

PRINCIPI DELLA RIABILITAZIONE

La pratica della riabilitazione si articola intorno a due fondamentali strategie:

a) lo sviluppo delle abilità del paziente

b) lo sviluppo delle risorse dell'ambiente in una direzione che sia supportiva o facilitativa dell'intervento operato sull'individuo

(Lieberman et al.,1993; Anthony et al.,1986; Anthony et al.,1994)

IL MODELLO DI LUC CIOMPI

OBIETTIVO: favorire il “passaggio” del paziente da
livelli più regrediti di funzionamento a
livelli più maturi

NOZIONI CHIAVE:

- 1) aspettative dei familiari e/o del contesto
e degli operatori**
- 2) ipo/iperstimolazione del paziente**

DETERMINANTI D'ESITO: non dipendenti da variabili
cliniche e demografiche ma da:

- 1) fattori sociali**
- 2) struttura rete sociale**
- 3) durata esclusione dal mondo del lavoro**
- 4) motivazione del paziente (e degli operatori)**

PUNTI CHIAVE DEL MODELLO DI CIOMPI

- Un setting terapeutico specifico, trasparente, vicino alla comunità**
- Uno specifico staff terapeutico, formato a calibrare gli stimoli ambientali**
- Deve essere garantita una continuità terapeutica sia durante la fase acuta che durante il trattamento riabilitativo**
- Deve essere utilizzato un basso dosaggio di neurolettico**
- E' indispensabile la collaborazione dei familiari o di altre figure significative.**

ASSE CASA

- 1) Reparto ospedaliero**
- 2) Reparto ospedaliero aperto**
- 3) Day o night hospital**
- 4) Comunità alloggio protetta**
- 5) Casa famiglia**
- 6) Abitazione semiprotetta**
- 7) Abitazione non protetta**

ASSE LAVORO

- 1) Nessun lavoro**
- 2) Atelier di terapia**
- 3) Atelier di terapia del lavoro**
- 4) Laboratorio specializzato in ospedale**
- 5) Officina protetta o centro di riabilitazione esterna**
- 6) Lavoro normale semiprotetto**
- 7) Lavoro non protetto**

Psychosocial Treatments for Schizophrenia

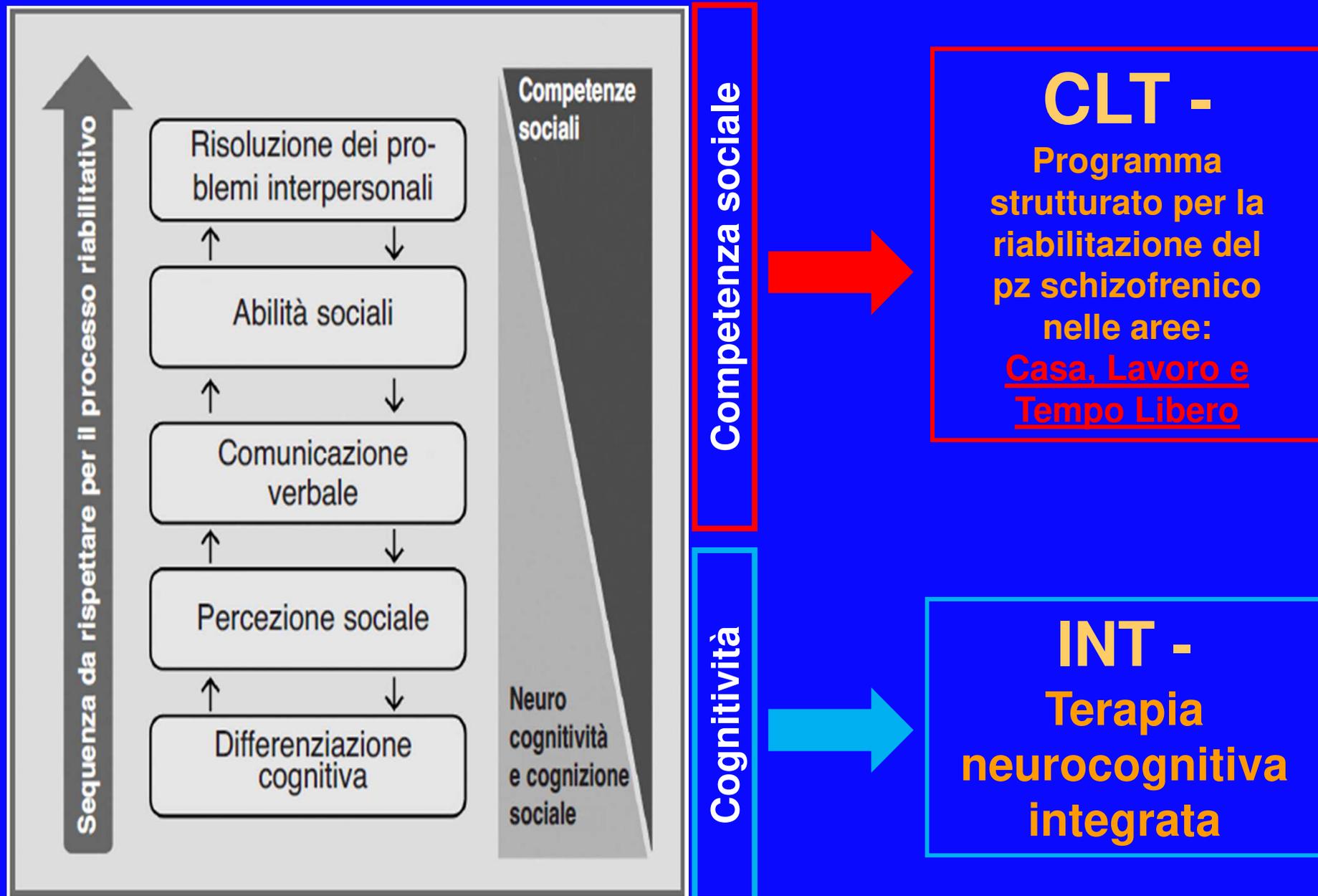
EVIDENCE-BASED PRACTICES

1. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT
2. FAMILY PSYCHOEDUCATION
3. SOCIAL SKILLS TRAINING
4. COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR PSYCHOSIS
5. SUPPORTED EMPLOYMENT
6. COGNITIVE REMEDIATION

Mueser K.T et al,

Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013. 9:465–97

Sviluppi della terapia psicologica integrata (IPT)



Mettere in pratica:

IPT



CLT



**1. Orientamento
cognitivo**



**2. Acquisizione di
abilità specifiche**



**3. Gestione delle situazioni
problematiche**

Il programma
terapeutico CLT
costituisce
l'applicazione degli
ultimi due
sottoprogrammi IPT
(abilità sociali e
problem solving)
all'ambito abitativo,
lavorativo e del
tempo libero



Mettere in pratica:

CLT

Attivazione di un programma per il miglioramento delle **performances di vita indipendente**

Realizzazione di un programma per l'incremento delle abilità relative alla pianificazione e realizzazione di **attività del tempo libero**

Implementazione di un programma per lo sviluppo delle abilità sociali necessarie all'acquisizione di una buona **competenza nell'area lavorativa**

Programma innovativo territoriale TR11
INTERVENTI DI RIABILITAZIONE COGNITIVA
INTEGRATI NEL PROGETTO TERAPEUTICO-
RIABILITATIVO DI PAZIENTI CON DISTURBI MENTALI
GRAVI E LORO IMPATTO SULL'ESITO FUNZIONALE
A BREVE E MEDIO TERMINE

Tematica Strategica 3.

Sottoarea 3c – Riabilitazione Psicosociale

Responsabile: Prof. Antonio Vita

Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Brescia

Direttore DSMD, ASST Spedali Civili di Brescia

PROGETTO TR111

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Povertà e disturbo mentale: una rete per chi non ne ha

ISTITUZIONE PROPONENTE

- **Ente Capofila** ASST-Spedali Civili di Brescia
- **Enti Partecipanti**
- ASST-Spedali Civili di Brescia
- Partner istituzionale Cooperativa La Rete

TEMATICA STRATEGICA (solo per Programmi Psichiatria)

3. Presa in carico e lavoro di rete

Sottoarea

3.c. Riabilitazione psicosociale

Obiettivi

Valutazione dei contesti di Edilizia Residenziale Pubblica con presenza significativa di cittadini con disturbo psichiatrico e problematiche relative al contesto abitativo al fine di attuare interventi integrati di supporto e promozione dell'integrazione nel contesto territoriale con gli attori già presenti e attivi sul luogo.

Ciò anche in considerazione del fatto che nei contesti di maggior concentrazione di alloggi le individualità più fragili non godono di quell'attenzione minima che invece i contesti con minore densità abitativa offrono e contemporaneamente che la gestione di un alloggio richiede competenze non scontate e percorsi di conoscenza delle istituzioni territoriali non sempre facili.

Obiettivi

Individuazione e ricoinvolgimento delle persone in carico ai CPS cittadini che hanno abbandonato o risultano gravemente non aderenti ai programmi di cura.

Sostegno alle persone e ai servizi a cui fanno riferimento nell'identificare e tentare di rimuovere gli ostacoli che impediscono di autogestire la propria salute e malattia attraverso la migliore connessione possibile della rete dei servizi presenti sul territorio.

L'approccio è *recovery oriented*, con coinvolgimento diretto dell'utenza nella definizione dei bisogni/linee di intervento definiti partendo dalla lettura che la persona fa di sé, della propria qualità di vita e di quali aspetti vorrebbe migliorare/considerare.

Buon pomeriggio, ringrazio il professor Vita che ha voluto condividere con la cooperativa La Rete l'intervento a questa conferenza.

Affrontare il tema dell'abitare accostato a quello delle pratiche di salute mentale mi riporta alle prime esperienze, alla fine degli anni '90, quando si avviò, a Brescia, il primo servizio residenziale in collaborazione con una cooperativa sociale.

La convenzione stipulata con la cooperativa sociale La Rete chiamava quell'esperienza "Gruppo appartamento". Attorno a quel nome evidentemente i temi del gruppo (antidoto alla solitudine) e dell'appartamento (a voler marcare la distanza dall'istituzionalizzazione) erano vissuti come l'apertura di nuove prospettive. Furono quattro donne le prime ospiti dell'appartamento di Via Capriolo, nel pieno centro della città, all'indomani di un importante progetto di riqualificazione del quartiere Carmine, con le quali iniziammo la nostra avventura nell'ambito della salute mentale. Sono passati ventuno anni e da quell'esperienza sono nate strutture moderne negli spazi e nelle pratiche riabilitative.

Parlare di casa, di abitare in un contesto come quello dell'assistenza psichiatrica è parlare di un successo. Aver aperto la città, nelle sue forme più basilari - abitare una casa - non va dimenticato è il segno di un avanzamento dei diritti.

Certo, a distanza di oltre vent'anni non possiamo non guardare alle difficoltà che, proprio a partire da questa conquista, ci troviamo ad affrontare.

Se da un lato l'accesso all'edilizia pubblica è un percorso fondamentale perché rende esigibile un diritto primario, dall'altro lato dobbiamo dirci che un diritto per essere tale deve poter essere praticato quotidianamente.

Grazie ad un patrimonio immobiliare pubblico, le persone in carico ai servizi psichiatrici che non hanno altre possibilità, trovano non solo un'abitazione ma una concreta possibilità di vita al di fuori dei servizi residenziali psichiatrici.

Ma ce lo ha spiegato Benedetto Saraceno che "Il benessere mentale o psicologico è influenzato non solo da caratteristiche e peculiarità individuali, ma anche dalle circostanze socioeconomiche nelle quali le persone si trovano e dal contesto generale in cui vivono". Diversi studi hanno evidenziato una stretta correlazione fra povertà e disturbi mentali.

E' proprio questa prospettiva da contrastare perché le persone delle quali ci occupiamo, nel momento in cui escono dai servizi, dove ricevono un'assistenza completa, sul modello ospedaliero, rischiano molto spesso di non riuscire a mantenere un buon livello di autonomia per ragioni economiche quanto ambientali.

Il progressivo peggioramento delle condizioni di salute e/o l'aggravarsi di problemi di natura economica sono fattori tra loro connessi che si auto alimentano e spesso esitano nel deterioramento della capacità di gestione autonoma dell'alloggio (continuità nel regolarizzare i canoni di locazione, il pagamento delle utenze..), nella compromissione delle relazioni con il contesto abitativo (rapporti di buon vicinato..) e talvolta sfociano nella necessità di attivare percorsi di ingresso o rientro nel circuito residenziale psichiatrico.

Proprio a partire da questa considerazione un paio di anni fa, in collaborazione con il DSM, abbiamo dato vita ad un progetto **"Povertà e disturbo mentale: una rete per chi non ne ha"** che mira a connettere le pratiche della riabilitazione psichiatrica territoriale con gli interventi di contrasto alla povertà, partendo dalla dimensione abitativa delle persone, mediante interventi integrati di supporto e promozione dell'integrazione del paziente psichiatrico che vive in alloggio di ERP con gli attori già presenti e attivi nel contesto di vita.

Già, ma quali sono gli attori presenti e soprattutto attivi?

Innanzitutto va sottolineato che all'interno della rete dei servizi il Comune di Brescia da oltre 15 anni dispone di un servizio organizzato per facilitare l'ingresso delle persone più fragili alle case a loro assegnate.

Un servizio che ha il chiaro obiettivo di rendere esigibile un diritto acquisito. Operatori che aiutano le persone nelle cose più concrete (mobili, utenze per esempio) ma anche a presentarsi in un contesto nuovo, conoscere il vicinato e l'ambiente circostante.

Accanto a questo servizio di prima necessità si sviluppa anche un servizio di portierato sociale che monitora proprio alcuni contesti di ERP cittadino per conoscere e prevenire situazioni a rischio per il contesto e per la singola famiglia o persona. Sono attivi sportelli di ascolto con operatori preparati a codificare le richieste degli inquilini.

Poi l'Aler di Brescia che, da una collaborazione avviata oltre quindici anni fa con la cooperativa La Rete, ha strutturato un servizio di mediazione dei conflitti nei contesti abitativi in risposta alle diverse richieste che i suoi inquilini portano all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Parliamo spesso di problemi legati al comportamento dei vicini di casa che vanno dalla pulizia, al rumore e non di rado, nell'affrontare queste situazioni, ci siamo imbattuti in situazioni di sofferenza psichica.

Proprio in questi mesi è in via di attivazione la sperimentazione dell'housing first, nuova pratica di intervento rispetto alla quale vi sarà poi un intervento dedicato, che vede La Rete tra le realtà coinvolte, in quanto aderente alla rete Housing first promossa da Fiopsd.

Infine un numero significativo di realtà del terzo settore e parrocchiali che proprio in queste aree ad alta densità abitativa hanno saputo mettere al servizio della collettività preziose risorse di persone generose.

Il progetto **“Povertà e disturbo mentale: una rete per chi non ne ha”**, nato come sperimentale, ha risorse per occuparsi di una decina di situazioni, ma i primi risultati ci confortano nella strada intrapresa.

I dati forniti da ATS Brescia indicano che a Brescia e provincia l'incidenza dei disturbi mentali è in linea con la media nazionale: il 7,7% della popolazione bresciana risulta in carico ai servizi psichiatrici (8% a livello nazionale).

Secondo i dati presentati nel novembre 2016 da DMS StatLab e Ufficio di Staff Statistica del Comune di Brescia nel corso del convegno “Povertà e diseguaglianze: progettare interventi di contrasto” relativi all'anno 2012, a Brescia il 10% delle 93 mila famiglie iscritte all'anagrafe sono a rischio di povertà mentre il 17% sono famiglie povere (famiglie con reddito inferiore al 40% del reddito mediano, che per Brescia è pari a € 7.600).

Gli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica della città di Brescia sono circa 5.000 unità abitative, distribuite in maniera disomogenea sul territorio comunale, con concentrazione maggiore in alcuni quartieri (ad esempio Chiesanuova, San Polo, Casazza) e in essi spesso raggruppate in contesti condominiali di grandi dimensioni.

Ne consegue che nei quartieri con maggior concentrazione di alloggi, le soggettività più fragili hanno meno opportunità, non godono ad esempio di quell'attenzione sociale minima che più facilmente si esplica nei contesti con minore densità abitativa, dove esistono reti sociali informali più radicate ed efficaci. Contemporaneamente la gestione di un alloggio, ancor più quando inserito in contesti di ERP, richiede conoscenza delle istituzioni territoriali, non sempre facili per loro natura e parallelamente competenze e abilità sociali la cui realizzazione non può essere considerata scontata e costante nelle persone fragili.

Nel corso del primo anno di attività del progetto gli interventi effettuati sono stati circa 300 e quest'anno si avvia alla conclusione sfiorando la soglia dei 400.

L'attività è orientata alla promozione delle abilità per la vita quotidiana, al miglioramento della gestione della salute nonché al miglioramento della cura personale e degli spazi di vita quali elementi imprescindibili per il benessere personale e l'esercizio della cittadinanza.

Non a caso le persone che partecipano al progetto, sono in prevalenza giovani alle prime esperienze di autonomia e persone già adulte e autonome che invece si affacciano a una stagione della vita che li rende più fragili e bisognosi di una qualche forma di supporto.

Al lavoro con le singole persone e famiglie va ora affiancato un lavoro di coordinamento fra le realtà presenti sul territorio. Oggi ci pare che proprio in una

realtà come quelle bresciana, ricca di iniziative e risposte ai diversi bisogni che bussano alle porte delle istituzioni, serve un coordinamento per non disperdere risorse che possono realmente fare la differenza nella vita delle persone più fragili.

Con il termine coordinamento mi riferisco soprattutto a coordinare pratiche di lavoro che rischiano di dividersi secondo una classificazione fra sfera sanitaria e sfera sociale che mi pare oramai sorpassata dal punto di vista teorico e che purtroppo ancora resiste perché annodata alla gestione economica degli enti pubblici come del resto di quelli privati.

Va fatto uno sforzo perché con la pianificazione dei servizi e con le risorse disponibili si produca un lavoro efficace ed efficiente per ridurre se non eliminare quelle situazioni di povertà nella sofferenza che purtroppo ancora ci vengono segnalate. Dobbiamo dedicare tempo alla conoscenza di quelle iniziative che pur non essendo codificate nei piani regionali sono esperienze locali importanti da valorizzare.

E' con fiducia che guardiamo ai prossimi anni con la consapevolezza che sperimentare è innovare le pratiche per la salute mentale e che riformare è necessario purché non sia solo il prodotto di valutazioni economiche operate da distanza dove sfumano la storia della psichiatria, le persone che soffrono e quelle che si impegnano per loro.

Guardando ai prossimi anni il progetto può essere un valido strumento per prevenire la perdita della casa, soprattutto per quelle situazioni che più sfuggono ai servizi quindi dovrebbe riuscire ad intercettare le situazioni fragili prima che diventino "emergenza": è importante quindi avviare azione di mappatura che incrocia "data base" di CPS, Aler e Comune delle assegnazioni ERP a persone con disagio psi.

I potenziali fruitori del progetto sono persone in carico ai servizi territoriali (CPS) del Dipartimento di Salute Mentale di Brescia (UOP 22 e UOP 23) collocati nell'ambito del Comune di Brescia residenti in Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) a canone sociale (dal 1° gennaio 2018 Servizi Abitativi Sociali).

Oggi non è disponibile una mappatura del patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica di tutta la città di Brescia che consenta di rilevare in quali contesti si riscontra una presenza significativa di cittadini con disturbo psichiatrico e che incroci questo dato con la presenza di problematiche relative al contesto abitativo (compresa l'esposizione a situazioni di morosità rispetto ai canoni di locazione o alle utenze domestiche ad esempio), quali indicatori d'allarme rispetto alla condizione soggettiva di povertà relativa o assoluta. Dovremo dedicare risorse per incrociare i dati relativi agli alloggi in locazione a canone sociale con i dati della presa in carico dei servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale cittadino (CPS) per pianificare al meglio le risorse presenti.

“Se le trasformazioni sociali in atto tendono ad esasperare il senso di incertezza, di sradicamento, di individualismo sussistono però pratiche ,che si contrappongono a questa tendenza finalizzate a ricucire i legami sociali su scala locale.

La progettazione urbana architettonica interiorizza il nuovo bisogno di comunità originando soluzioni abitative tese a favorire scambi informali tra vicini, facendo leva sul concetto di capitale sociale, attaccamento al territorio come luogo di vita, di amore, di lavoro e di partecipazione.

Territori quindi visti non tanto e solo come spazi geografici ,ne' tanto meno identitari, ma spazi pubblici di connessione di saperi, bisogni, speranze, luoghi che progettano, costruiscono, curano..

Ma c'è una soglia dentro lo spazio pubblico, che è luogo dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto, sono i centri di salute mentale(i cps),il quartiere, la casa strettamente contigui, quella soglia e' il luogo in sé.

La casa, simbolo di stabilità e sicurezza, ma anche di spazio riservato, privato, divenuta sempre più oggetto di studio, di domanda sociale e di intervento politico, perché è sempre più intesa come nodo di relazioni familiari, in una rete di relazioni sociali più ampie, quando non è luogo di sopraffazione e violenza, quindi spazio claustrofobico di pericolo.

La casa e' in qualche modo il luogo dell'identità, il nostro stesso stare al mondo ,per tutti e tutte, quindi anche per le persone con disagio psichico.

Housing sociale, assistenza domiciliare, affido eterofamiliare, part-time o full-time, sono tutte pratiche nel segno della solidarietà e della condivisione, dalle periferie della salute al centro della cura, perché ogni persona è unica e complessa, ha diritto alla cura, anche per spezzare il tempo dell'isolamento e della solitudine .

Presa in carico e affidamento sono il cuore della medicina territoriale, che non è tanto uno schema di decentramento, ma un modello di governo orizzontale della cura, che sa guardare alle disuguaglianze, alle povertà, come cuore dell'atto di cura, che sconfinava nella cultura di comunità.

A Brescia i consigli di quartiere e i punti comunità hanno arricchito non solo nei numeri le relazioni di vicinato e hanno accorciato le distanze fisiche tra le persone, tessendo costantemente, ostinatamente, la trama della reciprocità, come strumento della coesione comunitaria."

Sarò sicuramente breve anche perché ha già delineato il profilo del progetto l'intervento che mi ha preceduto di Donatella Albini; pertanto mi limiterò a qualche breve accenno di cronaca che ne delinea la genesi e a qualche sottolineatura di metodo .

Circa due anni fa , anche sulla scorta di una lunga serie di sollecitazioni che ci venivano da familiari nelle occasioni di incontro, oltre che da sperimentazioni personali, abbiamo rilevato, “Alleanza per la Salute Mentale” e “Nessuno è un'Isola”, come esista il problema di supplenze nei servizi di cura per i familiari coresidenti con persone che hanno problemi correlati alla salute mentale; tali supplenze dovrebbero essere previste per periodi di tempo coerenti e dimensionati all'esigenze che stanno alla base delle necessità delle supplenze richieste.

Tali esigenze possono essere di due tipi:

emergenze (soprattutto malattie dell'erogatore dei servizi di cura) e dunque non normalmente programmabili;

distacco momentaneo dal servizio di cura per momenti di recupero di energia e per pause di rilassatezza (vacanze); tutto questo è programmabile anche con congruo anticipo.

Definite le necessità siamo partiti lungo il percorso delle nostre riflessioni da alcuni elementi che consideravamo e consideriamo imprescindibili.

Mantenimento dei fruitori dei servizi di cura all'interno del proprio nucleo di relazioni e del proprio ambiente;

creazione di un progetto che possa essere di utilità ai fini della socializzazione, dell'inclusione e della sperimentazione di momenti di vita diversi dagli usuali per i fruitori dei servizi di cura;

articolazioni delle risposte secondo i bisogni e le caratteristiche delle singole persone interessate;

azioni che siano anche elementi per impostare una cultura contro lo stigma e a favore di un'idea di normalizzazione e di inclusione;

coinvolgimento e partecipazione di tutti i soggetti che possono e, secondo il nostro punto di vista, debbono essere protagonisti secondo le varie esperienze e competenze.

Quest'ultimo punto è stato compiutamente realizzato; si è infatti aperto e consolidato un tavolo al quale si sono seduti con spirito collaborativo e propositivo:

le Associazioni dei familiari e le Associazioni di volontariato che fanno della Salute Mentale un loro preciso impegno;

l'Associazione degli utenti:

il Comune di Brescia nelle vesti sia istituzionali che tecniche;

il Dipartimento di Salute Mentale e l'ASST;

la cooperazione sociale attraverso le sue articolazioni operative.

Come si evince il centro focale è, prima ancora del risultato, il metodo; siamo di fronte ad un modo di costruire un progetto partendo dalle esigenze che si manifestano nella quotidianità e a queste si cerca di

dare risposte attraverso un percorso di progettazione nel quale ogni soggetto mette a disposizione le proprie capacità di pensiero, di azione e di risorse.

In questo modo due principi spesso evocati e molto praticati a parole quali coprogettazione e centralità dei familiari e degli utenti cessano di essere formule vocali quasi ridotte al rango di fonema per diventare lievito per un percorso di progettazione virtuosa.

Lasciatemi dire, infine, che è anche un po' la realizzazione plastica del nome dell'associazione che rappresento nel quale il termine alleanza è il nostro focus; alleanza non la si fa e non la si pratica guardando solo se stessi ma unendosi agli altri soggetti ai quali si riconosce, ricambiati, pari dignità e rispetto; tutto questo lo si fa per un fine comune e condiviso.

Il Maglio sul Chiese verso la community care

Ci è stato chiesto di portare la nostra esperienza in materia di integrazione sociale e sanitaria.

Il contributo dell'ASST del Garda alla riflessione è l'esperienza del progetto "Il Maglio sul Chiese costituzione di equipe funzionali e gestione integrata di bisogni complessi" che è nato nel 2010 come proposta del CPS e a cui avevano aderito i Comuni di Gavardo, Roè Volciano, Vestone e Vobarno. Il progetto consiste nella realizzazione di equipe funzionali tra il CPS e l'ambito 12 di Valle Sabbia all'interno delle quali gli operatori del CPS incontrano l'assistente sociale del Comune al fine di svolgere un'analisi non tanto del singolo caso ma dell'insieme dei cittadini di quel Comune. Una volta all'anno, come a procedere a cerchi concentrici, si cerca di mantenere costante la convocazione di tutti i soggetti coinvolti sia a livello tecnico che politico così da poter dare un rimando sul bisogno complessivo che emerge dal territorio afferente all'Ambito. Al secondo incontro generale (2012) era stato rilevato il bisogno di integrazione sociale delle persone affette da patologia psichiatrica grave. Pertanto si è ritenuta opportuna la costituzione di una equipe territoriale di educatori e, richiamate la 328/2000, la legge 3/2008, Piano socio sanitario, il Pano di zona, la Delibera RL n. 2505 del 2011", si è sottoscritto il PROTOCOLLO d'intesa SPERIMENTALE DI COLLABORAZIONE PER L'ATTUAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCATIVA TERRITORIALE NELL'AMBITO 12 RIVOLTO A SITUAZIONI DI DISAGIO PSICHICO tra l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda e Comunità Montana Valle Sabbia, in qualità di Ente capofila del distretto 12, con l'obiettivo di formare un'equipe di educatori territoriali che, in un'ottica d'integrazione con l'UOP 21 del Dipartimento di Salute Mentale, lavorasse in collegamento con le figure già in campo nel settore della salute mentale.

I pazienti, individuati a partire dalle rilevazioni del progetto Il Maglio sul Chiese, sono portatori di una molteplicità di bisogni socio-sanitari. L'influenza degli eventi e delle situazioni ambientali sull'evoluzione e sugli esiti della malattia mentale è un dato largamente condiviso. Quanto prima l'utente è accolto in un ambiente sociale disponibile tanto più è probabile che raggiunga i propri obiettivi e sviluppi il proprio percorso di recovery.

La peculiarità di questo progetto è data dal duplice ma coordinato concorso di supporti sociali e sanitari che creano sinergie tra i diversi Enti che concorrono alla sua realizzazione: Dipartimenti di salute mentale, Comuni, Uffici di Piano e realtà del terzo settore. Oltre alla conosciuta componente sanitaria si integrano a pari livello di intervento:

- l'Ambito Distrettuale n. 12, attraverso i propri uffici, facendosi promotore e sostenitore del progetto prevedendone l'inserimento nella programmazione zonale e assumendo l'onere economico per il reperimento dell'equipe di educatori territoriali;*
- il Comune di residenza, condividendo e seguendo l'evoluzione del progetto, definendo, in caso di necessità, gli interventi di propria competenza;*
- gli utenti come principale soggetti interessati con cui viene condiviso il progetto;*

Questo ci conduce ad affermare che sebbene le istanze sociale e sanitaria siano particolarmente polarizzate e, nonostante nella psichiatria questa polarizzazione sia forse più evidente che in altre discipline, possano non essere continuamente così divergenti. Abbiamo verificato che se un bisogno è rilevato e descritto, il sistema del sociale può integrare con delle risposte che siano efficaci, puntuali e veramente concrete. Non solo il sociale inteso nella sua connotazione istituzionale e professionale ma anche nella sua forma più estesa: i cittadini, le famiglie, i singoli. Il progetto si è infatti negli anni esteso a tutti i comuni dell'ambito, è stata anche rilevata l'attivazione del terzo settore e dell'associazionismo che spontaneamente si è dedicato al tema. L'esempio più recente è il progetto Nuvole – eventi di sensibilizzazione in Valle Sabbia - che ha realizzato, con la regia dell'Ambito, 25 eventi tra cui testimonianze di utenti e famigliari, momenti di condivisione e riflessione. Questo ha creato una rete di legami e connessioni, un laboratorio di pensiero da cui è nata un'associazione – fabbrica di Nuvole - e soprattutto un gruppo di utenti che si sta riunendo sotto il nome di Rinascita, facilitato nella sua costituzione dall'esperienza in tema di recovery dell'equipe educativa della cooperativa La Rondine. Rinascita persegue un duplice obiettivo: il supporto tra pari e la volontà di essere interlocutori validi per il mondo dei servizi. Partecipano attivamente anche al prossimo programma Acquaemente di sensibilizzazione nelle scuole secondarie superiori e i pazienti sono diventati, in Valle Sabbia, interlocutori seduti al tavolo d'Ambito di concertazione, di programmazione e indirizzo.

La principale attuale e futura linea di azione affidata alla cooperativa di supporto al progetto Il Maglio, da integrare con le linee progettuali del Tavolo per la Salute Mentale: attuare supporto e supervisione alle attività di recovery e di valorizzazione dell'esperienza degli utenti dei servizi territoriali, implementando nuove sperimentazioni ed introducendo modelli e strumenti a sostegno del reinserimento sociale e dei percorsi di contrasto allo stigma e autostigma, che si traducano in strumenti e risorse per la comunità della Valle Sabbia.

L'indirizzo attuale è avere come obiettivo generale quello di attivare connessioni e risorse a scavalco tra il sociale ed il sanitario, partendo da ciò che già esiste ma proponendosi di generare nuove risposte, da sperimentare su piccola scala, a supporto della salute mentale di un territorio. Quindi le politiche per la community care sosterranno la capacità di iniziativa, di associazione, di rafforzamento di potere collettivo di decisione dei pazienti e delle famiglie. L'attivazione di reti comunitarie per contribuire a creare non il benessere ma qualcuna delle condizioni entro cui potrebbe realizzarsi.

...verso la community care

Gli sviluppi del progetto e dell'agire coordinato con il territorio di Valle Sabbia sta muovendo verso il potenziamento della comunità senza colonizzarla, come presupposto perché prenda corpo, per il futuro, un'idea accettabile di community care.

La connessione tra sociale e sanitario ci permette di ricavare che da due parziali debolezze può scaturire una forza o comunque un alleggerimento dell'impotenza reciproca. La reciprocità sottesa non è uno dei tanti concetti operativi che servono strumentalmente per conseguire qualche effetto pratico, quanto piuttosto è la trave portante dell'intera professionalità per sostenere l'empowerment e il diritto/dovere dell'utente di essere costruttore del proprio benessere. Questo mette le persone nella condizione di agire come agenti sociali come accade nel Gruppo Rinascita che è invitato al tavolo di progettazione d'Ambito e il riconoscere l'esercizio della cittadinanza non solo una questione di diritti e doveri conseguenti all'appartenenza a una comunità, ma anche una questione di spazio offerto alle persone per contribuire attivamente alla creazione del loro mondo sociale.

La cittadinanza vissuta significa poter partecipare alla creazione di progetti, interventi, alle decisioni che li riguardano, restituendo capacità d'azione.

Questo per gli operatori significa, anche, cedere potere terapeutico ed avere una disponibilità di pensiero che va al di là della loro professionalità.

Tale impostazione permette di superare l'idea della contrapposizione, non solo tra sociale e sanitario, ma anche tra sistema formale e sistema informale di aiuto e di uscire da una sorta di costruzione logica per cui non possiamo che assolutizzare le proprietà dell'uno a scapito dell'altro, necessitando piuttosto di un pensiero ambivalente confacente alla complessità.

Siamo testimoni che tutto sia un obiettivo realistico e raggiungibile.

In conclusione le ultime riflessioni riguardano:

- quale è il livello di relazionalità nella partecipazione di utenti e famigliari? Quale il grado di coinvolgimento? Quanto la relazione di cura diventa una relazione formativa per le parti interagenti, dove lo specifico di ciascuna si enfatizza nello scambio?*

- Proponiamo come fulcro e garanzia di cittadinanza il ripristino o avvio dei tavoli di concertazione in ogni Ambito, invitando gli esperti, in primo luogo per esperienza.*



Progetto «0/30 Passi da gigante»



Dipartimento Disabili

Dipartimento disabili di FondazioneSospiro

Cremona



Casadasè , casa delle autonomie -
Firenze



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

«Progetto 0-30» per l'autismo -

Piacenza

Marilena Zacchini
ed. Prof.



Un progetto sostenuto
per Piacenza

Progetto Book-Box



-libri in cammino-

« Percorso per co-abitare »

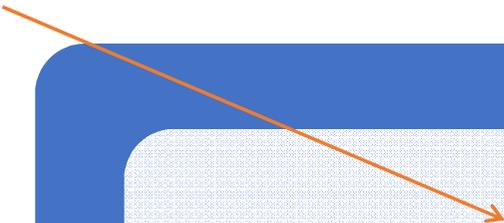


La "transizione verso l'età adulta" è un processo complesso e continuo che inizia non appena nasce un bambino e continua quando il bambino diventa adolescente, fino alla prima età adulta e poi attraverso le fasi dell'età adulta

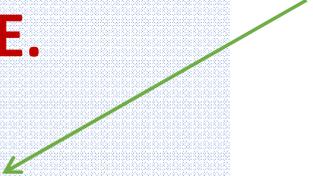


Ci siamo chiesti:

Che contributo possiamo dare per evidenziare nuove modalità di risposta alla urgente necessità di aumentare le competenze funzionali alla vita adulta, come accompagnare i nostri ragazzi nel percorso di vita?



I.C.A.R.E.



PROGETTO 0-30

I Care

Intervento Contestualistico di Abilitazione delle Reti Educative

Principi cardine delle linee guida :
Necessità intervento
precoce
Intensivo
Evidence based

Approccio ecologico:

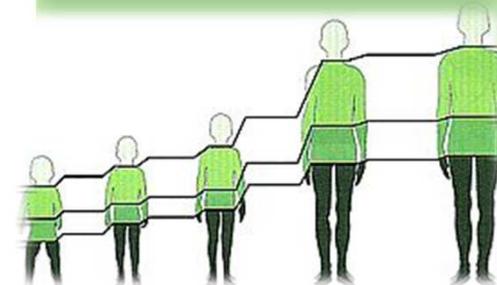
Nei vari contesti di vita

Famiglia

Scuola

Territorio

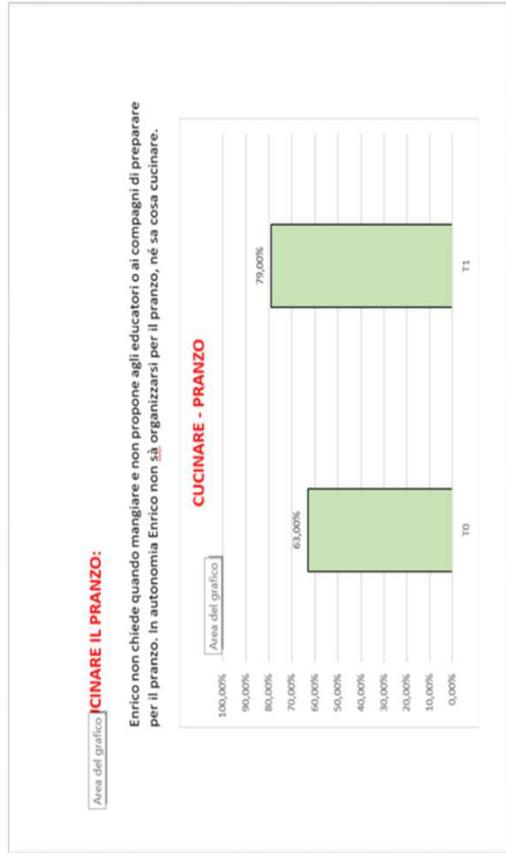
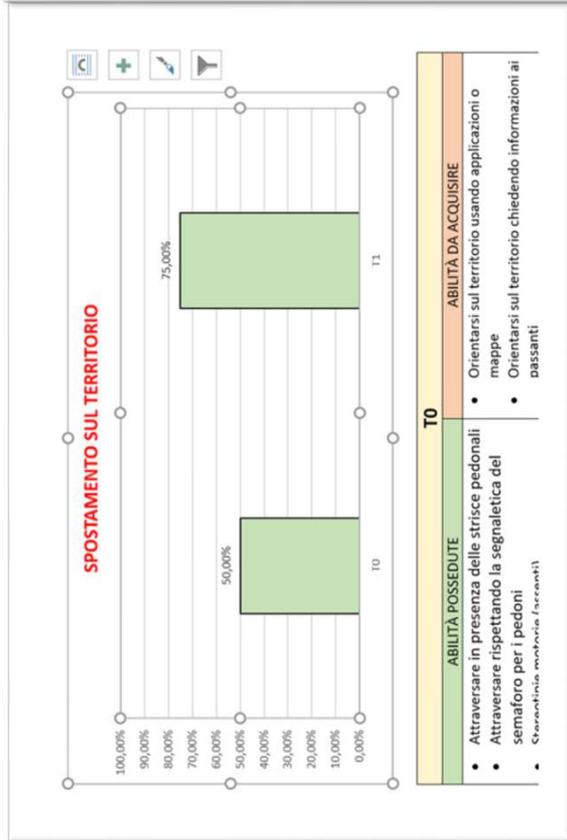
Modello di presa in carico
del **ciclo di vita (life span)**



SCUOLA DI VITA



- foto



Enrico non chiede quando mangiare e non propone agli educatori o ai compagni di preparare per il pranzo. In autonomia Enrico non sa organizzarsi per il pranzo, né sa cosa cucinare.

ATTIVITÀ	BASELINE							TRAINING							NOTE
	R	V	D	I	VI	M	NR	NR	NR	NR	NR	NR			
6. SOMMINISTRAZIONE FOTO COLORATI-BIANCO E NERO; 9C/78N													X	Non riconosce il mestolo, la padella, il tagliere	
6. SOMMINISTRAZIONE FOTO COLORATI-BIANCO E NERO; 10C/108N													X	Legge i vari step, ma si blocca ad ogni singolo step, verbalizzando: "eh non so come fare, lo devi fare tu"	
7. PROIEZIONE VIDEO COLORATI-BIANCO E NERO; 1-BN													X	Tende a versare l'intero contenuto	
7. PROIEZIONE VIDEO COLORATI-BIANCO E NERO; 1-C													X	Ha difficoltà a impagare il cotebio e a coordinare i movimenti.	
7. PROIEZIONE VIDEO COLORATI-BIANCO E NERO; 2-BN													X	In maniera approssimativa	
7. PROIEZIONE VIDEO COLORATI-BIANCO E NERO; 2-C													X		
7. PROIEZIONE VIDEO COLORATI-BIANCO E NERO; 3-BN													X		

COMPITO	R	V	D	I	VI	M	NR	NR	NOTE
PRENDERE MATERIALI E UTENSILI APPROPRIATI ALL'ESIGENZA								X	Non riconosce il mestolo, la padella, il tagliere
SEGUIRE LE FASI INDICATE NELLA RICETTA								X	Legge i vari step, ma si blocca ad ogni singolo step, verbalizzando: "eh non so come fare, lo devi fare tu"
DOSARE IN MODO APPROPRIATO GLI INGREDIENTI								X	Tende a versare l'intero contenuto
TAGLIARE GLI ALIMENTI IN MODO APPROPRIATO								X	Ha difficoltà a impagare il cotebio e a coordinare i movimenti.
MESCOLA IN MODO APPROPRIATO GLI ALIMENTI SUI ORNELLI								X	In maniera approssimativa
ACCENDERE IN MODO APPROPRIATO I FORNELLI								X	
REGOLARE IN MODO APPROPRIATO LA FIAMMA DEL ORNELLO								X	
ATTENDERE I TEMPI DI COTTURA COME INDICATO								X	
RICONOSCERE QUANDO IL CIBO È PRONTO								X	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	*

* : compito rischioso E: compito emergente NR: compito non riuscito
 : aiuto verbale
 : aiuto di dimostrazione
 : aiuto visivo
 : aiuto motorio

MODULO DI ABILITAZIONE SOCIALE			16-18
MODULO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO			3-18

durata 4 mesi

Come
possiamo
definire in
concreto la
valutazione
della
transizione?

"....processo continuo di raccolta di dati sui bisogni, le preferenze e gli interessi dell'individuo in relazione alle esigenze degli attuali e futuri ambienti lavorativi, educativi, educativi, di vita, personali e sociali.

Un momento critico per la pianificazione della transizione è nei primi anni della scuola media attraverso i primi anni successivi al diploma di scuola superiore. Questo periodo di tempo è il punto focale delle guide di transizione verso l'età adulta e aiuterà l'individuo con ASD e il suo team a rivedere le questioni dell'età adulta relative al lavoro, all'istruzione post-secondaria e alla vita adulta durante questi anni.



Progetto per
la transizione
e
orientamento



Dalla scuola al lavoro

Quali informazioni ci servono?

- Quali sono i modi di apprendimento preferiti dallo studente?
- Quali sono gli interessi di questo studente che possono essere utilizzati per costruire una carriera o ottenere un lavoro?
- Quali sono le competenze necessarie a questo studente per avere successo nel lavoro prescelto?
- A quali tipi di assistenza residenziale per adulti potrà accedere questo studente?
- Questo studente sarà in grado di vivere in sicurezza nella situazione residenziale di sua scelta?
- Che tipo di assistenza sarà necessaria per il successo dello studente nell'ambiente di lavoro o di vita desiderato?

Transizione

“(La transizione) ha il significato di un **cambiamento di status** tra il comportarsi primariamente da studente e **l'assumere emergenti ruoli adulti nella comunità.**

Questi ruoli includono un impiego, mantenere un alloggio, coinvolgersi attivamente nella comunità, sperimentare relazioni personali e sociali soddisfacenti.

La pianificazione dei processi di transizione dovrebbe iniziare non dopo i 14 anni”.

Halpern, A. S. (1994). **The transition of youth with disabilities to adult life: a position of the Division on Career Development and Transition.** *Career Development for Exceptional Individuals.*



Laboratorio

**pre-
professionale**

Quante cose da imparare....



Comportamento
Competenze
Relazioni
Consapevolezza
Autodeterminazione
Affettività
Sessualità
Autoregolazione
Autostima
Indipendenza
economica

criticità nel percorso

Il modello di intervento in età adulta è un modello di rete clinica-assistenziale che integra l'intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei Comuni/consorzi socio assistenziali, della scuola, degli enti destinati alla formazione e inserimento lavorativo.

1. Continuità

2. Orientamento

3. Opportunità

Ecologico : i contesti di vita

La complessità degli elementi
(Burt, Fuller & Lewis, 1991) Peraino (1992)



La persona



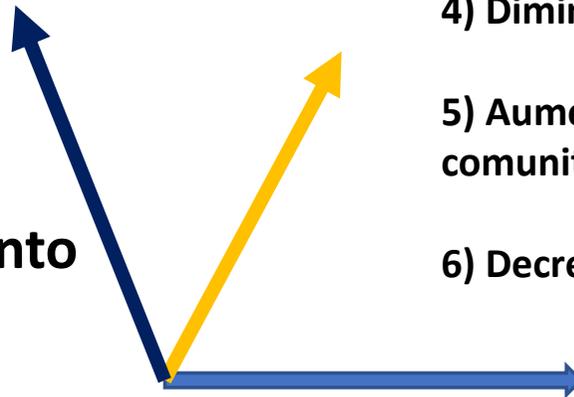
La famiglia



Il lavoro

- **Stanno nascendo una vasta gamma di approcci e strutture per impiegare nel miglior modo possibile le persone con ASD**
- **intervento di sostegno continuato nel tempo e flessibile**
- **Soluzioni basate su prove non ipotesi**
- **Accento sulle abilità**
- **Per i governi è un investimento**

Il lavoro



Gli esiti di anni di ricerche ed esperienze ci dicono che il lavoro :

- 1) **Contribuisce a riconosce la dignità alle persone con DSA**
- 2) **Contribuisce a miglora le capacità cognitive e adattive**
- 3) **Migliora la Q.o.I.**
- 4) **Diminuisce il costo del lavoro**
- 5) **Aumenta la produttività e lo sviluppo nella comunità (Jarbrink et al-)**
- 6) **Decremento dei costi dei supporti sociali e sanitari**



Hf : il progetto

comprende tre settori



il team di transizione

l'offerta di formazione e supervisione

l'inserimento diretto al lavoro



Lf:

Azienda

Cascina S. Marco a Tidolo



Cascina San Marco di Tidolo vuole divenire un luogo di inclusione sociale tra persone con disabilità e persone a sviluppo tipico.





Attività di produzione di prodotti agricoli (piccoli frutti e verdure biologiche), di manipolazione, confezionatura e commercializzazione.

Per essere davvero BioComunità, Cascina San Marco di Tidolo, nei suoi vari progetti obiettivi, in sinergia con partner territoriali, imprese e mondo delle istituzioni e del sociale, andrà a costruire semestralmente un calendario di attività ricreative, ludiche, culturali e scientifiche.

8 persone tutti i giorni
Squadre a rotazione cad. 14 persone



Qualche numero:

Assunti 6
Tirocini 6
Attesa 2
Consulenza 8
Laboratori 15



Enrico ha firmato il contratto...

Questo è il motivo per cui per anni ho cercato lavoro: forse sembrerò un egoista, ma volevo il mio denaro, la mia voglia di fare, e la mia libertà. Volevo la possibilità di essere me stesso, ed ora l'ho trovata



STERNE

Specialist People
Consulting for details

Sterne Danimarca

STERNE Danimarca è stata fondata nel 2004 come un'azione no-profit Specialist People Consulting ASD ad alto funzionamento

Il nostro servizio include:
- consulenza, test, coaching e formazione
- ricerca e selezione

Il nostro servizio include:
- consulenza e management coaching
- consulenza come formatori
- ricerca e selezione

Il nostro servizio include:
- consulenza per i programmi di 3 anni
- consulenza per i programmi di 3 anni

Sistema del Business

VALUTAZIONE

FORMAZIONE

Competenza

Clienti

SPECIALISTERNE
Specialist People Consulting

Mercati



Infine, la loro **partecipazione alla vita sociale** resta difficile, se non totalmente inesistente nella maggior parte dei casi (57%). Sfortunatamente, le barriere a tale partecipazione sono ancora molteplici, dovute principalmente al **mancato adattamento dell'ambiente** (36%), alla **manca di servizi adeguati** (24%) o agli **atteggiamenti negativi della collettività** (18,3%).



Esperienza di Milano: la casa comune

Associazione La Comune

Si basa su un co-housing di giovani disabili e normodotati.

esperienzi di co-housing di 4 persone con disabilità e di 2 giovani normodotati.

Interno del contesto abitativo: non saranno figure “accudenti”, saranno “coinquilini”, compagni di vita per un certo periodo, da cui mutuare e copiare atteggiamenti attivi. in una vita collettiva in cui il “sentirsi a casa propria” diventerà l’elemento centrale.

Quali compiti ci aspettano?

Migliorare i servizi che ci sono

Pensare a nuovi servizi che sono indispensabili e oggi non esistono

Risolvere pensieri che confliggono (molti di tipo economico):

«...se prendo un lavoro perdo la pensione e poi...»

- Conoscere accettare l'individualità del progetto:
- non basarsi su QI ma abilità e criticità
(indirizzi concettuali, sociali, pratici)
- costruire la rete del territorio e delle agenzie
- Avere il coraggio di provare nuove idee

- Essere resilienti

Grazie e



COONTATTO



primi passi verso casa

CONFERENZA ANNUALE
PER LA SALUTE MENTALE

RETE DI IMPRESA

21/12/2018

nasce la RETE DI IMPRESA
fra 10 cooperative che si occupano
di salute mentale attraverso
l'erogazione di servizi, per adulti e
per minori,
su Brescia e Provincia

CHI SIAMO



DIOGENE



COMUNITÀ MADDALENA

Istituto di Riabilitazione Psichiatrico
Cooperativa Sociale Onlus

COSA GESTIAMO

- ✓ **481** posti tra residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali o territoriali
- ✓ **561** pazienti trattati
- ✓ valore produzione **12 MIL**
- ✓ Circa **50** pazienti delle UO inseriti in attività lavorative diversamente protette,
- ✓ circa **80** pazienti impiegati in SAR esterne

L'idea parte lontano



Federsolidarietà nel 2014 ha attivato un Tavolo di Coordinamento che ha iniziato ad incontrarsi come gruppo di ideazione di quello che allora era solo **un'ipotesi di percorso formativo**, che si voleva contenesse trasversalità e protagonismo per le cooperative e i loro servizi.

IL MANDATO DI FEDERSOLIDARIETÀ

Definire servizi innovativi, anche in alternativa alle attuali soluzioni residenziali, individuando, a seconda dei bisogni, nuovi approcci in ambito di cura della salute mentale, per provare a superare e migliorare il modo classico di affrontare la riabilitazione

Il percorso formativo ha impegnato 80 ore tra aula, disseminazione e incontri Istituzionali

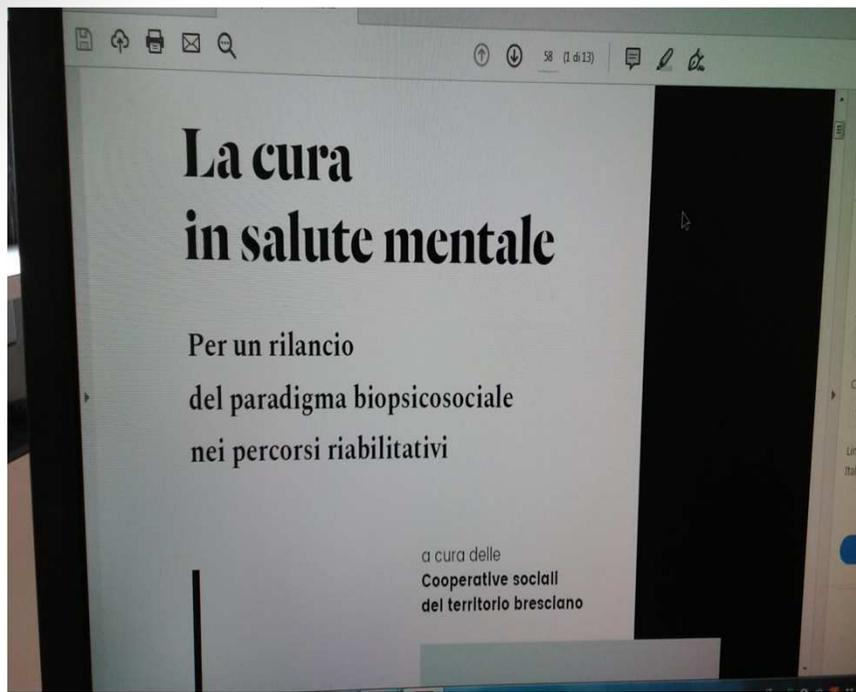
Punto di forza è stato valorizzare le specificità come elementi di ricchezza, ma contemporaneamente focalizzare gli elementi su cui far convergere visioni comuni.

La riflessione ha preso vita intorno al tema dell' IDENTITÀ:

- le narrazioni dei nostri servizi
- i valori di riferimento
- gli approcci al tema salute mentale
- i rapporti con i rispettivi contesti territoriali
- i rapporti con le Istituzioni (ATS-ASST) e le associazioni dei familiari
- i rapporti con la dimensione imprenditoriale delle nostre cooperative

TEMI CONDIVISI

- ✓ Analisi coerenza assunti della cooperazione sociale, orientamento alla persona, democratizzazione, orientamento al radicamento territoriale
- ✓ Analisi coerenza modelli riabilitativi
- ✓ Analisi prassi operative *recovery oriented* dei servizi residenziali per riconoscere l'utente come portatore di sapere e risorse
- ✓ Favorire scambi esperienziali, di strumenti o prassi



pubblicazione in
Animazione Sociale

STUDIO SOCIALIS

raccolta e
rielaborazione dati

LOGO COMUNE

COONTATTO

rete cooperativa per la salute mentale

COONTATTO

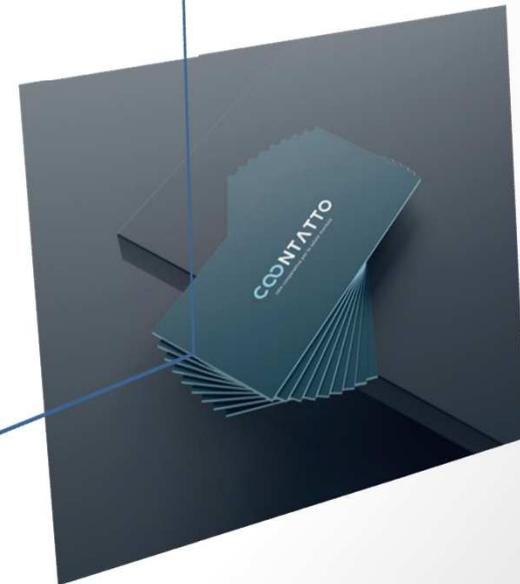
RETE COOPERATIVA PER LA SALUTE MENTALE

Coo: richiama la natura cooperativistica

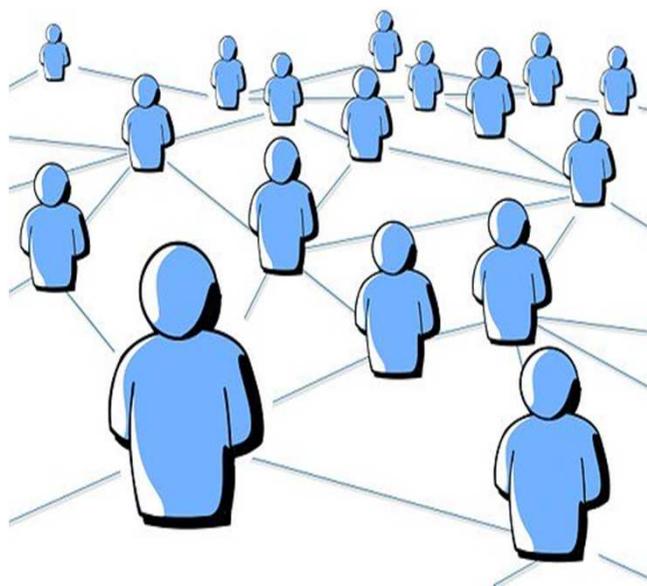
Le due «oo»: riprendono il simbolo dell'infinito

Contatto: relazione

Con-tatto: «in un certo modo»



PERCHÉ METTERCI IN RETE?



creare una partnership strategica tra i soggetti promotori che, pur mantenendo l'indipendenza imprenditoriale delle singole cooperative, sia finalizzata a:

FORMA DELLA PARTNERSHIP

Lo strumento individuato per realizzare gli obiettivi fissati è l' **ACCORDO di RETE** che prevede un organismo comune di coordinamento impegnato a:

- definire modalità e contenuti dei rapporti istituzionali
- elaborare analisi del sistema delle residenzialità con la nuova evoluzione
- elaborare piani d'azione e definire ruoli, impegni, risorse
- definire modalità e contenuti dei rapporti istituzionali
- progettare servizi innovativi
- progettare le azioni di comunicazione sul territorio

IDENTIFICARE UN NUOVO MODELLO IMPRENDITORIALE

COOPERATIVO che consenta di :

- ∞ interpretare i mutamenti in corso
- ∞ migliorare il posizionamento strategico della rete e delle singole imprese
- ∞ connettere tra loro ed implementare i percorsi di qualità
- ∞ investire sulle funzioni di marketing, ricerca e sviluppo
- ∞ realizzare economie di scala e sinergie derivanti dall'utilizzo in comune di risorse complementari

IDENTIFICARE I NUOVI BISOGNI DEL DISAGIO PSICHICO

finalizzando le azioni di progettazione e gestione
dei servizi al miglioramento delle risposte a tali
bisogni e in generale al miglioramento della
qualità di vita della persona con disagio
psichico;

DEFINIRE UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI E VALUTAZIONE DEGLI ESITI

che possa valorizzare il modello imprenditoriale
cooperativo nei confronti dei decisori politici e degli
enti titolari della presa in carico psichiatrica

primi passi

è stato quello di elaborare un'analisi delle varie forme di residenzialità attivate per provare a metterle a sistema con l'obiettivo:

- di ri-visitare il sistema della residenzialità,
- di proporre soluzioni innovative ed emancipate nell'area dell'abitare
- di formulare forme di residenzialità sostenibili sia per le imprese sia per le persone
- di tentare una redistribuzione delle risorse ordinarie ad oggi allocate
- di rendere le esperienze trasferibili nei diversi territori
- di prevedere una valutazione di impatto del sistema attivato
- di delineare le connessioni e le filiere necessarie;

Sperimentazione in atto



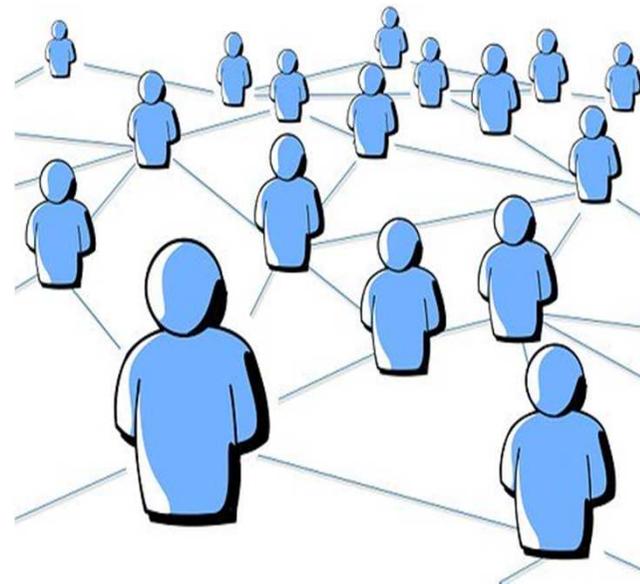
Format replicabile della Bassa
Bresciana Centrale

Ad oggi il Format sperimentato prevede:

- presenza della filiera CPA-CD-RL-forme di housing
- frequentazione anche «debole» di Servizi
- scritture private
- adesione a progetti co-costruiti
- opportunità lavorative

FUNZIONE DELLE RETE

La rete d'impresa servirà da base d'appoggio per la declinazione di formule diverse, ma altrettanto efficaci per garantire un modello innovativo e sostenibile in alternativa, non esclusiva, alle esperienze in strutture residenziali così come oggi sono formulate



Bozza per la sperimentazione

Destinatari:

pazienti psichiatrici maggiorenni di ambo i generi, a partire da quelli già presenti nei servizi delle cooperative

Territorio di riferimento:

provincia di Brescia

Obiettivo specifico della sperimentazione:

verificare la possibilità di “replicare” in ognuna delle 3 ASST bresciane (Desenzano – Franciacorta pedali Civili) l’esperienza di connessione tra più unità d’offerta nell’ambito della servizi di salute mentale, già realizzata nel territorio della Bassa Bresciana Centrale.

Il primo passo

elaborare un'analisi del sistema delle residenzialità:

- che abbia come obiettivo una ri-visitazione del sistema della residenzialità,
- che a tal merito proponga soluzioni che siano evolutive nei confronti dell'utenza
- che sia sostenibile dalle singole imprese e dai singoli partecipanti,
- che sia attuabile con una redistribuzione delle risorse ordinarie ad oggi allocate
- che sia trasferibile in diversi territori
- che preveda una valutazione di impatto
- che preveda di delineare le connessioni e le filiere necessarie;

Composizione rete housing

ENTE	Formula contratto	Num persone	Conv. anagrafica	accredit	Filiera interna	Copert notte	Compartecipaz.a affitto	Scrittura privata	Coinvolg s. sociale	Num app.	durata	luogo	note
Visano	affitto	6	si	no	CD	dispositivo	si	si	si	1	6 anni	Visano	
La Rete	Comodato gratuito Comune/Aler	5			R.L. / CD Concesio e Rovedolo/ Tr 14	no	si		si	2		Villa Carcina/ Gardone V.T./	
Fraternità	Immobile di proprietà * 1 in affitto	4		no	CD	Rep. filiera	Si (anche familiari)	si	si				
Pinocchio	2 comodato, 1 affitto, 1 proprietà, 1 proprietà utente	11		no	CPM	si		si	si	5		Rodengo/ comuni 2 limitrofi	
Gabbiano	1 affitto 1 di proprietà 1 comodato d'uso	10	si	no	CPA-CD-RL	si	si	si	si	3	6 anni	Pontevecchio	
Rondine	proprietà	2		no					si				
Gaia	affitto	3		no	CRM				si				

Quali indicatori

Gli indicatori sono finalizzati a:

migliorare gli itinerari di Housing attraverso percorsi flessibili, ma codificati;

- Ci si propone di verificare ciò che rende “terapeutico” un luogo o ciò che lo rende fonte di benessere, non solo per gli utenti, ma anche per i loro familiari, gli operatori, i cittadini.
- Luoghi interconnessi, permeabili, abitabili e modificabili. Dove ciascuno si possa sentire accolto in quanto persona, non connotato, non stigmatizzato. Dove ciascuno possa riconoscere che la salute mentale è un patrimonio che si raggiunge se tutti ne sono coinvolti e che riguarda tutti.

possibili indicatori di impatto

Ad oggi si possono riportare come indicatori di successo empirici (non è ancora stata avviata una ricerca-azione per verificarli) sono:

- azzeramento dei ricoveri ospedalieri;
- continuità dell'esperienza, che per qualcuno è attiva da 4 anni;
- la qualità della vita di chi è coinvolto
- la continuità lavorativa
- il numero ridotto di richieste di interventi di urgenza (1 in 4 anni);
- il significativo ripristino dei legami con la famiglia di origine

- L'attuale gestione delle forme di residenzialità in housing conferma quanto l'esperienza dell'abitare sia motivo di benessere e di riqualificazione dello stile di vita di chi ne usufruisce

... MA

- ad oggi i numeri delle persone che siamo riusciti a coinvolgere sono davvero troppo pochi in riferimento al bisogno rilevato
- Il tema della sostenibilità per proporre in larga scala le esperienze di autonomia abitativa è oggi la sfida da lanciare nella logica di un diritto di cittadinanza che non può essere solo dichiarato

FARE TUTTI FARE INSIEME

La dimensione della collettività potrebbe ridisegnare le geografie dei territori e le biografie delle persone che li abitano.

L'apertura al cambiamento vissuto come opportunità e non come necessità forzata dagli eventi avversi ci orienterebbe a nuovi itinerari a nuove soluzioni, a nuovi sistemi

LA SALUTE MENTALE CERCA CASA



buon lavoro a tutti



ISTITUTO DI **R**ICOVERO E **C**URA
A **C**ARATTERE **S**CIENTIFICO
CENTRO S. GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI
BRESCIA

**Sinergia fra clinica e ricerca
per l'abitare "meglio"**

Giovanni Battista Tura
Psichiatra

Dirigente Responsabile Area Complessa di Psichiatria

Mfo

Dai «Pilastroni all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

... nella città, per la città....

+ Martedì il giorno 2 Dicembre 1885
 all'ore 9. prima N. 1.

OSPEDALE FATEBENEFRATELLI IN BRESCIA

NUMERO	COGNOME E NOME	Professione	Stato	Età
1	[redacted]	Ligatore di libri	Single	58
PATRIA	Comune <i>Mozza</i>	DOMICILIO	Comune	
	Circondario		Circondario	
	Provincia		Provincia	
Entrò il giorno <i>14</i> del mese di <i>Nov.</i> dell'anno <i>1885</i>				
Temperamento				
Malattie sofferte	<i>Epilettico da anni -</i>			
Cause o principio della Malattia attuale	<i>Scoppiò il 8 Marzo 1878. Fu ricoverato nella Casa ospedaliera di S. Spirito - ignoransi i precedenti.</i>			
Stato presente e Diagnosi fisica	<i>Opportunamente curato prima e dopo l'accesso basta negli intervalli periodici - di carattere vistoso e periodico sotto l'influenza epilettrica in complesso abbastanza normale e regolare nella manifestazione in condizione di gravità felice - stato più volte depurato in parimenti di flogosi e portogio.</i>			
Carattere della malattia	<i>Mania Epilettrica seguita in epine Dura - portogio di mania</i>			





La storia dell'Istituto



1882 Fondazione Istituto S. Cuore di Gesù

1978 Ospedale Psichiatrico

1978-1989 Periodo della "Transizione"

1989 IDR Psichiatrico e per Disabili Psicici

1990 Centro Sperimentale Alzheimer

1996 Riconoscimento ministeriale come IRCCS per la Riabilitazione Psichiatrica e le Demenze

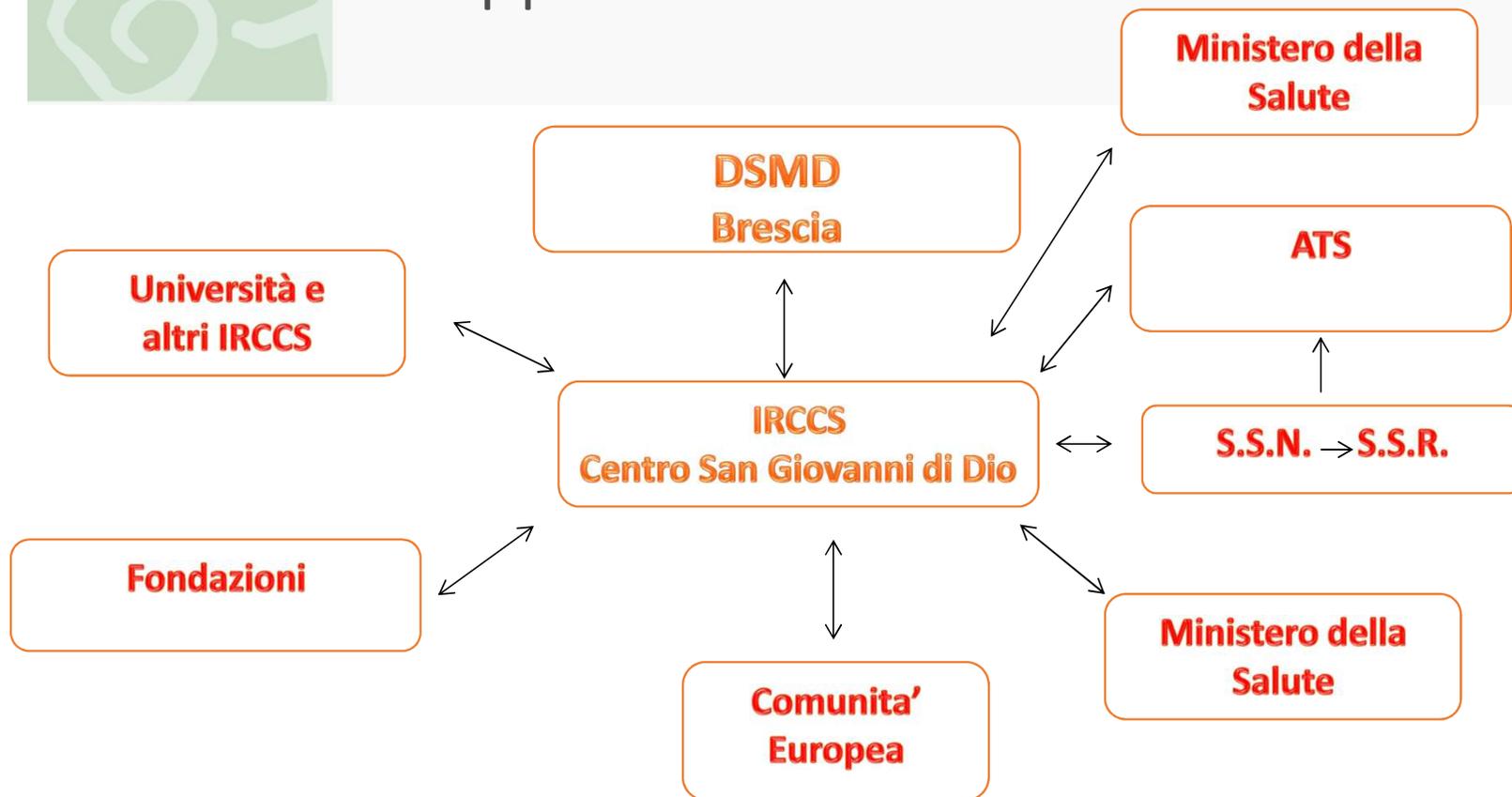
1997 Residenza M. Bonardi U.O. degenza riabilitazione ospedaliera psichiatrica su modello «ambiente naturale

2000 Accreditamento Istituzionale

2002 Accreditamento Internazionale Joint Commission International per U.O. Ospedaliere

A seguire: periodici rinnovi sia Ministeriali che degli Accreditamento volontari

Rapporti Istituzionali



Mfo



Attività ambulatoriale (gennaio/novembre 2019)

PRIME VISITE	427 (di cui 372 ATS 302)
VISITE PSICHIATRICHE	1579 (di cui 1455 ATS 302)
ATTIVITA' MACRIMABULATORIALE COMPLESSA (MAC)	<ul style="list-style-type: none"> • Generico • 1625 (giovani under 25 anni)
SERVIZI PER I MIGRANT – DISAGIO PSICHICO	<ul style="list-style-type: none"> • PROGETTO FAMI – START • COOPERAZIONE CON CARITAS • COOPERAZIONE CON ADL

Unità di Riabilitazione Ospedaliera

N° ricoveri 2018	266
Durata media della degenza	24 giorni
Persone residenti del territorio ATS 302	204
Finalità	<ul style="list-style-type: none">• Programmi clinico/riabilitativi<ul style="list-style-type: none">• post acuzie (riduzione tempi degenza in SPDC)• Degenze «riabilitative» in decorso patologico cronico• Prevenzione di trend funzionale peggiorativo• Temporanea decontestualizzazione da ambiente naturale critico e stressogeno
Perché «pro –cittadinanza»	<ul style="list-style-type: none">• Prevenzione «cronicizzazione» residenziale• Risposta in loco (degenze extra)• Rete con i servizi locali (DMSD e MMG)• Setting simil-abitativo

IRCCS Centro S. Giovanni di Dio
Unità Ospedaliera
per la Riabilitazione Psichiatrica
 Fra Mose Bonardi

Unità operativa di 20 posti per la realizzazione di programmi specifici, della durata fino a 30 giorni, mirati alla valutazione, alla terapia e alla riabilitazione di persone con disturbi psichiatrici ad ampio spettro e con caratteristiche di complessità.



Mfo

DURATA DEL PROGRAMMA

PECULIARITA'

realizzazione di pacchetti integrati in un contesto temporale definito (vs modelli in psichiatria con scarsa definizione temporale)

•INDIVIDUAZIONE DI STRUMENTI E Percorsi A MAGGIOR EFFICIENZA/EFFICACIA E STANDARDIZZAZIONE

FASE I: valutazione clinica multidimensionale e individuazione dei primi obiettivi (24 h)

FASE II: valutazione iniziale del funzionamento personale e sociale (manuale VADO)

FASE II: definizione dell'area in cui intervenire, negoziazione e condivisione dell'obiettivo

FASE III: pianificazione degli interventi personalizzati ed attuazione interventi individuale e di gruppo
 approccio dialettico-comportamentale e psicoeducazionale (programmi di 12 incontri specifici per dimensione psicopatologica)

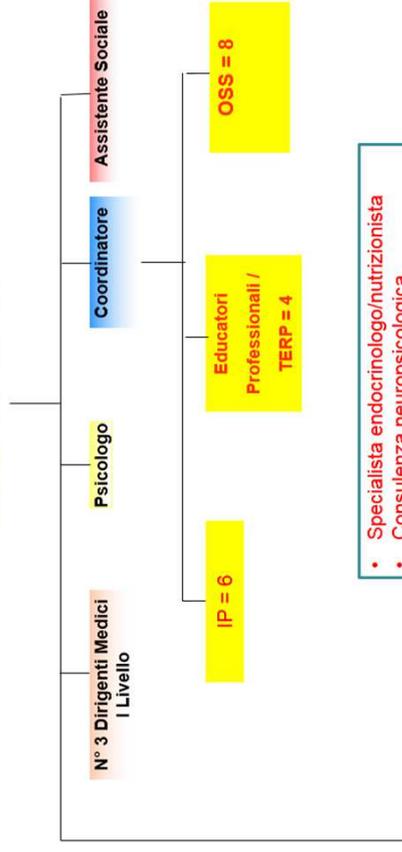
FASE IV: valutazione alla dimissione del funzionamento personale e sociale e del grado di raggiungimento dell'obiettivo

7 gg

21 gg

Mfo

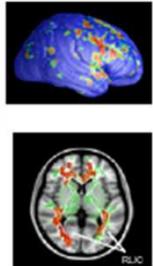
Dirigente Medico II Livello:



Mfo



DALLA RICERCA ALLA CLINICA: AREA DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'



Correlati neurobiologici del disturbo borderline con neuroimaging (Rossi et al, 2012; 2013; 2015; Quattrini et al 2019)



Family Connections
percorsi per i familiari

Ad oggi 130 familiari provenienti da tutto il territorio seguiti con i gruppi del programma Family Connections



NEUROIMAGING AND CLINICAL MARKERS OF CHANGE IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AFTER METACOGNITIVE INTERPERSONAL THERAPY (CLIMAMITHE)
(GR-2011-02351347 – Ministry of Health)

Progetto finanziato dal Ministero della Salute che ha valutato l'efficacia di un percorso di psicoterapia per pazienti con disturbo borderline: 80 pazienti hanno ricevuto gratuitamente un anno di psicoterapia (Magni et al 2019)

La disregolazione emotiva come possibile fattore di vulnerabilità per il disturbo borderline di personalità

Progetti che coinvolgono le scuole del territorio bresciano volti a studiare le caratteristiche della disregolazione emotiva e a fornire agli studenti alcuni strumenti per la gestione delle emozioni (già coinvolti 170 studenti, 450 studenti saranno inclusi nel nuovo progetto finanziato dal Ministero della Salute)

INTEGRAZIONE TRA CLINICA E RICERCA

PERCORSI TERAPEUTICI PER PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

PROGETTO DI RICERCA (INTERVENTI GRATUITI PER I PAZIENTI)

Attività in convenzione con il SSN

Attività:



IRCCS Centro S. Giovanni di Dio
Fatebenefratelli - Brescia

*Servizio per la
diagnosi e il
trattamento del
Disturbo Borderline
di Personalità*

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

GRUPPO DI DBT-SKILLS TRAINING

VALUTAZIONE CLINICA E
NEUROPSICOLOGICA

PRELIEVO EMATICO per lo studio dei
Correlati neurobiologici della malattia



GRUPPI PER FAMILIARI

DAL 2018 VALUTATI 119 pazienti



AMBULATORIO DI PSICOTERIA INDIVIDUALE

Attività:

TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE

TERAPIA METACOGNITIVA INTERPERSONALE

COLLOQUI CLINICI CON FAMILIARI

Ambulatorio attivato a Marzo 2019: sono in carico
24 pazienti, di cui 11 sotto i 25 anni di età
(numero accessi ad oggi pari a 380)



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research report

Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy



Valentina Candini^{a,*}, Chiara Buizza^{a,d}, Clarissa Ferrari^a, Maria Teresa Caldera^b, Roberta Ermentini^c, Alberto Ghilardi^d, Gianluigi Nobili^b, Rosaria Pioli^a, Margherita Sabaudo^c, Emilio Sacchetti^c, Francesco Maria Saviotti^b, Giuseppe Seggioli^b, Amneris Zanini^b, Giovanni de Girolamo^a

^a IRCCS "St. John of God" Fatebenefratelli—Brescia, Via Pilastroni 4, Brescia 25125, Italy
^b Department of Mental Health, A.O. Desenzano sul Garda, Italy
^c Department of Mental Health, A.O. Brescia, Italy
^d Department of Clinic and Experimental Sciences, University of Brescia, Brescia, Italy

ARTICLE INFO

Article history:
Received 12 November 2012
Received in revised form 24 May 2013
Accepted 25 May 2013
Available online 29 June 2013

Keywords:
Bipolar disorder
Psychoeducation
Hospitalization
Relapse prevention
Rehabilitation
Integrated treatment

ABSTRACT

Background: Recent reviews of evidence-based guidelines for the clinical management of Bipolar Disorders (BD) have recommended that "all patients with BD be offered group or individual psychoeducation" to prevent relapse, improve treatment adherence, quality of life, and functioning. The present study evaluated the effectiveness of psychoeducation in routine mental health services in reducing number of hospitalisations and number of days spent in hospital, at a 1-year follow-up.
Methods: A total of 102 outpatients were recruited from two Italian Departments of Mental Health. Inclusion criteria were a lifetime BD type I or II diagnosis, assessed with SCID, and ≥3 months of euthymia. Exclusion criteria were DSM-IV Axis I comorbidity, mental retardation (IQ < 70), organic brain damage, or deafness. All participants received standard psychiatric care, including standard pharmacological treatment; the experimental group also received 21 group psychoeducation sessions, weekly held and conducted according to Colom and Vieta's model.
Results: The number of patients hospitalised during the 1-year follow-up, the mean number of hospitalisations per patient, and the mean number of hospitalisation days were significantly lower for psychoeducated patients.
Conclusion: Our findings support the view that group psychoeducation is an effective way to prevent hospitalisation and decrease hospital days in pharmacologically treated patients with bipolar disorder also in routine clinical settings. The results confirm that psychoeducation promotes improvement in illness course by preventing acute phases and enhancing mood stability, and consequently, improvement in the quality of life for people with BD.

© 2013 Elsevier B.V. All rights reserved.

FOLLOW-UP A 4 ANNI



ORIGINAL RESEARCH
published: 26 November 2013
doi: 10.3389/fpsyg.2013.00973



The Long-Term Effectiveness of Psychoeducation for Bipolar Disorders in Mental Health Services. A 4-Year Follow-Up Study

Chiara Buizza^{1,*}, Valentina Candini^{2†}, Clarissa Ferrari³, Alberto Ghilardi¹, Francesco Maria Saviotti⁴, Cesare Turina¹, Gianluigi Nobili⁴, Margherita Sabaudo⁵ and Giovanni de Girolamo²

¹ Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Brescia, Italy, ² Psychiatric Epidemiology and Evaluation Unit, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italy, ³ Service of Statistics, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italy, ⁴ Department of Mental Health, ASST Garda, Brescia, Italy, ⁵ Department of Mental Health, ASST Spedali Civili, Brescia, Italy

OPEN ACCESS

Edited by:
Paul Stokes,
King's College London,
United Kingdom

Reviewed by:
Bruno Etain,
Paris Diderot University, France
Federica Sancassiani,
University of Cagliari, Italy

***Correspondence:**
Chiara Buizza
chiara.buizza@unibs.it

[†]These authors have contributed equally to this work

Specialty section:
This article was submitted to
Mood and Anxiety Disorders,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Aims: The aims of the present study were to assess: the effectiveness of psychoeducation in mental health service (MHSs) in terms of time to first hospitalization during 4-year follow-up; the number and the days of hospitalizations, and the number of people hospitalized at 4-year follow-up; and variables associated with better outcome in BD patients.

Methods: This is a controlled study involving an experimental group (N = 57) and a control group (N = 52). The treatment phase consists of 21 weeks, in which all participants received TAU, while the experimental group received additional psychoeducation.

Results: The survival analysis showed significant differences in terms of time to first hospitalization of up to 4-year follow-up: the patients in the psychoeducation group showed a longer time free from hospitalizations than the control group. Concerning the predictors of time to first hospitalization, the only factor that showed a trend to statistical significance was psychoeducation.

Conclusions: This is one of few studies assessing the long-term effectiveness of psychoeducation in a naturalistic setting. The data confirm that psychoeducation can impact illness course, in terms of longer time free from hospitalizations.

Trial registration: ISRCTN17827459

RISULTATI PROGETTO INNOVATIVO PSICOEDUCAZIONE PER PAZIENTI CON DISTURBI MENTALI GRAVI

ATTIVITA' SVOLTE

N

Pazienti trattati attraverso percorsi psicoeducativi strutturati di gruppo

349

Familiari di questi pazienti che hanno partecipato a gruppi per familiari

104

Corsi di formazione relativi a modelli di intervento psicoeducativi EB per operatori sanitari della salute mentale

9

Operatori sanitari della salute mentale che hanno partecipato ai corsi di formazione

250



Monitoring and predicting the risk of violence in residential facilities.
No difference between patients with history or with no history of violence

Giovanni de Girolamo^a, Chiara Buizza^b, Davide Sisti^c, Clarissa Ferrari^d, Viola Bulgari^{a,c}, Laura Iozzino^e, Maria Elena Boero^f, Giuseppe Cristiano^g, Alessandra De Francesco^h, Gian Marco Gobbioⁱ, Paolo Maggi^j, Giuseppe Rossi^k, Beatrice Segalini^l, Valentina Candini^{m,n}, for the VIORMED-1 Group

^a Psychiatric Epidemiology and Evaluation Unit, Santa Anna of Civil Clinical Research Center, Brescia, Italy
^b Institute of Biometrics, University of Insubria, Italy
^c Institute of Biometrics, University of Insubria, Italy
^d PhD School of Psychology, Catholic University of the Sacred Heart, Milan, Italy
^e Department of Psychiatry, Catholic University of the Sacred Heart, Milan, Italy
^f Rehabilitation Hospital Santa Vittoria, Santa Vittoria, Italy
^g Rehabilitation Hospital Santa Vittoria, Santa Vittoria, Italy
^h Psychiatric Clinic, Santa Anna of Civil Clinical Research Center, Brescia, Italy
ⁱ Ipp

Journal of Personality Disorders, Volume 31, 1–17, 2017
© 2017 The Guilford Press

PERSONALITY, SCHIZOPHRENIA, AND VIOLENCE: A LONGITUDINAL STUDY

Valentina Candini, PsyD, Marta Ghisi, PhD, Gioia Bottesi, PhD, Clarissa Ferrari, PhD, Viola Bulgari, PsyD, Laura Iozzino, PsyD, Maria Elena Boero, PsyD, Alessandra De Francesco, PsyD, Paolo Maggi, PsyD, Beatrice Segalini, PsyD, Vanessa Zuccalli, PsyD, Gian Marco Gobbio, MD, Giuseppe Rossi, MD, and Giovanni de Girolamo, MD, for the VIORMED-1 Group

© 2019 The Guilford Press

PERSONALITY, SCHIZOPHRENIA, AND VIOLENCE: A LONGITUDINAL STUDY: THE SECOND WAVE OF THE VIORMED PROJECT

Gioia Bottesi, PhD, Valentina Candini, PsyD, Maria Ghisi, PhD, Maria Bava, MD, Giorgio Bianconi, MD, Viola Bulgari, PhD, Giuseppe Carrà, MD, Cesare Cavallera, PhD, Giovanni Conte, MD, Maria Chicelli, PsyD, Maria Teresa Ferla, MD, Laura Iozzino, PhD, Ambra Macis, MSc, Alberto Stefania, PsyD, and Giovanni de Girolamo, MD, for the VIORMED-2 Group

The study investigated the association between maladaptive personality traits, personality disorders (PDs), schizophrenia, and the risk of aggressive behavior. Ninety-four patients with a history of violence and 23 patients with no history of violence underwent a multidimensional follow-up through the Modified Overt Aggression Scale. The violent group scored significantly higher than the Control group on the Millon Clinical Inventory-3, the Inventory of Callous-Unemotional Traits, and the Revised Parnas Personality Scales. Irrespective of any history of violence, patients with PD as a primary diagnosis displayed more aggressive behaviors than those with a primary diagnosis of schizophrenia during the follow-up. The findings suggest that maladaptive personality traits and maladaptive personality traits were underlying a primary diagnosis of PD. Identifying the crucial risk factors for violent recidivism would contribute to reducing aggressive behavior in this population.

Keywords: personality disorders, schizophrenia, violence, longitudinal

ORIGINAL PAPER

Facial emotion recognition in people with schizophrenia and a history of violence: a mediation analysis

Viola Bulgari^{1,2}, Mattia Bava^{2,3}, Giulia Gamba², Francesco Bartoli², Alessandra Ormaghi², Valentina Candini^{1,2}, Maria Teresa Ferla², Marta Cricelli², Giorgio Bianconi⁴, Cesare Cavallera^{5,6}, Giovanni Conte⁶, Alberto Stefania⁶, Marco Picchioni^{7,8}, Laura Iozzino⁹, Cristina Crocarno², Giuseppe Carrà^{2,5,9}

Received: 21 December 2018 / Accepted: 15 May 2019
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019



RESEARCH ARTICLE

Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy

Stefano Barlati^{1,2}, Alberto Stefania¹, Francesco Bartoli³, Giorgio Bianconi¹, Viola Bulgari¹, Valentina Candini³, Giuseppe Carrà³, Cesare Cavallera^{3,4}, Massimo Clerici^{3,5}, Maria Teresa Ferla³, Clarissa Ferrari³, Laura Iozzino⁵, Ambra Macis³, Antonio Vita², Giovanni de Girolamo^{6,7}, for the VIORMED-2 Group⁸

¹ Department of Mental Health and Addiction Services, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia, Italy
² Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Brescia, Italy
³ Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Monza, Italy
⁴ Department of Mental Health, ASST Ovest Milanese, Milano, Italy
⁵ Unit of Epidemiological and Evaluation Psychiatry, IRCCS Istituto Centro Sperimentale di Psicopatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
⁶ Department of Psychiatry, IRCCS Istituto Centro Sperimentale di Psicopatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
⁷ Department of Mental Health, San Gerardo Hospital, Monza, Italy
⁸ Department of Mental Health, ASST-Rhodense G. Sallusti di Garbagnate, Milano, Italy
⁹ Unit of Statistics, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italy

The VIORMED-2 Group also includes: Mattia Bava, Giovanni Conte, Luca Micheletti, Paola Vittoria Negri, Alessandra Ormaghi, Cesare Turina
* g.degirolamo@fatebenefratelli.it



SCIENTIFIC REPORTS

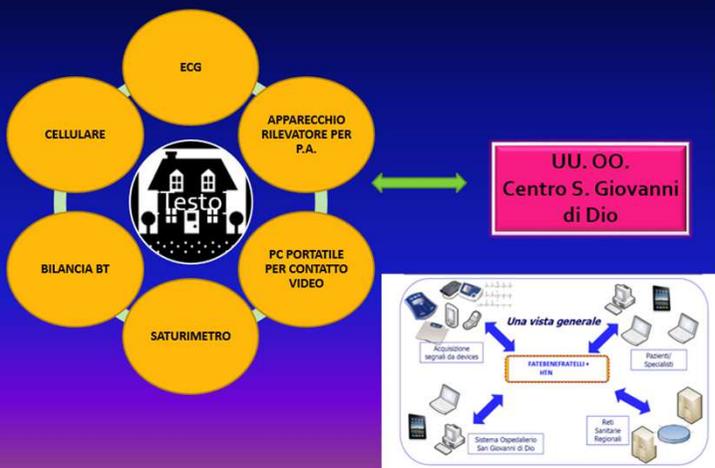
nature research

Self-harm behaviour and externally-directed aggression in psychiatric outpatients: a multicentre, prospective study (viormed-2 study)

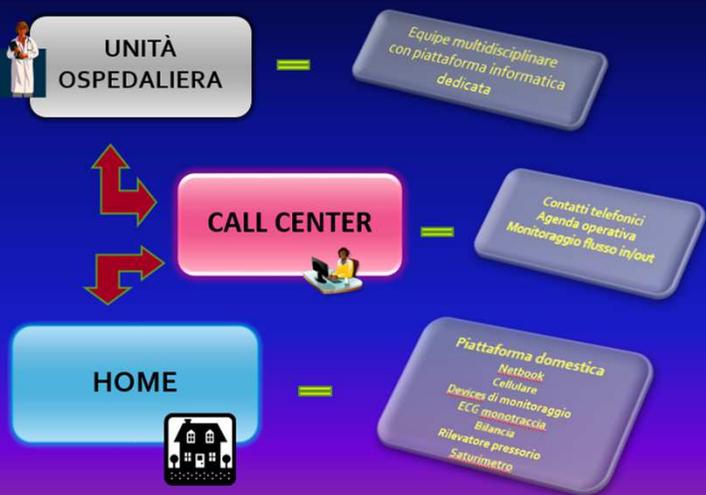
Paolo Soccio¹, Ambra Macis², Clarissa Ferrari³, Mattia Bava⁴, Giorgio Bianconi¹, Viola Bulgari¹, Valentina Candini¹, Giuseppe Carrà⁵, Cesare Cavallera⁶, Massimo Clerici⁷, Giovanni de Girolamo^{8,9}, Maria Teresa Ferla³, Laura Iozzino¹⁰, Alberto Stefania¹¹ & Giovanni de Girolamo¹²

The aim of the project was to investigate differences between outpatients with Severe Mental Disorders (SMDs) with and without a history of self-harm behaviour (SHB) and/or violent behaviour against other people (VBA) during the follow-up. Outpatients with SMDs, with and without a history of SHB and/or VBA, were divided into four groups: patients with SHB and VBA, patients with SHB and no VBA, patients with no SHB and VBA, and patients with no SHB and no VBA. The frequency and severity of SHB and VBA during the FU were assessed every two weeks by the study. Overall 242 patients were enrolled. BPRS-E, Depression Inventory-15, and Social Adjustment Inventory for Patients with Schizophrenia were administered. Significant correlations were found between SHB and VBA during the FU. SHB and VBA were associated with different medium-term outcomes.

Di cosa dispone l'utente a domicilio :



STRUMENTO OPERATIVO: UNITA' INFORMATICA ASSE CENTRO ----> CASA



SERVIZIO DI TELEPSICHIATRIA Piattaforma operativa

Contatti programmati

- colloqui clinici in forma libera;
- controlli periodici dell'andamento clinico e del funzionamento secondo precisi protocolli (scale, questionari, test, interviste aperte o strutturate)
- interventi di tipo psicoeducazionale e riabilitativo secondo precisi programmi;
- colloqui di ascolto/supporto ai familiari;
- contatti specifici consulenziali al MMG
- osservazione "diretta" del paziente nel suo ambiente di vita sia per una miglior qualità dell'interazione terapeutica che per una più oggettiva rilevazione di aspetti fenomenologici (comportamenti) tramite web cam.
- utilizzo di servizi di telemedicina già esistenti per altre discipline mediche (per es. tele cardiologia, tele dermatologia) per le problematiche di comorbidità

Contatti non programmati

- L'utente coinvolto avrà la possibilità, sempre attraverso il contatto via call center, di contattare h24 l'Unità Operativa in casi di necessità, quindi non programmabile (urgenze, necessità non procrastinabili, bisogni estemporanei)

Interventi

Abitare «bene»

Ethos («teoria del vivere») non indicava inizialmente comportamenti soggettivi; indicava la dimora, l'abitare in cui ogni uomo si trova alla nascita, la radice a cui ogni uomo appartiene. In questo senso, un cittadino non era più o meno etico per sua scelta o volontà. Egli apparteneva a un ethos. A una stirpe, a un linguaggio, a una polis, e ciò gli consentiva di vivere «bene», in modo etico.

Questo ad indicare che l'etica prima ancora del significato di costume ha che fare con l'Abitare e alla possibilità che ad ogni individuo sia data di Abitare con senso di appartenenza, in pieno diritto, in cittadinanza.

Una società è etica quando «capace» di far abitare bene.

MFO

IO... A BRESCIA

CONFERENZA DELLA SALUTE MENTALE.

ABITARE LA CITTÀ...DINANZA

Buongiorno a tutti, comincio questo intervento, ringraziandovi per questa bella opportunità di portarvi il parere dei pazienti in un'occasione importante e riconosciuta come è la Conferenza annuale della salute mentale. Vi porto anche i saluti del presidente e della vicepresidente della nostra associazione regionale, la Rete Utenti Lombardia, e di tutto il consiglio direttivo.

Il tema dell'abitare è, senza dubbio, uno dei temi cardine per i percorsi di tutti i pazienti dei servizi. Lo è per chi è in una comunità residenziale, lo è anche per chi, come me, vive in autonomia e per chi, invece, vive ancora in famiglia. E lo è, ovviamente, in modo diverso.

Le esigenze, infatti, cambiano a seconda del tipo di percorso che un paziente sta portando avanti, a seconda del carattere e della personalità e, perché no, anche del decorso clinico del proprio disturbo. Siamo tutti diversi e anche in quest'ambito che è comune a tutti, presentiamo delle caratteristiche individuali che non sono da sottovalutare. I grossi rami di questo argomento sono due e di pari importanza.

Primo, l'Abitare la propria casa... e questo è un argomento centrale per il percorso di autonomia di ciascuno, a maggior ragione nell'ottica di diminuzione della residenzialità in struttura che la Regione Lombardia sembra voler portare avanti nei prossimi anni. Perché è centrale?

Innanzitutto, perché non tutti i pazienti hanno la possibilità di avere una casa autonoma o propria e sono pochi quelli che hanno la possibilità economica di trovarne una secondo i canoni tradizionali. In secondo luogo, il percorso di vita autonoma richiede spesso e volentieri un grado di supporto variabile e rende necessaria, quindi, la personalizzazione dei singoli progetti individuali.

Per il raggiungimento di questo punto abbiamo necessariamente bisogno di un confronto, autentico e realista, sia coi servizi di salute mentale che con le realtà del territorio comuni, aler, associazioni... eccetera.

Ed è anche per questo che siamo felici di essere presenti a queste conferenze che per noi, oltre ad essere un modo per farci conoscere, diventano anche possibili spiragli di apertura verso le collaborazioni che speriamo sempre di poter portare avanti nel tempo.

Ma veniamo adesso al tema di questa giornata... Abitare la città...dinanza.

Cosa vuol dire per noi pazienti? Fermo restando il fatto che ciascuno di noi potrebbe indicare cose differenti, ci sono alcuni punti in comune un po' per tutti.

- Vuol dire avere la possibilità di accedere ad attività, a gruppi organizzati, a “risorse” che siano fruibili non solo da noi pazienti ma anche da altri cittadini perché questo andrebbe, col tempo, a frantumare quel muro devastante che è generato dallo stigma e che spesso si trasforma in autostigma.
- Vuol dire poterci divertire, avere posti dove praticare hobby, sport, o dove semplicemente poter passare la domenica in serenità e senza la paura dell'altro.
- Vuol dire poter accedere a diverse forme di sostegno/supporto, sia economico che emotivo, per affrontare le difficoltà e le paure che comunque si possono trovare in un percorso di autonomia.

Alla fine, abbiamo le stesse esigenze di qualsiasi altra persona, per così dire, SANA... solo con alcune fragilità in più. Vorremmo poter entrare nei gruppi, nei locali, nei posti della socializzazione, senza la paura di essere considerati delle “COSE STRANE” con le quali non si sa mai come interagire, tutela e sostegno nell'affrontare le difficoltà per noi sono importanti ma non sono sinonimi né di assistenzialismo, né di campane di vetro.

Molti di noi vorrebbero poter tornare a lavorare, ma sappiamo bene che il percorso di avvicinamento al mondo del lavoro è lungo, tortuoso e di non

facile raggiungimento; senza contare che, alcuni, non potrebbero tornarci nemmeno volendo. Eppure abbiamo le stesse esigenze e le stesse spese da affrontare di tutti gli altri cittadini della nostra bella provincia...

A volte siamo in famiglia ma non vorremmo essere un peso per i famigliari, eppure non abbiamo alternative, cosa che ci porta a volte a rinunciare a tanto per non aumentare le spese di casa o per non sentirci obbligati a ringraziare altri del poco che riusciamo ad ottenere. A volte viviamo soli ma vorremmo condividere la nostra casa e la nostra vita quotidiana con altre persone anche se questo fosse complicato. Altre volte viviamo con altri pazienti ma non vorremmo... però non ci è data la possibilità di scegliere strade alternative.

Come associazione, oltre a portare in occasioni come questa la “Voce” del mondo dei pazienti, auspichiamo ad una collaborazione più proficua con quelle che sono le sedi preposte alla discussione più approfondita di tutte queste tematiche nella fiducia della possibilità di costruire veramente una Comunità per la Salute Mentale che è e resta patrimonio di tutti i cittadini e a cui tutti possiamo contribuire. Una comunità che offra risorse, possibilità, vie alternative, risposte a chi ne ha bisogno, una comunità che veda nella partecipazione attiva di tutte le parti in causa la risposta a tutti quei problemi che sorgono o possono sorgere nella costruzione del percorso di Recovery di ciascun paziente dei servizi di salute mentale ma non solo.

Infine, infatti, la recovery e la coproduzione che come associazione abbiamo il mandato di promuovere e di ricercare in tutti i servizi pubblici e privati della regione, non riguardano solo la psichiatria ma la Vita in generale, e quella è patrimonio di tutti!

ISABELLA... A BRESCIA

Grazie.