



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Marília



CULTURA  
ACADÊMICA  
*Editora*

## **Inclusione sociale delle persone svantaggiate:** processi di capacitação e per lo sviluppo umano nei servizi per la salute mentale a Trieste Giuseppina Ridente

**Como citar:** RIDENTE, G. Inclusione sociale delle persone svantaggiate: processi di capacitação e per lo sviluppo umano nei servizi per la salute mentale a Trieste. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 91-118.  
DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p91-118>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# Inclusione sociale delle persone svantaggiate: processi di capacitazione e per lo sviluppo umano nei servizi per la salute mentale a Trieste

*Giuseppina Ridente*

La società umana è diversa dal branco di animali perchè qualcuno può sostenervi; è diversa perchè è in grado di convivere con gli invalidi, tanto che storicamente la società umana potrebbe dirsi nata insieme con la compassione e con l'aver cura; qualità soltanto umane [...] Non riesco a pensare a niente che sia più importante di questo. E' da qui che si deve cominciare (Bauman, 2009).

## **PREMESSA**

La tematica della lotta all'esclusione è contenuta in tutti i documenti europei degli ultimi anni, dal Libro Verde in poi, che hanno riguardato l'ambito sociosanitario e in particolare la salute mentale.

Il documento dell'OMS sui determinanti sociali di salute sottolinea l'importanza dell'integrazione sociosanitaria nella risposta ai bisogni fondamentali e alle necessità di partecipazione sociale. Secondo tale documento i fattori principali che, a diverso titolo, hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere degli individui e delle popolazioni, sono il contesto politico e socio economico; la posizione socio-economica della persona: reddito, istruzione, occupazione, genere, gruppo etnico/razza, classe sociale.

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p91-118>

In particolare il reddito e l'istruzione incidono in modo significativo sullo stato di salute: più elevati sono i livelli di reddito e di istruzione più favorevoli sono gli indicatori di salute.

A tali determinanti definiti “strutturali” sono associati i “determinanti intermedi” e cioè i fattori la cui azione è più direttamente legata all'insorgenza/aggravamento di malattia: condizioni ambientali, psicosociali, comportamenti individuali, coesione sociale ecc.

Di fatto le variabili statistiche più significative utilizzate per misurare il grado di inclusione sociale sono:

- ⤴ il reddito disponibile,
- ⤴ il livello di istruzione,
- ⤴ la capacità di iniziativa familiare,
- ⤴ l'inserimento occupazionale,
- ⤴ l'accessibilità al mercato immobiliare,
- ⤴ il livello di occupazione femminile,
- ⤴ la capacità di lavoro in proprio.

Secondo un approccio che supera una visione strettamente economicista, l'inclusione sociale va intesa come il processo in cui le persone hanno l'opportunità di vivere secondo le proprie scelte e valori con la finalità di poter migliorare le proprie condizioni di vita.

Si realizza quando tutti gli individui e i gruppi godono degli standard essenziali di qualità di vita, le disparità tra le persone e i gruppi sono socialmente accettabili e il processo attraverso il quale vengono raggiunti questi risultati è partecipativo ed equo.

Gli elementi sui quali orientare politiche integrate volte a promuovere effettiva inclusione sono (secondo autori come Bauman, Beck, Nussbaum e Sen) l'integrazione sociale di chi è emarginato, la partecipazione e l'empowerment, i diritti di cittadinanza, lo sviluppo delle capabilities, il ruolo del legame sociale e l'istanza di solidarietà.

## LA COMPLESSITÀ DELLA QUESTIONE INCLUSIONE SOCIALE

Parlare di inclusione sociale nel contesto attuale rappresenta però una sfida complessa. Viviamo una fase storica critica dello sviluppo delle società capitalistiche: impoverimento diffuso del ceto medio, povertà nuove, disgregazione dei legami sociali significativi, individualismo diffuso in tutte le relazioni della vita quotidiana, smagliamento del reticolo sociale con conseguente riduzione del sostegno sociale.

Negli ultimi 10-15 anni abbiamo assistito ad un processo di progressiva precarizzazione del lavoro accanto ad un ridotto investimento formativo e ad un minor esercizio di potere e di autodeterminazione da parte del cittadino fragile e non.

In questa cornice la società sembra sempre più orientarsi alla diffidenza e al risentimento verso il diverso e, tranne qualche eccezione, sembra andare verso l'aumento delle diseguglianze che si accompagnano ad una riduzione della sfera dei diritti della persona.

Basta osservare i dati della disoccupazione nei nostri paesi e l'aumento della povertà sociale in tante città per rendersi conto del periodo difficile nel quale siamo. Parlare di inclusione sociale senza interrogarsi sul modello di sviluppo sociale costruito negli ultimi decenni, rischia di non farci comprendere come funziona la produzione dell'esclusione e la riduzione dei diritti più elementari per tanta gente.

L'inclusione è, dunque, un obiettivo sociale e, nonostante l'alleanza tra le persone oggi non sia più tanto invocata, occorre invece investire proprio sui legami di comunità per creare contesti inclusivi. Parlare di inclusione sociale, in questa realtà, può quindi solo voler dire rimettere al centro alcuni concetti fondamentali della pratica sociale quali eguaglianza, giustizia, solidarietà e cooperazione. Più che mai, inoltre, in una situazione di crisi economica e carenze di risorse parlare di costruzione di percorsi di inclusione e salute implica costruire opportunità concrete di empowerment e autonomia per le persone (casa, lavoro, relazioni).

Per favorire i processi di inclusione vanno messi, dunque, in campo sistemi di azione diversi, quali la relazione di aiuto da una parte e la promozione di contesti che integrano dall'altra. Viene così sviluppato sia un lavoro relazionale, per riposizionare gli individui come attori del

proprio progetto di vita e per sostenerli nei percorsi emancipativi e di empowerment; sia un lavoro di mediazione sociale e mobilitazione del territorio dove vive l'individuo per migliorare le condizioni di inserimento e contrastare i rischi di isolamento e marginalità.

Va però rilevato che nella pratica dei servizi, nella costruzione di percorsi di inclusione sociale, l'elemento che rimane spesso poco interrogato e valorizzato nei suggerimenti che può dare è proprio il territorio. Sottovalutarlo nella sua potenzialità o non considerarlo affatto priva i soggetti di un interlocutore indispensabile alla declinazione di progetti personalizzati. Assieme ai servizi, esso contribuisce infatti a comporre la rete attraverso la quale si costruisce salute.

Come scrive Righetti si delinea la necessità di un

programma di trasformazione progressiva degli interventi, da forme prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario, a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale, capaci di innescare sviluppo umano esteso, scelta di opportunità per le persone, le famiglie, le comunità locali (RIGHETTI, 2013).

L'obiettivo dell'inclusione sociale sembra però aver subito un ridimensionamento di priorità nelle pratiche quotidiane dei servizi per la salute mentale, rispetto al prevalere di una cultura dell'emergenza e della crisi. La cultura "sanitaria" nei servizi sta di fatto prendendo sempre più spazio a discapito della costruzione di percorsi di salute e benessere più complessivi, di supporto ai progetti di vita delle persone considerate nel loro aspetto più intero. Ciò benchè il concetto di approccio globale (*whole life - whole system*), centrato sulla persona e basato sui diritti, si riconfermi come quello che meglio risponde alla complessità dei bisogni portati dalle persone e dalle comunità. E' necessario dunque ricollocare strategie, strumenti e partner, necessari alla concretizzazione di progetti di vita più globali per le persone svantaggiate, quali cuore di ogni intervento.

La crisi dei conti pubblici ha inoltre originato una crisi dei sistemi di welfare mettendone in discussione la sostenibilità economico-finanziaria. Il tema della insufficienza delle risorse pubbliche rispetto alla eccedenza di bisogni e domanda di buona vita da parte di cittadini esclusi o non sufficientemente integrati nella società, accompagna infatti da sempre

i sistemi di welfare. Come conciliare le risorse finanziarie pubbliche calanti con i bisogni in aumento delle persone svantaggiate è la domanda che più di ogni altra ritorna e grava, in questa fase storica, nella pratica quotidiana delle istituzioni.

La crisi di welfare ha, d'altro canto e paradossalmente, favorito l'emergere di nuove forme di coinvolgimento partecipativo dei cittadini a livello di comunità locali e l'avviarsi di soluzioni organizzate nella gestione dei servizi sociali, intermedie tra la dimensione del pubblico e quella privata di mercato o del privato sociale, caratterizzate, a volte, nella direzione dell'autogestione. Oggi la situazione di crisi sembra, infatti, accentuare e accelerare la necessità di trovare soluzioni altre, spinge a dar sostanza a parole importanti quali coesione sociale, comunità, partecipazione, reciprocità, molto usate ma ancora troppo poco concretizzate. Le persone sono spinte ad autorganizzarsi e a cercare in idee nuove e nuove alleanze una possibile via di uscita attraverso i movimenti che animano la società (associazionismo, centri sociali, attivisti delle grandi città etc.).

## **PROCESSI DI CAPACITAZIONE**

I percorsi di cura hanno bisogno, per poter essere efficaci, di un contesto ambientale e relazionale volto al sostegno del funzionamento sociale delle persone con problemi di disabilità o malattia. E' indispensabile attivare pratiche riabilitative e per l'empowerment che promuovano la ripresa di un funzionamento sociale accettabile e l'incremento della qualità dell'habitat sociale che punti all'eliminazione degli ostacoli al processo di sviluppo umano. "Sono infatti proprio gli impedimenti esterni all'accesso ed esercizio dei diritti espressivi, formativi, lavorativi, di habitat sociale, che trasformano una persona vulnerabile o a rischio in un caso di disabilità." (RIGHETTI 2013).

Progettualità tese a favorire l'empowerment dei soggetti, realizzate in partenariato con le diverse agenzie territoriali e indirizzate a migliorare le possibilità di recovery, rappresentano oggi elementi qualitativi imprescindibili dell'azione inclusiva messa in campo negli interventi di carattere sociosanitario. Questo significa garantire, sia nell'ambito della prevenzione, dell'educazione sociale che in quella della

riabilitazione, l'eguaglianza delle opportunità attraverso lo sviluppo delle capacità. Oppure, per usare l'espressione di A. Sen, lo sviluppo delle capabilities, definite come "l'insieme delle risorse relazionali di cui una persona dispone, congiunto con le sue capacità di fruirne e quindi di impiegarle operativamente", cioè la "facoltà di agire e di scegliere della persona in tutta autonomia" (SEN, 1992). Per Sen, quindi, più che di uguaglianza dei diritti bisogna parlare di "uguaglianza delle libertà" di ognuno nella società in una prospettiva d'inclusione e di sviluppo di tutti.

Secondo Nussbaum, inoltre, gli individui si differenziano a seconda della loro capacità di convertire le risorse in funzionamenti dove "...lo snodo è rappresentato dalle capacità necessarie per appropriarsi delle risorse e, attraverso queste, promuovere la realizzazione della propria persona – che cosa una persona è effettivamente in grado di fare e di essere. [...] Ogni persona dunque deve essere messa in grado di esplicitare il proprio ventaglio di competenze, per quanto residuali, così affermando il principio della capacità individuale e della persona intesa come arbitro circa i propri bisogni" (NUSSBAUM, 2011).

Processi di capacitazione sono quelli che mettono una persona in condizioni di poter interagire positivamente con il suo contesto, di poter accedere e utilizzare le risorse disponibili per tradurli in funzionamenti e poter agire e scegliere la propria vita. Povertà, marginalità e privazione riducono le capabilities e la libertà di realizzazione umana. L'istruzione e un'assistenza sanitaria migliori risultano fondamentali per la libertà goduta dagli individui permettendo loro una miglior qualità della vita, creando le condizioni per favorire lo sviluppo di tutte le potenzialità della persona e riducendo conseguentemente i costi sociali per l'assistenza. "Creare però le condizioni che favoriscono la realizzazione dei diritti ed il funzionamento delle capacità delle persone, in particolare quelle svantaggiate, presuppone una comunità che si faccia carico della relazione di aiuto e della relazione di cura" (SEN, 2001).

Quali dunque le strategie per un servizio pubblico che decide di riaffrontare la questione del modo di fare salute e costruire contesti inclusivi, rimettendo in campo ragionamenti e interventi più globali che diano miglior risposta alla complessità di tempi e bisogni?

## IL RUOLO DEL SERVIZIO PUBBLICO: L'ESPERIENZA DI TRIESTE

E' fondamentale che i servizi territoriali, nell'organizzare il proprio agire, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle organizzazioni di utilità sociale che nascono all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Curare significa attivare più che assistere, confrontarsi con le abilità, pure residue, più che con le disabilità, essere operatori/trici della mediazione e facilitazione più che della tutela e dell'invaldazione, uscire da un rapporto terapeutico duale, per mettere in connessione persone e mondi di norma separati, ricercare pluralità di soggetti e qualità di interventi.

L'organizzazione del sistema dei servizi di salute mentale a Trieste<sup>1</sup>, a partire dal processo di deistituzionalizzazione nell'approccio alla malattia mentale, ha sperimentato modalità organizzative e terapeutico-abilitative che hanno progressivamente portato a considerare la centralità delle persone e dei loro diritti come l'obiettivo principale dell'intervento. Il progetto terapeutico-abilitativo personalizzato ha assunto il ruolo del più importante dispositivo di intervento nel percorso di cura e di inclusione sociale, a partire dal primo contatto di un cittadino con i servizi di salute mentale.

Appare inoltre rilevante sottolineare che nelle strategie organizzative delle risorse disponibili, umane ed economiche, si è continuativamente investito nella creazione, nella crescita, nello sviluppo e nell'autonomizzazione di soggetti altri, possibili interlocutori ed alleati del processo emancipativo e di benessere di chi vive l'esperienza del disagio. Ed è a partire da tale logica che, oggi, in una sempre più chiara consapevolezza dell'impossibilità strutturale del Pubblico di rispondere in modo esaustivo alla domanda di salute della popolazione afferente ai diversi servizi, si rende necessario consolidare o avviare pratiche di integrazione, coinvolgimento, partecipazione informata, allargamento della rete degli attori coinvolti

---

<sup>1</sup> A Trieste l'investimento continuativo sviluppatosi a partire dal processo di deistituzionalizzazione nell'approccio alla malattia mentale permette, oggi, di "configurare una realtà operativa che si avvale di numerosi strumenti di intervento. Il Centro di Salute Mentale sulle 24 ore, la domiciliarità degli interventi, la formazione, la borsa di inserimento lavorativo, l'approccio multidisciplinare degli interventi, i programmi psicoeducativi e di sostegno alle famiglie, il lavoro in rete con altre Agenzie istituzionali, le imprese sociali, l'accoglienza comunitaria, le attività laboratoriali, socializzanti e ricreative rappresentano gli strumenti operativi che vengono variamente modulati all'interno dei progetti terapeutico-abilitativi personalizzati" (DELL'ACQUA, 2003).



nella costruzione di politiche e assetti fortemente incardinati nel territorio e con la comunità.

Si ricorda in tal senso il ruolo storicamente importante assunto dalla Cooperazione Sociale nel quadro del sistema di Welfare regionale. La Cooperazione Sociale è sorta, fra le prime in questa Regione, a partire da forme di autorganizzazione sociale di operatori del settore e di utenti dei Servizi socio-sanitari, permettendo la crescita di un rapporto di partnership pubblico/privato sociale che costituisce risorsa insostituibile al fine di incrementare il “sistema delle opportunità” nel territorio.

Nel processo di produzione di cittadinanza e empowerment i servizi di salute mentale sono impegnati nella progettazione, costruzione e stabilizzazione di una rete di opportunità di formazione e sviluppo di capacità, come supporto per il reinserimento sociale delle persone in difficoltà, realizzando laboratori per l’acquisizione di competenze del vivere quotidiano rivolto ai soggetti con disagio o a rischio di emarginazione sociale in collaborazione con il privato sociale. L’obiettivo è quello di sostenere le persone svantaggiate in un percorso di riabilitazione socio-culturale e di sviluppo umano, il che significa innanzitutto lo sviluppo delle capacità delle persone affianco all’incremento della loro possibilità di accesso alle risorse attraverso percorsi formativi (*training, living e vocational skills*) e di informazione (psicoeducazionali e consapevolezza sociale). Ma è innanzitutto un processo di ricostruzione dei diritti di cittadinanza, dove un buon intervento di reintegrazione delle persone con disabilità psichica deve fondarsi su 3 assi prioritari: la casa il lavoro e la socialità, portando le persone a raggiungere il miglior livello di vita possibile, coinvolgendo anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini.

Il processo di ri-abilitazione presuppone quindi la realizzazione di un intervento di sostegno competente alla ri-appropriazione da parte dell’utente di abilità perse, ma soprattutto l’esistenza di luoghi e situazioni, contesti, in cui spendere queste abilità: sistema delle opportunità. Questa sintesi tra sostegno ed opportunità genera il ripristino del funzionamento sociale delle persone e incide positivamente sulla prognosi delle persone con disturbo psichico.

Il Dipartimento di Salute Mentale deve mantenere la titolarità della presa in carico e della cura affinando sempre più, da un lato le dimensioni clinico/terapeutiche e dall'altro un'altra funzione di governo complessivo delle risorse in gioco nei percorsi di cura. Instaurando relazioni di partenariato dove le risorse economiche destinate alle attività di riabilitazione vanno interpretate come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale. Il lavoro degli operatori (pubblico e privato) deve essere dunque indirizzato a ricreare reti sociali generative di relazioni e di solidarietà, e il ruolo del partner non dovrà ridursi a gestore di strutture, più o meno protette, ma diventare soggetto imprenditoriale che costruisce occasioni di casa, lavoro e socialità e fornisce gli adeguati supporti non specialistici per la fruizione di queste opportunità da parte degli utenti.

Si valuta significativo a questo punto fare riferimento ad alcune questioni considerate prioritarie, nell'attivazione di processi inclusivi, e cruciali rispetto alla vita delle persone in particolare se portatrici di una forma di disabilità. Ci si riferisce qui ai tre assi portanti dei processi ri-abilitativi: casa-lavoro-socialità. Queste aree corrispondono ai principali determinanti sociali di salute e costituiscono, come ampiamente riconosciuto nella letteratura internazionale, i supporti sociali indispensabili per esercitare protagonismo sociale e partecipazione. Per le persone svantaggiate diviene spesso difficile esercitare questi diritti di base e ancor più sperimentare in piena autonomia queste opportunità. E' in queste situazioni che i servizi affiancati dai partner, in particolare del privato sociale, devono sostenere le persone a concretizzare ed esercitare il diritto ad abitare una propria casa, lavorare dove è possibile o in ogni caso costruire dei progetti con senso per la propria vita. L'obiettivo è la costruzione e promozione di ambienti supportati, da operatori e reti di sostegno, dove le persone con disabilità possano esercitare il proprio diritto di vita quotidiana autonoma per quanto è possibile.

## **LABORATORI PERMANENTI DI CITTADINANZA**

Nelle pratiche di lavoro dei servizi per la salute mentale a Trieste assume una specifica valenza per il processo di sviluppo umano e recovery

la rete dei laboratori e centri diurni diffusi nella città che prendono il nome di “Laboratori permanenti di cittadinanza”, organizzati funzionalmente in diverse sedi e in partnership con molteplici compagini sociali, operanti nei diversi settori, che collaborano a vario titolo alla costruzione dei percorsi abilitativi e di inclusione sociale. Si creano contesti che permettono alle persone di cambiare l’immagine di se stessi, esprimendo aspetti altri di se differenti dalla sola malattia.

Sono laboratori di formazione, progettazione e realizzazione di programmi che promuovono e sviluppano capacità e attitudini espressive e relazionali, di ri-appropriazione di identità e che prevedono il coinvolgimento diretto in tutte le fasi, delle persone portatrici di disagio, al fine di sviluppare percorsi di progressiva autonomia.

Nell’ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, i diversi programmi consentono di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell’inserimento lavorativo, articolando i propri programmi in luoghi differenziati e, concertando le attività con le cooperative sociali e le associazioni convenzionate e/o accreditate con il Dipartimento di salute mentale.

Questi percorsi, orientati alle diverse aree di bisogno e fasce d’età, coprono una serie di aree di significato riabilitativo e sono organizzate in moduli e corsi specifici, tali da costituire una offerta per individui e gruppi in relazione ad aree d’interesse diversificate in modo da dare agli utenti una possibilità di scelta tra le diverse opportunità e proposte in relazione alla diversità di bisogni, esigenze e propensioni:

## **BENESSERE**

I programmi proposti sono mirati alla promozione di benessere, miglioramento degli stili di vita, supporto alla motricità generale e al superamento della perdita di abilità fisiche. Vengono proposte attività motorie di carattere sportivo e ricreativo anche in collaborazione con altre realtà sportive operanti nel territorio, che facilitino la consapevolezza di se e del proprio corpo ed il prendersene cura. Questo attraverso programmi individuali e di gruppo che favoriscono la socialità ed il coinvolgimento

di persone provenienti dall'area dello svantaggio in contesti condivisi con tutta la cittadinanza.

### **AGGRAGAZIONE, SOCIALIZZAZIONE**

Vengono proposte attività di socializzazione, programmi e iniziative culturali e aggregative che permettano lo sviluppo degli interessi e delle attitudini personali dei partecipanti al fine di sviluppare capacità e attitudini espressive e relazionali e percorsi di progressiva autonomia. Si tratta di percorsi modulari di formazione socioculturale e di conoscenza di sé e della realtà territoriale, organizzati in sinergia con diverse associazioni. I programmi sono finalizzati al rafforzamento e all'inclusione sociale di persone in situazioni di marginalità, facilitando l'accesso e la conoscenza di nuovi punti di riferimento presenti nel territorio e costruendo contesti che facilitino la socializzazione e la condivisione. Le attività proposte prestano particolare attenzione, inoltre, alle fasce orarie serali ed i giorni festivi che spesso sono contraddistinti da solitudine e isolamento.

### **ESPRESSIONE E LOTTA ALLO STIGMA**

Vengono realizzati programmi a carattere espressivo culturale quali laboratori di carattere teatrale, musicale, pittorico e, più in generale, artistico, finalizzati all'organizzazione di performance, mostre, piece teatrali, concerti.

Si organizzano eventi pubblici di lotta allo stigma e di sensibilizzazione della cittadinanza, partecipando ad eventi cittadini, nazionali ed internazionali per la sensibilizzazione sul tema dell'inclusione sociale e del contrasto a forme di emarginazione e pregiudizio in collaborazione con teatri, locali pubblici, associazioni e diversi soggetti pubblici e privati.

### **PARTECIPAZIONE**

Vengono attivati gruppi trasversali di protagonismo dell'utenza, costituiti da familiari e persone con esperienza del disagio psichico, operatori

del settore, rappresentanti di associazioni e cittadini per promuovere l'informazione e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Questi gruppi promuovono il sostegno tra pari attraverso percorsi formativi finalizzati a valorizzare la figura del peer supporter nei servizi di salute mentale per un suo coinvolgimento nell'attività di accoglienza, nell'organizzazione di gruppi di self-help, nella costruzione di ricerche partecipate sulla qualità dei servizi stessi. Viene promosso lo sviluppo di contesti innovativi finalizzati alla valorizzazione dell'esperienza soggettiva per la diffusione di saperi fondati sulla recovery.

### **SPECIFICITÀ DI GENERE**

Vengono organizzati programmi finalizzati alla crescita della consapevolezza di genere attraverso il rafforzamento dell'identità soggettiva e di gruppo, facilitando un continuo confronto favorente la partecipazione, lo scambio, il sostegno tra pari. Si promuovono attività culturali e di sensibilizzazione sulle tematiche di genere, programmi di accoglienza e di sostegno pratico, anche a domicilio, progetti formativi e abilitativi improntati all'approccio di genere, attività di reciproco sostegno finalizzata alla promozione della salute della donna. Tutti i programmi vengono realizzati in rete con altre agenzie associative e istituzionali del territorio.

### **ABITARE/ABILITARE**

La questione dell'abitare è questione fondamentale nei processi di autonomia e soggettivazione, l'assenza o l'impossibilità ad abitare una propria casa costituiscono fattori di aggravamento di ogni forma di disagio e marginalità, se non ne sono causa principale laddove obbligano a convivenze indesiderate e dannose o impediscono alla persona la possibilità di sperimentare situazioni più emancipanti.

Le persone che accedono alle strutture residenziali sono prevalentemente quelle con minor contrattualità, a maggior rischio di stigma e invalidazione sociale, ostacolate nell'esercizio di essenziali diritti di cittadinanza. Ed è proprio con queste persone che è più facile correre

il rischio di proporre modalità di gestione spersonalizzanti e di ricreare condizioni di istituzionalizzazione.

In Italia si è registrato nella seconda metà degli anni 90 un forte incremento dei posti letto in strutture psichiatriche residenziali. Dopo la riforma si è sviluppata una vasta e controversa tipologia di residenzialità assistita e rimane carente una più chiara definizione della progettualità più complessiva riferita alla residenzialità come strumento di inclusione sociale e di come vengono investite le risorse in queste, qualificando e valutando gli esiti degli interventi.

Risulta importante distinguere tra residenzialità terapeutica, bisogno abitativo, e ancora differenti sono le strutture abitative a prevalente connotazione assistenziale. Il più delle volte le strutture residenziali sono un misto di tutto ciò e rispondono molto spesso innanzitutto alla domanda del “dove lo metto”, più che a tempi e priorità delle persone ospitate.

C'è inoltre uno scarto tra l'aspettativa ottimistica che il percorso residenziale debba considerarsi un segmento della presa in carico complessiva del paziente grave, e che quindi, come tale, debba avere un inizio ed una fine, e la constatazione della problematicità di chiudere tale segmento” (GALLIO, 2005).

Il prolungamento dei tempi di trattamento residenziale rappresenta un forte elemento di criticità dell'intero sistema di salute mentale, e come tale deve essere osservato, descritto e sottoposto a discussione.

La residenzialità è, nel sistema dei servizi per la salute mentale, uno degli strumenti che favorisce e sostiene il processo di deistituzionalizzazione quando costituisce fase di transizione verso un abitare supportato a più pieno diritto per le persone, restituisce strumenti di capacitazione e competenze per poter abitare il sociale in un processo continuo di inclusione. Al contrario quando perde la spinta verso il “fuori” e l'attenzione a far crescere la contrattualità degli ospiti, blocca il processo stesso fermandolo ad una tappa che di fatto finisce con l'immobilizzare i soggetti ad un ruolo di perenni ospiti e mai “padroni di casa”, offrendo alle persone un luogo dell'abitare che poco risponde al riconoscimento di un diritto all'abitare.

Quanto il fornire alle persone servizi e strutture si tramuta in un obbligo a barattare in cambio la loro libertà e autodeterminazione, avallando e rinforzando così la creazione di sacche di cronicità?

Una struttura residenziale deve rimanere un luogo transitorio in continuo divenire, dove è previsto il passaggio da una situazione più assistita ad una meno e dove le persone che vi sono ospitate possano in ogni caso progressivamente spostarsi in una casa che sia, infine, la propria casa; scena abitativa che parla della vita di una persona soggetto e non oggetto passivo di cura.

Gli operatori e le operatrici che operano nelle strutture residenziali, il cui lavoro consiste nell'occuparsi giorno dopo giorno di persone che spesso hanno basse capacità di contrattazione, sono quelli che più di altri rischiano costantemente di cadere in una dimensione di routine nella gestione del quotidiano, e di incorrere nell'errore di sostituirsi alla persona nelle scelte e nelle decisioni. E' proprio in queste situazioni che personalizzazione dei progetti, interventi che si modificano adeguandosi costantemente al cambiare delle situazioni, risultano importanti per mantenere presenza e attenzione alle singole persone.

Nell'esperienza di Trieste negli ultimi 10 anni c'è stata una progressiva trasformazione dell'assetto della rete delle strutture residenziali esistenti. L'intero processo, avviato nel 2005, è stato indirizzato alla disarticolazione e trasformazione di strutture residenziali verso situazioni più vicine ai bisogni delle persone coinvolte, favorendo e sostenendo la riappropriazione degli spazi dell'abitare in un processo di forte personalizzazione dei progetti. Lo strumento utilizzato, per sostenere questo processo, è stato quello del Budget di salute-progetto personalizzato. Il passaggio operativo e concettuale attuato, da strutture residenziali a percorsi personalizzati di abitare supportato, ha prodotto una serie di ricadute positive su tutti i soggetti coinvolti nel processo stesso.

L'introduzione della metodologia del Budget di salute/Progetto personalizzato<sup>2</sup> ha permesso una riconversione della risorsa economica

<sup>2</sup> Nella complessità dello scenario che la crisi del Welfare e le politiche di integrazione sociosanitaria hanno prodotto, il budget individuale di salute si presenta come lo strumento di finanziamento innovativo, che riguarda le forme contrattuali nel rapporto tra pubblico e privato sociale, che permette di sostenere i progetti personalizzati tenendo conto e coinvolgendo tutti gli attori e le possibili risorse che sono in gioco, trasformando i costi assistenziali in investimenti produttivi.

investita nelle strutture (retta per l'accoglienza) in risorsa indirizzata alla persona, permettendo un sostegno personalizzato anche presso il proprio domicilio. In questo modo è stato possibile, con la chiusura di alcune delle strutture residenziali esistenti, attivare progetti individualizzati di abitare supportato e di inclusione lavorativa.

Dopo circa 10 anni dall'avvio della metodologia del Budget di Salute è stato possibile riconvertire risorse economiche indirizzate alla gestione di Strutture Terapeutico Riabilitative sulle 24 ore individuando risposte alternative anche per persone ad alto bisogno di assistenza. In questo arco temporale sono state chiuse cinque strutture che ospitavano da più di 10 anni 44 persone e, attraverso un lavoro di riformulazione dei progetti, individuate soluzioni alternative improntate alla domiciliarità e a un maggior livello di autonomia. Al contempo è stato possibile prevenire il ricorso alla residenzialità (nuova domanda) avviando progetti personalizzati in collaborazione con il Comune e con l'Ater<sup>3</sup> capaci di promuovere nuove modalità di abitare assistito e potenziando forme di supporto domiciliari.

## LA QUESTIONE DEL LAVORO

La tutela del diritto al lavoro per le persone con disagio mentale è sempre stato uno strumento importante di inclusione sociale. L'inserimento lavorativo dei soggetti fragili risulta fattore fondamentale dei percorsi di integrazione e di superamento della condizione di assistiti. La persona svantaggiata che lavora ed ha un proprio sistema di relazioni cessa di rappresentare un elemento di problematicità e costi e acquisisce un nuovo status che le consente di contrastare i meccanismi di inabilitazione ed emarginazione.

Il diritto al lavoro va concretamente perseguito, per le persone in condizioni di disagio, nella normalità degli scambi e delle relazioni, in sistemi aperti, nella costruzione di mondi veri del lavoro, in contrasto

---

Il costo finale del progetto è composto da un mosaico di risorse che riguardano più servizi ed enti includendo anche la risorsa privata. Ed è proprio questo mix di risorse la caratteristica del budget di salute che corrisponde ad un costo personalizzato non solo nel suo ammontare ma anche nel modo in cui la somma complessiva viene composta.

<sup>3</sup> L'azienda territoriale per l'edilizia residenziale della provincia di Trieste (ATER) realizza e gestisce il patrimonio di edilizia residenziale pubblica presente nella provincia di riferimento.



con una cultura che ancora persiste nei numerosi laboratori protetti come eredità, difficile da estirpare, dell'ergoterapia e delle varie terapie occupazionali, basate sull'idea di una incapacità di fondo del soggetto con sofferenza psichica.

Da ciò la necessità per i servizi di individuare spazi attraversabili, di stringere alleanze con agenzie e soggetti, anche economici, capaci di proporre nuove opportunità e di porsi come interlocutori attivi di un'azione comune rivolta alla promozione dell'inserimento lavorativo di chi, per la propria storia di disagio, non accede direttamente alle opportunità e alle risorse del territorio.

Che significa però oggi parlare di diritto al lavoro per le persone svantaggiate e come è possibile costruire opportunità di lavoro in un contesto in cui c'è sempre meno lavoro per tutti? Queste domande negli ultimi anni assillano più che mai operatori, familiari e utenti dei servizi. Gli strumenti consueti sembrano spuntati, la crisi economica dilagante rende sempre più difficile l'inclusione lavorativa delle persone portatrici di disagio, e sembra sempre più urgente individuare strade nuove!

In tal senso va detto che nell'ambito del lavoro assume particolare significato strategico la possibilità/capacità di creare uno scambio dialettico di risorse materiali e simboliche tra le varie figure presenti: operatori, utenti, famiglie, associazioni, amministratori pubblici e privati, cooperazione sociale, imprenditoria profit, ed è soltanto attraverso la rete di contatti e scambi interpersonali tra tutti questi soggetti che è possibile promuovere il reinserimento nell'ambiente sociale. Si può fare ben poco infatti, in particolare in tema di lavoro, da soli come operatori nel rapporto con l'altro sofferente se non si riconducono le questioni a spazi più ampi e complessivi in cui agire una funzione sociale e politica indirizzata ad allargare le opportunità di scambio.

Nelle pratiche dei servizi a Trieste l'attivazione di percorsi individualizzati di formazione, preformazione e di inserimento lavorativo vengono sostenuti da borse di formazione al lavoro o budget di salute finalizzati allo sviluppo di abilità e competenze relazionali e lavorative in molteplici settori di attività. Il sostegno alla formazione e all'inserimento lavorativo si traduce in una serie di azioni che prevedono il coinvolgimento

di enti ed agenzie formative e del lavoro, sviluppo di iniziative di imprenditorialità sociale, confronto con le realtà produttive e con i soggetti economici presenti nel territorio.

Le cooperative sociali sono a Trieste, come in tutta Italia, i partner più significativi per i servizi di salute mentale, nella realizzazione di percorsi e processi di inclusione lavorativa. Varie ricerche forniscono dati a supporto delle coop. sociali, come luogo di inclusione e inserimento. Questo sembra dovuto in particolare alla specifica struttura ed al clima accogliente che caratterizza in genere il contesto della coop. sociale basato sui valori di self-help, auto-responsabilità, democrazia, eguaglianza, equità, solidarietà e mutualità (anche se va detto che non tutte le coop. sociali sono uguali e rispettano gli stessi principi). La cooperativa sociale si pone, in particolare nella cultura regionale, come uno strumento innovativo di deistituzionalizzazione, la cui storia si intreccia in modo indissolubile con la storia della riforma psichiatrica in Italia e nasce con una doppia finalità: il reinserimento sociale e lavorativo di persone con disagio ed il coinvolgimento del territorio nel quale opera contribuendo così concretamente a modificare l'atteggiamento culturale di esclusione e paura del disagio psichico. La cooperazione sociale è un modello che può potenziare i gruppi svantaggiati dandogli il potere di possedere la propria impresa e influenzarne le decisioni.

Ci sono in Italia 2419 coop B (4345 coop A, 315 A+B, 284 Consorzi); le coop B hanno 255.583 soci (90.122 M, 165.461 F) di cui il 50% circa è svantaggiata (dati ISTAT del 2005). Eppure nonostante tali evidenze la cooperazione sociale in Italia attualmente non viene, in generale, adeguatamente sostenuta dalle politiche economiche e del lavoro. Fino ad oggi la cooperazione sociale ha svolto un importante ruolo per l'inclusione sociale delle persone svantaggiate accogliendole in borsa lavoro o assumendole, oggi però, in un contesto di crisi economica, il concetto che le coop. sociali danno lavoro alle persone svantaggiate sembra stia franando!

Và d'altro canto detto che la cooperazione sociale è molto cambiata dalla sua nascita, circa 40 anni fa, ad oggi. Oggi, nonostante il moltiplicarsi della tipologia di opportunità formativa e di inserimento lavorativo promosse dalle coop sociali negli anni, la crisi del mercato

ha prodotto un forte decremento della capacità di inclusione lavorativa svolta dalla stessa cooperazione sociale. Se in un primo momento, grazie soprattutto alle coop. sociali, si è passati dall'assistenzialismo al concetto di lavoro per le persone portatrici di un disagio mentale, oggi essere inseriti in una cooperativa significa lavorare anche a basso costo e spesso in una condizione di precariato. I tipi di lavoro che vengono offerti agli utenti forse non hanno quella connotazione di identità e creatività, capaci di produrre recovery e il più delle volte questi lavori sono malpagati e i risultati sono diversi rispetto alle aspettative. La cooperazione sociale oggi sembra troppo omologata alle imposizioni del mercato. Il pensiero liberista è diventato dominante in tutti gli ambienti dell'economia, cosa in parte logica, quello che sembra meno logico è che le realtà che si occupano di accoglienza, di accompagnamento alle persone svantaggiate hanno cominciato a sposare progressivamente un approccio molto monetaristico ed utilitaristico dell'intervento sociale.

Occorre pertanto ripensare alla funzione della cooperazione sociale e del servizio pubblico: cosa possono e debbono modificare singolarmente e quali le nuove forme di partnership da mettere in atto, che tengano conto dei diretti interessati con le loro capacità, risorse e desideri di realizzazione, affinché la cooperazione sociale ridivenga volano di attivazione e di costruzione di ponti e reti nella comunità.

E' importante che le coop. sociali riprendano il ruolo di mediazione sociale e sviluppo del territorio, è necessario però, d'altro canto, dare riconoscimento e sostegno alla funzione inclusiva dei soggetti svantaggiati svolta dalla cooperazione. Va inoltre ripensato l'indirizzo delle politiche economiche e sociali affinché politiche del lavoro e politiche di protezione sociale funzionino in maggior sinergia.

Va tuttavia precisato che per inclusione sociale non si intende solo la stabile occupazione in un'azienda, che ne rappresenta sicuramente il pieno compimento. Vanno contemplate, anche, le soluzioni intermedie, di prolungata transizione verso obiettivi di parziale affrancamento, che comunque includano le persone in contesti di vita e di attività non discriminanti, formativi, relazionalmente importanti, evitando in tal modo derive di isolamento, regressione e progressiva emarginazione per coloro che ne sono più esposti. Permangono in ogni caso, e vanno resi esigibili,

il diritto a poter partecipare a contesti e opportunità reali di scambio ed il diritto ad apprendere lungo il corso della vita, che divengono elementi centrali al fine di conferire potere contrattuale e di scambio alle persone anche se fuori dal normale mercato del lavoro.

## **IL RUOLO DELLA FORMAZIONE**

Il percorso di istruzione e formazione, oltre all'esperienza lavorativa, rappresentano, dunque, momenti essenziali per la vita di una persona portatrice di disabilità, come per ogni persona. E' necessario pertanto sviluppare percorsi, servizi e tecnologie nuove che permettano di rispondere adeguatamente a tali necessità.

Come cita infatti la Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità "...gli stati parti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. Garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati:

- a) al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, della libertà e della diversità umana;
- b) allo sviluppo della propria personalità, dei talenti, della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali sino alla propria massima potenzialità;
- c) a porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente ad una comunità libera.

L'apprendimento permanente diventa la leva per favorire quei funzionamenti che promuovono il cambiamento individuale e collettivo inteso come espansione reciproca delle possibilità e delle libertà.

Promuovere politiche formative, in questa chiave, vuol dire promuovere un sistema di apprendimento permanente attraverso percorsi di formazione più flessibili per facilitare le transizioni tra le fasi lavorative e quelle formative in un approccio integrato di contesti

formativi allargati, in cui scuola, enti di formazione, università, aziende, contesti informali e reti sociali possano concorrere alla formazione e al potenziamento delle persone.

Porre al centro del welfare il diritto/dovere ad apprendere lungo il corso della vita ha implicazioni profonde (*Learnfare*). Non vi è però uguale dotazione di risorse individuali di fronte all'apprendimento, per cui sono fondamentali politiche e pratiche che permettano un effettivo accesso di tutti gli individui, nei modi e nei tempi coerenti con i loro bisogni e caratteristiche, ad opportunità di apprendimento.

Va tenuto conto, in particolare, che nell'abilitazione psicosociale la possibilità di entrare in percorsi di formazione costituisce un importante strumento, sia quando sono mirati all'apprendimento di capacità lavorative e professionali specifiche, sia quando sono rivolti al recupero di potenzialità individuali, nello sviluppo di livelli di comprensione della realtà sociale in cui la persona vive, in modo da rimetterla nell'area degli scambi.

Una persona che entra in contatto con i servizi in condizioni di rottura e crisi con il suo mondo, ha bisogno di poter gradatamente esplorare la realtà per ricostruire prima di tutto in sé la possibilità di relazione.

La formazione si presta in modo ottimale nel rendere possibile questa fase di sospensione ed esplorazione di sé, nel verificare le potenzialità di relazione della persona con gli altri.

In queste tappe intermedie si sviluppano ambiti di capacità generali del soggetto - di interazione, relazione, socialità, comunicazione - intese come "competenze trasversali" necessarie per qualsiasi ripresa del progetto di vita.

E' importante, dunque, costruire opportunità lavorative ma è anche importante offrire opportunità di apprendimento, formazione e socialità, puntando su un miglioramento del livello della qualità della vita di relazione delle persone come possibilità di empowerment. Pur in assenza di contesti lavorativi accoglienti per le persone svantaggiate, in ogni caso, va garantito loro un miglior livello di vita sociale, di relazione e di scambio.

## CULTURE PARTECIPATIVE E DI PARTNERSHIP

Come riportato in molte dichiarazioni dell'OMS l'empowerment individuale e della comunità sono considerate strategie fondamentali per implementare concretamente ed efficacemente la promozione della salute. L'istanza di empowerment non proviene esclusivamente dalla sanità pubblica bensì si affianca alle richieste degli stessi cittadini, avanzata attraverso le loro associazioni di rappresentanza.

Le politiche sociali e le pratiche dei servizi dovrebbero, pertanto, sempre perseguire l'obiettivo di rendere i soggetti parte attiva nei percorsi di cambiamento della loro situazione, allo scopo di innescare una reale trasformazione della situazione di dipendenza e rifuggire dai meccanismi di assistenzialismo. Ci sono modalità di intervento che tendono infatti a cronicizzare i problemi piuttosto che portarli ad evolvere e questo accade ogniqualvolta gli utenti vengono considerati soggetti passivi piuttosto che artefici del loro progetto di vita.

Come infatti suggerisce Sen, considerare i destinatari di intervento come soggetti passivi, piuttosto che soggetti attivi e autonomi che pensano, scelgono e sono responsabili, significa contrastare l'efficacia dell'intervento stesso. "Qualunque qualifica di disabile, povero, malato con tutti gli svantaggi di sentirsi e di essere marchiati e gli effetti negativi sull'amor proprio e sulla considerazione che gli altri hanno di te, neutralizza i benefici che un intervento può portare" (SEN, 2013).

Compito dei servizi è dunque quello di favorire empowerment e partecipazione di tutti gli stakeholders, reperendo e attivando risorse nascoste e non dedicate nella comunità e nei contesti di vita delle persone, risorse che in genere giacciono inutilizzate (famiglie, associazioni ecc) e mettendo i soggetti nelle condizioni di poter prender parte attiva ai progetti di salute che li riguardano. Per mettere in atto interventi che non siano totalizzanti, ma aprano spazi alla partecipazione attiva, all'assunzione di responsabilità dell'utenza e della comunità, gli operatori devono dunque ripensarsi, ripensare alla loro collocazione e ruolo, mettersi in gioco scommettendo qualcosa e perdendo anche un po' del loro ruolo e potere. La "distanza terapeutica" non è in accordo con questa visione del lavoro, perchè sarà proprio la partecipazione emotiva

dell'operatore ed il suo appassionarsi, la sua capacità di reciprocità che costituirà patrimonio terapeutico.

Il processo di deistituzionalizzazione, a Trieste come in altre esperienze, ha favorito il rafforzamento degli utenti come soggetti di diritto dotati di contrattualità, ampliando la loro possibilità di espressione autonoma e di emancipazione. D'altro canto potenziamento e soggettivazione degli operatori sono avanzati in parallelo con quelli degli utenti, e di quanti altri venivano coinvolti in un rapporto diretto col servizio (familiari, cittadini, volontari, ecc.). Inoltre il diffondersi nei servizi di un approccio orientato alla recovery ha, negli ultimi decenni, aperto i processi decisionali al contributo dei diretti interessati, facendo crescere la consapevolezza dell'importanza della conoscenza apportata dagli utenti.

La personalizzazione dei percorsi di cura ha infine permesso, attraverso un confronto più sensibile con le aspettative dei destinatari dell'intervento e le possibilità esistenti, di costruire insieme alla persona un progetto percorribile fatto di azioni, di tempi, di verifiche, di tensione al cambiamento; tutto in una logica di responsabilizzazione reciproca.

La concretizzazione di un progetto individualizzato di cura centrato sui bisogni, gli interessi e le aspettative della persona e che tenga conto dei suoi desideri di realizzazione, vede, nell'ottica fin qui esposta, coinvolto uno scenario ampio di soggetti che prendono parte in diversa misura al suo compimento. Si vuole sottolineare che, onde facilitare l'accesso a opportunità di sviluppo umano, le collaborazioni sinergiche con soggetti organizzati presenti nel territorio locale, sia nella progettazione che nell'organizzazione di iniziative, attività e servizi, assumono un importante valore strategico nel garantire interventi sostenibili, integrati e di qualità orientati allo sviluppo di comunità. I progetti di costruzione di salute dovrebbero sempre collocarsi, infatti, in una logica di intervento a rete a contrasto dell'esclusione.

La diversità delle modalità di partnership che si possono creare tra i servizi e i vari soggetti del territorio ha grande importanza nel determinare la qualità e la ricchezza delle opportunità inclusive realmente costruite per le persone portatrici di sofferenza psichica. Esistono infatti modi diversi di concepire i rapporti di partnership pubblico/privato che vanno dalla

completa delega del servizio, alle forme più avanzate di coprogettazione e coproduzione, caratterizzate da un maggior grado di cooperazione e interazione tra lo stato e attori non statuali.

## **IL BUDGET DI SALUTE: PROGETTO PERSONALIZZATO**

In particolare, riguardo le modalità di gestione dei rapporti di partnership tra pubblico e privato, la metodologia del budget di salute, come modalità di finanziamento innovativo che riguarda le forme contrattuali nel rapporto tra pubblico e privato sociale, si è rivelato quale strumento che permette di sostenere i progetti personalizzati tenendo conto e coinvolgendo tutti gli attori e le possibili risorse che sono in gioco, trasformando i costi assistenziali in investimenti produttivi. Lo strumento del budget di salute si è, inoltre, dimostrato molto utile nel favorire, rendendola possibile, la riconversione delle risorse destinate alla residenzialità declinando progetti di carattere individuale, a partire dai bisogni delle persone, nella direzione della domiciliarità e dell'inclusione sociale. La metodologia del budget di salute permette inoltre di essere accanto alle persone là dove i loro problemi nascono, con risposte flessibili e personalizzate che meglio si adattano alle necessità più complessive tenendo conto delle risorse che sono intorno ad ognuno e facilitando l'accesso a più numerose e composite risorse.

Grazie a questa metodologia di finanziamento per la cogestione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, nell'esternalizzazione ai partner del privato sociale, non si affidano più "pacchetti" di intervento (strutture residenziali, blocchi indifferenziati che riguardano più interventi e più persone) ma singoli budget che si riferiscono a singole persone che quindi meglio definiscono gli obiettivi, i risultati ed i processi e garantiscono una miglior qualità del progetto ed il suo monitoraggio e verifica. Il ruolo del partner privato, quindi, non può essere quello della produzione di un rigido set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma è importante che sia quello di fornire occasioni di casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate sui bisogni delle persone e fornendo gli adeguati supporti non specialistici per la fruizione di queste opportunità da parte degli utenti. Il progetto personalizzato di cura e il relativo budget



di salute, necessario per la sua realizzazione, è il principale strumento per dar voce alle persone che sono direttamente coinvolte, rinforza il consenso dell'utente e la sua partecipazione alla formulazione del piano di cura. Il progetto personalizzato è come un vestito fatto su misura che quindi necessita che le misure vengano prese e che la persona sia d'accordo con questo. Identifica bisogni e obiettivi, risultati attesi, tipologie di intervento necessari e connessioni tra i diversi interventi, risorse necessarie, i ruoli ed i compiti dei diversi servizi e operatori coinvolti nel progetto. E' inoltre uno strumento che facilita i processi di valutazione e monitoraggio dei progetti personalizzati anche da parte dei diretti interessati, destinatari degli interventi. Le persone possono così avere più chiarezza su dove vengono investite le risorse e agire maggiori opzioni di scelta, favorendo così il processo di recovery.

I servizi che basano le loro pratiche sui progetti personalizzati/budget di salute potranno sperimentare una maggior flessibilità e dinamicità nell'utilizzo delle risorse economiche, non più vincolate a rette e strutture, e una maggior condivisione di progettazione e responsabilità con i partners, in un miglioramento delle culture partecipative di partnership. Tali cambiamenti non possono che estendersi alla cultura degli interventi, attraverso prestazioni più flessibili basate su progetti personalizzati e diversificate.

Quella del Budget di salute/Progetto personalizzato è una delle metodologie possibili nella governance dei rapporti tra pubblico e privato. Occorrono, in ogni caso, strumenti che favoriscano l'implementazione e l'utilizzo in maniera integrata di tutte le risorse presenti nella comunità, ridefinendo le modalità di collaborazione tra servizio pubblico e terzo settore per la costruzione di processi di capacitazione che spostino il focus dell'intervento dall'assistenza/accompagnamento all'empowerment delle persone, promuovendo modelli evoluti di gestione condivisa che coinvolgano i diversi soggetti del contesto sociale affinché le consistenti risorse che gli interventi sociosanitari richiedono, si riconvertano e diventino un moltiplicatore delle risorse dei soggetti, delle famiglie, delle comunità.

Ed è in tal senso che diviene importante attivare sempre modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le

forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie e, più in generale, del terzo settore. Questo richiede un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute e benessere della persona, caratterizzato da un intreccio molto stretto e sinergico tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie. Va data ai soggetti della comunità, ed in particolare agli stakeholders, la possibilità di partecipare in maniera molto più attiva alla costruzione dei progetti di salute nelle modalità della coproduzione di un sistema di tutela e promozione del benessere delle persone e delle comunità locali.

Gli studi di Ostrom hanno portato a consapevolezza che “la produzione di un servizio è difficile senza la partecipazione attiva di coloro che ne sono presumibilmente i destinatari”, “la coproduzione implica che i cittadini giochino un ruolo attivo nel produrre beni pubblici o servizi che li riguardano.” Ostrom (1996). Secondo Ostrom, la coproduzione di un bene o di un servizio, si verifica quando parte degli impulsi necessari alla sua produzione provengono da coloro che ne sono, almeno potenzialmente, i destinatari. Se il contributo dei consumatori non è condizione necessaria per la produzione del bene/servizio, di fatto però ne accresce e ne migliora la produzione.

La gestione della res pubblica non è più, quindi, solo appannaggio della pubblica amministrazione ma vede la partecipazione diretta dei cittadini in tutte o, almeno, in alcune fasi dei processi decisionali, personalizzando i servizi attraverso la partecipazione attiva di coloro che ne usufruiscono. In modo che sia i servizi sia le comunità locali diventino agenti di cambiamento molto più potenti.

A conclusione si può dire che, in un contesto socio-economico già di per se penalizzante per le persone svantaggiate, quale è quello attuale, si evidenzia una scarsa attenzione al tema dell'inclusione sociale e al tema della facilitazione all'accesso alla rete delle opportunità.

In tal senso al fine di sviluppare possibilità reali di inclusione si individuano almeno tre livelli di intervento:

- Riorientare le risorse in un'ottica di sviluppo dei territori investendo sui legami di comunità e riconvertire risorse assistenziali finalizzandole maggiormente allo sviluppo personale e del contesto di inserimento. E' in tal senso che

andrebbero individuate forme di valorizzazione delle diverse realtà formali ed informali che propongono percorsi includenti e considerare la necessità di investimenti finalizzati all'inclusione. Fondamentale diviene inoltre, nella spesa pubblica, passare da una filosofia del risparmio a un'etica dell'investire bene le economie rinforzando il senso di responsabilità di tutti i soggetti coinvolti e riconvertendo la spesa, indirizzata alla salute, in investimento generativo di risorse e di processi trasformativi, in un'ottica di riqualificazione e dinamizzazione della spesa sanitaria e sociale.

- Stringere la rete di alleanza e collaborazioni individuando strategie di governance maggiormente condivise allo scopo di realizzare una effettiva integrazione di politiche attive del lavoro e di servizi di welfare a contrasto dell'esclusione, per non abbandonare i più deboli al loro destino. Questo attraverso progetti collocati in una logica di intervento a rete con il concorso delle istituzioni, degli enti preposti e delle imprese più socialmente responsabili, mediante l'integrazione di servizi e risorse economiche, professionali, di volontariato. Ma saranno gli stakeholders, i destinatari degli interventi, i soggetti principali da coinvolgere in un ruolo attivo nella costruzione dei progetti di salute riconoscendo e valorizzando la loro esperienza.
- Sperimentare forme di promozione delle competenze trasversali capaci di incidere nell'accesso a ulteriori percorsi di sviluppo umano e empowerment per migliorare le possibilità di recupero delle persone all'interno di processi di recovery.

Governi, regioni e enti locali, imprese mondo non profit e società civile sono tutti chiamati a realizzare, ciascuno con le proprie responsabilità, una società dove le persone svantaggiate possano essere sempre più protagoniste e libere e dove le differenze non diventino disegualianza producendo esclusione.

## REFERENTIAL

- BAUMAN, Z. *Modernità e globalizzazione* (intervista di Giuliano Battiston). Roma: Edizioni dell'Asino, 2009.
- DELL'ACQUA, G. *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi. Editori Riuniti, 2003.
- GALLIO, G. *Ai confini del lavoro, politiche della formazione, culture del lavoro, strategie della riabilitazione nella salute mentale*. Edizione Asterios, 2005.
- NUSSBAUM, M. *Creating Capabilities*. The human development approach. Cambridge, London: The Belknap Press at Harvard University Press, 2011.
- OSTROM, E. *Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy and Development*. In: *World Development*, v. 24, 1996.
- RIGHETTI, A. *I budget di salute e il welfare di comunità: Metodi e pratiche*. Bari: Laterza, 2013.
- SEN, A. *Development as freedom*. 2 ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 2001.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALAKESON, V.; PERKINS, R. *Recovery, Personalisation and Personal Budgets*. Centre for Mental Health, September 2012. Disponível em: <[www.centreformentalhealth.org.uk/recovery](http://www.centreformentalhealth.org.uk/recovery)>. Acesso em: 5 jn. 2016.
- BIFULCO, L. *Geometrie dell'integrazione: la governance di Campania*. Friuli, Venezia, Giulia, Lombardia: RPS, 2005.
- BORG, M. et al. What makes a house a home: the Role of material resources in recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*, v. 8, p. 243-256, 2005.
- BOYLE, D.; HARRIS, M. *The challenge of co-production: how equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*, Nef / NESTA. Disponível em: <[ww.nesta.org.uk](http://www.nesta.org.uk)>. Acesso em: Dec., 2009
- CASTEL, R. *L'insicurezza sociale*. Torino: Einaudi, 2004.
- CHENDI, R. Non è ancora welfare community!. *rivista DM*, v. 149-150, 2004.
- DAVIDSON, L. et al. A life in the community: Italian mental health reform and recovery. *J Ment Health*, v. 19, p. 436-443, 2010.
- DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. *L'impresa sociale*. Milano: Anabasi, 1994.
- DE LEONARDIS, O. Il ciclo di una politica: una riforma psichiatrica. In DONDOLO, C.; FICHERA, F. (a cura di). *Le vie dell'innovazione: Forme e limiti della razionalità politica*, Milano: Feltrinelli, 1988.

DE LEONARDIS, O.; EMMENEGGER, T. *Le istituzioni della contraddizione*. Milano: Feltrinelli, 2005.

GROUP, Residential Care in Italy. National survey of non-hospital facilities, *British Journal of Psychiatry*, v. 181, p. 220-225, 2002.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, v. 365, n. 1099–1104 p. 10, 2006.

MONTELEONE, R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: BIFULCO, L. *Le politiche sociali: temi e prospettive emergenti*. Roma: Carocci, 2005.

RIDENTE, G; FURLAN, M. *Applicazione dei PTRI-Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste*, in Starace F, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Roma: Carocci, 2011.

ROTELLI, F. *Per la normalità: Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma*. Trieste: Asterios, 1994.

\_\_\_\_\_. *L'istituzione inventata*. Atti del Convegno: La pratica terapeutica, tra modello clinico e riproduzione sociale. Trieste, 1988.

\_\_\_\_\_. *Modelli scientifici e complessità*, Intervento al seminario "Modelli scientifici e complessità". Milano, 1990.

\_\_\_\_\_. *Per un'impresa sociale. Relazione introduttiva al Convegno "L'impresa sociale"*, Parma, 1991.

\_\_\_\_\_. *Rehabilitating rehabilitation*, 1993. Disponibile em: <<http://www.triestesalutementale.it/english/doc/Rehabilitation.pdf>>. Retrieved April 21, 2014.

\_\_\_\_\_. *Dossier Nodi del Welfare Sociosanitario in Friuli Venezia Giulia*. (documento base e di approfondimento in tema di voucher e budget di salute, Trieste. Disponibile em: <[www.exclusion.net](http://www.exclusion.net)>. Accesso em: 7 jan. 2016.

STARACE, F. *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria*. Il modello del Budget di salute, Roma: Carocci, 2011.

WHO. *Psychosocial Rehabilitation: a Consensus Statement Declaration*, WHO/MNH/MND/96.2, 1996.

WHO. *International Classification of Functioning*, Geneva: 2001, Disability and Health (ICF). Disponibile em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>. Accesso em: 19 fev. 2017.

WHO. *Social Determinants of Mental Health*. WM 101. WHO, Geneva, 2014.