generale al problema della salute mentale partendo dal riconoscimento della complessità del disagio che sempre più spesso coinvolge adolescenti, adulti e il gruppo famiglia a partire da situazioni di apparente normalità. Le relazioni sempre più complesse all'interno della società producono un aumento esponenziale del disagio psichico e questo porta a pensare alla necessità di approcciare il "problema" della difesa della salute mentale in termini di prevenzione che significa coinvolgere i soggetti a rischio e le loro famiglie in situazioni di condivisione di percorsi creativi, di percorsi di auto aiuto e di sostegno.

Lo Spazio Famiglia Valbisagno ed il Teatro dell'Ortica, non a caso, intervengono al Tavolo della Salute, e più specificamente all'interno del tavolo sulla prevenzione della salute mentale di "Città Educativa" "il patto di Eugenio" che ha quale obiettivo centrale quello di creare un'azione sociale per la costruzione e ricostruzione di un tessuto solidale tra i diversi soggetti che compongono la comunità.

D.S.M. A.S.L. 2 Savonese

Gruppo di lavoro:

- **Marcello MACARIO**
- **Maria Rosa MARTIN**
- **Carlo Vittorio VALENTI**

ESPERIENZE DI INSERIMENTO LAVORATIVO IN BORSA LAVORO IN PROVINCIA DI SAVONA

di Abbondi L., Piroto F., Vallero A., Badino A.

La Borsa Lavoro è uno strumento terapeutico-riabilitativo a disposizione dei Centri di Salute Mentale.

E' dunque uno strumento costituito da una componente sociale ed una componente terapeutica, quest'ultima non meno importante della prima.

E' inoltre uno strumento che ha un senso solo se inserito all'interno di un progetto individualizzato sul paziente, essendone una, ma una sola, delle sue componenti.

Dal 1987 il Dipartimento di Salute Mentale della ASL 2 Savonese ha effettuato inserimenti lavorativi protetti per pazienti seguiti dai Centri di Salute Mentale, che presentano una sufficiente stabilizzazione del quadro psicopatologico, con un discreto livello di autosufficienza personale, una soddisfacente capacità di adeguamento all'ambiente e la disponibilità a sperimentare le proprie attitudini professionali.

La Borsa Lavoro può essere:

- di tipo socio-assistenziale, cioè a tempo indeterminato, finalizzata ad un reinserimento sociale;
- borsa lavoro a tempo determinato, finalizzata allo sbocco occupazionale dopo un periodo di sperimentazione.

La Borsa Lavoro, che è prevista dai diversi Piani Triennali Regionali per i Servizi Sociali che in questi anni si sono succeduti, ha queste caratteristiche:

- viene erogata dai Comuni di residenza su finanziamento regionale e comunale, con un importo massimo di 250 Euro;
- prevede una copertura assicurativa INAIL e RCT a carico regionale;
- non presuppone alcun onere economico per il datore di lavoro;
- non vincola il datore di lavoro ad alcuna successiva assunzione;
- la durata dell'esperienza e l'orario di lavoro vengono concordati dalle parti e sottoposti a verifica periodica.

Gli operatori dei Centri di Salute Mentale garantiscono una collaborazione continuativa con i "datori di lavoro" in tutte le fasi del progetto.

Nel territorio di nostra competenza (Provincia di Savona) al 31/12/02 erano attive n°102 borse lavoro, così suddivise:

Ambito 1 Albenganese	n° 18 (10 maschi – 8 femmine)
Ambito 2 Finalese	n° 12 (9 maschi – 3 femmine)
Ambito 3 Valbormida	n° 20 (15 maschi – 5 femmine)
Ambito 4 Savonese	n° 52 (37 maschi – 15 femmine)

Fasce di età:

minori di 20 anni	n° 0
21 – 30 anni	n° 17
31 - 40 anni	n° 48
41 - 50 anni	n° 33
oltre 51 anni	n° 4

Aree lavorative:

Enti Locali (Comune – Bibl. Com. – ASL)	n° 26
Aziende Private (Tipografia. – Falegnameria - Case di Riposo - Centro Ippico - Aziende floro-vivaistiche – Garage)	n° 38
Agenzie e Associazioni varie (Caritas – INAIL – Opere Sociali – Patronati – Società di Mutuo Soccorso – CONI – Centro per l’Impiego)	n° 15
Cooperative Sociali	n° 15
Azienda Pubblica	n° 8

Scolarità:

Licenza Elementare	n° 12
Licenza Media	n° 61
Licenza Media Superiore	n° 23
Diploma di Laurea	n° 3
Altro	n° 3

Nel corso degli ultimi anni alcune esperienze di inserimento lavorativo in borsa lavoro si sono trasformate in assunzioni: n° 3 a Savona (presso Cooperative Sociali), n° 2 ad Albenga (presso il Comune) e n° 2 in Valbormida (presso la Cooperativa Sociale “Il Casello”).

Le difficoltà incontrate negli anni in questo settore si possono riassumere brevemente in tre punti:

- a) reperimento dei “posti di lavoro”: esiste una diffidenza, peraltro comprensibile, da parte dei “datori di lavoro” ad accogliere un paziente psichiatrico, che indubbiamente richiede maggiori attenzioni e capacità da parte dei “colleghi” sia sul piano delle relazioni interpersonali, sia sul piano della ridotta capacità di attenzione e continuità nelle mansioni che gli vengono affidate;
- b) l’andamento discontinuo del benessere psichico del paziente ha come ovvia conseguenza la mancanza di continuità nelle presenze giornaliere e nel rendimento lavorativo. Se è vero che un paziente in borsa lavoro non può e non deve sostituire un lavoratore inserito nell’organico dell’azienda, è altrettanto vero che può diventare un valido aiuto nel suo ambiente di lavoro non sempre disponibile ad accettare uno scarso impegno imputabile ad una riacutizzazione del disagio psichico;
- c) la riduzione delle risorse economiche ha portato i Comuni a dover ridimensionare alcune voci di bilancio, che spesso non riescono a coprire le richieste provenienti dai Centri di Salute Mentale.

Alla luce di queste considerazioni riteniamo utile, come operatori del settore:

1 – continuare a mantenere costanti e proficui contatti tra i pazienti, le aziende ospitanti, gli Enti Locali, a garanzia che la Borsa Lavoro sia un percorso gratificante per il soggetto interessato;

2 – ad evitare che la Borsa Lavoro si prolunghi nel tempo solo per mancanza di sbocchi, individuare tempi e modi di collaborazione affinché la l. 68 (norme per gli inserimenti lavorativi delle fasce deboli) diventi un reale strumento operativo per riavvicinare al mondo del lavoro quei pazienti che possono giovarsene.

Dall'intervento specialistico in ambiente protetto all'articolazione di un processo che stimoli autonomia: dalla formazione lavoro all'integrazione sociale.

di Martin M.R.

Nel coordinamento delle attività terapeutiche del CD di "Villa Livi" a Pietra Ligure e delle Attività Riabilitative del Dipartimento ho cercato di ampliare la visione da interventi prevalentemente specialistici, all'interno di spazi protetti, verso qualcosa che gli stessi pazienti seguiti da lungo tempo richiedevano: l'integrazione sociale col mondo esterno, la ricerca di amici, volontari e tecnici non appartenenti alla psichiatria!

Abbiamo iniziato con la collaborazione di artisti per differenti attività espressive e mostre o animazioni successive.

La collaborazione di uno psicodrammatista non del settore ha permesso di attuare un esperimento triennale ('99-'02) di un gruppo di psicodramma con psicotici coadiuvati da operatori (io-ausiliari).

Esperienza molto significativa, in particolare per pazienti introversi e coartati, che hanno avuto opportunità di relazionarsi anche con estranei del settore, sperimentando la storicità e la condivisione emotiva di un gruppo guidato, protetto e stabile con l'utilizzo di una tecnica nuova per gli psicotici, ma molto coinvolgente.

Negli anni abbiamo imparato che i gruppi di terapia riabilitativa (arteterapia, musicoterapia, t.psicomotoria. ecc) tendono ad esaurirsi, per difficoltà nei nuovi inserimenti e ridimensionamento numerico, normale nei gruppi terapeutici.

Per tali motivi nella riorganizzazione del CD abbiamo preferito le animazioni d'ambiente che favoriscano nuovi accessi, restando alti qualità e valore degli interventi e mettere in atto all'occorrenza terapie individuali .

Le attività riabilitative nel CD restano importanti per molti pazienti, ma l'esterno diventa essenziale per nuove conoscenze ed esperienze come corsi di formazione, tirocini, animazioni, attività sportive e gite che avranno presenze esterne ai servizi.

Perché l'istituzione non sia l'unico punto di riferimento e per favorire la messa in atto di modi differenti di relazionarsi, in particolare, con realtà non troppo influenzate da preconcetti, che non lasciano spazio al cambiamento;

infatti, spesso, il volontario si aspetta cose più difficili da intravedere per noi curanti.

IL PERCORSO INNOVATIVO

Obiettivo importante nel biennio 2000/2002 era passare dall'intervento specialistico, clinico o sociale, di solito per il singolo con progetti individualizzati e, talvolta, settoriali ad uno stile di lavoro, dove il ruolo di coordinamento del Responsabile delle Attività Riabilitative del DSM potesse essere fattivo nell'avvio delle differenti tappe del processo.

Modalità importante sia per il singolo paziente, che per la visione d'insieme che permetterà ad altri di utilizzare l'esperienza appresa.

Infatti iniziative dei ns. servizi, spesso ottime e lodevoli diventano, talvolta, proprietà di pochi e difficilmente asportabili, ma ancor di più non inserite in una storia condivisa e fruibile, come se ogni volta dovessimo ripercorrere "sentieri pieni di rovi a mani nude"!

Gli ostacoli sono molti, in particolare negli iter burocratici, poco agili per favorire opportunità effettive per i disabili, in tutti i settori!

L'avventura più importante iniziava nel '99 con la formulazione del Progetto Sperimentale "SULLA VIA DEL MONDO TEATRALE: Recupero e reinserimento per soggetti affetti da patologie psichiatriche".

Tale progetto prevedeva 3 fasi:

- 1) corso di formazione ed addestramento al mondo del teatro
- 2) formazione in situazione attraverso la realizzazione di inserimenti lavorativi protetti e semiprotetti in compagnie teatrali già esistenti e disponibili a collaborare per la creazione di un laboratorio protetto
- 3) inserimenti lavorativi semiprotetti con costituzione di una cooperativa sociale di tipo B o aggregazione ad una preesistente.

Il Bando per corso integrato prevedeva posti 5 per disabili + 5 per disoccupati.

Il progetto finanziato dalla Regione Liguria con Fondi Europei e La Provincia costituiva una Consulta per il teatro comprensiva di un proprio funzionario, dei rappresentanti di 3 Distretti Sociali della Zona Finalese, di un Ente di Formazione, dell'Agenzia Liguria Lavoro e dell'ASL2.

Il Comune di Finale offriva una sede importante quale Castel Franco per i laboratori L'Ente Formatore Isforcoop di Savona con il CSM di Finale invitavano la Compagnia teatrale di Pippo Del Bono, non ancora affermata, come oggi, a livello Internazionale a costruire un progetto pratico per la

formazione teatrale, cercando di definire tempi di impegno sostenibili dai nostri assistiti e forse utili anche per i disoccupati, che, evitando una full-immersion nel corso potevano anche aver tempo per piccoli impegni per il proprio sostentamento.

Durante la formazione pratica, in particolare l'Amministrazione Provinciale autorizzò, su nostra richiesta, la presenza di alcuni uditori e due di questi, per i quali allora non era ipotizzabile, nonostante adesioni adeguate a progetti riabilitativi (prerequisito essenziale per buoni esiti di percorsi formativi e degli inserimenti lavorativi) una frequenza costante e fattiva al corso.

La prima fase del progetto si concludeva nel 2000 con una rappresentazione-evento e un incontro della Consulta con il gruppo che aveva concluso il corso: 4 disoccupati e 3 disabili per sondare la possibilità di appoggiarsi ad una cooperativa o costituirla.

Il gruppo era ancora debole e i componenti furono invitati a costituire l'Associazione Culturale "IN VIAGGIO" che poteva così essere presente nella CONSULTA per trattare sul proprio futuro e, in tale sede, con l'aiuto del Dott. Arkel (Agenzia Liguria Lavoro) si decise di scegliere la cooperativa di tipo A "I.SO" di Boissano che aveva esperienza di animazione musicale e video, la quale colse l'opportunità, con il laboratorio esperienziale di teatro per costituire una propria Compagnia Teatrale, con il regista Dott. Marino Lagorio.

L'iter formativo successivo 2001/2002 ha permesso a un gruppo di pazienti di frequentare il laboratorio per Animazione Teatrale settimanale e 3 soci dell'associazione sono poi diventati soci lavoratori della cooperativa e uno di essi è un disabile psichico, mentre un uditore veniva inserito in borsa lavoro con buone prospettive per diventare successivamente socio lavoratore.

Intanto il laboratorio pratico offriva l'opportunità di due borse lavoro per disabili psichici e due per disabili psicofisici.

A maggio 2002 la fase di work-experience si conclude con un evento pubblico per bambini delle scuole Elementari "Yazil e il Signor Tamalè" su di un testo dello stesso regista, illustrato da Luzzati e pubblicato da Banca Etica.

Lo spettacolo, che tratta di temi di commercio equo-solidale, viene gradito da bimbi e adulti e ciò che era nato per riabilitare la disabilità psichica costruisce opportunità di prevenzione del disagio giovanile, poiché la compagnia si occupa di teatro per ragazzi.

L'evento viene portato in giro per alcune regioni italiane, con prenotazione in internet e cdrom.

La fase successiva comporta ancora un sostegno e supporto della compagnia per favorire affidi lavorativi da parte degli enti locali.

Un progetto finanziato da una Fondazione permette di proseguire con un laboratorio settimanale con obiettivo anche la preparazione di un evento futuro.

Per il 2003 è prevista la possibilità di un contributo regionale per l'anno del disabile e per proseguire con rappresentazioni itineranti e laboratorio teatrale locale.

IMPARARE DALL'ESPERIENZA

I risultati, quasi impensabili, ottenuti con il progetto per il teatro ci hanno spinto a formulare nuove iniziative formative anche in settori più pratici .

Gli operatori di due ambiti territoriali, dopo aver individuato degli assistiti (5+5) che avevano esperienza biennale di attività continuativa e proficua in borsa lavoro, con la collaborazione dell'ente di formazione "Il Ponte" di Albenga, subentrato all'ENAIIP presentavano, per approvazione e finanziamento, alla provincia un progetto integrato per i seguenti settori:

- Manutenzione Aree Verdi, Aree Sportive e spiagge
- Allevamento e accudimento animali, anche in ambito agricolo (cani e cavalli)
- Apicoltura ed attività collegate
- Attività di Agricoltura biologica
- Supporto alla gestione di strutture ricettive di tipo agriturismo.

Dopo una prima fase informativa, veniva prevista quella di inserimento in situazione, con work experience e successiva creazione d'impresa.

Il progetto veniva presentato come obiettivo 3/2000.

L'approvazione, della sola fase 1, è arrivata a giugno 2002 ed il corso si è svolto da ottobre 2002 a marzo 2003 con la partecipazione di 10 assistiti e 5 disoccupati.

E' importante l'opportunità che il faticoso iter del progetto ci ha fornito:

- contatti con aziende e cooperative disponibili a collaborare per tirocini e lavori
- Un lavoro di rete proficuo e intensivo con Funzionari delle segreterie Tecniche delle 2 Zone Finalese ed Albenganese, con Assistenti Sociali dei 7 Distretti S. e con gli assessorati dei comuni a cui gli assistiti individuati appartenevano.

- contatti e collaborazioni per un fattivo coordinamento con funzionari della Provincia e responsabili dell'ufficio di collocamento.

A fine corso siamo riusciti ad attuare un incontro allargato tra le parti coinvolte, pazienti, operatori del collocamento, responsabile dell'ente di formazione, assistenti sociali dei comuni coinvolti e operatori dei 2 CSM per definire la prosecuzione del progetto, con tirocini, che completino, con la collaborazione di tutti, il progetto. Gli 8 pazienti che hanno completato l'iter formativo, con adesione costante e ottimo livello di adattamento alle variazioni intervenute in itinere, oltre alla messa in atto di buone relazioni con i docenti, hanno dimostrato di aver assimilato e ben utilizzato gli insegnamenti del corso, ma, in particolare di aver avuto l'evoluzione preventivata ed auspicata di un processo riabilitativo integrato e coordinato. A nota conclusiva è importante sottolineare che i 4 assistiti che provenivano dal Finalese dovevano spostarsi autonomamente per 22 Km e organizzarsi per improvvisi cambiamenti di orario, prove non indifferenti per persone talvolta irrigidite dalla malattia, ma sostenute da una profonda motivazione e da un piacere per nuovi interscambi possibili nella scuola di formazione. Pertanto le due esperienze descritte hanno permesso di verificare quanto il contatto con realtà strutturate, non sanitarie, ma graduate dalle nostre istituzioni, favoriscano opportunità lavorative e di autonomia ma, in particolare, di integrazione sociale.

E tale fattibilità è stata negli ultimi due anni molto proficua nei club di integrazione sociale e di auto-aiuto (di cui altri parleranno) al punto di essere pronti e sensibilizzati verso la costituzione di una Associazione di Promozione sociale che oltre a permettere l'adesione di molti amici potrà favorire momenti lavorativi per servizi che l'associazione stessa andrà ad offrire sul territorio, in base alle abilità dei propri soci e per una specie di paradosso con, quasi inversione di ruoli, potrà inglobare anche operatori, abili in attività e prestazioni non solo sanitarie, per collaborazione in progetti utili anche per prevenire il disagio psichico e sociale.

Ancora una volta ciò che viene promosso per favorire reinserimento e riabilitazione può e deve, come risorsa forte suscitata e spinta da soggetti deboli, diventare promotrice di prevenzione, salute e benessere.

LO SPORT E LA COSTITUZIONE DI UNA POLISPORTIVA

In ambito dipartimentale abbiamo cercato di evitare, pur essendoci i numeri, di costituire più squadre di calcio e pallavolo, per non incorrere in gare interne, che sembravano, per esperienza passata, poco sinergiche.

Abbiamo pertanto deciso, dopo lunghe discussioni, di mantenere squadre di allenamento locali e di unirle nelle gare regionali o nazionali.

A tal proposito sono state significative le due vacanze sportive (estate 2001 e 2002) sull'isola d'Elba con la partecipazione di operatori e pazienti di ambiti differenti, utili anche per una buona socializzazione all'interno del dipartimento.

Con la collaborazione della UISP provinciale e di alcuni amici sportivi, interessati, abbiamo deciso di chiedere al Comune capoluogo di Savona di aiutarci alla costituzione di una polisportiva che possa aderire all'ANPIS (Associaz. Naz. Polisportive per l'Integrazione Sociale), affiliata UISP, con l'affido di una palestra.

Dall'estate 2002 l'Assessore allo Sport del Comune di Savona ci ha assicurato l'uso di una palestra, fruibile nelle ore serali, che al momento necessita di alcune opere di ristrutturazione, per renderla indipendente dalla scuola nella quale è inserita, e appena completato l'intervento verrà costituita la polisportiva.

La costituzione della polisportiva prevede la presenza di amici sportivi che svolgeranno attività in tale palestra e offriranno così l'opportunità ad alcuni assistiti di tenere in ordine e aperta la palestra, come soci lavoratori o borse lavoro.

Tale iniziativa potrà essere estesa anche per altri spazi sportivi in alcuni comuni della provincia e ciò permetterà di avere, oltre a nuove opportunità lavorative, anche dei nuovi amici dello sport che potranno intervenire, come volontari nelle nostre partite ed allenamenti per favorire nuove occasioni d'integrazione sociale e di vacanze gestite dalla polisportiva a valenza provinciale.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il DSM rimane, con un forte Coordinamento delle Attività Riabilitative e con il coinvolgimento di Enti Locali, Associazioni come quella dei familiari l'ALFAPP (che dà anche aiuti economici), promotore e attore delle varie iniziative, con la certezza che nuovi organismi come la Polisportiva, l'Associazione di promozione Sociale e alcune cooperative dallo stesso sostenute diventeranno forze alleate per promuovere nuovi progetti, non

solo riabilitativi e innovativi, ma anche utili alla prevenzione e che, non ultimo, tengano conto di organizzare sostegni per evitare la cronicizzazione. Infatti non tutti i nostri assistiti riusciranno ad aderire e partecipare ai progetti e andrà studiato il modo di essere vicini e propositivi per iniziative di ben-vivere anche per chi tende a ritirarsi, talvolta intervenendo a rendere gli ambienti e le situazioni più accettabili.

LA COOPERATIVA SOCIALE “IL CASELLO” DI CARCARE

di Macario M. e Arena P.L.

SCHEDA AZIENDALE

La Cooperativa Sociale “Il Casello” si è costituita venerdì 17 gennaio 1997 (alle ore 17, come se non bastasse; sfidando quindi la sorte fin dall’inizio!!!) su iniziativa di alcuni operatori dei Servizi della ASL 2 operanti in Val Bormida presso il Centro di Salute Mentale ed il Servizio Inserimento Lavorativo Handicappati di Carcare. La Cooperativa si è costituita dopo un Corso di Formazione Professionale in “Legatoria e Cartotecnica” a cui avevano partecipato 12 persone (6 disoccupati “normali” e 6 disoccupati con problemi psichiatrici o handicap psichico) e la legatoria è stata il primo settore di attività della Cooperativa.

La Cooperativa “Il Casello” è una Cooperativa Sociale di tipo B (ai sensi della legge 381/91) ed ha la pretesa, come ogni cooperativa sociale di questo tipo, di raggiungere due tipi di risultati:

- da un lato quello di produrre beni o servizi di alta qualità ad un prezzo equo, cioè garantendo ai soci lavoratori gli stipendi previsti dai contratti collettivi, anche in un settore deregolamentato come è quello dei servizi;
- dall'altro la Cooperativa mira ad incrementare il "bene salute", il benessere psichico, fisico, sociale, oltre che economico dei suoi soci, in particolare di quelli a rischio di emarginazione.

Attualmente i settori di attività della Cooperativa sono:

- giardinaggio e manutenzione delle aree verdi,
- pulizie civili e industriali,
- legatoria e cartotecnica,
- gestione servizio scuolabus,
- attività di studio e ricerca nel campo della riabilitazione psico-sociale dei disabili e promozione di iniziative sociali, culturali, professionali, e ricreative finalizzate alla sensibilizzazione dei soci e della cittadinanza sui temi della salute mentale e dell’auto-aiuto,
- attività di promozione, distribuzione e commercializzazione dei prodotti e dei servizi propri e di altre cooperative.

Nel periodo 1998-2000 la ASL 2 “Savonese” ha gestito un progetto finanziato dall’Unione Europea (Progetto Horizon “Lavori in Corso”) finalizzato all’inserimento lavorativo di 15 persone con handicap psichico o affette da disturbi psichiatrici. La componente fondamentale del Progetto era costituita da iniziative di formazione professionale nei settori della manutenzione delle aree verdi e della raccolta differenziata e riciclaggio dei rifiuti. I pazienti partecipanti al Progetto hanno avuto come principale sbocco occupazionale la nostra Cooperativa Sociale che a tal fine ha usufruito di una consulenza riguardante la gestione aziendale ed il tutoraggio all’avvio delle nuove attività produttive nel settore della tutela ambientale.

Nel corso degli anni la Cooperativa ha sviluppato autonome capacità gestionali (l’attuale Consiglio di Amministrazione è composto in maggioranza da soci lavoratori), si è dotata di una sede propria (i locali dell’ex-casello autostradale di Carcare-Vispa, ottenuti in comodato d’uso gratuito dalla Società Autostrada Torino-Savona) ed ha progressivamente ampliato il fatturato, il numero di soci lavoratori ed il numero di persone disabili inserite sia in progetti di tirocinio professionale con finalità riabilitative che regolarmente assunti in qualità di soci lavoratori.

Attualmente la cooperativa ha 18 lavoratori, il 39% dei quali in situazione di svantaggio (la legge 381/91 prevede che almeno il 30% dei lavoratori sia costituito da soggetti in difficoltà). Nel dettaglio:

• n° totale soci	18
• n° soci lavoratori	9
• n° soci volontari	9
• n° dipendenti	9
• n° Co.Co.Co.	2
• n° soci e dipendenti con certificazione 381	7
• n° totale lavoratori (soci + dipendenti)	18

La situazione di “svantaggio sociale” ai sensi della legge 381/91 è stata certificata da:

• Dipartimento di Salute Mentale	5
• SERT	1
• Servizi disabili Lg.68/99	1

Sono attive le seguenti borse lavoro:

- Dipartimento Salute Mentale ASL 2 4
- Servizio Inserimento Lavorativo Handicappati ASL 2 5

La Cooperativa ha attualmente un obiettore di coscienza in Servizio Civile ad ha presentato un progetto per l'utilizzo di quattro volontari in Servizio Civile nel 2004.

Tutti i bilanci economici dalla costituzione ad oggi si sono chiusi in attivo. Il patrimonio netto ammonta a circa 60.000 euro ed il fatturato dell'ultimo anno (2002) è stato di circa 200.000 euro.

Tutti i soci lavoratori sono per il momento inquadrati al primo livello del CCNL delle Cooperative Sociali per poter permettere alla Cooperativa di essere competitiva in un mercato caratterizzato da una feroce concorrenza. Tuttavia la Cooperativa cerca di essere il più possibile attenta alle esigenze personali di ogni singolo socio lavoratore (in particolare dei disabili) garantendo orari e modalità di lavoro adatte ad ognuno.

Il settore del giardinaggio e della manutenzione delle aree verdi è il settore della Cooperativa con il maggiore fatturato. I principali clienti della Cooperativa nel settore del giardinaggio sono la ASL 2 "Savonese" e il Comune di Carcare che hanno affidato alla Cooperativa la manutenzione delle proprie aree verdi tramite Convenzioni ai sensi dell'art. 2 della legge 381/91. La Cooperativa svolge inoltre altri lavori di manutenzione delle aree verdi di minore rilevanza per clienti privati.

Le attività produttive della Cooperativa nel settore della legatoria si rivolgono ad una clientela vasta ed eterogenea costituita sia da Enti Pubblici (Tribunale di Savona, Camera di Commercio, Ufficio del Catasto, vari Comuni della Provincia di Savona) che da privati (Ordine degli Avvocati, alcuni Studi Legali, privati cittadini).

I clienti del settore pulizie sono tutti Enti Pubblici (Comuni di Cairo Montenotte, Carcare, Millesimo, Murialdo, Calizzano, Centro per l'Impiego di Carcare) presso i quali vengono svolti lavori di pulizie di uffici, biblioteche, asili nido e centri per ragazzi oltre a lavori di pulizia marciapiedi e strade urbane.

La Cooperativa gestisce il servizio di scuolabus del Comune di Millesimo con un proprio autista e fornisce al Comune di Cairo il personale per l'accompagnamento dei bambini delle scuole materne sullo scuolabus.

Le attività di studio, ricerca e promozione di iniziative sociali e culturali sono un settore di intervento relativamente recente della Cooperativa svolto in collaborazione con i Servizi Sociali e Sanitari dei Comuni e della ASL. La presenza della Cooperativa in questo settore origina dall'esigenza di favorire il più possibile un intervento "in rete" con integrazione delle risorse tra i Servizi ed i vari attori sociali presenti sul territorio verso l'affermazione di una logica di "welfare mix". In particolare la Cooperativa è interessata ad appoggiare e promuovere le iniziative di auto-aiuto rivolte a persone in situazioni di disagio psichico o marginalità sociale in quanto i gruppi di self-help possono aiutare le persone a comprendere che la malattia mentale ed il disagio non sono solo un limite ma possono diventare risorsa per sé e per gli altri. Un modo nuovo di stare insieme, di confrontarsi, di trovare soluzione ai propri problemi.

BILANCIO ECONOMICO

Gli aspetti più significativi, dal punto di vista economico e gestionale, della situazione della Cooperativa emergono dalla seguente tabella che riporta i dati degli ultimi 4 riguardanti il fatturato e l'utile di esercizio.

	1999	2000	2001	2002
L'utile di esercizio	31.536 €	19.179 €	404 €	6.374 €
Il fatturato	119.731 €	126.068 €	143.398 €	190.138 €

Un indice di vitalità della Cooperativa emerge dalla costante e progressiva crescita del fatturato: nel 2000 vi è stato un aumento del fatturato rispetto all'anno precedente del 5,3 %, nel 2001 del 13,7 % ed infine nel 2002 del 32,6 %. Inoltre è importante ricordare che nel 2002 sono stati destinati ad aumento gratuito del capitale sociale 3.000 euro.

BILANCIO SOCIALE

Nel corso del 2002 un gruppo di lavoro rappresentativo della composizione della cooperativa (comprendente cioè soci lavoratori, soci volontari, soci inseriti in cooperativa ai sensi dell'art. 4 della legge 381, persone in borsa lavoro) ha preparato il bilancio sociale relativo all'esercizio 2001, che è stato poi approvato dall'assemblea dei soci.

Abbiamo cercato in questo modo di valutare e comunicare agli interlocutori (“stakeholders”) che compongono la rete sociale entro cui opera la cooperativa i comportamenti e i risultati del nostro agire in merito a questioni sociali, ambientali ed economiche. La rendicontazione sociale nasce dal concetto che la cooperativa ha vari tipi di responsabilità sia nei confronti degli interlocutori esterni (ad es. i clienti, i servizi sociali e sanitari che seguono i soggetti “svantaggiati” inseriti in cooperativa, gli enti locali, ecc.) che nei confronti degli interlocutori interni (i soci lavoratori e volontari, i dipendenti, le persone in borsa-lavoro, ecc.).

Dal bilancio sociale del 2001 emergeva, tra l’altro, che esistono alcuni problemi riguardo all’inserimento di soggetti svantaggiati, anche in relazione al fatto che il numero delle persone in borsa lavoro è quasi uguale al numero dei soci lavoratori (ed è in effetti molto raro trovare una Azienda che offra una simile possibilità di accoglienza di persone in borsa lavoro). In particolare sono state rilevate alcune carenze di progettazione e verifica da parte dei Servizi della ASL, come pure qualche problema di organizzazione interna della cooperativa (potrebbe forse essere utile identificare un socio lavoratore quale referente interno per gli inserimenti lavorativi). Ci pare comunque importante il mantenimento di un supporto da parte dei Servizi anche nei confronti dei soggetti svantaggiati che vengono assunti in Cooperativa. Avere un lavoro è molto importante ma non è una cosa che, di per sé, risolve i problemi di una persona.

PER CONTATTARCI:

Cooperativa Sociale “Il Casello”

Via Nazionale 80 – fraz. Vispa

17043 Carcare (Sv)

tel e fax 019-510020

e-mail coop-ilcasello@libero.it

Marcello MACARIO (Presidente) 335-1362180

Alessandro ICARDO (Vice-Presidente, Responsabile Settore
“Giardinaggio”) 335-6375655

Silvana DEFILIPPI (Responsabile Settore “Legatoria, Cartotecnica e
Pulizie”) 335-6375632

PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA RELAZIONALITÀ E DELL'AUTO-AIUTO PER PERSONE CON DISAGIO PSICHICO E PER I LORO FAMIGLIARI (2001-2003)

di Macario M., Arena M., Balestra C.

PREMESSA

L'Unità Operativa "Assistenza Psichiatrica Territoriale" del DSM della ASL 2 ha promosso nel periodo luglio 2001 – dicembre 2003 la realizzazione di un progetto di promozione della relazionalità e dell'auto-aiuto per persone con disagio psichico e per i loro famigliari. Il progetto è stato realizzato con un finanziamento della Regione Liguria nell'ambito dell'iniziativa "Dalle cure psichiatriche a progetti di salute mentale per adolescenti, adulti e anziani" - Sottoprogetto "Prevenzione terziaria dei disturbi mentali" ed è stato sviluppato in stretto rapporto con i Servizi Sociali delle Zone Sociali del Savonese, del Finalese e della Val Bormida. Altri importanti partner del progetto sono stati: la Parrocchia di Altare, la Cooperativa Sociale di tipo B "Il Casello" di Carcare, l'ALFaPP (Associazione Ligure Familiari Pazienti Psichiatrici), diverse Associazioni di Volontariato.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivo generale del progetto è quello di promuovere l'integrazione di soggetti in condizioni di marginalità sociale (con problemi psichiatrici ma non solo) e dei loro familiari, sviluppando le risorse personali, interpersonali e ambientali tramite l'organizzazione del tempo libero, il volontariato e l'auto-aiuto.

Punto di partenza è stata la considerazione della carenza di "uscite" dal percorso riabilitativo dei pazienti in carico al CSM sul piano della casa, del lavoro e del tempo libero. Il Progetto fa riferimento a quei principi di "Community care" per cui oggi il lavoro sociale può essere realisticamente gestito con efficienza ed efficacia:

- solo all'interno di una concezione di integrazione e sinergie dei vari interventi, mettendo in comune conoscenze, risorse e culture che provengono da ambiti molto diversi per storia e caratteristiche, oltre

che dal fatto di appartenere sia all'area del pubblico che del privato, formale ed informale;

- se fa riferimento alla capacità e alla competenza di lavorare per obiettivi e per progetti e non più per servizi molteplici, settoriali, differenziati e frammentati;
- individuando come fattore di promozione del benessere sociale la capacità delle persone di far leva sulle risorse proprie e su quelle delle reti solidaristiche naturali della comunità cui si appartiene.

Un'importante caratteristica innovativa risiede nella convinzione che le finalità del Progetto debbano essere di promozione e sviluppo di capacità che poi diventano iniziativa autonoma ed autosufficiente. In questo senso gli investimenti mirano a produrre non tanto dei servizi di assistenza e "mantenimento", ma a promuovere occasioni di autosviluppo che possano durare nel tempo.

Concretamente il progetto si è sviluppato intorno alla apertura di tre "Centri Sociali" a Savona, Altare e Finale. Presso i Centri, che sono stati aperti in sedi non connotate in alcun modo senso psichiatrico o sanitario, hanno preso servizio cinque educatori della Cooperativa "Il Faggio" di Savona. L'orario di apertura dei Centri Sociali ha privilegiato gli spazi tradizionalmente lasciati scoperti dalle attività riabilitative svolte dai Centri di Salute Mentale (pomeriggi e sere, sabato e domenica). Gradualmente i Centri Sociali sono diventati un luogo di aggregazione per persone che condividono problematiche di tipo psicologico e che intendono affrontarle nello spirito dell'auto-mutuo-aiuto nella convinzione che ogni persona con dei problemi ha anche importanti risorse per aiutare sé stesso e gli altri a vivere una vita ricca e soddisfacente. Presso la diverse sedi sono nati nei mesi scorsi alcuni gruppi più specificatamente connotati come gruppi di self-help: ad Altare il Self-help "Un giovedì da leoni" ed il Gruppo di auto-aiuto per donne "I fiori del Deserto" e a Savona il Gruppo di auto-aiuto per donne "T.O.P.". Complessivamente, fino ad ora, le attività svolte presso i tre Centri Sociali hanno coinvolto oltre 100 persone ed i Centri Sociali sono ormai diventati una significativa risorsa per le comunità locali in cui sono attivi.

Gli operatori del progetto hanno cercato sempre di sostenere gli utenti nelle diverse attività intervenendo come facilitatori piuttosto che come terapeuti; stimolando l'autonomia e la sperimentazione di nuove modalità di affrontare le crisi personali ed interpersonali, riducendo la tendenza alla dipendenza e alla psichiatrizzazione del disagio emotivo; fungendo da

“broker” contattando individui ed organizzazioni, professionali e di volontariato, ecc. Si è puntato soprattutto a sviluppare al massimo la fiducia in sé stessi assicurando contemporaneamente tutto il necessario supporto interpersonale.

Le iniziative che i gruppi hanno via via deciso di realizzare nell'ambito del tempo libero non sono state predefinite dagli operatori ma sono state decise con il coinvolgimento attivo dei pazienti che, anche in questo modo, hanno potuto recuperare una maggiore fiducia in sé stessi; come esposto in precedenza il ruolo degli operatori è stato prevalentemente quella di facilitatori, che stimolano l'autonomia e riducono la propensione alla dipendenza.

FORMAZIONE, SUPERVISIONE E VALUTAZIONE

Parallelamente all'attivazione dei Centri Sociali di Savona, Altare e Finale è stato realizzato un percorso di formazione sulle tematiche dell'auto-aiuto consistente in quattro seminari con esperti dell'associazione AMA di Trento. Ai Seminari hanno partecipato operatori dei Centri di Salute Mentale di Carcare, Savona e Finale, gli educatori assunti per operare presso i tre Centri Sociali, operatori sociali dei Comuni, volontari, amministratori locali e, “last but not least” gli utenti stessi e i famigliari.

Obiettivo dei seminari è stato quello di sensibilizzare e formare alla cultura e alla pratica della mutualità i partecipanti al fine di far acquisire loro conoscenze e strumenti per promuovere nelle proprie realtà operative esperienze di mutualità e gruppi di auto aiuto. I seminari, inoltre, erano strutturati in modo tale da facilitare un incontro costruttivo tra operatori, familiari, utenti, volontari per favorire forme di collaborazione significativa tra i diversi protagonisti delle situazioni di disagio psichico.

E' stato inoltre realizzato uno studio di follow-up della durata di 2 anni riguardante la valutazione nel tempo della qualità della vita e della soddisfazione degli utenti e dei loro famigliari. Per tale valutazione è stato utilizzato un questionario autocompilabile già testato in situazioni simili: si tratta del VAMA (questionario per la Valutazione dell'Auto-Mutuo-Aiuto) di cui esiste una versione per gli utenti (VAMA-p) ed una per i famigliari (VAMA-f). La partecipazione allo studio da parte dei famigliari era subordinata al consenso da parte della persona che partecipa alle attività presso il Centro Sociale .

I principali risultati emersi dalle valutazioni effettuate nel primo anno di attività dei Centri Sociali (t0 dopo sei mesi e t1 dopo 12 mesi) sono i seguenti:

1. Dati sulle attività e sulle presenze nell'anno 2002

CENTRO SOCIALE "UN CLUB PER AMICO" - SAVONA

n. incontri/attività nel 2002	134
n. persone partecipanti	22 (13 in carico al CSM, 9 non in carico al CSM)
n. presenze totali	951

GRUPPO DI AUTO AIUTO PER DONNE "T.O.P." - SAVONA

n. incontri/attività nel 2002	30 (il gruppo ha iniziato le attività nel luglio 2002)
n. persone partecipanti	5 (tutte in carico al CSM)
n. presenze totali	98

SELF HELP "UN GIOVEDÌ DA LEONI" - ALTARE

n. incontri/attività nel 2002	144
n. persone partecipanti	39 (21 in carico al CSM, 7 in carico al servizio inserimento lavorativo disabili, 11 famigliari che hanno partecipato episodicamente)
n. presenze totali	886

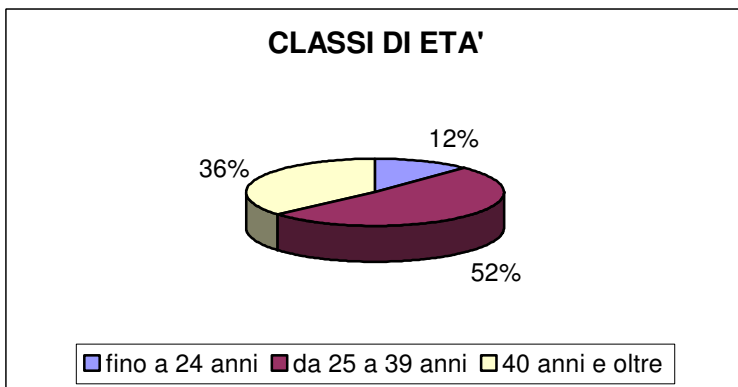
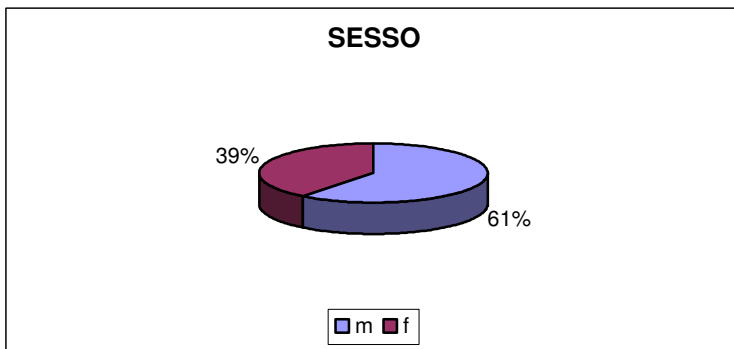
GRUPPO DI AUTO AIUTO PER DONNE "I FIORI DEL DESERTO" - ALTARE

n. incontri/attività nel 2002	43 (il gruppo ha iniziato le attività nel febbraio 2002)
n. persone partecipanti	9 (7 in carico al CSM, 2 non in carico al CSM)
n. presenze totali	139

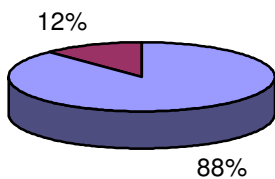
CENTRO SOCIALE "A CIELO APERTO" - FINALE

n. incontri/attività nel 2002	138
n. persone partecipanti	22 (16 in carico al CSM, 6 non in carico al CSM)
n. presenze totali	848

2. Dati socio-demografici riguardanti le 66 persone che hanno partecipato regolarmente all'attività dei Centri Sociali e dei Gruppi di Auto Aiuto.

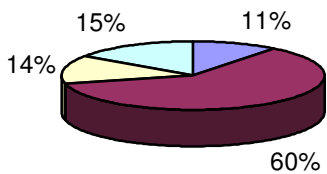


STATO CIVILE



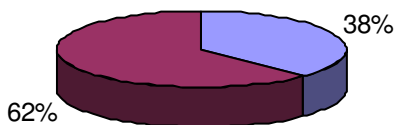
■ non coniugato ■ coniugato

SITUAZIONE ABITATIVA



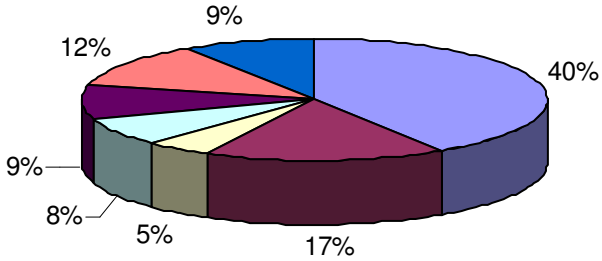
■ da solo ■ famiglia di origine ■ famiglia acquisita ■ struttura

PENSIONE DI INVALIDITA' CIVILE



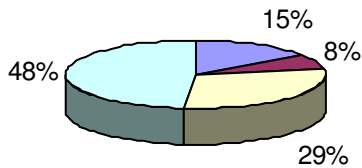
■ si ■ no

DIAGNOSI



- schizofrenia e psicosi correlate
- sindromi affettive psicotiche
- sindromi affettive non psicotiche
- sindromi nevrotiche
- disturbi della personalità
- ritardo mentale
- nessuna diagnosi psichiatrica

IN CARICO AL CSM



- non in carico CSM
- meno di 2 anni
- da 2 a 5 anni
- più di 5 anni

3. Dati sulla qualità della vita e sulla soddisfazione

Il VAMA-p è stato autocompilato dalle persone che hanno partecipato all'attività dei Centri Sociali a sei mesi dall'inizio delle attività (t0) ed a 12 mesi (t1); il questionario comprende 10 domande sulla qualità della vita e 5 domande sulla soddisfazione riguardo alla partecipazione alle attività del Centro Sociale o del Gruppo di Aiuto-Aiuto. Le risposte evidenziano quanto segue:

- Non esistono differenze statisticamente significative tra i dati a t0 e quelli a t1 tranne che per le risposte alla domanda "Come sono i tuoi rapporti sentimentali e sessuali?" che sono significativamente migliori a t1 rispetto a t0 ($p < 0.05$).
- La qualità della vita migliore riguarda l'area della autonomia nella vita quotidiana che è valutata molto buona.
- La qualità della vita peggiore è relativa ai rapporti sentimentali e sessuali, che è giudicata insufficiente, anche se a t1 si rileva, come evidenziato in precedenza, un significativo miglioramento rispetto a t0.
- Tutti gli altri item riguardanti la qualità della vita hanno un livello di soddisfazione medio.
- Per quanto riguarda le domande sulla partecipazione all'attività del Centro Sociale o del Gruppo si sottolinea come il livello di soddisfazione rilevato da tutti gli item si mantenga medio-alto sia a t0 che a t1.

Il commento ai dati delle interviste fatte ai famigliari utilizzando il VAMA-f va preceduto dalla segnalazione che il campione di persone intervistate è stato decisamente più piccolo rispetto a quello dei pazienti, e quindi la significatività dei dati è minore. Il fatto che siano stati intervistati meno famigliari dipende dalla metodologia dello studio (il questionario veniva proposto ai famigliari solo se il paziente era d'accordo).

Al pari del VAMA-p anche il VAMA-f è stato autocompilato; il questionario si compone di 10 domande che riguardano il giudizio dei famigliari sulla qualità della vita del paziente, 5 domande sulla soddisfazione del paziente riguardo alla partecipazione alle attività del Centro Sociale o del Gruppo di Aiuto-Aiuto e 2 domande sugli effetti sui famigliari derivanti dalla partecipazione del paziente alle attività del Centro Sociale o Gruppo di Auto-Aiuto.

- Per 15 domande su 16 le risposte date a t1 sono migliori di quelle date a t0, anche se la differenza è statisticamente significativa solo in due casi: “Da quando ha iniziato a frequentare il gruppo il paziente ha una vita più attiva?” e “La sua vita è migliorata da quando il paziente ha incominciato a frequentare il gruppo?”. Quest’ultimo dato pare di particolare rilevanza in quanto la riduzione del “family burden” è da ritenersi sicuramente un esito molto positivo dell’attività dei Centri Sociali e dei Gruppi di Auto Aiuto.
- Anche i familiari confermano le valutazioni espresse dai pazienti riguardo ad una buona soddisfazione per l’area della autonomia nella vita quotidiana e ad una bassa soddisfazione per l’area delle vite affettiva e sessuale.
- La domanda che ottiene le risposte migliori (sia a t0 che a t1) è quella che chiede se ci sono stati cambiamenti positivi nella vita del paziente per avere frequentato il Centro Sociale o il Gruppo di Auto Aiuto.

CONTINUITÀ DEL PROGETTO

La promozione dell'auto-aiuto ha come obiettivo a lungo termine quello di condurre il gruppo ad una sempre maggiore autonomia. In questo senso gli investimenti mirano a produrre non tanto dei servizi di assistenza e mantenimento, ma a promuovere occasioni di sviluppo che possano durare nel tempo.

Pertanto al termine del progetto qui presentato gli Enti promotori (ASL e Zone Sociali del Savonese, Finalese e Val Bormida) intendono favorire la prosecuzione dell’iniziativa, anche alla luce dei positivi risultati che stanno emergendo dallo studio di follow-up.

Per la prosecuzione dell’iniziativa sono particolarmente importanti alcune cose:

- la costituzione di una Associazione di Promozione Sociale tra le persone che frequentano i tre Centri Sociali,
- il coinvolgimento di 8 volontari in servizio civile (abbiamo recentemente presentato all’Ufficio Nazionale per il Servizio Civile un progetto di servizio civile volontario della durata di un anno dal titolo “Reti Sociali & Salute Mentale”),

- la predisposizione di un “bilancio sociale”, cioè di una rendicontazione che possa comunicare ai diversi interlocutori dei gruppi di auto-aiuto attivi presso i Centri Sociali le attività realizzate e i risultati raggiunti.

A quest'ultimo riguardo riteniamo opportuno precisare meglio gli obiettivi e le modalità di preparazione del bilancio sociale. La rendicontazione sociale nasce dal concetto che il Centro Sociale ha vari tipi di responsabilità sia nei confronti degli interlocutori esterni (ad es.: i servizi sociali e sanitari che seguono gli utenti/pazienti, i familiari, gli enti locali, ecc.) che nei confronti degli interlocutori interni (gli utenti/pazienti, gli educatori che operano presso il Centro, ecc.). Pertanto intendiamo interpellare tutti gli interlocutori sulle loro aspettative, bisogni e valutazioni per costruire in modo partecipato gli strumenti di rendicontazione e poter dare un contributo a due livelli:

- Progettuale: in direzione della costruzione di politiche pubbliche che favoriscano la partecipazione di “attori sociali” di solito scarsamente considerati.
- Rendicontativo: ovvero informare gli stakeholders (= gli interlocutori dei gruppi di auto-aiuto: utenti, familiari, servizi sociali e sanitari, comunità locale, ecc.) sul raggiungimento degli obiettivi del progetto costitutivo del Centro Sociale, comunicare in modo trasparente per far crescere la fiducia reciproca tra i diversi stakeholders.

Ci sembra utile quindi che il bilancio sociale dei gruppi di auto-aiuto diventi parte costitutiva dei Piani di Zona e possa svolgere un ruolo attivo nei processi di sviluppo del welfare locale. Collegandosi all'impostazione del Piano di Zona che non si limita a fissare obiettivi, ma costruisce processi, questo bilancio sociale potrebbe anche suggerire e prospettare azioni di riprogettazione da realizzare nel prossimo futur

INTERVISTA A UN PARTECIPANTE DEL CENTRO “UN CLUB PER AMICO”

1) Da quanto tempo frequenti il Centro “Un Club per amico”?

Frequento da circa un anno e mezzo, da Gennaio 2002.

2) Come sono andati i primi incontri con il gruppo e con gli operatori?

Il mio primo contatto è avvenuto grazie ad un Musicista-terapeuta del CIM che mi ha accompagnato. In realtà inizialmente ero molto timido e non riuscivo a comunicare al meglio, poi con il passare del tempo, mi sono ben integrato nel gruppo. I primi incontri avevo comunque episodi di ansia che contrastavo allontanandomi momentaneamente dal gruppo riunito. Gradualmente questa situazione è migliorata e ora è decisamente sporadica.

3) Come funziona il Centro?

Il Centro è semplicemente, secondo me, un buon veicolo per confrontarsi con persone che hanno avuto simili percorsi di vita e stesse sofferenze.

4) E' vero che sei diventato un Dj? Come sei arrivato a fare quest'esperienza?

Tutto è partito dai discorsi fatti con l'operatore e amico Simone con il quale spesso si parla di musica. Spesso gli ho proposto alcuni cd da ascoltare e parlando è uscito fuori che uno dei miei piccoli sogni sarebbe stato quello di fare ascoltare ad altri il frutto della mia passione per la musica. Grazie a lui ho conosciuto il padrone di un locale al porto ed ora una volta a settimana il mio sogno è diventato realtà.

5) Alcuni commenti?

Sì, spero solo che in futuro avremo i fondi necessari per continuare la positiva esperienza dei Centri. Un saluto a tutti gli amici di via Buozzi!

INTERVISTA A DUE PARTECIPANTI DEL CLUB “A CIELO APERTO”

Veronica

1) Come sei arrivata al club “A Cielo Aperto”?

Sono arrivata all'incirca un anno fa grazie a un amico che stava lavorando vicino al centro. Io cercavo un corso di canto e il mio amico mi ha detto che al centro ne avevano organizzato uno. Incuriosita, sono passata e non ho trovato solo il corso di canto, ma tante altre cose, un bel gruppo che mi ha accettata con i miei gravi problemi di vista e la possibilità di fare delle attività che non avrei mai pensato di riuscire a fare, come il corso di ceramica.

2) Ci sono stati dei cambiamenti in questo anno di frequentazione del Gruppo?

I miei pomeriggi, se non c'era l'uscita con le due amiche, erano in casa ad ascoltare la radio, con il pensiero di cosa fare il giorno dopo. In quest'anno, mi è venuta la forza di potercela fare e di essere importante per altre persone. Ora ho tanti amici, un fidanzato conosciuto al centro, esco spesso e – incoraggiata dal gruppo – ho imparato a scrivere e leggere con il metodo Brail. Non penso più a quello che farò domani, ma a quello che farò fra sei mesi, come a trovare un lavoro. In questo, ho preso contatti con l'assistente sociale del mio comune, che mi ha parlato delle agevolazioni che posso avere.

3) Vuoi aggiungere delle tue riflessioni?

Frequentando il gruppo, mi sono trovata a sentire parlare di problemi che non avevo mai sentito, depressione, sentire le voci, schizofrenia... che mi hanno fatto pensare a come ci si possa sentire quando si hanno problemi diversi dai miei, ma che ci fanno sentire lo stesso soli e inutili.

Susanna

1) Come sei arrivata al club “A Cielo Aperto”?

Sono arrivata al centro dopo aver visto il manifesto del corso di ceramica appeso al portone del Club. Mi interessava avere due dritte da qualcuno che ne sapesse più di me sulla ceramica... e poi ho incontrato il gruppo e la Franca (*una partecipante*) è diventata la mia terapia!

2) Che cosa ti ha spinto a restare nel Gruppo anche dopo il corso e a volerne diventare partecipante attiva nelle attività future, mettendo a disposizione la tua esperienza di decoratrice?

Mi sono ritrovata in mezzo a persone che si compensano l'una con l'altra, ognuno dà il suo contributo e senza richieste ognuno dà ciò che può come meglio può. Sento che mi serve e sento di servire in qualche modo. Vengo qua e parlo un po' di tutto, non solo delle cose coinvolgenti della vita. ...E se non credessi alla bontà di questo centro, non ci lascerei mia figlia di sei anni quando ho problemi di lavoro!

3) Vuoi aggiungere qualcosa?

A volte ricevo commenti negativi perché frequento un centro che alcuni, ma non troppi, etichettano come “un centro di terapia per matti”: a me questo non importa troppo, anzi, mi sono accorta che la cosiddetta “gente squilibrata” sta più fuori.

PERCORSI DELLA RESIDENZIALITÀ NELLA PROVINCIA DI SAVONA: NOTA INTRODUTTIVA

di C. V. Valenti

Una delle caratteristiche che hanno contraddistinto i servizi psichiatrici del savonese, fin dagli anni ottanta, è stata quella di progettare e costruire strutture semiresidenziali e residenziali che nel tempo hanno costituito una rete di percorsi terapeutici e riabilitativi di notevole originalità ed efficacia. Questo elemento tecnico e culturale è stato così forte da creare un clima di lavoro e di riflessione che in qualche modo ha influenzato anche la fondazione, nel nostro territorio, di un notevole numero di strutture residenziali private convenzionate con il servizio pubblico che hanno sempre interagito e collaborato in modo fluido e spontaneo con gli operatori e le strutture del DSM. La scelta di appoggiare e collegare l'ospedale ed il territorio con una rete di strutture intermedie pubbliche e private convenzionate si è rivelata vincente tanto che il tema ed i modi della residenzialità sono diventati uno degli argomenti centrali del dibattito sull'organizzazione dei servizi psichiatrici nel nostro paese.

Lo sforzo nel progettare percorsi di cura attraverso l'uso di ambienti semiresidenziali e residenziali ha inoltre contribuito alla ricerca di modelli tecnici e formativi innovativi ed efficaci: pensiamo all'applicazione delle teorie della psicoterapia istituzionale, alla diffusione di tecniche di cura di gruppo, ad un attento uso della riabilitazione con i pazienti gravi all'interno di un modello relazionale. Tutto questo ha arricchito le capacità professionali degli operatori di un valore aggiunto capace di trasformare positivamente il compito istituzionale di base dei servizi psichiatrici nel loro insieme.

Mentre sottolineiamo la caratteristica locale dei percorsi di costruzione della residenzialità psichiatrica nel savonese, ci rendiamo conto che stiamo anche parlando di un limite, nel senso che è mancato un indirizzo di programmazione regionale che indicasse priorità, bisogni, ma anche livelli e confini nello sviluppo di questi strumenti. La necessità di tutelare oggi il patrimonio di lavoro e di esperienze che si sono create attraverso la cura residenziale vuol quindi dire aggiungere agli elementi che abbiamo delineato la capacità di tener conto di esigenze e necessità nuove, come l'attenzione ai costi delle nostre strutture, una ancora maggiore integrazione delle funzioni tra il pubblico ed il privato, l'articolazione e la differenziazione delle componenti sociali e sanitarie degli interventi.

Va comunque sottolineato che la volontà di mantenere i livelli tecnico organizzativi raggiunti si fonda unicamente sull'esperienza clinica e sui

risultati terapeutici ottenuti: una rete di strutture residenziali a gestione diretta garantisce il più efficace utilizzo delle complessive risorse dei servizi sanitari, della famiglia, delle occasioni di lavoro, in generale dell'ambiente di vita dal quale proviene la persona ed il suo disagio.

IL CENTRO DI TERAPIA DELLA PATOLOGIA PSICHICA DI VIA AMENDOLA

di Cerro F.

Il centro per la terapia dei disturbi psichici di Via Amendola è una struttura residenziale dotata di 9 posti letto per situazioni di crisi o di emergenza psichiatrica o per pazienti sub-acuti in proseguimento del ricovero dal SPDC. L'obiettivo di questo centro di cura è quello di un ricovero entro i 60 giorni, caratterizzato da cure intensive e specialistiche utilizzando sia consulenze ospedaliere che interventi dei servizi territoriali per riportare i pazienti nel loro ambiente di vita, evitando trattamenti residenziali prolungati.

Dal punto di vista architettonico si tratta di una palazzina indipendente posta su 2 piani di circa 200 metri quadrati ciascuno.

I locali sono accessibili a eventuali portatori di handicap, ed è in corso il progetto di installazione di un ascensore tra i 2 piani.

Il centro è dotato di cinque camere di cui quattro a due letti e una a un letto con metratura a norma di legge e tutte con servizi igienici dotati di doccia, lavabo e bidet.

Gli spazi collettivi sono così costituiti: sala soggiorno, sala mensa, salottino, sala per attività riabilitative, salottino per pazienti che richiedono un'assistenza individualizzata, studio medico, sala infermeria, segreteria.

Sono inoltre presenti servizi igienici ad uso collettivo con doccia e lavabo distinti per utenza maschile e femminile. Vi è un locale di sgombero per materiale infetto con annessa lavanderia ed un locale per materiale pulito, inoltre è previsto un locale ad uso spogliatoio per il personale dotato di servizio igienico con doccia, lavabo e bidet.

Nella cucina, dotata di dispensa, si possono preparare le colazioni e svolgere le attività riabilitative di cucina; oltre che rendere quotidianamente idoneo alla distribuzione il vitto fornito da appalto esterno con consegna bi-giornaliera.

La struttura è dotata di spazi esterni consistenti in una terrazza di circa 140 metri quadrati, utilizzati nella bella stagione per attività riabilitative.

L'organico medico del CTPP è composto da: un medico responsabile che garantisce la presenza per 30 ore settimanali, nonché da un medico a tempo parziale.

E' inoltre prevista la presenza di uno psicologo per 15 ore settimanali.

Il personale di assistenza è composto da: 14 infermieri professionali, una capo sala, 3 OTA.

L'organico sopra esposto garantisce la turnazione sulle 24 ore.

L'intervento terapeutico nel CTPP fa seguito solitamente ad una fase di ricovero del paziente. Presso il SPDC. Una volta gestita la fase più acuta della crisi, ma le condizioni del paziente non sono ancora sufficientemente stabilizzate e non ne consentono il rientro a casa, i curanti del reparto propongono all'équipe del CTPP l'invio del paziente per la messa a punto di un programma di riabilitazione che consenta, da un lato, la stabilizzazione clinica dopo la crisi, dall'altro il recupero di funzioni e capacità perdute per effetto della situazione di scompensamento psichico.

Vengono quindi effettuati uno o più incontri tra la l'équipe curante del SPDC e il responsabile del CTPP al fine di concordare modalità, tempi di ammissione, e programma terapeutico.

Il trattamento terapeutico concordato con gli invianti può prevedere una fase di osservazione e successivamente la definizione di programmi tendenti al raggiungimento di obiettivi terapeutici e riabilitativi condivisi e verificabili. Molta enfasi viene data, fin dall'inizio del percorso di cura, alle relazioni con gli operatori del CSM di competenza, che seguiranno poi il paziente dopo le dimissioni.

Vengono programmati incontri con i famigliari dei pazienti e periodiche riunioni con gli operatori invianti per verificare il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale aggiustamento in base alle condizioni del paziente.

Il funzionamento interno del centro prevede:

- riunioni settimanali della équipe curante
- riunioni settimanali col gruppo operatori pazienti
- colloqui individuali col medico della struttura
- interventi psico-diagnostici
- interventi psicoterapici individuali e di gruppo
- colloqui periodici con i familiari
- contatti telefonici con i medici di medicina generale
- organizzazioni di attività riabilitative sia all'interno che all'esterno della struttura.
- verifica periodica del progetto

Gli interventi terapeutici effettuati consistono in:

- terapia farmacologica
- psicoterapie individuali e di gruppo

- attività riabilitative individuali e di gruppo
- interventi di rete socio-assistenziali

Per ogni paziente viene redatta una cartella clinica e una infermieristica quotidianamente aggiornate.

Le consulenze sanitarie specialistiche e tutti gli esami effettuati a scopo diagnostico vengono effettuati in collaborazione con l'ospedale.

In caso di crisi acuta che renda impossibile la prosecuzione del trattamento presso il centro si fa ricorso al ricovero presso il SPDC. Durante il ricovero vengono mantenuti i contatti con il paziente e con i curanti del reparto al fine di poter riprendere il trattamento appena le condizioni lo consentono.

Per quanto riguarda le dimissioni, queste ultime vengono concordate con il paziente, i suoi familiari e gli operatori del CSM o altri referenti territoriali sulla base del percorso effettuato e degli obiettivi raggiunti.

Il progetto di ammissione è proposto dai curanti esterni, ed è legato alla valutazione clinica, relazionale ed ambientale, valutazione che comporta inevitabilmente l'antecedente conoscenza del paziente; la frequenza nel CTPP può così divenire un momento particolare di un progetto di cura di un momento più complessivo elaborato dal Servizio o dal terapeuta privato, situandosi nell'esperienza del paziente come parte integrante come parte integrante di una più complessiva esperienza umana.

E' da notare come l'ambito terapeutico racchiuda da un lato, quindi, situazioni di stallo della relazione del paziente con la famiglia e/o con gli operatori del CSM, dall'altro situazioni di acuzie psichiatrica

Come si vede dal quadro precedentemente descritto, al CTPP vi sono due interventi di cura prevalenti: uno che si esplica attraverso attività strutturate come l'arteterapia, l'attività di cucina, l'animazione musicale etc; il secondo, di carattere più dialogico e introspettivo, che mira a rendere manifesti i vissuti dei pazienti sugli eventi della loro vita dentro e fuori il centro (accettazione, assemblea settimanale con i pazienti e gli operatori, terapia di gruppo, prosecuzione dei colloqui con i terapeuti esterni)

Riassumendo, crediamo che la peculiarità dell'intervento terapeutico nelle strutture residenziali precedentemente descritte, si basi sui seguenti punti:

- 1) l'attenzione al gruppo come strumento prevalente di cura. L'attenzione e' non solamente alle dinamiche del gruppo pazienti-operatori, ma anche alle potenzialità autopoietiche di tale gruppo istituzionale a partire dai modelli organizzativi di partenza.

- 2) La possibilità di gestire situazioni di crisi del paziente, mantenendo vivo il collegamento con la famiglia e con le altre agenzie del territorio di appartenenza del paziente. Grazie alla vicinanza fisica, è possibile coinvolgere più attori possibili nel processo di cura, cercando di non creare ulteriori scissioni, ma mettendo, per così dire, in stand-by, l'intero sistema.
- 3) L'utilizzo della dimensione dell'abitare nelle sue diverse componenti. La residenzialità viene concepita, nel passaggio da una struttura ad un'altra, come un percorso ricco di complessità che va da una dimensione dialogico-relazionale (l'essere accolto, l'abitare la testa di un altro) fino alla capacità di abitare autonomamente un luogo esterno, una casa vera e propria, investendola a tutti gli effetti anche come spazio di espressione in chiave sociale
- 4) La possibilità di vedere le diverse strutture (CTPP, CAUP, alloggi), come diversi momenti, di volta in volta necessari, di un unico percorso terapeutico

L'articolazione e il passaggio tra le diverse strutture mi sembra un punto fondamentale

Spesso i pazienti, dopo un lungo percorso al CTPP, caratterizzato anche da momenti di

Sofferenza molto intensa, vengono successivamente inseriti negli alloggi protetti.

Questo passaggio, nei casi più difficili, può essere attuato perché, pur dormendo negli alloggi, i pazienti hanno la possibilità di trascorrere molte ore al giorno e, se necessario, alcune notti alla settimana al CTPP.

Questo non corrisponde ad esigenze di protezione, che del resto non avrebbero molto senso, ma è come se noi dicessimo a quel paziente: "noi pensiamo che tu abbia ancora bisogno di cure intense, ma al contempo ci sono aspetti di te che funzionano bene, e quindi ti accordiamo la fiducia di vivere alcuni momenti in maggior autonomia ed assumendoti maggiori responsabilità. Ma l'operazione è dinamica, nei due sensi, e le due esigenze continueranno a coesistere per un bel po'.

Queste complementarità agiscono dando vita e movimento alla cura, creando spazi di circolazione e di legami in pazienti che il più delle volte sono catturati in situazioni di invischiamento paralizzante.

ORGANIZZAZIONE DELLA CAUP DI VILLA BUGNA

di Pregliasco M.

Villa Bugna è una palazzina a due piani, situata nel centro di Savona, nei pressi della stazione ferroviaria. I posti disponibili sono sei e la durata della permanenza degli ospiti può variare da alcuni mesi a qualche anno.

E' stata inaugurata nel febbraio 1995. Presenta la tipologia di una Comunità Alloggio. Si potrebbe affermare, con Ciompi, che essa si collochi al livello che precede quello dell'abitazione definitiva. E' infatti destinata a pazienti psichiatrici che hanno, essenzialmente, bisogno di intraprendere un percorso riabilitativo volto ad acquisire abilità tali da consentire un inserimento sociale e lavorativo il più soddisfacente possibile. Tutto ciò ha infatti lo scopo di promuovere l'autonomia e l'indipendenza, in un contesto di supporto, sia da parte degli operatori coinvolti, sia da parte delle reti sociali che, nel corso di questi anni, siamo riusciti a tessere. Pensiamo, al riguardo, ai rapporti via via stabiliti con le circoscrizioni, i comuni, l'ARTE.

Gli operatori svolgono un ruolo di consulenza e di organizzazione verso gli ospiti in attività che si riferiscono, in particolare, alla cura di sé, ai lavori domestici, alla gestione del denaro, alla spesa, alla cucina; si persegue anche come obiettivo la capacità di assumere, nella maniera più autonoma e responsabile possibile, l'assunzione della propria terapia farmacologica quotidiana. Si presta inoltre particolare attenzione allo svolgimento di attività diurne all'esterno della struttura: borse lavoro, corsi di formazione professionale. Al centro del programma di Villa Bugna vi è il coinvolgimento nella gestione quotidiana della struttura, organizzata attraverso riunioni per distribuire, con supporto degli operatori, le mansioni domestiche e programmare le attività di tipo sociale e ricreativo. Gli operatori sono presenti al mattino, mentre, durante le ore notturne, vi è un operatore della cooperativa "Il Faggio".

Nel corso di questi anni sono state ospitate presso Villa Bugna circa 30 pazienti. Alcuni di essi sono poi rientrate in famiglia; molti altri, invece, sono riusciti ad ottenere uno sbocco abitativo autonomo, spesso tramite l'assegnazione di un alloggio di edilizia popolare. Pensiamo possa risultare utile raccontare brevemente la storia di uno dei pazienti che hanno trascorso un periodo della loro vita a Villa Bugna.

M. è arrivato a Villa Bugna nel 1997, proveniente dalla C. T. "Redancia", dove era stato ricoverato per circa tre anni. Nei primi mesi della sua permanenza egli presentava ancora un quadro sintomatologico estremamente delirante (parlava ad esempio con le scarpe e con i tubi di

scappamento dei motorini), che, tra l'altro, determinava una particolare difficoltà nella gestione dei rapporti con gli ospiti e gli operatori della struttura. Il nostro sforzo maggiore, inizialmente, è stato quello di cercare di contenere questi deliri tramite la puntuale organizzazione quotidiana della sua giornata. Ha così iniziato, non senza difficoltà, a svolgere le mansioni programmate, dapprima all'interno di Villa Bugna (pulizia della propria camera, attività di cucina, partecipazione alle riunioni organizzative...), e progressivamente sempre più all'esterno (spesa al supermercato con gestione del fondo cassa, partecipazione alle attività sportive organizzate dal nostro Dipartimento, nonché all'attività svolta dalla compagnia teatrale della cooperativa sociale "I.S.O." di Finale Ligure).

Tutto ciò è stato accompagnato da un lavoro, da parte nostra e in collaborazione con lo psichiatra di riferimento del Servizio, di ricostruzione, tramite colloqui settimanali con i genitori, delle relazioni familiari. L'insieme di questi interventi ha consentito al paziente il progressivo recupero delle sue capacità individuali e sociali, compreso il riavvicinarsi ad una sua grande passione adolescenziale; egli suona infatti la batteria e, durante la sua permanenza a Villa Bugna, ha da prima iniziato ad approfondirne lo studio tramite la frequenza ad un corso musicale e l'esercizio, anche per molte ore al giorno, presso un locale ricavato all'interno di Villa Bugna.

In seguito è riuscito ad inserirsi in un gruppo di persone con interessi simili, con i quali ha costituito una band musicale, partecipando a varie tournées in Italia e all'estero.

Di pari passo, diminuendo le sue difficoltà interpersonali, si sono venute così creando le condizioni per avviare un inserimento lavorativo, tramite una borsa lavoro svolta all'interno di un supermercato. Inizialmente essa prevedeva esclusivamente compiti di riordino del magazzino, in modo da limitare il più possibile il contatto con il pubblico. Progressivamente, diminuite tali difficoltà, è stato possibile realizzare lo svolgimento di mansioni sempre più complesse, che prevedevano, ovviamente, anche il contatto con il pubblico. Questo percorso ha consentito, da alcuni mesi, al paziente, di riuscire a lavorare, tramite la legge 68, presso un paziente.

Occorre infine ricordare che il paziente, dopo una permanenza di circa tre anni a Villa Bugna, ha successivamente abitato per circa due anni presso la Comunità Alloggio di via Saredo, convivendo, talvolta peraltro con qualche difficoltà, con un altro paziente psichiatrico.

Da qualche mese M. abita da solo, in un alloggio assegnatogli dall'ARTE, e mantiene rapporti settimanali con lo psichiatra e gli operatori del Servizio di Salute Mentale.

ESPERIENZA ABITATIVA PRESSO GLI ALLOGGI PROTETTI DI CARCARE

di Arecco A.

Premesso che la permanenza di ciascun ospite negli alloggi è commisurata da caso a caso, è stato statisticamente calcolato che la sua media ponderata equivale a circa due anni. La decisione in tal senso è presa dopo un breve periodo di prova, durante il quale il nuovo candidato ha modo di rendersi conto del significato di questa tappa nel suo percorso di riabilitazione, e viene stabilito un tempo iniziale di comune accordo con gli operatori, che potrà essere confermato o esteso a seconda delle esigenze di ciascuno.

Una volta stabiliti i termini della permanenza, l'ospite ha la possibilità concreta di seguire un iter teso allo sviluppo delle proprie individuali potenzialità, temporaneamente ritenute "perdute" o semplicemente latenti, inerenti alla vita in comune con gli altri ospiti. Ciò si esplica nella frequenza più o meno assidua delle attività del locale centro diurno e/o del gruppo di auto-aiuto in funzione ad Altare, ma in primo luogo nella crescente responsabilizzazione dell'ospite nel gestire il proprio tempo e partecipare fattivamente alla vita della comunità. Il ruolo specifico degli operatori in questo processo è quello di accompagnare l'ospite nel suo percorso, aiutandolo ad inserirsi nel nucleo pre-esistente al suo ingresso e ad affrontare insieme i problemi che si presentano di volta in volta intervenendo con opportuni suggerimenti, revisioni appropriate della terapia farmacologica e, qualora necessario, al trasferimento temporaneo presso altre strutture.

L'aggregazione degli ospiti si concretizza in vari modi: con il progressivo amalgamarsi del nuovo ospite con gli altri non solo per quanto riguarda le cene auto gestite durante la settimana, ma anche dopo cena e nei fine settimana, tempi nei quali gli operatori sono assenti, lasciando agli ospiti un congruo periodo di tempo per organizzare il proprio tempo libero a livello individuale e/o collettivo. Viceversa durante la settimana l'ospite ha a disposizione regolari colloqui individuali con il proprio operatore di riferimento e con il medico della struttura, in modo da non lasciare irrisolti momenti di difficoltà e discutere insieme sul suo vissuto e sullo stato di benessere o malessere che l'ospite sta attraversando. Vi sono inoltre due riunioni collettive tra ospiti e operatori, di cui una prettamente di discussione aperta sulla situazione corrente del gruppo, ed una di carattere più organizzativo riguardo alla turnazione delle cene e ai programmi individuali per ogni fine settimana.

Un ruolo importante è inoltre il servizio di assistenza sociale, in quanto mirato all'inserimento di chi ne ha necessità in progetti di borsa lavoro, supporto nel riconoscimento dello status di eventuale invalidità civile, ottenimento di sussidi e persino collaborazione, ove l'ospite lo richieda espressamente della gestione delle proprie risorse economiche.

Venendo alla mia esperienza personale, posso dire di aver individuato un denominatore comune a tutti gli ospiti che si sono avvicinati durante la mia permanenza, iniziata nell'aprile del 1999, vale a dire la provenienza da nuclei familiari d'origine o propri, caratterizzati da difficoltà nei rapporti familiari. Questo è vero indipendentemente dall'età, dalla patologia di ognuno e dalla propria estrazione socio culturale.

Detto questo va riconosciuta alla famiglia una duplice valenza: da una parte come ho detto essa a volte è la "culla" del malessere psichico, dall'altra è comunque una parte di ciascuno di noi, ed il percorso che ognuno segue è improntato al raggiungimento di un'indipendenza personale in termini di gestione della propria vita, senza tuttavia prescindere da tutto quello che di positivo la propria famiglia può ancora rappresentare.

In altre parole, il distacco fisico/temporale attuato con il ricovero presso gli alloggi, nel medio-breve termine, come ho potuto constatare non solo nel mio caso, aiuta sia il paziente sia la famiglia ad avere rapporti più costruttivi e meno traumatizzanti.

Quali gli aspetti negativi? Vi è da parte di un'esigua parte della popolazione una forma di diffidenza se non addirittura stigma nei nostri confronti, e a parte ciò esistono effettivamente poche reali opportunità, stante il permanere della situazione di "ricoverato", di inserimento nel territorio e nel tessuto sociale. Per far fronte a ciò posso citare attingendo alla mia esperienza di aver tratto vantaggio da un opportuno inserimento nel volontariato presso la locale Croce Bianca come telefonista e all'occorrenza barelliere. Questo mi ha dato modo di familiarizzare con molti cittadini carcaresi (altri militi o pazienti da accompagnare in strutture sanitarie). Tuttavia si è trattato di un caso isolato che veniva incontro a una mia specifica esigenza, in mancanza di una borsa lavoro in tempi brevi. Secondo me però questo esempio può essere illuminante.

Recentemente, la ricettività degli alloggi è stata portata da 6 ad 8 posti, utilizzando un alloggio prima adibito a spazio comune. A tale riguardo, va detto che secondo noi il numero ideale di ospiti contemporaneamente presenti non dovrebbe essere né essere troppo esiguo né troppo elevato. L'esperienza di questi anni insegna che un gruppo di 4-5 persone è l'ideale per un corretto e proficuo sistema di interrelazione e di gestione organizzativa.

Per finire, un cenno va fatto alla questione sentita un po' da tutti noi della sessualità "negata", correlata in parte agli effetti collaterali transitori di certi farmaci, in parte a problemi di tipo istituzionale e ambientale, ma questo discorso ci porterebbe lontano e meriterebbe un dibattito a parte e specifico.

TABELLA DATI SULLE STRUTTURE INTERMEDIE NELL'ASL 2

di Lugaro S.

	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002
Alloggio Protetto Via Saredo			
Ammissioni	1		
Dimissioni			1
Ricoveri	2	4	3
Pazienti Ricoverati	2	2	2
Giornate di Degenza	423	730	376
Degenza Media	211,5	182,5	188
Alloggio Protetto Via Bove			
Ammissioni	4	11	1
Dimissioni	4	1	5
Ricoveri	9	17	9
Pazienti Ricoverati	3	4	4
Giornate di Degenza	743	905	891
Degenza Media	82,5	53,2	99
C.A.U.P. Villa Bugna			
Ammissioni	3	5	7
Dimissioni	5	1	5
Ricoveri	14	11	18
Pazienti Ricoverati	6	11	11
Giornate di Degenza	1789	1597	2141
Degenza Media	127,7	145	118,9
C.T.P.P. Via Amendola			
Ammissioni	39	61	30
Dimissioni	40	62	27
Ricoveri	69	79	90
Pazienti Ricoverati	32	47	39
Giornate di Degenza	2489	2824	3136
Degenza Media	36	35,7	34,8

	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002
Centro Diurno Via Amendola			
Ammissioni	1	11	5
Dimissioni		1	1
Pazienti in Trattamento	26	49	54
Giornate di Presenza	1423	4237	4256
Presenza Media			
Giornaliera	7,5	12	12

GRUPPI MULTIFAMILIARI

di Pepe S.

La famiglia è senza dubbio uno dei contesti più importanti con cui rapportarsi quando ci si occupa di pazienti con disturbi psichici, ciò ha anche una ragione storica precisa: quando i pazienti venivano reclusi negli Ospedali Psichiatrici, le famiglie erano sullo sfondo e venivano consultate solo in caso di gravi eventi. Con la chiusura degli O.P. i nostri pazienti sono tornati in famiglia. In una fase abbastanza transitoria, un fraintendimento dei problemi connessi alle dinamiche familiari, ha portato parte degli operatori a schierarsi contro la famiglia, ritenuta responsabile del malessere, vi è stata quindi scarsa comprensione nei confronti della sofferenza dei familiari e una insufficiente valutazione delle risorse potenziali che essi potevano mettere a disposizione se adeguatamente coinvolti. Se è vero infatti che nell'insorgenza e mantenimento di certi disturbi psichici è ipotizzabile l'influenza di dinamiche familiari patologiche è altresì vero che la convivenza con la patologia mentale comporta una grande sofferenza e un grande carico emotivo, lavorare con le famiglie può avere il senso di evidenziare e modificare dinamiche relazionali disfunzionali o anche di trovare insieme ai familiari modalità più adeguate e meno dolorose di affrontare questo problema.

Da queste riflessioni, sostanziate da correnti di pensiero diverse, quali quella sistemico-relazionale e quella psicoeducazionale, è nata l'idea di riservare alle famiglie uno spazio specifico, che si aggiunge a tutti i contatti che quotidianamente gli operatori hanno con esse, così si è pensato ai gruppi multifamiliari.

I modelli teorici che ci hanno fatto da riferimento nel nostro lavoro con le famiglie sono quello sistemico relazionale e quello psicoeducazionale. Da ognuno di questi modelli ci sono venuti utili spunti per lavorare con i gruppi di familiari di pazienti psicotici, anche se non abbiamo abbracciato in pieno nessuno di essi, nel senso che non facciamo terapia familiare, né psicoeducazione in senso stretto.

Abbiamo iniziato i gruppi con i familiari dei pazienti psicotici nel marzo 2000 e da allora ci incontriamo ogni quindici giorni, con l'eccezione di una pausa estiva di due mesi. Gli incontri si svolgono presso la sede di un'associazione di volontariato, il CESAVO, situata in una zona della città centrale e facilmente raggiungibile.

La scelta di una sede esterna al C.S.M. è legata alla nostra intenzione che il gruppo rappresenti uno spazio e un tramite tra il Servizio e l'esterno.

Al gruppo possono teoricamente accedere sia i familiari di pazienti seguiti dal Servizio che i familiari di pazienti seguiti privatamente, in realtà la partecipazione di questi ultimi è stata del tutto sporadica.

E' strutturato come un gruppo aperto, quindi i familiari possono entrare al gruppo in qualsiasi momento e non viene fatta nessuna selezione iniziale.

Quando, nel 2000, abbiamo dato avvio ai gruppi, abbiamo ritenuto opportuno far precedere l'ingresso al gruppo da un colloquio di valutazione, questo perché si trattava di un'esperienza nuova e volevamo conoscere chi arrivava al gruppo per non avere "sorprese", per escludere che ci arrivassero familiari con grossa patologia personale, in realtà sono state accolte tutte le persone che sono state inviate. I primi invii di familiari al gruppo sono stati fatti dai colleghi del CSM, sempre previa presentazione a noi della situazione. Successivamente i familiari sono arrivati direttamente al gruppo, in seguito all'informazione avutane da altri familiari che già partecipavano, in particolare dall'ALFAPP che si è mostrata subito molto interessata all'iniziativa. Gli arrivi diretti ci hanno fatto riflettere, ci siamo resi conto che il colloquio iniziale non aveva molto senso, anche in considerazione del fatto che molti lo bypassavano. A quel punto abbiamo pensato che fosse opportuno eliminarlo.

Partecipano al gruppo in media una decina di persone, e nella stragrande maggioranza, (8 su 10) sono madri, sono quindi una minoranza i casi in cui partecipano entrambi i genitori o solo il padre, e questa caratteristica si è mantenuta stabile.

Il gruppo è condotto da tre operatori di professionalità diverse, un'infermiera, una assistente sociale e un medico, per poter dare risposte più articolate.

Gli incontri, della durata di un'ora e mezza ciascuno si svolgono in modo informale: in linea di massima nella prima parte prevalgono gli aspetti informativi su argomenti proposti dai partecipanti o dai conduttori del gruppo mentre la seconda è piuttosto centrata sulla dimensione emotiva emergente, vale a dire sul vissuto personale dei familiari rispetto al problema trattato. Vi sono incontri in cui prevale il momento informativo e altri in cui prevale quello emotivo relazionale.

Nel corso di questi anni di attività abbiamo notato che l'aspetto informativo è diventato via via meno importante mentre ha acquisito sempre più peso la dimensione supportiva relazionale. Forse ciò è in parte legato al fatto che il ricambio dei familiari è molto lento, in parte al fatto che i familiari, soprattutto di pazienti cronici, si informano sempre più per proprio conto mentre il supporto emotivo- psicologico non è sostituibile.

Per quanto concerne la parte informativa, alcuni argomenti vengono trattati da “esperti” esterni al circuito psichiatrico o da colleghi che operano in campi specifici, altri da noi.

Pensiamo che per mantenere vivo l’interesse per il gruppo e per non chiuderci in una setta sia importante, malgrado il cambiamento di cui sopra, mantenere la dimensione informativa e la partecipazione di esperti esterni. Ci sembra che questo sia utile anche per evitare il rischio che la dimensione emotivo- relazionale diventi troppo forte provocando la fuga di quanti non riescono a reggerla, in altre parole pensiamo che il gruppo debba rimanere essenzialmente eterocentrato.

Il gruppo in questi due anni è diventato molto coeso e ha sviluppato una grossa capacità di accoglienza verso i familiari nuovi che vi accedono, anche quando i vissuti portati sono molto dolorosi.

Gli obiettivi pratici del nostro lavoro consistono nel dare uno spazio ai familiari per parlare dei problemi quotidiani; nell’evidenziare dinamiche familiari disfunzionali, come eccessivo coinvolgimento verso il figlio, atteggiamenti di delega eccessiva di un coniuge rispetto all’altro e così via; nel favorire la dimensione di condivisione dei problemi.

Per ciò che concerne le ipotesi di lavoro e sviluppo, pensiamo che il gruppo possa vivere solo se riesce ad entrare fattivamente nell’operatività del Servizio, per questo ci sembra importante riservare uno spazio specifico, ad esempio delle riunioni quadrimestrali, per il necessario feedback agli operatori di riferimento. Stiamo progettando, anche sulla base di esperienze già fatte da altri con i familiari di pazienti psicotici, di cominciare ad utilizzare degli indicatori di risultato, che non abbiamo ancora individuato, potrebbe trattarsi della Camberwell interview, ma l’applicazione di questa richiede una preparazione specifica; più fattibile forse la somministrazione del Q.P.F. (Questionario per i problemi dei familiari), per avere un’idea più precisa della sofferenza e delle richieste dei familiari che accedono al gruppo, e della adeguatezza delle risposte che noi riusciamo a dare.

D.S.M. A.S.L. 1 Imperiese

Gruppo di lavoro:

- **Santina BORSOTTO**
- **Antonia CANCELLARA**
- **Marcella MACCAGNO**
- **Nella VASSALLO**

Progetto “Network Fasce Deboli”

L’U. O. Assistenza Psichiatrica dell’Asl n. 1 imperiese ha partecipato al progetto “Network fasce deboli” presentando quelle esperienze di lavoro nei servizi territoriali che, pur non avendo una connotazione di particolare originalità, evidenziano lo sforzo di integrazione fra diversi soggetti pubblici e privati che gli operatori perseguono in un ottica di lavoro di rete.

Le aree prese in considerazione dal gruppo di lavoro riguardano: l’abitare, il tempo libero, l’attività sportiva, il lavoro, il rapporto con i familiari dei pazienti psichiatrici.

Nello specifico i contributi presentati sono:

- 1) Progetto Gymnasium
- 2) Soggiorni vacanza
- 3) Gli alloggi protetti
- 4) L’esperienza dell’U.O. nella formazione professionale e nell’inserimento lavorativo
- 5) Gruppo di famigliari di pazienti psichiatrici che vivono in famiglia
- 6) Esperienza della zona Ventimigliese nella progettazione di interventi di sostegno sociale in integrazione con servizi sanitari, sociali e del privato sociale

Gli operatori che hanno coordinato il lavoro all’interno dell’U.O. sono stati:

- Dott.ssa Marcella Maccagno, Dirigente Medico Direttore Struttura Complessa Assistenza Psichiatrica A.S.L. n. 1
- Assistente Sociale Dr.ssa Santina Borsotto
- Assistente Sociale Dr.ssa Antonia Cancellara
- Assistente Sociale Nella Vassallo

**FORMAZIONE PROFESSIONALE E INTEGRAZIONE
LAVORATIVA: L'ESPERIENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA
ASSISTENZA PSICHIATRICA**

di Cancellara A.

PREMESSA

Scenario di fondo entro cui si collocano gli interventi di integrazione sociale, nello specifico l'attività di mediazione al lavoro, nelle sue fasi di orientamento-formazione e inserimento lavorativo, è la **riabilitazione psichiatrica**. Affrontare l'AREA LAVORO ha posto gli operatori che se ne occupano nella necessità di operare una riflessione a due livelli: quello relativo alla persona e quindi al progetto terapeutico individuale e quello organizzativo, relativo al sistema di agenzie che agiscono nel settore.

Il primo livello di considerazioni investe il significato dell'*integrazione lavorativa* che presuppone la crescita verso un ruolo lavorativo ed è compresa in un progetto di aiuto alla persona, compatibilmente alle sue capacità di sviluppo e con le esigenze del sistema produttivo; viene riconosciuto il ruolo fondamentale rivestito dalle abilità sociali e dalla competenza interpersonale nel consentire un adattamento adeguato e nel contribuire ad una qualità soddisfacente di vita

In questa prospettiva non è solo il lavoro ad essere considerato "riabilitativo". Esso assume tale valenza quando è in prima istanza un mezzo di sostentamento, ma soprattutto quando crea la possibilità di promuovere rapporti e scambi tra soggetti sociali e di articolare il campo di interessi della persona. Le esperienze di riabilitazione nel campo della salute mentale, con i pazienti psichiatrici, orientate all'inserimento lavorativo, pongono l'individuo in quella che può essere definita un'esperienza strutturante, che valorizza e rende percepibile il tempo, legandolo ad una dimensione progettuale; nello stesso tempo l'assunzione di un ruolo di "lavoratore", o di persona in apprendimento lavorativo, è un elemento determinante per l'acquisizione di un'immagine di sé più positiva e socializzata.

I **vantaggi diretti per la persona** possono essere:

- ✓ estensione della sfera relazionale
- ✓ autonomia e mobilità sul territorio
- ✓ maggiore cura di sé
- ✓ diminuzione delle conflittualità in ambito familiare
- ✓ aumento delle capacità di auto-organizzazione del soggetto.

Tutto ciò si traduce in un alleggerimento degli interventi di contenimento che il servizio sanitario offre e in una indicazione più puntuale ed efficace per la fruizione dei vari interventi terapeutici, senza contare che la **promozione dell'autonomia personale** attraverso le pratiche di formazione-lavoro, fanno da argine a richieste sostanzialmente assistenziali permettendo di valutare e distinguere le motivazioni della persona, se su un versante autopromozionale o se attestate ad un livello più basso. Anche in ambito familiare sono presenti vantaggi indiretti, in quanto l'espletamento di un'attività fuori casa, che convoglia e finalizza tempo, energie e risorse in una direzione precisa, alleggerisce notevolmente il carico emotivo della convivenza.

Un'ulteriore passaggio logico si dà nella considerazione che l'inserimento lavorativo induce una ricaduta positiva delle risorse produttive sottostimate per definizione, che riduce i costi economico-sociali del problema, cioè attuando un processo di recupero di abilità si attua una dinamica che ricolloca l'individuo svantaggiato nel circuito produttivo e permette ad una fascia storicamente riconosciuta "a carico dello stato", di provvedere parzialmente al costo dei propri bisogni.

Il secondo livello di considerazioni investe la cultura e l'operatività in appoggio alle fasce deboli, tutto il sistema di forze implicate nel settore; anche il livello organizzativo ha una dimensione processuale, finalizzata ad un cambiamento che dia organicità ad un sistema interistituzionale, entro un modello metodologico di sviluppo del **lavoro di rete**.

Le componenti in gioco sono:

- il sistema dei servizi pubblici che può proporre operazioni di marketing e formazione, a partire dalle persone
- il sistema delle imprese che si muove intorno ad idee economiche
- le fasce deboli del mercato del lavoro che necessitano di mediazione per la formazione professionale e l'inserimento lavorativo.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO: LA RETE

L'aspetto maggiormente qualificante nell'esperienza dell'unità Operativa è dato proprio dagli elementi metodologici che nel tempo si sono andati strutturando e che hanno coinvolto sia la "rete interna", sia, ad un livello di maggiore complessità, quella esterna e che consentono una PROGRAMMAZIONE annuale. Gli aspetti quantitativi (di fatto non rilevanti in termini numerici), elaborati nella tabella allegata, sono comunque molto importanti ma solo se pensati in relazione allo sviluppo della persona, ed alla sua reale integrazione nel sociale.

Dotarsi di un metodo ha significato sostanzialmente stabilire criteri e norme secondo cui compiere qualcosa, metodo operativo, quindi, ma anche e ancor più cercare di costruire un paradigma, condiviso, che relativizzi l'integrazione socio-lavorativa.

La nostra U.O. si è data un'organizzazione di lavoro trasversale che, attraverso i tre moduli territoriali del CSM, ha permesso un coordinamento interno ai presidi, mentre è rimasta verticale la funzione direttiva, centralizzata c/o il CSM di Imperia.

Gli Assistenti Sociali sono referenti e garanti di tali aspetti.

Le finalità del modello organizzativo sono:

- predisporre i dati informativi sulle attività, attraverso una rilevazione degli interventi, mediante una scheda predisposta, che individua oltre al dato quantitativo, elementi di valutazione qualitativa data da alcuni indicatori di progetto. Tale documentazione permette di operare una sintesi tra bisogno e risposta in atto, attraverso una verifica sull'andamento degli inserimenti e sugli obiettivi "terapeutici" eventualmente raggiunti. Permette inoltre di fare scelte di programmazione a breve e medio termine sulla base di una valutazione effettuata rispetto a criteri di priorità che possono essere individuati dagli operatori.
- Considerare le variabili tecniche e cliniche come la situazione psicopatologica di base, lo stato di salute complessivo delle persona, gli obiettivi della riabilitazione, gli obiettivi occupazionali, la capacità lavorativa e l'eventuale presenza di invalidità, le motivazioni e le aspettative, attraverso una riflessione dei progetti individuali, nonché attraverso operazioni di valutazione delle risorse in termini di personale e finanziarie.
- Valutare le risorse: significa individuare per ogni ambito territoriale gli interlocutori, gli spazi di negoziazione, le possibilità,

ma anche i limiti, che insistono nel lavoro con l'utenza, sugli obiettivi degli strumenti utilizzati, sui problemi relativi alle fonti di finanziamento, in una dimensione di continua valutazione e progettazione (o almeno propositiva)

- Individuare e mettere a punto idonea documentazione procedurale sia per quanto riguarda ogni progetto individuale, sia per il progetto complessivo annuale (di ogni C.SM. e di tutta l'U.O.), sia sulla documentazione utilizzata all'interno dell'U.O. (le schede di valutazione del soggetto, dell'azienda e del progetto), che su quella indirizzata ai Comuni e/o alla Provincia (in genere le relazioni per la richiesta d'intervento per i Comuni, o le schede di segnalazione per la Provincia).
- Mappare le aziende (per ogni ambito e per settori d'impresa)
- Individuare una omogenea metodologia di lavoro
- Definire procedure omogenee di "accompagnamento e di mediazione"
- Sviluppare elaborazioni e informazioni sulla legislazione sulle deliberazioni regionali, sulla documentazione esistente e sulle esperienze in atto anche in altre realtà.
- Sviluppare un lavoro di studio e sviluppo operativo rispetto all'obiettivo di un protocollo d'intesa tra ASL-Comuni-Provincia.

Naturalmente tutto questo, nelle massime aspettative ed ancora in corso...

Un ulteriore livello di coordinamento sovrazonale era costituito da un gruppo interno all'ASL, costituitosi a partire dal 1998 e non più attivo, sulla formazione professionale e gli inserimenti lavorativi delle fasce deboli. Si trattava di un gruppo di lavoro inter-unità operative, composto da professionalità diverse (1 referente per ogni unità operativa) che si era dato come finalità:

Coordinamento tecnico, operativo e territoriale

mediante la stimolazione e l'attuazione di periodici incontri presso le Segreterie Tecniche di Zona, con la partecipazione dei Servizi Sanitari, e dei Coordinatori dei Distretti Sociali, adottando l'approccio del lavoro in rete e individuando gli interlocutori nelle Unità Operative, nell'ambito territoriale della Zona, e nella rete più allargata.

Aggiornamento costante sulle innovazioni legislative

mediante incontri ad hoc ed "attività di ricerca"

Coordinamento tra le U.O., all'interno dell'Azienda sulle specifiche attività e sui progetti con l'obiettivo di predisporre adeguata documentazione sulle attività, a cadenza annuale.

Coordinamento esterno all'Azienda attraverso la partecipazione ai lavori del gruppo Provinciale Integra per gli inserimenti lavorativi delle fasce deboli

IL SISTEMA A RETE ESTERNO

Esistono sostanzialmente due gruppi di lavoro : uno di zona, (Ventimiglia, Sanremo, Imperia) e uno provinciale cui afferiscono soltanto alcuni dei membri del gruppo di zona:

- **Gruppo di Zona per la Formazione professionale e gli inserimenti lavorativi**, gestito dalla Segreteria Tecnica a cui partecipano Operatori ASL delle U.O. insistenti sul territorio, Distretti Sociali, funzionari della Provincia (Servizio Politiche Attive del Lavoro e Servizio Formazione Professionale). Può essere prevista la partecipazione di Operatori del Terzo Settore (Cooperative e Associazioni di Volontariato), dei Sindacati maggiormente rappresentativi. Ha maggiori titolarità operative, rispetto alla conduzione dei progetti individuali (specialmente borse lavoro assistenziali) e compiti di programmazione soltanto per la Zona

- **Gruppo Integra per la Formazione Professionale**
Tale gruppo ha usufruito nel periodo iniziale della sua costituzione della consulenza fornita dall'Agenzia Regionale per l'Impiego, sulla base di una convenzione con la Provincia.
Priorità del gruppo è stato rivedere gli assetti e le finalità del gruppo tecnico preesistente, sia alla luce delle nuove leggi quali quelle sulla formazione professionale, sulla promozione occupazionale, sui servizi sociali, sulla creazione dei Centri per l'Impiego, sia alla luce dei nuovi organigramma.
Si è proposta una organizzazione del gruppo che prevede un organo di sistema composto dai Responsabili delle Segreterie Tecniche, da operatori referenti formali della ASL per le Unità Operative, che costituiscono il nucleo fisso, mentre la presenza di un rappresentante del Provveditorato agli Studi, da rappresentanti del Terzo Settore, da rappresentanti delle Agenzie Datoriali e delle Agenzie Formative viene sollecitata a seconda delle necessità.

Ha compiti di programmazione e governo rispetto all'offerta finanziaria della Provincia per le fasce deboli (a oggi fondi CE). Storicamente il gruppo si è dato l'obiettivo di lavorare sui due fronti: la formazione professionale e gli inserimenti lavorativi (finanziamenti sulla L.41/95, al momento sospesi), ciò ha posto la necessità di individuare uno strumento di raccordo operativo che fornisse reali occasioni di coordinamento di ordine valutativo e propositivo, tale gruppo di lavoro si è chiamato **gruppo integra**.

Presupposti

Il gruppo aveva la necessità di:

- essere flessibile, vale a dire ampliarsi o ridursi a seconda degli obiettivi intermedi da raggiungere
- essere snello, convocabile in modo rapido
- costituirsi come luogo reale di scambio d'esperienze
- permettere di razionalizzare le risorse esistenti.

Partecipanti

Nel gruppo hanno operato:

- Agenzia Regionale per l'Impiego
- Servizio Orientamento della Provincia e Centro di Formazione Professionale Provinciale "Pastore"
- Servizio Disabili-Centro Impiego- della Provincia
- Azienda Sanitaria Locale (U.O. Ass.Psich., Ser.T., Disabili, Consultoriale)
- Segreterie Tecniche delle Zone e Distretti Sociali dei Comuni
- Casa Circondariale di Imperia
- Terzo Settore

Finalità

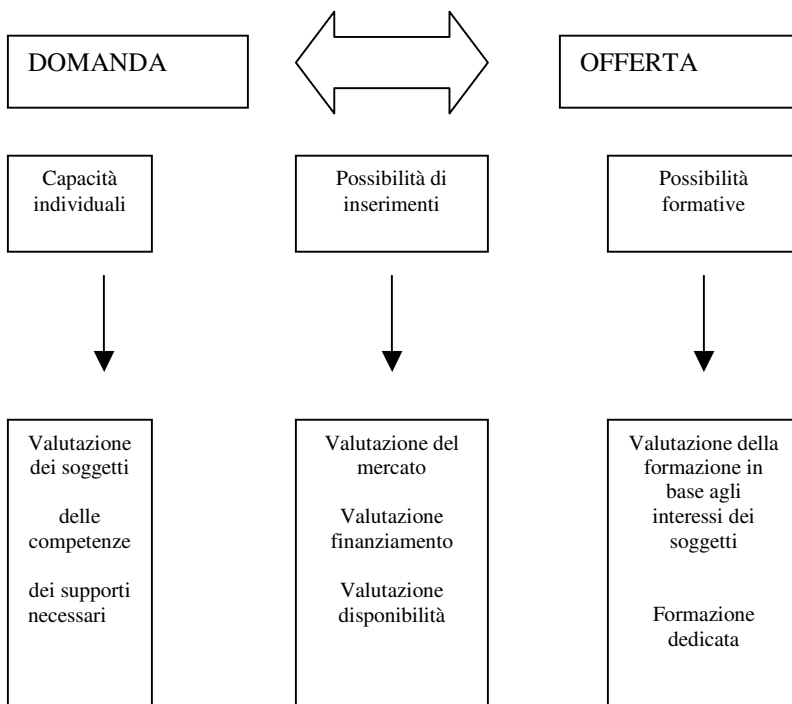
Il gruppo ha permesso di:

- definire progetti comuni utilizzando le risorse in modo sinergico e coordinato
- scambiare informazioni
- utilizzare nuovi strumenti

Obiettivi

L'obiettivo principale è di determinare le reali possibilità di inserimento lavorativo dei soggetti deboli in carico alle U.O. e ai Distretti Sociali, con valutazione della capacità lavorativa, attraverso il bilancio delle competenze, e del grado di autonomia nella ricerca di un

lavoro. La valutazione viene effettuata in forma diversa a seconda dei soggetti, attraverso colloqui tenuti o dagli Operatori delle U.O. o dai Funzionari del Servizio Orientamento-Informagiovani, Centro Impiego, ma l'analisi si svolge anche congiuntamente.



Per fornire risposte al bisogno individuato rispetto alla formazione professionale, finalizzata al lavoro, vengono realizzati annualmente i PROGETTI INTEGRA, presentati dalle agenzie formative, sulla base di un budget CE gestito dalla Provincia, condivisi e approvati dalla rete, a volte integrati già nella progettazione.

Per dare organicità ai lavori è stato necessario compiere in modo coordinato le seguenti azioni:

- Definizione del numero delle persone e delle modalità di inserimento senza eccessive sperequazioni tra le diverse fasce
- Approntamento di una Delibera di Giunta Provinciale che formalizzasse il lavoro, assegnando maggior punteggio ai progetti proposti e approvati all'interno del gruppo integra
- prevedere la formazione di più figure professionali in modo da poter dare risposte diverse ad aspettative diverse

- prevedere “poca aula” e “molta azienda” per meglio rispondere alle caratteristiche delle persone
- in itinere si sarebbe data una valutazione, insieme agli operatori titolari dei progetti individuali

Sostanzialmente l’approccio al lavoro in rete ha sviluppato una metodologia che ha utilizzato la progettazione individuale, l’attivazione di un sistema di gruppi di lavoro distinti per ambito territoriale e obiettivo, afferenti al Gruppo Provinciale, INTEGRA, incontrando la domanda delle aziende (Coop.Soc. b, aziende obbligate ai sensi della L.68/99) con l’offerta proposta dagli operatori.

Quanto sopra evidenziato non è certamente esaustivo delle attività che si sono rese necessarie, né delle problematiche emerse all’interno dei gruppi, l’esperienza si è costituita come esemplare, anche in ambito regionale, per il tentativo espresso in termini concreti, di governare una rete fortemente complessa.

DATI INSERIMENTI LAVORATIVI: ANNO 2002

	Zona 1 Ventimigliese	Zona 2 Sanremese	Zona 3 Imperiese	
N° Pazienti	13	16	14	43
Sesso	M 10 F 3	M 14 F 2	M 9 F 5	M 33 F 10

AREA LAVORATIVA

Cooperativa Sociale	Azienda Privata	Ente Locale	Associazione	Azienda Pubblica
11	19	6	1	6

FASCE DI ETÀ

< 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	>51
/	8	20	11	4

SCOLARITÀ

Licenza Elementare	Licenza Media	Licenza Media Superiore	Diploma di Laurea	Altro
3	33	6	1	/

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE SENZA FISSA DIMORA CON DISTURBI PSICHICI FINALIZZATI ALL'INSERIMENTO SOCIALE

di Calvini B, D'Antilia T.

L'esperienza qui di seguito descritta fra il Centro di Salute Mentale di Ventimiglia appartenente all'U.O. di Assistenza Psichiatrica dell'A.S.L. n°1 Imperiese e l'associazione "Caritas Intemelia" ora, in base alla nuova normativa in merito, "Onlus" (Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale), nasce nel 1992 grazie al rapporto di collaborazione fra il Servizio e l'Associazione che nel corso degli anni si è via via sempre più consolidato.

L'Associazione infatti viene costituita nell'ottobre '92 con atto pubblico come Organizzazione di Volontariato con sede presso la ns. U.S.L. Detta associazione operava già, come associazione non riconosciuta, dal settembre '91.

L'associazione ha iniziato la sua attività socio-assistenziale tramite la gestione del Centro Ascolto di Accoglienza. In tale sede attualmente operano, tra gli altri, 5 educatori, 3 amministrativi, 1 psicologo, 1 ADEST, 1 medico psichiatra.

Il Centro si rivolge a tutt'oggi a persone residenti, senza fissa dimora, extra-comunitari in situazioni di difficoltà, persone affette da disagio psichico in situazioni di grave emarginazione sociale.

Il Centro di Salute Mentale di Ventimiglia è inserito in un contesto territoriale dove confluiscono problematiche sociali complesse che molto spesso si intrecciano tra loro:

- tra i residenti esistono forti sacche di povertà riguardanti soprattutto gli immigrati del sud a bassa specializzazione professionale.
- Si rileva il problema della disoccupazione, accentuato in questi ultimi anni, dal licenziamento da parte delle fabbriche della Costa Azzurra e dalla carenza di infrastrutture turistiche e aziende.
- Si registra un forte tasso di tossicodipendenza e una consistente patologia psichiatrica.

Come zona di frontiera emerge anche il problema del passaggio di italiani in stato di disagio psichico respinti dalla autorità francesi o rimpatriate in Italia.

I pazienti affetti da patologia psichiatrica medio - grave che in questi anni sono stati presi in carico dal ns. Servizio in collaborazione con il Centro Caritas (mediamente n.35 l'anno) erano privi di valide relazioni sociali e familiari o in alcuni casi ai margini della società.

Le problematiche annesse alla patologia pertanto erano tali da far fallire qualsiasi progetto terapeutico che non prendesse in carico "globalmente" il paziente.

In questo senso la collaborazione con il Centro Caritas è stata preziosa in quanto è servita ad effettuare una progettazione terapeutica capace di risposte non tecnicizzate, ma rivolte alla comprensione dei problemi globali del paziente.

In questi anni il continuo contatto, per la realizzazione dei progetti terapeutici, sia con i servizi pubblici che con il 3° settore nasce al fine di costruire una rete di servizi capace di fornire risposte alle necessità di coloro che vivono in una situazione di esclusione sociale grave.

Assieme infatti ci si è inventati le risorse per progetti di inserimento che comprendessero oltrechè il trattamento della sofferenza psichica, l'area della casa del lavoro e delle relazioni affettive.

Attualmente la Caritas Intemelja, il Comune di Ventimiglia, la Zona n°1, sono titolari di progetti regolamentati in base alle rispettive competenze, relative all'area della grave emarginazione e la ns. U.O. partecipa, nell'ambito di un rapporto di rete, alla realizzazione di tali progetti.

In particolare i progetti si suddividono in tre settori:

Il 1° progetto intrapreso "Reinserimento sociale ed accompagnamento per adulti in condizione di grave emarginazione" ("senza dimora" L.328/2000 Art.28) finanziato con un Fondo Sociale di Euro 33.000,00. ha permesso l'assunzione di un educatore parte-time.

La finalità del progetto era volta al sostegno economico per spese primarie finalizzate (ad es. pagamento affitto) e al supporto socio-educativo per percorsi di inserimento individuale.

Questo progetto iniziato nel giugno 2002 scadrà nel maggio 2004.

Sono stati inseriti in questo progetto nostri pazienti con una patologia psichica grave (n°8 pazienti).

Il 2° progetto "Domiciliarità ed educativa territoriale per persone con problematiche connesse alla dipendenza ed in stato di grave emarginazione" (L.45/99)

Iniziato nel gennaio 2003 valenza fino al dicembre 2003.

Grazie ad un finanziamento di Euro 70.000,00 sono stati assunti 2 educatori part-time, 1 inf. prof., 1 adest, 1 amministrativo (ricerca casa, pagamento affitto, sostegno socio educativo rispetto alle problematiche presentate dai pazienti nella conduzione del quotidiano e nella gestione delle problematiche socio-sanitarie).

Sono stati inseriti in questo progetto cinque pazienti con doppia diagnosi seguiti dal ns. Servizio.

Il 3° progetto “Sostegno psico-sociale educativo per adulti emarginati con gravi disturbi psichici” (Fondi Caritas Intemelja) della durata di 2 anni (scadenza 31.12.'04).

Fondi Caritas Italiana e assunzione di 1 educatore part-time e collaborazione di 1 medico psichiatra per 6 ore settimanali.

Sono stati inseriti in questo progetto n° 13 pz. seguiti dal ns. Servizio che necessitano di un forte sostegno socio-educativo.

Le azioni congiunte dei Servizi convergeranno su:

- 1) Individuazione degli utenti da inserire nelle singole azioni progettuali e da sostenere con gli interventi multiprofessionali.
- 2) Definizione di progetti individualizzati e verifica degli interventi.
- 3) Utilizzo delle risorse messe a disposizione dai diversi soggetti,
- 4) Monitoraggio e verifica degli obiettivi generali dei progetti.

Più nello specifico:

1) e 2) si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro composto da un rappresentante educatore della Caritas Intemelja, un rappresentante della Zona Sociale 1, un rappresentante del Distretto Sociale di residenza o domicilio dell'utente, un rappresentante dell'ASL che ha in carico l'utente o di competenza in relazione al bisogno dell'utente stesso. Il gruppo di lavoro avrà il compito di:

- a) esaminare le situazioni personali degli individui;
- b) valutare i bisogni, evidenziando non solo gli aspetti di criticità ma anche le eventuali risorse disponibili, sia delle persone che del contesto sociale;
- c) individuare il referente formale della presa in carico;
- d) predisporre un progetto iniziale di intervento;

e) monitorare il progetto iniziale.

Queste attività rappresentano le condizioni minime necessarie per l'avvio di un progetto congiunto. La Caritas e la Zona si impegnano a verbalizzare gli incontri.

Il gruppo si attiva in breve tempo, in presenza di richieste pervenute dai diversi soggetti facenti parte del progetto o mediante segnalazione di altri Enti.

Le risorse umane ed economiche derivanti dai progetti in questione hanno finalità migliorativa ed aggiuntiva dei servizi già prestati dai singoli soggetti coinvolti, hanno carattere di sperimentazione innovativa e non devono essere sostitutivi rispetto agli interventi ordinari attivati con risorse proprie degli Enti.

Viene costituito un gruppo di monitoraggio e verifica degli obiettivi generali dei progetti. Il gruppo è costituito da un rappresentante della Caritas Intemelja, un rappresentante della Zona Sociale 1, un rappresentante del Comune di Ventimiglia per i Distretti Sociali, uno/due rappresentanti dell' ASL (anche in base all'area di competenza), Il gruppo di lavoro si riunirà ogni tre mesi.

RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE - SOGGIORNI VACANZA

di Borsotto S.

PREMESSA

La riabilitazione psicosociale in Psichiatria è la modalità di intervento terapeutico volta a favorire il reinserimento del paziente psichiatrico nel tessuto sociale e il recupero di quelle abilità e competenze che, a causa della malattia, sono state compromesse o perdute.

La riabilitazione ha lo scopo pertanto, di ricreare una esistenza valida nella sua globalità, con un miglioramento della qualità della vita, aiutando il paziente nel riacquistare un accettabile grado di autonomia.

Fra i vari trattamenti utili a rafforzare nel paziente la capacità di reagire in modo adeguato a nuove esperienze relazionale e a nuovi stimoli, assumendo atteggiamenti “normali” si può citare anche il soggiorno vacanza.

Il soggiorno viene infatti a rappresentare un trattamento socio-sanitario integrato con altri, una esperienza riabilitativa intensa che favorisce ulteriormente l’apertura e il contatto con la realtà in cui l’individuo si trova a vivere.

L’esperienza del soggiorno non consiste in un trasferimento di persone in un altro luogo, ma l’occasione in cui i pazienti ed operatori rafforzano il loro legame terapeutico e rappresenta un’occasione di osservazione intensa, articolando la giornata in momenti di svago, impegno, dialogo e riflessione.

CONTENUTI

Nell’ambito dei programmi riabilitativi l’U.O. Assistenza psichiatrica ha organizzato negli anni diversi soggiorni vacanza per gruppi di pazienti psichiatrici seguiti dai Centri di Salute Mentale e Centri Diurni.

Le iniziative, che all’inizio avevano un mero carattere sperimentale, seguivano analoghe esperienze che i Servizi Psichiatrici di altre Regioni (Friuli, Toscana, ecc..) attuavano da tempo con successo.

Nella prospettiva di dare continuità, ma soprattutto riconoscimento terapeutico a tale iniziative, la U.S.L. n. 1 Imperiese ha adottato, nel 1999, un provvedimento deliberativo (delibera n. 1400) ritenendo necessario dettare disposizioni e direttive di natura generale per la regolamentazione dei soggiorni vacanza.

Con ciò si andava a riconoscere gli aspetti positivi di queste attività che si iscrivono nell’ambito terapeutico della riabilitazione psicosociale in

psichiatria e che fonda i propri interventi sulla prospettiva dell'interazione fra le caratteristiche dei pazienti (deficit comportamentali e disabilità sociale) e le caratteristiche dell'ambiente (fattori socio-culturali, disponibilità dei Servizi ecc.).

Pertanto compito specifico delle nostre attività riabilitative è di favorire il progressivo aumento dell'articolazione sociale tra il paziente psichiatrico e l'ambiente.

Il soggiorno assume quindi la connotazione di uno spazio terapeutico diverso dagli spazi terapeutici consueti (ambulatorio, domicilio, ospedale, ecc.) sia per quanto riguarda l'intensità della relazione (24 ore su 24) sia per le modalità che essa viene ad assumere nella nuova situazione.

Questa vicinanza rappresenta un'occasione di maggior conoscenza dei pazienti da parte degli operatori, nonché un'ulteriore stimolo per accrescere la fiducia nella relazione terapeutica.

La continuità terapeutica e il ruolo intermediario degli operatori consentono infatti quella funzione di contenimento necessaria ai pazienti per fare emergere risorse per il cambiamento.

Al tempo stesso, il confronto con contesti di "normalità" favorisce nei pazienti un adeguamento a norme comportamentali socialmente più evolute, che richiedono livelli di integrazione più complessi.

La funzione di intermediazione degli operatori consente inoltre al paziente di tollerare fasi di separazione dalla famiglia, indispensabili per accrescere i livelli di autonomia, e favorisce il superamento di modelli cronicizzati di comportamento, alimentati da relazioni familiari patologiche e disfunzionali.

Al contempo i familiari possono sperimentare, a loro volta, periodi di allentamento delle tensioni emotive relative alla presenza nel nucleo di un paziente psichiatrico.

Da queste premesse si deduce che le competenze professionali richieste per l'espletamento di tali funzioni terapeutiche, non possono che essere di alto livello di specializzazione, derivante dall'esperienza quotidiana e costante di rapporto che gli operatori dell'U.O. Assistenza psichiatrica hanno con le diverse e gravi forme psicopatologiche.

Va da sé che tali iniziative non possono essere ridotte a mera funzione assistenziale o ricreativa delegabile ad Enti o ad Agenzie del volontariato, ma si riferiscono a progetti terapeutico-riabilitativi peculiari dei Servizi Psichiatrici.

ORGANIZZAZIONE

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, gli elementi salienti possono essere così schematizzati:

- 1) i soggiorni vengono articolati per gruppi di pazienti in numero oscillante tra i 6 ed i 15 a seconda delle caratteristiche psicopatologiche e delle necessità assistenziali;
- 2) in base alla disponibilità organizzativa si potranno attivare in media 3-4 soggiorni all'anno per tutta l'U.O.;
- 3) viene costituito un "gruppo di lavoro" composto da varie figure professionali individuate in base alla spontanea adesione al progetto, con compiti sia organizzativi e di coordinamento delle attività tecniche che gestionali dei progetti vacanza.

Un operatore facente capo a tale gruppo di lavoro assume la responsabilità dell'iniziativa, nell'ambito delle direttive impartite dal primario dell'U.O.;

- 4) il rapporto operatori-utenti è mediamente di 1 a 3 e può variare sulla base di verificate necessità sanitarie, ma deve rimanere equilibrato per garantire gli obiettivi riabilitativi e di partecipazione degli utenti alle attività proposte;
- 5) il gruppo di pazienti che usufruisce del soggiorno è individuato in base alle condizioni psicopatologiche, ai bisogni ed agli obiettivi individuali del progetto terapeutico, di cui il soggiorno rappresenta un singolo aspetto;
- 6) la scelta della località in cui viene svolto il soggiorno deve offrire stimolazioni alla vita comune e consentire anche il mantenimento e prosecuzione di alcune attività programmate.

Verranno utilizzate varie soluzioni abitative (hotel, pensioni, cascine, case parrocchiali, campeggi, rifugi), a seconda delle caratteristiche del gruppo dei pazienti prescelti e degli obiettivi dell'esperienza, cercando di privilegiare soluzioni con costi contenuti e preferibilmente nell'ambito del turismo sociale e cooperativistico, prevedendo, in questo caso, la completa autogestione (pulizie dell'alloggio, preparazione pasti, ecc.);

- 7) i pazienti provvedono direttamente al pagamento delle spese di vitto, alloggio, trasporto e varie, in forma diretta o indiretta (pagamento da parte dei familiari, contributi ad personam da parte di Enti Locali, ecc..) che pertanto non gravano in alcun modo sulla A.S.L.;
- 8) in ogni occasione verranno stabiliti contatti con i Servizi Psichiatrici presenti nell'ambito territoriale della località turistica

prescelta, richiedendo e concordando appoggio e sostegno medico-assistenziale per eventuali situazioni di urgenza che si dovessero verificare;

- 9) è prevista anche la collaborazione e partecipazione ai soggiorni di volontari che abbiano maturato esperienza nell'attività di gruppo, di animazione, facenti capo ad organizzazioni o associazioni di volontariato;
- 10) si prevedono incontri presso i singoli Centri Diurni o C.S.M. proponenti l'iniziativa tra gli operatori, i pazienti ed i familiari sia per la fase di progettazione del soggiorno sia successivamente per riflessioni e considerazioni circa lo svolgimento dell'esperienza realizzata;
- 11) se necessario, in considerazione delle caratteristiche logistiche del luogo prescelto per il soggiorno, si potrà utilizzare un automezzo in dotazione all'U.O.;
- 12) si prevede, in ogni occasione di soggiorno, la normale copertura assicurativa per i dipendenti e per gli utenti prevista dalle vigenti normative e contratti;
- 13) anche l'organizzazione di gite e/o escursioni di durata giornaliera deve attenersi, per obiettivi, procedure, numero dei partecipanti ed operatori ai punti precedentemente indicati.

GRUPPO DI FAMIGLIARI DI PAZIENTI PSICHIATRICI GRAVI (PATOLOGIA SCHIZOFRENICA) CHE VIVONO IN FAMIGLIA

di Vio A.

Il contatto quotidiano, ambulatoriale e/o domiciliare, con i pazienti affetti da sindromi schizofreniche ci ha, con il passare degli anni, resi più sensibili ai problemi che l'intera famiglia deve affrontare nella gestione quotidiana del familiare ammalato. Ciò se grava, come spesso accade, su poche persone (1 o 2 genitori, 1 figlio, 1 fratello) le rende "quasi folli" portandole ad un legame che spesso produce ulteriore patologia e sofferenza a tutti i conviventi. Riteniamo inoltre, un vero e proprio delirio di onnipotenza dell'operatore psichiatrico non venire "a patti", non cercare di condividere i problemi di chi si trova tutti i giorni a contatto con un familiare che spesso manifesta comportamenti incomprensibili e imprevedibili.

Se con il paziente nevrotico può avere senso un lavoro prettamente individuale, con il paziente psicotico è ormai assodata la necessità di creargli intorno una rete in grado di rafforzarne tutti gli aspetti di personalità più sani e di tollerare i suoi comportamenti bizzarri.

Non sono forse i familiari i più vicini "nodi" della RETE che si stende o costruisce intorno ad una persona così vulnerabile che spesso ha trovato nella relazione con i parenti stessi una fonte di disagio, sofferenza e regressione? Il "bunker psicotico" spesso è favorito e mantenuto sempre così inaccessibile da relazioni parentali patologiche che è impensabile modificare (agendo solo in una direzione).

Il gruppo dei familiari è nato proprio da queste considerazioni e dalla convinzione che solo abbassando drasticamente il senso di colpa che ogni genitore (coscientemente o inconscientemente) prova per la "non riuscita" del figlio (statisticamente sono i genitori i componenti del nucleo familiare che maggiormente si fanno carico del paziente) si possa attuare un intervento terapeutico-riabilitativo efficace.

OPERATORI COINVOLTI

Si è scelto di avviare l'esperienza partendo dagli operatori che esprimevano una motivazione per questo progetto rinviando ad un momento successivo la costituzione di un gruppo di familiari con pazienti inseriti in Comunità terapeutiche.

Abbiamo scelto di escludere dal primo gruppo questi famigliari in quanto portatori di altre esigenze e obiettivi.

Gli operatori coinvolti sono:

1 Psicologo

1 Infermiere

1 tirocinante psicologo psicoterapeuta (iscritto ad una Scuola di terapia familiare).

OBIETTIVI ESPLICITI DEL GRUPPO

- 1) approfondire le modalità di comunicazione nella famiglia e favorire la propensione al cambiamento;
- 2) accogliere il disagio e la sofferenza che scaturiscono dal continuo confronto con chi non è in grado di vivere una vita autonoma favorendo l'interscambio e le risorse costruttive del gruppo;
- 3) proposte e sperimentazione di nuove ipotesi di relazione familiare;
- 4) misurare attraverso l'autovalutazione la "padronanza" delle situazioni difficili e il benessere / malessere in famiglia

ARTICOLAZIONE

Gli incontri si tengono a cadenza trisettimanale della durata di h.1 circa con non più di n. 8 /10 partecipanti.

In occasione del primo incontro i partecipanti si erano presentati con il proprio nome e cognome e non " padre di...", "madre di ...", si erano concordati luogo e tempi degli incontri e definito le modalità della discussione nel gruppo:

- parlare uno alla volta
- tenere conto de proprio spazio e tempo e di quello da lasciare a tutti gli altri
- dire solo ciò che sentiamo e non obbligare l'altro a parlare di cose di cui non si sente
- ogni parere, proposta, idea, suggerimento è a disposizione dell'altro perché lo possa utilizzare come crede
- obiettivo comune è stare meglio per potete aiutare chi ci è vicino ed è malato
- sottolineare nella sintesi dei temi trattati, gli aspetti di condivisione

MODALITA' OPERATIVE PER L'AVVIO DELL'ESPERIENZA

- Richiesta a tutti gli operatori del Servizio di segnalare familiari che si pensa possano utilizzare positivamente lo strumento del gruppo per poter discutere ed approfondire insieme i problemi che scaturiscono dalla convivenza con la malattia;
- colloqui individuali con i familiari del singolo paziente per spiegare loro le finalità del gruppo e valutarne le reali motivazioni;
- un incontro iniziale con il gruppo dei familiari risultati interessati ;

Il gruppo è iniziato il 17.04.2002 giungendo al XVII incontro al 19.05.2003. Ha evidenziato un forte interesse dei partecipanti.

Chi è assente ad un incontro viene sempre contattato per informarlo dell'incontro successivo, lo stesso partecipante si premura di informare sulla propria assenza.

SPUNTI PROPOSITIVI EMERSI:

Ricovero di sollievo: breve periodo di permanenza del paziente in una Comunità Terapeutica o altra soluzione residenziale (non più di 15 giorni) per consentire ai familiari curanti che desiderano una breve pausa (pochi giorni di vacanza o altro) di poterla realizzare sapendo il congiunto in un luogo "sicuro".

Per il paziente può altresì risultare un utile momento di distacco in cui si possono attivare elementi evolutivi e, per i terapeuti dello stesso, un momento di valutazione prognostica molto utile ai fini della progettualità terapeutica.

Utilizzo del role-play vissuto come strumento utile ad evidenziare i “punti deboli” della relazione con il familiare sofferente.

PROSPETTIVE FUTURE

- Si ritiene utile l’inserimento di ancora 1 o 2 familiari che possano fungere da stimolo e risorsa per il gruppo;
- aumentare gli stimoli che possano mobilitare energie costruttive per favorire l’aumento, anche minimo, di autonomie fra paziente e familiare;
- il gruppo non si è dato all’avvio alcuna scadenza temporale ritenendo ciò un elemento da affrontare in fase successiva, lasciando il gruppo e i suoi partecipanti nella completa disponibilità di scelta;
- i conduttori al riguardo ritengono di rifarsi, per quanto concerne la scadenza temporale, al modello dell’auto-mutuo aiuto che potrebbe diventare una eventuale prospettiva dei partecipanti al gruppo (con l’esclusione degli operatori psichiatrici).

PROGETTO GYMNASIUM

di Vassallo N.

PREMESSA

L'Unità Operativa Assistenza Psichiatrica dell'A.S.L. n.1 Imperiese, che svolge compiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici attraverso interventi articolati e complessi utilizzando operatori con professionalità diverse, adotta specifiche metodologie di lavoro in modo da fornire risposte appropriate alla molteplicità delle domande e alla complessità dei bisogni; tra i più importanti obiettivi vi è la riabilitazione psico-sociale che è la modalità di intervento terapeutico volta a favorire il reinserimento del paziente nel tessuto sociale e al recupero di abilità perdute o danneggiate, aiutandolo a riacquistare autonomia.

Una delle forme più sperimentate di riabilitazione è costituita dall'attività sportiva, in quanto offre più di altre l'opportunità di costruire reti di relazione e di aggregazione, favorendo l'acquisizione di competenze e di identità.

CONTENUTI

Con queste premesse nel corso dell'anno 2000 sono state avviate alcune attività di tipo sperimentale, propedeutiche alla costituzione di gruppi sportivi, e l'entusiasmo con cui i pazienti hanno risposto ha portato gli operatori a contattare i rappresentanti della U.I.S.P.(Unione Italiana Sport per Tutti) e dell'A.N.P.I.S. (Associazione Nazionale Polisportive Integrazione Sociale), per essere costantemente informati sulle iniziative delle altre sedi, sia a livello locale che nazionale.

Quindi la nostra Unità Operativa ha formulato nel corso dell'anno 2001 un progetto per il triennio 2001/2003, il "Progetto Gymnasium", che comprende attività sportive diverse con il coinvolgimento di pazienti ed operatori dei tre Centri di Salute Mentale, dei tre Centri Diurni e della Comunità Terapeutica.

Ci si è inoltre impegnati nella costituzione di una sezione dedicata allo Sport Sociale all'interno della Polisportiva "Corpo e Movimento", che ha come presidente un insegnante di educazione fisica particolarmente sensibile alle problematiche legate ai disturbi mentali, con sede in Imperia,, cui hanno aderito operatori, pazienti e loro familiari.

OBIETTIVI

Il significato di questa iniziativa è da ricercarsi nella funzione curativa, e quindi terapeutica, dell'attività sportiva in sé, soprattutto se svolta, ove possibile, in gruppo.

Il gruppo è visto come momento "privilegiato" in quanto all'interno di esso si possono vivere esperienze di appartenenza e di affermazione indispensabili per la costruzione di un "senso di sé" come persona che ha diritto di vivere e di occupare uno spazio affettivo: il gruppo diventa il luogo dove l'identità si sviluppa e si manifesta.

L'obiettivo fondamentale è dato dalla possibilità di offrire ai pazienti un'esperienza relazionale significativa dentro un "contenitore" capace di accogliere gli elementi frammentati del loro mondo interno.

Con la frequenza e la partecipazione ad un gruppo si acquisiscono quelle sensazioni ed emozioni che creano nella vita del paziente una "presenza emotiva interna", cioè lo spirito di gruppo.

Si è ormai appreso da precedenti esperienze consolidate nel tempo che per curare i disturbi psichiatrici gravi è necessaria una terapia a più livelli e che il solo interventi farmacologico e psicoterapico in senso classico non è sufficiente. E' utile quindi proporre allo psicotico forme di cura sempre più "vicine" alla sua storia personale cercando di costruire insieme con lui un percorso riabilitativo seguendo quelli che sono i suoi bisogni. Si sa che nella psicosi è profondamente alterato il senso dell'identità e che è necessario tentare di ricostruire per il paziente un "senso di sé" come persona, come soggetto in grado di esprimere emozioni, sentimenti, affetti: all'interno di un gruppo si può riuscire meglio a far defluire quelle sensazioni angoscianti che nascono dal mondo interno delle psicosi e che spesso non trovano espressione nel rapporto duale medico-paziente.

Altra caratteristica essenziale dell'attività sportiva è la funzione ludica con i suoi risvolti relativi alla capacità del gioco di creare quelle condizioni di vicinanza tipiche delle prime esperienze sane di vita: il gusto del "giocare insieme" è una sensazione che gli psicotici non hanno mai provato e quindi li porta a vivere esperienze nuove e calde con persone (gli operatori) disponibili a questo.

Inoltre il gioco aiuta ad esplorare il mondo e se stessi, "ci si mette in gioco" e progressivamente si acquisisce sicurezza e fiducia negli scambi relazionali.

Quindi il prepararsi insieme negli allenamenti per le partite, condividere il viaggio per le trasferte, mangiare insieme un panino, giocare e vivere insieme l'esperienza della frustrazione per il gol subito o dell'esaltazione per quello fatto, sono tutte emozioni che l'individuo prova se è in grado di

provarle, se il suo meccanismo mentale non è bloccato e poiché nelle psicosi tale blocco esiste è terapeutico favorire il vissuto di queste esperienze diluendole appositamente in un gruppo e quello sportivo è senza dubbio uno dei più adatti a tale scopo.

PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

Dall'inizio dell'esperienza ad oggi hanno partecipato a vari livelli di interesse e di presenza cinquanta pazienti delle tre sedi, Imperia, Sanremo e Ventimiglia, che hanno costituito una squadra di calcio maschile, i Red Sharks, ed una di pallavolo mista, con regolari allenamenti e partecipazioni a tornei; vi sono tre gruppi che frequentano le piscine una volta la settimana, un gruppo svolge attività di ginnastica in palestra e molti, individualmente, ma con il sostegno di un operatore di riferimento, praticano il nuoto e l'equitazione.

PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI

Sono impegnati in attività di accompagnamento ed allenamento gli Infermieri dei Servizi, mentre le Assistenti Sociali collaborano con gli Enti Locali per la formulazione dei progetti e per favorire la concessione di contributi da parte dei Comuni di residenza agli utenti che non sono in grado di procurarsi materiale sportivo o di pagare in proprio le spese di trasferte o soggiorni.

Un impiegato amministrativo provvede alla formulazione di delibere ed altre formalità istituzionali, mentre un Medico è il responsabile in generale di questa attività come di tutte quelle afferenti all'area riabilitativa.

ATTIVITA SVOLTE

Maggio 2000 e 2001, Genova, manifestazione Pallavolamente Insieme (con la partecipazione di n. 4 utenti).

Inverno 2001/2002, partecipazione al Torneo Regionale di Calcio "Giocando in Allegria" (con la partecipazione di n. 18 utenti).

Aprile 2002, Villetta Barrea partecipazione al Torneo di Pallavolo Nazionale "Parco Nazionale degli Abruzzi" (con la partecipazione di n. 10 utenti).

Giugno 2002, Trieste, partecipazione Torneo di Calcio con una selezione delle squadre della Liguria (con la partecipazione di n.2 utenti).

Giugno 2002, Genova, quadrangolare di pallavolo (con la partecipazione di n. 7 utenti).

Settembre 2002, Isola d'Elba, partecipazione manifestazione nazionale "Sottosopra", sport vari (con la partecipazione di n. 15 utenti).

Inverno 2002/2003, partecipazione al Torneo Regionale di Calcio "Giocando in Allegria", (con la partecipazione di n. 15 utenti).

INIZIATIVE IN PROGRAMMA

Giugno 2003, Pesaro, partecipazione manifestazione nazionale "Sottosopra", sport vari (con la partecipazione di n.16 utenti)

ENTI ED ASSOCIAZIONI COINVOLTI

A.N.P.I.S. – Associazione Nazionale Polisportive Integrazione Sociale

U.I.S.P. – Unione Italiana Sport per Tutti

Polisportiva Corpo e Movimento

A.L.F.A.P.P. – Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici

Società Sportiva Calcio Carlins Boys Sanremo

Comuni della Provincia di Imperia

PROGETTO “ALLOGGI PROTETTI” U.O. ASSISTENZA PSICHIATRICA

di Maccagno M.

PREMESSA

Nella rete di Strutture Residenziali extraospedaliere, finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione della patologia psichiatrica, si collocano anche gli “Alloggi Protetti”, soluzioni abitative da destinare ai pazienti che hanno raggiunto un buon grado di autonomia personale e la capacità di vivere da soli o in coabitazione con il supporto dei servizi psichiatrici.

Il P.O. Tutela della Salute Mentale inserisce le Strutture residenziali (e semiresidenziali) psichiatriche all'interno del modello organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale.

GLI ALLOGGI PROTETTI

Definizione: l'alloggio protetto è una soluzione residenziale a basso livello di protezione, bassa intensità assistenziale, alta valenza socioriabilitativa;

Finalità:

- offre soluzione abitativa stabile;
- fornisce supporto nelle principali attività della vita quotidiana;
- garantisce assistenza riabilitativa individuale;
- promuove attività di socializzazione;
- assicura assistenza psichiatrica al domicilio.

Utenza: pazienti in carico all'U.O. Assistenza Psichiatrica, dimessi da Strutture residenziali senza possibilità di rientro in famiglia e/o in grado di vivere da solo, con un certo grado di autonomia, con necessità di supporto psichiatrico e psicosocioeducativo.

Requisiti per ammissione:

- patologia psichiatrica grave in fase di compenso;
- adesione al progetto terapeutico del paziente e dei familiari;
- discreto grado di autonomia nelle aree principali;

Nell'ambito dell'A.S.L. n.1 Imperiese l'offerta di soluzioni residenziali (CT, RSA Psichiatrica) risulta, ad oggi, sufficientemente adeguata al fabbisogno rilevato dai Centri di Salute Mentale, salvo che per le strutture a bassa protezione e per gli alloggi protetti in particolare.

Il fabbisogno di soluzioni abitative a bassa intensità assistenziale, in base ad una valutazione delle esigenze assistenziali espresse dai pazienti in carico, è stato stimato in 6/8 posti letto, ed ha quindi imposto all'ASL 1 uno sforzo progettuale di nuove soluzioni abitative integrate alla rete residenziale e semiresidenziale psichiatrica extra ospedaliera esistente.

I requisiti strutturali che sono stati richiesti prevedevano di orientare la scelta su immobili di civile abitazione (casa indipendente o appartamento in condominio), ubicati in centri urbani, facilmente accessibili e serviti dai mezzi pubblici, con lo spazio necessario ad accogliere 2/3 persone, attrezzati come "una casa".

Nel corso del 2002 si è pertanto avviata una fase di ricognizione della fattibilità di tale progetto, la valutazione dell'impegno finanziario che veniva richiesto, i contatti e gli accordi con il privato sociale affinché si arrivasse all'attivazione di 2/3 alloggi protetti in cui potevano trovare abitazione ed assistenza 2/3 pazienti per ogni appartamento.

IPOTESI PROGETTUALE

Premesso che spetta al Centro Salute Mentale la valutazione, la presa in carico del paziente e dei suoi familiari e la predisposizione del progetto terapeutico che sarà realizzato in ogni sua fase in luoghi diversi di cura (ambulatorio, domicilio, Comunità Terapeutica, Centro Diurno, SPDC), sono state ipotizzate, discusse e valutate due diverse soluzioni organizzative di alloggi protetti.

IPOTESI A: Gestione degli Alloggi Protetti da parte dell'U.O. Assistenza Psichiatrica che prevedeva le seguenti azioni:

- 1) individuare e reperire le unità immobiliari da adibire allo scopo e verificare l'esistenza dei requisiti anche in relazione alla accoglienza (da parte della popolazione);
- 2) integrare il personale dipendente con 2 Infermieri Professionali e 2 Educatori e 1 Medico specialista in Psichiatria.

IPOSTESI B: Gestione degli Alloggi Protetti in forma mista con la collaborazione in regime di convenzione con l'associazione del privato sociale denominata A.A.S.P., prevedendo quindi:

1) alla Dirigenza Medica dell'U.O. Assistenza Psichiatrica spetta la titolarità del progetto, la presa in carico del paziente, la valutazione, la formazione del personale, ecc.

2) alla AASP onlus spetta l'individuazione delle unità immobiliari idonee allo scopo e la gestione quotidiana affiancando i pazienti con operatori che garantiscano una presenza "in casa" per diverse ore settimanali (1 I.P. per 2 ore/giorno per ogni alloggio, 1 Educatore per almeno 2 ore/giorno per ogni alloggio, 1 Psicologo per 2 ore/giorno complessive).

SOLUZIONE PRESCELTA

Nei primi mesi dell'anno in corso l'ASL 1 definisce l'affidamento alla AASP, in regime di convenzione, la gestione di due appartamenti protetti, in condominio, uno nel centro storico del comune di Imperia, l'altro nel comune di Riva Ligure, in ciascuno dei quali si prevede risiederanno tre utenti con disagio mentale.

L'AASP garantisce pertanto la presenza di personale che affianca, collabora, suggerisce e controlla il paziente nel suo percorso di autonomia, impegnandolo nella ricerca del miglioramento della qualità della vita:

- personale di assistenza infermieristica per due ore al giorno per ogni alloggio
- personale di assistenza socio-sanitaria (educatore, O.S.S., ecc.) per due ore al giorno per ogni alloggio
- personale di supporto psicologico con funzioni di coordinamento per dieci ore settimanali complessive sui due alloggi

A tale personale viene richiesto di operare in integrazione con l'équipe curante del Centro Salute Mentale e secondo le indicazioni del Medico Responsabile del Progetto terapeutico del paziente.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

L'intervento di supporto al paziente nella sua nuova abitazione si articola, in relazione al progetto terapeutico individuale, nelle attività e nei processi assistenziali indicati:

- attività indirizzate alla acquisizione e/o al mantenimento della autonomia personale nelle principali aree: igiene personale, dell'ambiente, della alimentazione, gestione del denaro;
- attività riabilitative mirate alla acquisizione e/o mantenimento delle capacità comportamentali, cognitive e affettivo-relazionali;
- supporto nella assunzione della terapia farmacologica;
- attività di socializzazione e occupazionale.

SPESE

L'atto di convenzione ASL/AASP prevede che le spese di funzionamento e gestione degli alloggi vengano sostenute dall'AASP che otterrà un rimborso degli oneri per affitto, utenze, spese condominiali e spese operatori da parte dell'ASL.

Gli arredi sono messi a disposizione dall'AASP.

E' prevista la partecipazione degli utenti alle spese di mantenimento (acquisto generi alimentari, spese personali, per la cura della persona e pulizia dell'alloggio) direttamente o attraverso un sostegno economico del Comune di residenza.

E' stato previsto, come condizione indispensabile per la piena funzionalità della struttura, un training formativo per l'acquisizione di competenze di base rivolto al personale addetto all'assistenza negli alloggi.

TEMPI

Superata la fase di definizione degli accordi e rapporti tra ASL e AASP, l'impegno organizzativo sarà strutturato nelle seguenti fasi:

- a) presentazione, discussione e valutazione delle situazioni socio sanitarie dei pazienti proposti per gli alloggi protetti tra l'équipe curante e l'équipe accogliente dell'AASP
- b) analisi delle esigenze assistenziali e predisposizione del progetto di "vita"
- c) presentazione del paziente agli operatori AASP
- d) presentazione e predisposizione di spazi di incontro preliminari fra i pazienti che si ipotizza condivideranno l'alloggio
- e) definizione e condivisione di un contratto di convivenza (regole, limiti ecc.)
- f) avvio del funzionamento dell'alloggio
- g) elaborazione e predisposizione di una scheda di osservazione riferita al periodo precedente l'ingresso in casa
- h) elaborazione e predisposizione di una scheda di valutazione in itinere dell'inserimento in appartamento

D.S.M. A.S.L. 5 Spezzina

Gruppo di lavoro:

- Daniela CAMPAGNOLO
- Gualtiero GUERRINI

INTERVENTI IN AMBITO LAVORATIVO

di Bertagnini S., Bisagno R., Campagnolo D., Casale L., Ferdani E.

Il Servizio Sociale del D.S.M. della V ASL Spezzino si compone di 5 unità (delle quali due part-time) e si occupa dal 1988 di inserimento lavorativo. Nel corso di questi anni si è lavorato tenendo conto del fatto che:

- 1) il lavoro è un luogo di notevole rilevanza psicologica per tutti, non solo per i pazienti psichiatrici, in quanto mezzo principale di sopravvivenza e di soddisfacimento di bisogni materiali, ma anche perché buona parte delle interazioni sociali sono connesse al lavoro
- 2) l'inserimento lavorativo in presenza di deterioramento delle performances sociali richiede sempre un approfondimento delle conoscenze in ambito sociale del paziente, approfondimento utile per tutti gli operatori del Servizio.
- 3) Vi possono essere valenze sia positive che negative nell'inserimento di pazienti psichiatrici: si pensa di poter individuare come valori positivi il riconoscimento di un'identità sociale attraverso un ruolo professionale (rafforzamento e stabilizzazione dell'io) e il senso di appartenenza ad un gruppo che argina la sensazione di esclusione e di isolamento; tra le valenze negative si rilevano aspetti destabilizzanti quali richieste e aspettative del contesto lavorativo che scatenano pericolosi sforzi di adattamento richiesti dall'organizzazione produttiva, climi relazionali troppo conflittuali e/o competitivi. Alla luce di queste considerazioni e con l'esperienza di tutti questi anni oggi si pensa al lavoro per i pazienti psichiatrici non come tappa riabilitativa obbligatoria e generalizzata, ma come possibilità esperienziale.

Nel territorio di nostra competenza (Provincia di Spezia) al 31-12-2002 erano attivi n. 63 inserimenti lavorativi dei quali:

Borse lavoro sperimentate-formativa	n. 34
Esperienza socializzante	n. 22
Borse lavoro finalizzate all'assunzione	n. 7

così suddivise :

Ambito 1 La Spezia	n. 26
Ambito 2 Val di Vara Riviera	n. 9
Ambito 3 Sarzana	n. 28

Persone che negli ultimi 2 anni hanno trovato occupazione in seguito a borse lavoro: n. 9

Persone che hanno frequentato corsi di formazione: n. 33

Nei 2002 a seguito di corsi di formazione professionale ISFORCOOP si é costituita con grande difficoltà la cooperativa sociale PEZZI DI LEGNO che svolge la propria attività nel settore della falegnameria.

Attualmente la cooperativa è composta da 9 pazienti dei quali 7 pazienti psichiatrici.

Le difficoltà maggiori che incontriamo per gli interventi riabilitativi con finalità lavorative a favore dei pazienti sono state:

- 1) l'intensa e pressante attività quotidiana degli operatori sociali Dipartimento di Salute Mentale non consente un adeguato investimento di tempo/lavoro per elaborare una ricognizione strutturata dei possibili ambiti lavorativi.
- 2) atteggiamenti di pregiudizio nei confronti della malattia mentale
- 3) effettivi sbocchi professionali successivi al periodo di inserimento per la difficoltà a mettere in pratica i dettami della legge 68/99.

Dati sulle borse lavoro per 63 pazienti ASL 5 Spezzino

anni 20-30: otto
 anni 30-40: trenta
 anni 40-50: ventitre
 oltre 50: due

licenza elementare: cinque
 licenza media: trentatre
 licenza superiore: diciannove
 laurea: quattro
 corso professionale: due

maschi: quarantuno
femmine: ventidue

inserimenti

privato cooperativa: ventiquattro

privato associazione: quattro

privato azienda: otto

privato artigiano: sei

ente pubblico: ventuno

IL GRUPPO DEI PAZIENTI LAVORATORI

di Franceschi P., Campagnolo D.

Nell'ambito del Centro di Salute Mentale del Servizio di Sarzana ASL 5 Spezzino si è costituito circa 2 anni fa il gruppo " Problemi del lavoro" .

Per farvi capire come siamo arrivati a questo tipo di esperienza è necessario illustrare come i dati di richieste d'inserimento lavorativo rilevavano il bisogno di essere gestiti in maniera diversa dal passato.

Infatti dal 95 ad oggi c'è stato un aumento delle richieste d'inserimenti lavorativi (nel 95 erano 10 e 12 in attesa di trovare un inserimento lavorativo), attualmente sono 29 gli inserimenti lavorativi suddivisi in :

- 3 inserimenti sperimentali
- 10 percorso formativo
- 6 socializzanti
- 10 inserimenti lavorativi standard
- 17 in attesa tra socializzante ed inserimento lavorativo vero e proprio.

L'aumento è stato quasi del 200% per quanto riguarda gli inserimenti attuati, e del 50% per quanto riguarda quelli in attesa: da questi dati è stato rilevato il bisogno di gestire in modi diversi rispetto al passato le questioni riguardanti l'inserimento lavorativo.

Considerando che c'è un'unica assistente sociale nel nostro servizio, è stato necessario coinvolgere altri operatori tra cui un educatore del Centro Diurno (visto che il compito del Centro Diurno è quello di accompagnare la persona verso un percorso di autonomia che vede nel raggiungimento del lavoro una tappa fondamentale), ed inizialmente un infermiere del Servizio territoriale successivamente sostituito da un secondo educatore professionale per il trasferimento dell'infermiere.

La scelta di utilizzare 3 persone per la gestione del gruppo è legata ad un percorso formativo in quanto sarà necessario far nascere altri gruppi.

Prima di iniziare il gruppo l'assistente sociale ha frequentato un corso per circa 1 anno per conduttori di gruppo.

Il gruppo denominato " Problemi del lavoro " è partito nel Febbraio 2000: ci incontriamo ogni 15 giorni, nella fase iniziale si tenevano delle riunioni mensili di valutazione relative all'andamento del gruppo.

Come operatori, successivamente, abbiamo sentito l'esigenza di coinvolgere la psicologa dott.ssa Gaetti, responsabile del centro Diurno, per fare un lavoro di supervisione.

Questa nostra scelta ci ha permesso di mettere meglio a fuoco alcuni aspetti e dinamiche del gruppo, quindi di migliorare la qualità del nostro lavoro .

Inizialmente il gruppo puntava sull'informazione per trovare lavoro, successivamente, grazie anche ad un percorso emotivo fatto insieme, è stato dedicato uno spazio per permettere ai partecipanti del gruppo di condividere e affrontare paure, ansie che si possono trovare nell'ambito lavorativo.

Vogliamo sottolineare che non è un gruppo terapeutico ma che può essere terapeutico il condividere con altri problemi simili.

Un altro obiettivo legato al percorso dell'autonomia individuale e del gruppo è stato quello di confrontarci con altri tipi di esperienze fuori dal servizio.

Sia gli operatori che le persone che partecipano al gruppo hanno frequentato corsi di sensibilizzazione di auto-mutuo-aiuto, preso contatto con gruppi di auto-mutuo-aiuto di Trento, Savona, e Genova.

Abbiamo stretto contatto con il gruppo di auto-mutuo-aiuto di Massa-Carrara partecipando al coordinamento regionale toscano di gruppi di auto aiuto e invitandoli anche presso la nostra sede.

Ci siamo collegati con l'AFAP organizzando un incontro nella nostra zona, abbiamo partecipato agli incontri con la Consulta Ligure sui problemi della psichiatria, abbiamo partecipato ai dibattiti del "forma lavoro" e all'inaugurazione della sede "pezzi di legno" attività che sta cercando adesso una nuova sede.

Dopo circa 2 anni di lavoro oggi vogliamo dirvi a che punto siamo: il gruppo è formato da 15 persone con una partecipazione media di 8-9 ad ogni incontro.

Hanno ruotato intorno a questo gruppo un totale di 19 persone (in quanto è un gruppo aperto a nuovi inserimenti).

Volendo dare degli ulteriori dati relativi ai percorsi individuali:

- il 25% ha trovato lavoro
- il 21% frequenta corsi di formazione
- il 16% ha ottenuto una qualifica professionale
- l'11% frequenterà una borsa lavoro finalizzata all'assunzione
- l'11% frequenta una borsa lavoro non finalizzata all'assunzione
- l'11% attualmente ha interrotto il percorso del gruppo
- il 5% nuovi inserimenti.

Abbiamo voluto condividere questa esperienza in questa sede per sottolineare che anche con poche risorse si possono fare delle cose ed è giusto farle anche perché il rischio di svuotare di significato un'esperienza importante come il lavoro sarebbe una grave perdita per gli operatori e per gli utenti.

Questo tipo di esperienza oltre ad averci arricchito personalmente ci ha stimolato e ci stimola professionalmente.

Tenendo sempre fermo che comunque per noi operatori la frase che in qualche modo sintetizza il nostro modo di vivere la nostra professione, e credere nel nostro lavoro è “la speranza è quella cosa con le piume abbarbicata all’anima”.

Riportiamo a seguito due testimonianze:

1_ Sono in cura presso il Centro di Salute Mentale di Sarzana dal 1995 in quanto colpita da una grave forma di depressione .

Oggi, dopo anni di cure e di assidua e capillare assistenza da parte del servizio posso dire di avere raggiunto la serenità auspicata; non sono più prigioniera del conflitto interiore che mi rendeva la vita quotidiana sofferente.

Le esigenze più elementari diventavano per me difficili da esplicitare. Ad ogni ricaduta dovevo ricominciare da capo ricostruendo giorno dopo giorno, il mio rapporto con la famiglia e con la società.

Con il tempo la negatività, i sensi di colpa, l’immobilità nei confronti di un mondo sempre più dinamico che non aspetta chi resta indietro si sono attutiti. E’ scattata in me quella forza interiore che fa reagire ad una situazione in cui gli eventi prendono il sopravvento lasciando il posto all’impotenza.

Ed è proprio per ristabilire, oltre che le terapie, abitudini, ritmi di vita, nuove prospettive per il futuro che è importante un servizio territoriale valido e sempre presente nel momento del bisogno.

Nel Gennaio del 2000 si è costituito presso il Centro un gruppo di “discussione” del quale faccio parte insieme ad una decina di persone. Durante le riunioni ci confrontiamo, ci consigliamo a vicenda su come possiamo reinserirci nel mondo del lavoro in maniera più solida e con una nuova vitalità. Ragionando sulla realtà attuale troviamo insieme soluzioni ai vari quesiti che volta per volta emergono.

Per prepararci ad un futuro più facile rispetto al vissuto si segue il percorso che viene ritenuto più congeniale ad ognuno di noi, facendo corsi di specializzazione o riqualificazione ed inserimenti in determinate realtà lavorative; tutto ciò avviene gradualmente per abituarci a riprendere coscienza delle nostre capacità.

Per migliorare la vita delle persone assistite, presso il Centro Diurno vengono proposte varie attività, io seguo con interesse quella teatrale. E’ importante, per me, svolgere attività di gruppo in quanto mi aiuta a superare le mie insicurezze.

Le strategie del vivere sono davvero tante, è essenziale saperle cogliere, ed è grazie al lavoro di competenti dirigenti ed operatori che credono in ciò che fanno, che noi assistiti siamo spronati ad afferrarle. Dalla depressione si può guarire, bisogna crederci, e anche se il tempo perduto non si può più recuperare occorre guardare avanti con fiducia e saper chiedere aiuto quando questo è necessario.

2_ Mi chiamo Paola, ho 40 anni e racconto della mia biografia iniziando a parlare della mia adolescenza, quando in tale periodo ho cominciato ad avere problemi con l'alimentazione e questo è stato determinante per il proseguimento della mia vita futura, infatti sono passata ad avere periodi di anoressia alternati a bulimia ed anche tutt'oggi dopo molti anni di costante cura e assistenza medica pur essendo migliorata nettamente, continuo ad avere un rapporto difficile con il cibo. A seguito di questo sono caduta in un forte stato depressivo che mi ha portato all'apatia totale, mancava quindi di qualunque interesse e motivazione per tutto ciò che mi circondava, ma cosa più grave disinteresse per la vita.

Questo mi ha creato molti problemi, tra cui ricoveri continui in ospedali psichiatrici, prendendo molti psicofarmaci, e pure l'allontanamento dalla famiglia, ora vivo separata e i miei figli a causa del mio stato mentale sono stati assegnati dal Tribunale al padre, fortunatamente sono migliorata, ho trovato un po' di stima in me stessa, e ho voglia di combattere, ricominciare anche se con molta fatica ma con tanta forza di volontà che solo ora viene fuori avendo superato il periodo acuto della mia malattia, frequento infatti un gruppo di persone che come me ha conosciuto la malattia.

Ma tutti noi assistiti e spinti in modo continuativo e assiduo da assistenti sociali che grazie al loro impegno ci danno il morale e la forza di andare avanti nel miglior modo possibile per esempio frequentando corsi di formazione professionale o lavoro.

Per concludere voglio dire che dalla depressione se ne può uscire, anche se con molta difficoltà, e riprendere a vivere e forse un giorno a guarire del tutto.

Per quanto mi riguarda ho iniziato un corso, di specializzazione come ragioniera ad Ottobre e finisce il 13 Giugno, ora devo sostenere ancora l'esame, spero vada bene perché ci ho messo tutto il mio impegno, è stata un'esperienza positiva che mi ha fatto sentire più partecipe nel sociale ed ho acquistato ancora di più stima in me stessa, perché finalmente ho raggiunto un obiettivo ed è la prima volta dopo tanti anni.

Di questo devo ringraziare molto il gruppo a cui appartengo che mi ha spronato molto nel farlo.

ATTIVITÀ TEATRALE CENTRO DIURNO SARZANA

di Gaetti A.

Il Centro Diurno Psichiatrico di Sarzana ha iniziato nell'Ottobre del 2000 un'attività teatrale con laboratori espressivi condotti da una regista.

Gli obiettivi iniziali erano quelli di utilizzare l'arte come mezzo per facilitare la comunicazione, la creatività e di sperimentare modalità diverse di espressione.

Un altro obiettivo per l'équipe del Centro Diurno era quello di avvicinare la realtà esterna (popolazione) al disagio psichico affinché quest'ultimo non venisse sempre unicamente vissuto come luogo del disagio e della vergogna.

Anche per questo motivo nel 2002 è stata istituita un'Associazione ONLUS "Acchiappasogni" (composta da familiari, operatori, e ospiti del Centro Diurno) che si propone di creare opportunità di lavoro e socializzazione nell'area del disagio psichico.

Tale Associazione dà il proprio contributo anche per le attività legate al teatro.

Dai laboratori espressivi, nel 2002 siamo approdati alla formazione di una compagnia teatrale "IPERTESI" composta da volontari, operatori, ospiti del Centro diurno e utenti del Servizio di salute mentale.

In questa seconda fase è stata portata in scena "HOPE" una commedia liberamente tratta dal film "Nel bel mezzo di quel gelido inverno" di Kenneth Branagh.

Dall'inizio del 2003 sono state fatte diverse rappresentazioni, alcune nella nostra provincia (La Spezia) ed una in Emilia.

Inoltre il lavoro è stato selezionato all'interno del concorso internazionale "Teatro in psichiatria" tenuto a Massa nel Giugno 2003.

OBIETTIVI E PROGRAMMAZIONE

1- Questa esperienza ha certamente contribuito ad avvicinare il territorio alle problematiche del disagio psichico, ha inoltre evidenziato la valenza terapeutica di questo tipo di attività.

A questo punto del percorso ci sembra però opportuno mettere a profitto le competenze acquisite in questo periodo dai membri della compagnia.

L'equipe del Centro sta quindi lavorando per cercare valide occasioni occupazionali per i nostri utenti anche con l'apporto della associazione "acchiappasogni".

2- Continuare le rappresentazioni di questo spettacolo per circa un anno anche all'interno di convegni, manifestazioni pubbliche, ecc

3- E' in fase di studio il progetto per la richiesta di un finanziamento per la realizzazione di un film su questo lavoro.

4- E' inoltre in fase di progettazione l'organizzazione di corsi di formazione al lavoro nell'area dello spettacolo per utenti del Servizio Salute Mentale di Sarzana.

PROGETTO DI SERVIZIO CIVILE

di Bertagnini S.

Nel 2002 è stato elaborato un progetto di Servizio Civile che prevede l'inserimento all'interno del DSM di dieci volontari con decorrenza 01/09/2003 .

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare le attività educative e sociali nell'ambito di esistenti percorsi riabilitativi formulati dagli operatori del D.S.M.. I ragazzi volontari possono partecipare al processo in atto nella Provincia della Spezia di diffondere sul territorio la cultura ed il significato del volontariato così da poter far crescere una coscienza di "cittadinanza attiva" sia nella percezione della diversità che nella risoluzione delle problematiche di natura psichiatrica. Dopo una formazione tecnica specifica svolta da numerosi operatori del DSM, i volontari lavoreranno all'interno dell'équipe delle sedi di assegnazione.

I volontari, dopo la formazione, svolgono le seguenti attività all'interno dei gruppi di lavoro e/o dell'équipe delle sedi di assegnazione:

A) c/o Centri di Salute Mentale

- Informazione e promozione delle prestazioni a favore dei malati psichiatrici in collaborazione con le Associazioni Familiari Malati Psichiatrici (es.: giornalino Centro Diurno, giornalino A.S.L., sito A.S.L.);
- rilevazione, in collaborazione con operatori del C.S.M., delle attività produttive presenti sul territorio disponibili ad accogliere pazienti giovani - adulti per un percorso formativo e/o lavorativo;
- collaborazione con gli operatori del C.S.M. per progetti di deistituzionalizzazione di pazienti giovani - adulti, collaborazione con gli operatori dei C.S.M. nella realizzazione di progetti riabilitativi individuali, tendenti alla riacquisizione di abilità sociali esterne all'ambiente domestico anche attraverso l'utilizzo di autovetture ASL. In particolare si prevede la necessità di sostenere e di offrire abilità propedeutiche alla frequentazione di Centri Diurni e Riabilitativi, corsi di formazione professionale, inserimenti lavorativi. Si tratta di una sperimentazione guidata di abilità necessarie alla vita quotidiana quali: capacità di muoversi nel territorio, di

fruire di servizi di trasporto, di avvalersi di infrastrutture quali banche, uffici postali, etc.;

- Favorire iniziative spontanee di aggregazione di piccoli gruppi di pazienti per momenti di incontro al di fuori di percorsi istituzionali;
- Collaborare allo svolgimento di gite, week-end, soggiorni estivi;

B) c/o Centri Diurni ~

- Possibilità di sperimentare ipotesi di ampliamento dell'orario di apertura del Centro Diurno nei giorni prefestivi e festivi con attività ricreative e di animazione rivolte anche a pazienti che di norma non usufruiscono di tale servizio;
- attività di accompagnamento da e per il Centro Diurno di pazienti in difficoltà;
- collaborazione con il personale educativo per il servizio mensa;

C) c/o Alloggi Protetti

- attività di sostegno alle attività proprie della vita quotidiana del gruppo dei pazienti ospiti;
- attività di animazione anche attraverso la costituzione di laboratori e ateliers;

GRUPPI CON I FAMILIARI, DELLE FAMIGLIE E DI AUTO-AIUTO, INIZIATIVE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE SU QUESTI TEMI

di Valentini C., Guerrini G.

Al Centro di Salute Mentale La Spezia EST fa riferimento una popolazione di circa 60.000 abitanti, sin dalla sua apertura nel 1990 si è dedicata una particolare attenzione alle famiglie sia per formazione specifica di alcuni operatori o per l'interesse di altri pur provenienti da diverso tipo di formazione, sia per le richieste formulate dai familiari dei pazienti più gravi. Si è iniziato con interventi di terapia familiare riprendendo modelli appresi presso i Centri di Terapia familiare privati : è stata utilizzata una stanza per la terapia familiare con specchio unidirezionale, telecamera e videoregistratore; molti dei familiari che fanno parte attualmente dell'associazione familiari pazienti psichiatrici hanno avuto la "pazienza" di aiutarci nell'apprendere e mettere in pratica le tecniche della terapia familiare.

Gli incontri erano estesi dalle famiglie con un membro psicotico ad alcune famiglie in cui era presente un problema di tossicodipendenza, di doppia diagnosi o di disturbo alimentare attraverso la creazione di un team di lavoro con psicologi del SERT a formazione di tipo relazionale.

Il ricambio degli operatori, la difficoltà di mantenere un setting adeguato a livello pubblico (comportamenti disadattivi da parte del paziente che mal sopportava la seduta di un'ora o boicottava direttamente o indirettamente tramite il familiare la seduta stessa costringendo a modifiche del setting con maggior difficoltà di gestione, manutenzione dell'attrezzatura divenuta ormai obsoleta con tempi tecnici che a livello pubblico si allungano) hanno progressivamente ridotto gli interventi di questo tipo, mentre nel tempo sono comparse più frequentemente richieste per consulenza di coppia o familiari con problemi relazionali con minor carico psicopatologico.

Nel periodo di formazione dell'associazione familiari attuale, che è figlia della precedente sezione A.R.S. Spezzina, il Centro di Salute La Spezia Est ha avuto un ruolo importante nell'informare tutti familiari degli utenti che frequentavano il Centro sulle iniziative finalizzate alla creazione di tale associazione e nel mettere inizialmente a disposizione uno spazio per le prime riunioni in attesa di una sede propria.

Nell'ottobre 2001 l' A.F.A.P. (Associazione familiari ammalati psichici) ha organizzato un incontro con educatori del Servizio Salute Mentale di Trieste e siamo rimasti favorevolmente sorpresi dal fatto che il maggior numero di familiari presenti erano quelli che facevano riferimento al nostro

Centro: questo ci ha confermato nel nostro intervento di sensibilizzazione nel corso degli anni e ci ha indotto a continuare su questa linea con alcune modifiche al nostro tipo di intervento.

IL GRUPPO CON I FAMILIARI

Il considerare il nostro Centro punto di riferimento non solo tecnico ma anche supportivo delle iniziative e delle proposte del nuovo organismo ha dato la spinta propulsiva per un gruppo condotto da operatori con i familiari dei pazienti seguiti presso la nostra sede, che ha cominciato a riunirsi nel novembre 2001 fino all'aprile 2002 con incontri di un'ora ogni tre settimane.

Esistevano dei presupposti teorici comuni al nostro intervento: riguardavano il modello stress - vulnerabilità della schizofrenia che può essere esteso ad altre malattie mentali, e la considerazione della famiglia come alleato prezioso nel percorso riabilitativo del paziente.

Se il disturbo mentale può manifestarsi quando la combinazione dei fattori stressanti e della vulnerabilità del soggetto superano la sua capacità di adattamento, l'incontro di gruppo può agire sul primo fattore attraverso vari strumenti: la discussione dei problemi quotidiani e l'individuazione degli elementi stressanti, il rafforzamento di alcune capacità adattive e l'apprendimento di nuove, il supporto l'uno verso l'altro tramite la condivisione.

Non abbiamo adottato interventi strutturati di tipo psicoeducativo ma abbiamo dato importanza all'informazione ed ad un approccio "supportivo".

Il gruppo è stato mantenuto come struttura aperta con la possibilità per i familiari vecchi e nuovi di scegliere se e quando partecipare.

Sin dalle prime riunioni è apparsa evidente la duplice tematica portata dai familiari: quella manifesta delle questioni di ordine pratico, la necessità di più contratti di borse lavoro, la mancanza di alloggi protetti e la carenza di personale tecnico di supporto a tale progetto, la mancanza di figure di accompagnatore/ educatore da affiancare alla famiglia nel percorso riabilitativo e quella più nascosta e più sofferta dei vissuti personali del familiare di fronte ad un figlio che non riesce a " spiccare il volo", a trovare la sua autonomia, prova ma ritorna sempre indietro.

Il primo tema ha prodotto nel gruppo dei familiari la tendenza a criticare e rivendicare cercando risposte dagli interlocutori-operatori come esistessero due opposti schieramenti fra chi ha il potere-diritto di chiedere e chi ha potere-dovere di rispondere nel modo più possibile immediato ed esauriente.

Questo, apparentemente più scontro che incontro, ha fatto emergere il secondo tema: l'impotenza e la solitudine provati sia dai familiari che dagli operatori.

L'emergenza di questi aspetti emotivi nei familiari non è avvenuta in modo diretto e consapevole ma attraverso un movimento verso l'esterno di ricerca di esperienze di associazionismo utenti-familiari presso altre ASL, che per un determinato momento si è incentrato sull'esperienza dell'auto-aiuto di Massa.

INIZIATIVE PUBBLICHE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Il movimento creato da questo gruppo ha portato all'organizzazione di un primo incontro pubblico di operatori, familiari, utenti organizzato il 7 giugno 2002 dal Dipartimento di Salute Mentale in collaborazione con l'AFAP (Associazione familiari ammalati psichici) dal titolo " Dare voce agli utenti ed alle famiglie", Gruppi coordinati da Servizi di Salute Mentale e gruppi di auto-aiuto delle Associazioni e di questa giornata si è arrivati alla pubblicazione di un fascicolo con le relazioni.

Successivamente è stato organizzato un secondo incontro il 7 dicembre 2002 " Dare voce agli utenti ed alle famiglie, Salute Mentale e Giustizia" in cui sono stati trattati i temi del trattamento sanitario obbligatorio e del " con noi dopo di noi", la tutela degli interessi della persona con sofferenza psichica.

Dall'autunno 2002 i familiari dell'AFAP hanno progettato e poi organizzato un loro gruppo autonomo con cadenza quindicinale condotto da un facilitatore della LIDAP (Lega disturbi di attacchi di panico) con caratteristiche simili ad un gruppo di auto-aiuto.

Dal novembre 2002 un'infermiera ed un'assistente sociale del Centro di Salute Mentale hanno iniziato a frequentare un corso per l'intervento psicoeducativo sulle famiglie con paziente schizofrenico condotto dalla prof.ssa Magliano della Clinica Psichiatrica della Seconda Università Di Napoli (Direttore: prof. Maj)

Sempre nel corso del 2002 il Dipartimento di Salute Mentale ha chiesto la collaborazione del Servizio di Salute Mentale di Trento dove sono già sviluppate le pratiche della mutualità per organizzare un corso sull'auto-aiuto condotto da Renzo De Stefani, Responsabile del Servizio di Salute Mentale di Trento e Roberto Cuni coordinatore nazionale dei Gruppi AMA. Il corso di sensibilizzazione e formazione alla cultura della mutualità " Gruppi di auto-aiuto", organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale e dall'Unità operativa Attività infermieristiche V ASL con accreditamento

E.C.M. si è poi tenuto il 7 ed 8 febbraio 2003 con la partecipazione di gruppi di auto-aiuto di Genova, Savona e Parma ed è stato frequentato da personale ASL di diversi servizi territoriali ed ospedalieri.

Successivamente è stata progettato ed organizzato il 13 giugno 2003 un incontro interregionale “Le parole ritrovate” Culture e pratiche di condivisione nelle politiche di salute mentale con la presenza sempre dei due conduttori della Salute Mentale di Trento, del presidente UNASAM e di gruppi della Liguria e della Toscana.

Nel corso di questa giornata è sta organizzata una tavola rotonda sulle famiglie, una “Formazione ed inserimento lavorativo” con la partecipazioni di alcune cooperative e di un'altra “Socializzazione e cittadinanza attiva” su i giornali e le iniziative di informazione organizzate da Centri di Salute Mentale, Centri Diurni e gruppi di auto-aiuto.

In seguito ai progetti del 2002, nel marzo 2003 è iniziato un gruppo di auto-aiuto a cadenza settimanale in un locale messo a disposizione del Centro di Salute Mentale con la partecipazione di una media di sei donne con problemi di solitudine e sovrappeso.

Il gruppo di auto-aiuto che si è dato il nome “ Il Faro rosso” ha come facilitatori uno psicologo tirocinante ed a rotazione un'infermiera del Centro di Salute Mentale.

D.S.M. A.S.L. 4 Chiavarese

Gruppo di lavoro:

- **Paola CARRARA**
- **Laura MORBELLI**
- **Paola ZATTI**

ESPERIENZE DI MEDIAZIONE ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'ASL4

di Chighizola A., Morbelli L., Valente M., Zatti P.

Riferimenti legislativi

- Legge n.328 del 8/11/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali”
- PROGETTO obiettivo “Tutela Salute mentale 1998/2000”
- Legge nazionale 381/91”Disciplina delle Cooperative Sociali”
- Legge nazionale 68/99”Norme per il diritto al lavoro dei disabili”
- L.R. n.30 del 9.9.98”Riordino e programmazione dei Servizi Sociali della Regione e modifiche L.R. 42/94”
- Piano triennale dei Servizi Sociali 1999/2001 e 2002/2004
- Piano Sanitario Regionale 1999/ 2001

Premessa

L’inserimento lavorativo mediato (borsa lavoro, formazione in situazione, ILSA) è uno strumento riabilitativo utilizzabile all’interno di un progetto più complessivo ed individualizzato con la persona.

E’ importante sottolineare come l’obiettivo che ci si è posti in questi anni, nell’attivare tale risorsa, non si sia limitato ad una erogazione prestabilita, che tende a perpetuare dipendenza, ma abbia davvero cercato di riconoscere la persona come soggetto che può trovare un suo spazio all’interno del mondo del lavoro, almeno dove possibile, attraverso il consolidamento dell’identità ed al raggiungimento di accettabili livelli di vita autonoma

L’inserimento e l’integrazione lavorativa non sono momenti esaustivi, ma opportuni qualora sia possibile un percorso mirato al rafforzamento dell’autonomia, al reinserimento sociale del soggetto.

E’ inoltre opportuno precisare come tale strumento non sia l’unica risposta sul piano riabilitativo e non sia un sopperimento al macro problema della disoccupazione. Bisogna valutare le possibili ricadute negative che un’attivazione impropria di questa risorsa può avere nei confronti di una persona sofferente di disagio psichico.

Ogni strumento attivato non deve trasformarsi in risposte di intervento precostituite, ma deve collocarsi all’interno di un processo di aiuto.

A grandi linee possiamo dire:

NON E' UNA MODALITÀ PER SOPPERIRE ALLA DISOCCUPAZIONE

NON È UN DIRITTO, MA UNO STRUMENTO TECNICO O RISORSA

Aspetti metodologici e procedurali

Il Servizio Sociale del Dipartimento di Salute Mentale ha sempre mantenuto, nel corso di questi anni, la funzione tecnica dell'intervento, mentre gli Enti Locali del territorio hanno la funzione amministrativa, secondo protocolli operativi sottoscritti dalle Assistenti Sociali del D.S.M. e dei Distretti all'interno delle singole Zone.

Facendo riferimento al Piano Triennale dei Servizi Sociali 1999/2001 e 2002/2004 sono state individuate tre possibili tipologie di intervento mediato che possono succedersi, con finalità differenti.

- *Formazione in situazione* strumento particolarmente duttile negli orari e nelle mansioni con l'obiettivo di far acquisire una mentalità lavorativa (orari, regole e prime mansioni) ed utilizzabile per persone più giovani e senza esperienza nel mondo del lavoro
- *Borsa lavoro* strumento con l'obiettivo di permettere alla persona l'inserimento nel mondo del lavoro, destinato quindi a soggetti capaci di raggiungere in breve tempo adeguate capacità produttive
- *Inserimento lavorativo socioassistenziale* (ILSA) strumento che permette la permanenza nel mondo del lavoro senza l'obiettivo dello sbocco occupazionale

Il progetto di inserimento lavorativo viene formulato dall'ASL del DSM che calibra attentamente: i tempi, la gradualità dell'inserimento, il luogo dell'inserimento, gli sforzi di tenuta, i necessari tempi di recupero, la sede del progetto, la disponibilità da parte dell'azienda, gli obiettivi preposti.

Tale progetto deve essere inserito in un progetto complessivo sulla persona e deve avere la collaborazione e la condivisione di questa .

Per quanto riguarda gli aspetti amministrativi spetta al Comune, con cui avviene un coordinamento costante, predisporre i necessari interventi per la copertura assicurativa e per il contributo mensile.

Trasversale a tutto il percorso è lo strumento di una costante verifica dell'andamento del progetto con la persona, il datore di lavoro e l'Assistente Sociale del Comune o del Distretto.

Il datore di lavoro non è vincolato a nessun impegno di assunzione.

Nel corso di questi anni le Assistenti Sociali del Dipartimento di Salute Mentale hanno utilizzato come strumenti la legge nazionale 381/91 sulle Cooperative Sociali e la legge regionale 41/94 per pervenire in alcuni casi anche ad inserimenti lavorativi diretti.

Rilevazione dei dati

Il Dsm ha iniziato ad attivare gli inserimenti lavorativi dal 1994 rivolgendosi ad un'utenza con disagio medio-grave in carico da molto tempo al Servizio (sottolineiamo l'importanza di una approfondita conoscenza della situazione e di una reale presa in carico da parte del Servizio), quindi con una adesione partecipata al progetto più generale del Servizio.

Delle persone inserite ad oggi circa il 30% è stato assunto, mentre per il 15% circa il progetto si è interrotto per motivi sanitari o in accordo. Per le rimanenti persone vi è stata una variazione del progetto o questo è tuttora in corso.

La risorsa più utilizzata nel reperimento del posto è stata il terzo settore (cooperative sociali), meno disponibili sono stati gli Enti Pubblici.

Riportiamo di seguito i dati relativi all'anno 2002

Persone inserite: 19
delle quali:
di sesso maschile: 14
di sesso femminile: 5

Attivazioni totali:
6 Borse lavoro (BL)
11 Formazioni in situazione (FiS)
3 Inserimenti lavorativi socio-assistenziali (ILSA)

Situazioni in attivo: 9
delle quali
Ilsa 1 (11,11%)
Borse Lavoro 2 (22,22%)
Formazioni in Situazione 6 (66,66%)

Tra le attivazioni si sono verificate:

2 Assunzioni (rispetto al totale degli inserimenti: 10,5%;
rispetto alle persone attualmente inserite: 22,22%;
delle quali conseguenti a Borsa lavoro 2)

Tra le persone assunte:

Sono di sesso maschile 2

Fasce d'età inserite ed assunzioni:

persone <20: nessuno

persone 21-30: 6 (31,6% rispetto al totale) 1 assunto

persone 31-40: 6 (31,6% rispetto al totale)

persone 41-50: 7 (36,8% rispetto al totale) 1 assunto

In media le assunzioni sono avvenute dopo un periodo di inserimento di mesi: 27

Variazioni di progetto

Per motivi sanitari

In accordo 1

Risorsa più utilizzata

9 Inserimenti nel terzo settore (Cooperative sociali ed altro)

2 Inserimento in Comune/enti pubblici

8 Inserimenti privati

Nodi problematici e nuovi obiettivi

- *Reperimento delle sistemazioni lavorative* . Oltre alle Cooperative sociali, con cui ormai da tempo vi è collaborazione, è difficile reperire datori di lavoro del settore privato disponibili, in quanto non è mai stata fatta una ricerca sistematica ed ufficiale per carenza di personale e di tempo. In tal senso ultimamente si stanno contattando diverse agenzie che operano nel settore (Centro per l'impiego, informa lavoro ecc....) per una soluzione del problema con un lavoro di rete.
- *Rischio costante di riacutizzazione* della patologia con il rischio di rimettere frequentemente in discussione il progetto. Per ridurre l'incidenza di questo problema vi è un confronto continuo all'interno dell'èquipe che ha in carico il caso e vi sono contatti costanti con i datori di lavoro
- *Necessità di programmazione* annuale degli inserimenti per poter permettere ai Comuni di programmare gli interventi economici.

- *Utilizzo della legge nazionale n.68* (norme per gli inserimenti lavorativi delle fasce deboli) per individuare modi e tempi di collaborazione con gli Enti titolari del collocamento ordinario e per invalidi civili.

ATTIVITÀ SPECIALIZZATA “PROGETTO LEVANTE”

di Chighizola A., Morbelli L., Valente M., Zatti P.

Il Progetto nasce su proposta delle Assistenti Sociali del Servizio di Assistenza Psichiatrica e come corso di orientamento al lavoro, in quanto spesso ci si era rese conto che, soprattutto nei pazienti giovani ed in grado di seguire un percorso socio-riabilitativo avanzato, non era presente un'idea precisa di “quale lavoro svolgere ed in che modo”.

Soggetti coinvolti:

- “Villaggio del Ragazzo” (grossa realtà locale anche nel campo della formazione professionale, oltre che nell'assistenza agli anziani, disabili, tossicodipendenti e minori);
- Provincia di Genova (Settore Politiche attive del Lavoro e Formazione Professionale)
- Servizio Sociale Dipartimento Salute Mentale

A chi è rivolto: giovani – adulti in carico al Servizio di Assistenza Psichiatrica ASL n.4. Possono utilizzare pienamente il corso persone che usufruiscono di appoggio psicoterapeutico e farmacologico, in grado di affrontare un percorso socio-riabilitativo, i cui bisogni risultino coerenti agli obiettivi e ai contenuti del corso.

I pazienti iscritti sono 10, di cui 4 donne e 6 uomini, di età compresa tra i 24 e i 45 anni.

Obiettivi del corso: formare per il lavoro; rafforzare competenze relazionali e di autonomia sociale

Iter operativo:

- **durata 600 ore (annuale)** di cui la 1° parte dall' 8/04 al 21/06/2002 esclusivamente teorica e la 2° parte: dal 28/10/2002 al 31/12/2002 teorica; dal 7/01/2002 al 15/07/2003 in stage aziendali con un rientro il venerdì mattina per attività teorica.
- **Incontri di coordinamento bimensile** con i funzionari della Provincia e i docenti del Villaggio del Ragazzo per problemi organizzativi.
- **Incontri quindicennali** con i docenti del Villaggio del Ragazzo per discussione casi.

Contenuti: informatica, formazione individuale attraverso stage in situazione aziendale; confronto e rielaborazione delle esperienze in gruppo; supporto attraverso colloqui individuali; incontri tematici di cultura generale.

Uscite possibili: inserimento lavorativo; inserimento in formazione in situazione/borsa lavoro.

UNA RETE PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

di Carrara P., Morbelli L., Valente M.

Deliberazione ASL 4 Chiavarese n. 452 del 26/ del 26/4/02

Destinatari	Persone interessate alle problematiche psichiatriche e ad un'attività di volontariato
Idea	Creare una rete di sostegno operativo e preparato per l'utenza psichiatrica, che attraverso l'intervento di tipo domiciliare supporti la permanenza del paziente con disturbi mentali nella sua stessa comunità di appartenenza. Il nuovo gruppo di intervento sarebbe costituito da volontari che, attraverso un Corso di formazione, acquisiscono nozioni fondamentali per l'appoggio domiciliare ad utenti del Dipartimento di Salute Mentale
Attori	A.L.Fa.P.P. –D.S.M.
Obiettivi	Creare una rete di volontari per il sostegno domiciliare Promuovere il lavoro di rete tra i soggetti pubblici e del volontariato nel territorio dell'ASL 4 sulla problematica del disagio psichico Aiutare, nel caso in cui è presente, il nucleo familiare, fornendo un sostegno concreto allo svolgersi della quotidianità, aprendo nuovi momenti liberi per gli utenti e per i familiari, che permettano di occuparsi delle loro esigenze Divulgare informazioni e sensibilizzare sulle tematiche inerenti il disturbo psichico

Azioni

Reclutamento dei possibili nuovi volontari
Formazione teorica per l'assistenza domiciliare a pazienti psichiatrici
Progettazione dell'intervento fatta su ogni singolo utente fruitore del progetto da parte della SCAP
Tirocinio di volontariato. A seconda del progetto il volontario potrà: aiutare l'utente a svolgere piccole faccende domestiche e a sbrigare mansioni fuori casa; partecipare ad attività socializzanti organizzate dal Servizio
Supervisione da parte della SCAP
Verifica organizzativa bimensile tra ALFaPP e SCAP
Coordinamento e verifica di potenziali sviluppi delle attività, costruzione della rete dei partners
Ricerca di forme di collaborazione con i Servizi del territorio, con le associazioni di volontariato e terzo settore in genere

Tempi e fasi

Avvio sinergia tra i soggetti coinvolti nel progetto mediante incontri tra soggetti pubblici e volontariato
Formazione dei volontari tramite una lezione settimanale di 2 ore per un totale di 32 ore da settembre a dicembre 2002
Tirocinio di due ore settimanali per 10 mesi da marzo a dicembre
Supervisione mensile di due ore da parte della SCAP

I contenuti della Formazione

Psicopatologia psichiatrica clinica, problematiche psicopatologiche
Dalla legge 180 ai giorni nostri: cambiamenti e prospettive; il Progetto Obiettivo
Organizzazione Dipartimento di Salute Mentale ASL
Riabilitazione psichiatrica, aspetti sociali e sanitari
Il volontariato: aspetti organizzativi, legislativi e deontologici (riservatezza, privacy)

La comunicazione con la persona che ha una sofferenza psichica

Collocazione del volontariato nei progetti con la persona che ha una sofferenza psichica

2 ore mensili, lavoro in gruppo per la verifica ed il controllo delle attività di volontariato svolte

PROGETTO “IN GIRO PER IL MONDO RI-VIVERE ALLA GIORNATA”

di Carrara P., Morbelli L., Valente M.

1. Delibera Giunta Regione Liguria n. 1348 del 12/11/99

2. Delibera ASL4 Chiavarese n. 446 del 14/5/01

Destinatari Pazienti cronici in cura presso la SCAP di età compresa tra i 18 e i 45 anni

Idea Il progetto nasce da una analisi e da uno studio inerente i pazienti cronici, nell’ambito del Dipartimento di Salute Mentale
L’intento è la promozione delle abilità residuali del soggetto, riconoscendole e valorizzandole, al fine di un migliore contenimento sul versante patologico e di una maggiore qualità della vita della persona attraverso una migliore integrazione nella realtà quotidiana

Obiettivi

- Promozione della salute degli utenti attraverso il sostegno dell’autostima e delle abilità personali, migliorandone così l’autonomia e la responsabilizzazione
- Migliorare l’integrazione sociale degli utenti attraverso momenti di incontro e di socializzazione sul territorio sia con persone che condividono le stesse problematiche, sia con singoli o gruppi esterni al “mondo psichiatrico”
- Attivare una rete di servizi e di opportunità a scala territoriale coinvolgendo le zone, i distretti, le forze di volontariato e le associazioni sensibili alle problematiche psichiatriche

Organizzazione

- Accoglimento e coordinamento di esigenze professionali e proposte terapeutiche provenienti da diversi ambiti e gruppi di operatori del Servizio di Salute Mentale
- Formazione di un gruppo di elaborazione e coordinamento delle attività (1 medico e 2 Assistenti

Sociali)

- Assunzione di 3 educatori professionali part-time (18 ore) per mesi trenta
- Reperimento di un locale esterno al Servizio, presso il teatro Caritas di Chiavari, come riferimento e base per le attività
- Acquisto di un pulmino a 9 posti per le attività esterne
- Collaborazione e comunicazione costante con le Equipe territoriali che hanno in carico i pazienti e con il Centro Diurno “il Porto” attivato presso la sede del Servizio

Attività

“In giro per il Mondo” programmazione di attività finalizzate al tempo libero nella fascia serale, diurna e del fine settimana.

1. L’obiettivo principale è quello di ridurre quantitativamente, ma soprattutto qualitativamente i momenti ed il sentimento di solitudine e di emarginazione sociale degli utenti, creando un ponte con la realtà esterna capace di richiamare interesse e partecipazione. La possibilità di stare in gruppo, di avere relazioni significative con persone condividono problematiche simili, l’incontro con luoghi, realtà e persone estranee all’esperienza quotidiana e la mediazione degli educatori sono gli strumenti principali
2. Il gruppo di lavoro è formato da 1 psichiatra, 1 impiegata amministrativa, 2 assistenti sociali e 3 educatori.
3. La fascia serale (venerdì), pomeridiana (martedì) ed il fine settimana (sabato o domenica) sono i momenti privilegiati in cui organizzare le attività.
4. I pazienti coinvolti sono 14

“Su il Sipario” laboratorio di teatro (burattini).

1. Questa forma teatrale che va dalla realizzazione dei burattini e di quanto serve, fino allo spettacolo allestito e presentato, permette non solo la creazione di relazioni più

strette tra i pazienti e tra operatori e pazienti, ma favorisce anche il processo di integrazione tra attività interne al Servizio ed esterne. Il burattino, come mezzo espressivo è uno strumento molto valido per l'espressione verbale ed emotiva senza esporre in primo piano chi lo muove e gli dà voce. L'animazione del burattino oltre che essere un gioco divertente è anche uno stimolo alla scoperta ed alla fiducia nelle proprie potenzialità, un modo di affermare il proprio senso di identità, per stimolare la relazione con gli altri, per superare la diffidenza e capire il valore del lavoro fatto insieme ognuno con le proprie abilità.

2. Il gruppo di lavoro è formato da 2 medici psichiatri, 2 infermiere e 1 educatrice.
3. Il laboratorio è attivo il giovedì pomeriggio.
4. I pazienti interessati sono 6.

“Squadra di Pallavolo” in collaborazione con il Centro Diurno. Collabora con l'Unione Italiana Sport per Tutti (UISP).

1. Si propone uno spazio di socializzazione e di integrazione utilizzando il gioco e il gruppo quali strumenti per “mettersi alla prova” e per “sperimentarsi” nella relazione con l'altro. Partecipa a manifestazioni sportive non competitive regionali e nazionali.
2. Il gruppo di lavoro è formato da 1 psichiatra, 5 infermiere, 1 educatore, 1 allenatrice.
3. Gli allenamenti si svolgono il lunedì e mercoledì pomeriggio presso il Palazzetto dello Sport di Chiavari.
4. I pazienti interessati sono 9.

“Progetti individuali” utente-educatore

1. Progetti a breve-medio termine con l'obiettivo di migliorare l'autonomia dell'utente in difficoltà e favorire l'eventuale inserimento in attività del Progetto o del Centro Diurno.
2. Gli operatori coinvolti sono 3 educatori.
3. I pazienti finora coinvolti sono 4.

“Soggiorni estivi e fine settimana”

1. L'organizzazione è all'interno del Progetto In giro per il mondo.
2. Sono stati effettuati due fine settimana (uno a Montecatini nel mese di ottobre '02 con 6 utenti e l'altro ad Andora nel mese di marzo '03 con 7 pazienti) con la presenza di due educatori.
3. Dal 24 al 28 giugno 2002 si è svolto il soggiorno estivo a Limonetto (Cuneo) a cui hanno partecipato 11 utenti, gli operatori presenti erano 1 psichiatra, due infermieri e due educatori

Durata

Mesi 30 dall'1.10.2001

STRUTTURA SEMPLICE “STRUTTURE INTERMEDIE”

Centro Diurno “Il Porto”

PROGETTO

PALLAVOLMENTE

Descrizione:

Promozione e formazione squadra di pallavolo, costituita da utenti, operatori del servizio e volontari.

Obiettivi

Questa iniziativa ,che si rivolge ad utenza in carico al C.D. e CSM garantisce possibilità diverse ma comunque significative di partecipazione, migliora la qualità di vita attraverso la valorizzazione al meglio delle “abilità”, ridando , ove possibile, un ruolo adulto, autonomo e responsabile. La squadra di pallavolo, oltre che far parte del torneo CSM, può aderire a tornei ed iniziative sociali non strettamente collegate con l’immagine di un servizio sanitario sempre a rischio di marginalità e di puro intrattenimento. Si configura quindi come esperienza riabilitativa per l’utenza coinvolta.

Percorso:

1° fase

- Costituzione della squadra, “Puerto escondido”
- Coinvolgimento Amministrazioni locali per individuare impianti sportivi dove effettuare gli allenamenti
- Inizio allenamenti con frequenza bisettimanale seguiti da tecnico allenatore
- Partecipazione torneo quadrangolare regionale Anno 2002.

2° fase

- Proseguo attività di allenamento
- Partecipazione a partite non agonistiche improntate al gioco, al benessere e di integrazione sociale.
- Partecipazione al campionato regionale di pallavolo anno 2003 (gare in casa e in trasferta che coinvolgono nell’iniziativa, che dura sei mesi di attività sportiva, 4 Csm).

In collaborazione con:

Uisp

Anpis

Assessorato Sport Comune di Chiavari

PROGETTO

ACQUA

Descrizione

Il progetto ha lo scopo di offrire a persone con disagio psichico un percorso guidato nell'area della psicomotricità, utilizzando come strumento" l'elemento l'acqua".

Obiettivi

Attraverso lo strumento "espressione corporea" si ricercano insieme "percorsi di agio" che stimolano la motivazione a partecipare e a costruire rapporti all'interno del gruppo.

Percorso

Attività di acqua-gym, con frequenza settimanale, sia nel periodo invernale che estivo.

In collaborazione

Polisportiva Lavagna

Centro polifunzionale B. Acquarone Chiavari

PROGETTO **LABORATORIO CERAMICA**

Descrizione

- Attivazione del laboratorio con Maestro d'arte, a frequenza settimanale
- Partecipazione alla Mostra "Artisti in strada" in occasione delle manifestazioni natalizie in Chiavari.

Obiettivi

L'intervento riabilitativo è finalizzato al recupero e/o alla formazione di abilità e autonomie sia personali che sociali.

Lo scopo è quello di qualificare il modo di "passare il tempo" e di rendere paziente più sicuro di sé e di acquisire abilità manuali.

Percorso

Corso di ceramica

Acquisto forno per cottura manufatti (in parte con i proventi delle vendite delle due Mostre).

Contatti di rete per programmazione e partecipazione alla mostra 2001/2002/2003.

In collaborazione

Maestro d'Arte operante in Chiavari

Promotur Chiavari

Comune Chiavari

PROGETTO
LABORATORIO MUSICALE

Descrizione

- Attivazione laboratorio musicale
- Partecipazione a rappresentazioni teatrali

Obiettivi

Utilizzo della musica come possibilità di comunicare e scambiarsi impressioni, ricordi, stati d'animo, immagini reali e fantastiche con meno ansia e meno paura e di stimolare la libera espressione individuale e i processi relazionali all'interno del gruppo.

Percorso

- Lavoro di propedeutica strumentale e di ascolto di musica del repertorio classico e operistico
- Utilizzo anche in modo fantasioso, ludico di sussidi e strumenti specifici, flauto, tastiere, pianoforte, voce.

In collaborazione

Dottore in Musicologia

PROGETTO

SALPARE DAL..... "PORTO PER L'ISOLA DEL TESORO".

Descrizione

Quest'iniziativa si rivolge primariamente ad una tipologia di pazienti che, pur essendo valutabile nell'ambito dell'esperienza psicotica o dei disturbi di personalità, si trova in situazione di compenso e con discreta capacità di tollerare situazioni di gruppo (in preparazione).

Obiettivi

- Riappropriazione e recupero della peculiarità del nostro territorio offrendo la possibilità di svolgere un'attività sportiva- riabilitativa in ambiente naturale.
- Favorire lo sviluppo di competenze cognitive ("imparare ad apprendere / fare"), relazionali (atteggiamento di quadra) e sociali, ("assunzioni di ruoli") nell'ambito di un piccolo gruppo.
- Attivazione di percorsi di rete con realtà esterne al circuito psichiatrico.

Percorso

1° fase

- Presa di contatto con altre esperienze già in atto e formazione dell'"equipaggio".

2° fase

- Percorso di avvicinamento al mare a alla barca a vela, strutturato come corso teorico-pratico di navigazione e uscite in barca a vela.

In collaborazione

Uisp

Associazioni presenti sul territorio disponibile a collaborare sul progetto, operatori scuole di vela, istruttori, volontari.

PROGETTO **STRAMBE FIORITURE**

Descrizione

Riuso dello “spazio verde” disponibile all’esterno del centro diurno:

- per sviluppare attività di orticoltura, di giardinaggio con l’installazione di serre;
- per ampliare l’offerta di un punto di svago e di socializzazione, anche con la messa in opera di un campo da bocce.

Obiettivi

Assicurare l’uso di abilità al migliore livello proprio di ogni soggetto, cercando di incrementare l’autonomia attraverso l’acquisizione di competenze specifiche .

Percorso di formazione per le coltivazioni in serra, anche finalizzato alla creazione di opportunità di inserimento lavorativo protetto.

Percorso

1° fase

- creare situazioni di didattica e attività pratiche comuni.

2° fase

- sviluppare collegamenti operativi con le diverse realtà sociali e lavorative esistenti sul territorio.(in preparazione).

In collaborazione

Istituto professionale per l’agricoltura e l’ambiente “Marsano”- Genova.

Hanno contribuito:

- *Abbondi L.*, Assistente Sociale - ASL 2
- *Arecco A.*, ospite alloggi protetti di Carcare- ASL 2
- *Arena M.*, Assistente Sociale – ASL 2
- *Arena P.L.*, Educatore Professionale – ASL 2
- *Badino A.*, Assistente Sociale – ASL 2
- *Balestra C.*, Infermiere Professionale ASL 2
- *Bertagnini S.*, Assistente Sociale – ASL 5
- *Bisagno R.*, Assistente Sociale – ASL 5
- *Bonomi M.*, “Teatro dell’Ortica”
- *Borsotto S.*, Assistente Sociale – ASL 1
- *Calvini B.*, Assistente Sociale – ASL 1
- *Campagnolo D.*, Assistente Sociale – ASL 5
- *Cancellara A.*, Assistente Sociale – ASL 1
- *Carrara P.*, Psichiatra – ASL 4
- *Casale L.*, Assistente Sociale – ASL 5
- *Cerro F.*, Psichiatra - ASL 2
- *Chighizola A.*, Assistente Sociale – ASL 4
- *D’Antilia T.*, Assistente Sociale – ASL 1
- *Davagnino M.*, Membro Consiglio Amministrazione “Scopa Meravigliante”
- *Ferdani E.*, Assistente Sociale – ASL 5
- *Franceschi P.*, Educatore Professionale ASL 5
- *Gaetti A.*, Psicologa – ASL 5
- *Guerrini G.*, Psichiatra – ASL 5
- *Lucchini G.*, Assistente Sociale ASL 3
- *Macario M.*, Psichiatra – ASL 2
- *Maccagno M.*, Direttore U.O. Assistenza Psichiatrica Territoriale – ASL 1
- *Magro O.*, Assistente Sociale - ASL 3
- *Mariani L.*, Psicologa - ASL 3
- *Martin M. R.*, Psicologa, – ASL 2
- *Morbelli L.*, Assistente Sociale – ASL 4
- *Paolelli V.*, Assistente Sociale – ASL 3
- *Peloso P.*, Psichiatra – ASL 3
- *Pepe S.*, Psichiatra – ASL 2
- *Piroto F.*, Assistente Sociale – ASL 2
- *Pregliasco M.*, Assistente Sanitaria - ASL 2
- *Porro I.*, Psicologa
- *Sappa S.*, Operatore centro “Laura Lugli”

- *Sessarego G.*, Membro Consiglio Amministrazione “Scopa Meravigliante”
- *Tria G.*, Psicologo – ASL 3
- *Vallero A.*, Assistente Sociale – ASL 2
- *Valente M.*, Assistente Sociale – ASL 4
- *Valenti C. V.* Direttore U.O. Assistenza Psichiatrica Territoriale – ASL 2
- *Valentini C.*, Psichiatra – ASL 5
- *Vassallo N.*, Assistente Sociale – ASL 1
- *Vellico D.*, Assistente sociale ASL 3
- *Vendemmiati G.*
- *Vio A.*, Psicologa – ASL 1
- *Zatti P.*, Assistente Sociale – ASL 4

INDICE

NETWORK FASCE DEBOLI

Gruppo di riferimento Salute Mentale

Psichiatria e riabilitazione sociale

- **INTRODUZIONE**, C.V.Valenti 3
- **PREMESSA**, I. Porro 7

- **D.S.M. A.S.L. 3 Genovese** 9
 - **LAVORO E FORMAZIONE PROFESSIONALE**
Un'esperienza di Formazione Professionale e Inserimento Lavorativo con l'utenza psichiatrica: Progetto di integrazione tra Provincia, Comune e D.S.M. – Genova.
di Magro O. , Paoletti V., Vellico D. 11
La Scopa Meravigliante
di Sessarego G. 17
 - **ACQUISIZIONE RUOLO SOCIALE E CITTADINANZA**
di Davagnino M., Mariani L., Vendemmiati G. 20
Formazione alla qualità della vita: terza edizione (2003)
di Peloso P. 24
 - **REINSERIMENTO SOCIALE**
Polisportiva "INSIEME per SPORT"
di Tria G. 26
Il Centro Laura Lugli
di Sappa S. 32
Il Teatro dell'Ortica
di Bonomi M. 34

➤ <u>D.S.M. A.S.L. 2 Savonese</u>	35
<i>Esperienze di inserimento lavorativo in borsa lavoro in provincia di Savona</i> di Abbondi L., Piroto F., Vallero A., Badino A.	37
<i>La riabilitazione nel DSM ASL2 Savonese</i> di Martin M.R..	40
<i>La Cooperativa Sociale “Il Casello” di Carcare</i> di Macario M. e Arena P.L.	47
<i>Progetto per la promozione della relazionalità e dell’auto-aiuto per persone con disagio psichico e per i loro famigliari (2001-2003)</i> di Macario M., Arena M., Balestra C.	52
<i>Percorsi della residenzialità nella provincia di Savona: nota introduttiva</i> di Valenti C.	65
<i>Il Centro di terapia della patologia psichica di Via Amendola</i> di Cerro F.	67
<i>Organizzazione della CAUP di Villa Bugna</i> di Pregliasco M.	71
<i>Esperienza abitativa presso gli alloggi protetti di Carcare</i> di Arecco A.	73
<i>Tabella dati sulle Strutture Intermedie</i> di Lugaro S.	76
<i>Gruppi multifamiliari</i> di Pepe S.	78
➤ <u>D.S.M. A.S.L. 1 Imperiese</u>	81
<i>Formazione professionale e integrazione lavorativa: l’esperienza dell’Unità Operativa Assistenza Psichiatrica</i> di Cancellara A.	83
<i>Interventi a favore di persone senza fissa dimora con disturbi psichici finalizzati all’inserimento sociale.</i> di Calvini B, D’Antilia T.	93

<i>Riabilitazione Psicosociale - Soggiorni Vacanza</i> di Borsotto S.	97
<i>Gruppo di familiari di pazienti psichiatrici gravi (patologia schizofrenica) che vivono in famiglia</i> di Vio A.	101
<i>Progetto Gymnasium</i> di Vassallo N.	105
<i>Progetto “Alloggi Protetti” U.O. assistenza psichiatrica</i> di Maccagno M.	109
➤ <u>D.S.M. A.S.L. 5 Spezzina</u>	115
<i>Interventi in ambito lavorativo</i> di Bertagnini S., Bisagno R., Campagnolo D., Casale L., Ferdani E.	117
<i>Il gruppo dei pazienti lavoratori</i> di Franceschi P., Campagnolo D.	120
<i>Attività teatrale centro diurno Sarzana</i> di Gaetti A.	124
<i>Progetto di servizio civile</i> di Bertagnini S.	
<i>Gruppi con i familiari, delle famiglie e di auto-aiuto, iniziative di informazione e formazione su questi temi</i> di Valentini C., Guerrini G.	128
➤ <u>D.S.M. A.S.L. 4 Chiavarese</u>	133
<i>Esperienze di mediazione all’inserimento lavorativo nel Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL 4</i> di Chighizola A., Morbelli L., Valente M., Zatti P.	135
<i>Attività specializzata “Progetto Levante”</i> di Chighizola A., Morbelli L., Valente M., Zatti P.	140
<i>“Una rete per la riabilitazione psichiatrica”</i> di Carrara P., Morbelli L., Valente M.	142

<i>Progetto “In giro per il mondo ri-vivere al-la giornata”</i> di Carrara P., Morbelli L., Valente M.	145
<i>Struttura semplice “ Strutture Intermedie”</i> Centro Diurno “Il Porto”	149