



LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

RISULTATI DI UN PROCESSO PARTECIPATO

BOZZA A LUGLIO 2017

Iniziativa realizzata nell'ambito del progetto "Attività partecipate nell'ambito della Salute Mentale" dell'IRES Piemonte e Assessorato alla Sanità.

Il Gruppo di Progetto è composto da:

- Assessorato alla Sanità: Vittorio De Micheli
- IRES Piemonte: Marco Sisti, Renato Cugno, Maurizio Maggi, Gianfranco Pomatto, Chiara Rivoiro, Gabriella Viberti
- Eclectica: Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Sara Rolando, Alice Scavarda

E' stato costituito un Gruppo di Lavoro con funzione di supporto:

- Claudia Alonzi, infermiera presso l'ASL TO1
- Anna Barbero, assistente sociale presso l'ASL TO4
- Luigi Bartoletti, psichiatra presso il dipartimento di Patologie delle Dipende dell'ASL AI
- Mario Cardano, sociologo, Università degli Studi di Torino, esperto in Salute Mentale
- Thomos Epaminondas, educatore presso la cooperativa Il Margine e presso il Laboratorio Urbano Mente Locale
- Giovanni Geda, psichiatra presso l'ASL VCO
- Francesco Riso, psichiatra presso l'ASL CN1
- Alberto Taverna, psicologo e consulente dell'ASL Città di Torino
- Livio Tesio, settore programmazione della Coesione Sociale, Regione Piemonte
- Antonino Trimarchi, direttore sanitario presso l'ASL VCO
- Ugo Zamburru, psichiatra presso l'ASL Città di Torino e ideatore del Caffè Basaglia
- Enrico Zanalda, psichiatra presso l'ASL TO3.

Realizzazione: Eclectica, Istituto di formazione e ricerca, Torino

Rapporto di ricerca a cura di: Alice Scavarda, Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Sara Rolando

Torino, 24 luglio 2017

INDICE

1. Perché	4
2. Con chi	4
3. Come	6
4. Buone pratiche: opportunità e requisiti	8
1.1 Il metodo.....	8
1.2 I percorsi della cura.....	8
1.3 I percorsi di emancipazione e di abilitazione	14
1.4 I percorsi di prevenzione e di promozione della salute	21
5. elementi chiave per il piano d'azione	25
5.1 Il metodo.....	25
5.2 I percorsi della cura.....	25
5.3 I percorsi di emancipazione e abilitazione.....	26
5.4 I percorsi di prevenzione e promozione della salute	27
Conclusioni	27

1. PERCHÉ

Il progetto “Attività partecipate nell’ambito della Salute Mentale”, attivato dall’IRES Piemonte su mandato dell’Assessorato alla Sanità, ha previsto la realizzazione di un percorso partecipato, curato dall’Istituto di Ricerca e Formazione Eclectica, che è consistito in una raccolta iniziale di buone pratiche sul territorio piemontese e nell’organizzazione di **cinque** workshop territoriali, finalizzati a coinvolgere il maggior numero possibile di stakeholder nell’elaborazione del Piano di Azione sulla Salute Mentale della Regione Piemonte.

Obiettivo prioritario degli incontri era definire principi ed elementi chiave da inserire all’interno del Piano, a partire dalla discussione delle buone pratiche selezionate dal materiale emerso dalla rilevazione iniziale e usate come stimolo. Al fine di favorire il più possibile l’espressione e il confronto tra i diversi punti di vista, si è optato per l’utilizzo di metodi partecipativi, che prevedono la centralità e il coinvolgimento attivo dei partecipanti e l’utilizzo di tecniche e strumenti interattivi. La metodologia proposta, basata sulla discussione in piccoli gruppi, è particolarmente adatta a recepire il contributo di tutti gli aderenti, elemento centrale all’interno di un processo di programmazione partecipata, costituendo così anche un’occasione di scambio professionale tra figure appartenenti a enti e realtà afferenti alla salute mentale. La programmazione partecipata, infatti, promuove la responsabilizzazione di tutti gli attori della comunità, rafforzandone il ruolo attivo e la costruzione di reti sociali. Pur essendo una pratica onerosa in termini di investimenti di tempo e competenze di gestione richieste, essa garantisce una maggiore aderenza delle misure adottate ai bisogni della popolazione (Bobbio, 2004)¹.

I workshop, della durata di una giornata intera, prevedevano alcune brevi relazioni introduttive sul contesto in cui il percorso partecipato era inserito - tra le quali la presentazione dei dati piemontesi elaborati dall’Osservatorio sulla Salute Mentale - e due momenti partecipati basati sull’utilizzo della tecnica del World Café e del Nominal Group.

2. CON CHI

Nel periodo compreso tra inizio maggio e fine giugno 2017 si sono svolti cinque workshop, ognuno relativo a un quadrante territoriale piemontese.

Quadrante	ASL di riferimento	Città	Luogo	Data
Biella-Novara-Vercelli-VCO	ASL BI, ASL NO, ASL VC, ASL VCO	Omegna	Sede ASL VCO, Palazzo Beltrami	04.05.2017
Provincia di Torino	ASL TO3, ASL TO4, ASL TO5	Ivrea	Polo Formativo dell’ASL TO4	17.05.2017
Torino	ASL Città di Torino (ex TO1 e TO2)	Torino	Caffè Basaglia	22.05.2017
Alessandria e Asti	ASL AL, ASL AT	Alessandria	Teatro Parvum	12.06.2017
Cuneo e Alba	ASL CN1, ASL CN2	Cuneo	Centro Diurno	27.06.2017

Per ogni workshop è stato stilato un indirizzario di invitati, comprendente:

- professionisti dei servizi sanitari
- professionisti dei servizi sociali

¹ Bobbio L., a cura di (2004). A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi. Napoli-Roma: Edizioni Scientifiche Italiane. Testo disponibile al sito: www.magellanopa.it/kms/files/A_piu_voci.pdf (ultimo accesso: 06/07/2017).

- membri di associazioni di volontariato, non necessariamente afferenti all'ambito della salute mentale (es. Caritas)
- operatori di cooperative sociali che forniscono servizi a utenti e familiari
- amministratori locali
- rappresentanti di realtà produttive sensibili al tema
- figure del mondo scolastico
- operatori dei centri per l'impiego.

L'obiettivo era ottenere un gruppo composito, seppure limitato, di stakeholder, estendendo la partecipazione non solo a soggetti direttamente coinvolti nella cura e nella riabilitazione degli individui con disagio mentale, ma anche a enti e istituzioni che possono concorrere alla piena realizzazione della loro inclusione sociale. Al fine di realizzare le attività partecipate previste, il numero di invitati doveva rientrare in un range compreso tra 60 e 90 unità².

Complessivamente, sono state inviate via posta elettronica 415 lettere di invito; il tasso di risposta si è aggirato intorno all'85%, dimostrando quindi un alto livello di interesse intorno all'iniziativa e una buona capacità di intercettazione delle modalità comunicative adottate³. I partecipanti ai cinque workshop sono stati 230 in totale, con un tasso di adesione superiore al 55%. Lo scarto tra le due percentuali è dovuto in parte all'impossibilità a partecipare agli eventi, preventivamente comunicata e giustificata, in parte a iscrizioni non rispettate, verosimilmente per problemi contingenti e non preventivabili.

Il numero di partecipanti varia tra i 36 al workshop di Omegna e i 58 al workshop di Cuneo, non a caso rispettivamente evento di apertura ed evento di chiusura del percorso partecipato, con una media di **46** aderenti a incontro.



La crescita progressiva di adesioni è probabilmente dovuta all'effetto della diffusione di informazioni sul progetto in generale e sugli eventi precedenti in particolare, che testimonia la riuscita dell'iniziativa in termini di ritorno positivo da parte di chi vi ha aderito.

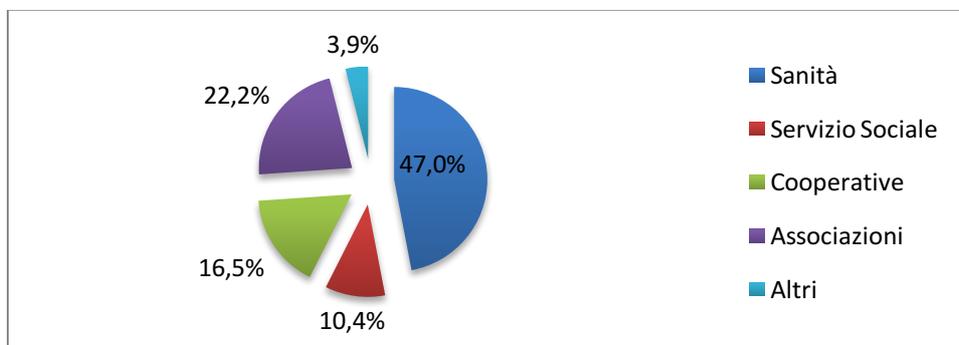
Per quanto riguarda il profilo delle figure che hanno partecipato ai cinque appuntamenti, si riscontra la presenza di soggetti eterogenei, provenienti dal settore pubblico, privato e privato sociale, con una buona rappresentanza dell'ambito sanitario, sociale e associazionistico. La composizione dell'insieme dei partecipanti (graf. 1) rivela una leggera sovra rappresentazione di operatori del settore sanitario (N=108), che corrispondono a quasi il 50% degli aderenti all'iniziativa, compensata da una presenza consistente di membri delle associazioni (N=51), pari a più del 20% degli intervenuti, e delle cooperative sociali (N=38), pari a circa il 17%. Meno numerosi i membri dei servizi sociali (N=24), che coprono circa il 10% del

² È stato necessario adottare alcuni accorgimenti volti a limitare il numero dei partecipanti a ogni incontro (ad esempio vincolando associazioni e cooperative all'invio di un solo rappresentante). In molti casi, le adesioni hanno superato il numero di inviti consegnati, perché diversi enti hanno richiesto la partecipazione di più rappresentanti. Si è optato per una valutazione caso per caso, rispettando il principio dell'equità e della rappresentanza del maggior numero di realtà possibili.

³ Il reclutamento dei partecipanti ha richiesto una particolare attenzione, prevedendo l'invio di un promemoria via posta elettronica e, in alcuni casi, contatti telefonici, resi possibili anche dalla collaborazione dei referenti territoriali che hanno peraltro contribuito attivamente alla costruzione degli indirizzi e sollecitato anche personalmente gli invitati di loro conoscenza.

campione, seguiti dalla categoria denominata “altri”, che comprende operatori dei Centri per l’Impiego (N=2), amministratori locali (N=2), professori universitari (N=2), avvocati con funzione di amministratori di sostegno (N=2) e un sindacalista della CGIL.

Graf. 1 composizione complessiva dei partecipanti ai cinque workshop



La minore presenza degli operatori sociali è dovuta sia a un invio inferiore di inviti, sia a un coinvolgimento meno sentito all’interno dell’iniziativa rispetto ai professionisti del settore sanitario, che forse riflette il permanere di un divario sui temi di confine tra settore sanitario e sociale⁴. Si segnala, peraltro, che gli aderenti del settore sanitario provengono da diverse aree e dipartimenti: la maggioranza lavora all’interno del Dipartimento di Salute Mentale, tuttavia vi è una discreta presenza di alcuni professionisti dei reparti di Neuropsichiatria Infantile e del Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto riguarda i singoli incontri, la distribuzione delle diverse categorie di partecipanti è pressoché identica (con il mondo sanitario che copre la metà degli aderenti, il settore dei servizi sociali un sesto, cooperative e associazioni tra un quinto e un sesto) salvo una presenza nettamente inferiore di operatori sociali agli ultimi due appuntamenti, che non arriva a toccare il decimo dei partecipanti, compensata da una partecipazione superiore alla media di professionisti sanitari ad Alessandria e di rappresentanti delle associazioni a Cuneo.

Durante ogni incontro è stato chiesto ai partecipanti di manifestare il proprio interesse a essere coinvolti nel gruppo di accompagnamento alla costruzione del Piano Regionale di Azione sulla Salute Mentale. Al momento sono state raccolte 77 manifestazioni di interesse, così distribuite: 9 relative al quadrante VCO-Biella-Novara-Vercelli, 21 alla provincia di Torino, 21 alla città di Torino, 9 ad Asti-Alessandria, 17 a Cuneo-Alba.

3. COME

Al fine di garantire il coinvolgimento attivo di tutti gli intervenuti, la scelta delle tecniche di gestione dei gruppi è ricaduta su due metodi qualitativi partecipati: World Café e Nominal Group.

Entrambi prevedono il confronto con altri partecipanti nell’ambito di piccoli gruppi, come occasione non solo di partecipazione, ma anche di arricchimento personale e professionale, per approfondire la conoscenza e le potenzialità reciproche a livello territoriale, anche al fine di fare rete.

La partecipazione attiva promossa dalle due tecniche ha permesso di perseguire l’obiettivo principale, ovvero raccogliere dati utili alla costruzione del Piano, in modo che questo sia frutto di un confronto

⁴ È necessario precisare, inoltre, che la maggior parte dei referenti territoriali appartiene al mondo della sanità e quindi ha probabilmente potuto esercitare una leva maggiore sui professionisti sanitari; tuttavia, anche laddove all’interno del sottogruppo di lavoro era presente più di un professionista sociale (Ivrea) l’effetto sulle adesioni è stato minimo.

collettivo sulle diverse filosofie di intervento e modalità operative. Ha inoltre consentito di raggiungere altri importanti obiettivi secondari:

- a. creare occasioni di dialogo e condivisione tra i partecipanti
- b. aumentare la conoscenza dei problemi di salute mentale e delle strategie di prevenzione e di cura
- c. favorire la consapevolezza del ruolo della società civile nella promozione della salute mentale
- d. rafforzare la capacità di azione di operatori e attori locali
- e. gettare le basi per un lavoro continuativo di tipo partecipato.

Il World Café, nello specifico, è un metodo per avviare conversazioni informali su temi che riguardano la vita di un'organizzazione o di una comunità, particolarmente utile per stimolare la creatività e la partecipazione perché consente di mobilitare pensieri e risorse, condividere conoscenze e generare cambiamento. La produzione e lo sviluppo delle idee si realizza grazie alla partecipazione di ciascuno a più gruppi di discussione, in un tempo preordinato: ricreando l'ambientazione accogliente di un caffè, si dispongono tavoli rotondi, adatti a ospitare 8-10 persone. A intervalli regolari, i membri dei gruppi si spostano da un tavolo all'altro in modo libero; la discussione, per sessioni consecutive, è moderata da un facilitatore (o "oste") che ha il compito di sollecitare l'intervento di tutti i partecipanti, di registrare e di sintetizzare quanto emerso nei round precedenti al gruppo successivo e durante la sessione plenaria conclusiva.

In ognuno dei cinque workshop, sono stati predisposti cinque tavoli tematici, relativi a tre diversi percorsi inerenti la salute mentale: i percorsi della cura (due tavoli), i percorsi di abilitazione ed emancipazione (due tavoli) e i percorsi di prevenzione e promozione della salute. La prima area riguarda progetti terapeutico-riabilitativi in senso ampio, comprendendo servizi domiciliari ed esperienze di auto-mutuo aiuto; la seconda area include iniziative trasversali agli ambiti della socialità, dell'abitare e dell'inserimento lavorativo; la terza area inerisce alla promozione del benessere psichico, alla prevenzione del disagio e alla sensibilizzazione della cittadinanza al tema della salute mentale. Ogni tavolo aveva il mandato di discutere gli elementi di efficacia e di trasferibilità di 3-5 buone pratiche, selezionate dal gruppo di progetto in quanto ritenute particolarmente innovative e rappresentative dell'ambito di riferimento (si veda la Scheda buone pratiche in appendice). A partire dalle esperienze individuate come stimolo, mettendone in luce punti di forza e criticità, i membri del gruppo erano invitati a riflettere più in generale sui temi proposti (lavoro, casa, cura, socialità, promozione della salute).

Il Nominal Group è un processo strutturato per raggiungere il consenso del gruppo sulla priorità da assegnare a una lista di problemi o soluzioni prodotta dagli stessi partecipanti; il conduttore formula una domanda o produce una sollecitazione su un tema specifico, a cui ogni membro del gruppo risponde individualmente, annotando su un foglio le proprie osservazioni. Successivamente il conduttore invita ciascuno a esporre agli altri le proprie proposte, che lui raccoglie e sistematizza in una lista comune, raggruppando le idee uguali o assimilabili. Infine ogni partecipante è invitato a votare i concetti della lista elaborata dal gruppo che considera più importanti, in modo da ottenere una graduatoria delle idee più votate.

Nel corso degli incontri, il Nominal Group è stato progettato come un momento di astrazione di principi ed elementi fondanti, sulla scorta della riflessione maturata all'interno dei World Café, elaborata dagli osti e presentata al pubblico durante la sessione plenaria. Pertanto, per il Nominal Group, sono stati ripristinati gli stessi tavoli tematici del World Café ed è stato chiesto agli aderenti di individuare priorità e concetti chiave da inserire nel Piano d'azione sulla salute mentale.

I risultati delle attività di gruppo realizzate durante i cinque appuntamenti piemontesi sono presentati di seguito.

4. BUONE PRATICHE: OPPORTUNITA' E REQUISITI

1.1 Il metodo

All'interno dei World Café, i tre gruppi che si sono succeduti in ogni tavolo hanno analizzato le buone pratiche utilizzate come stimolo, esaminandone punti di forza e criticità e mettendone in luce le potenzialità in termini di riproducibilità e diffusione a livello regionale. In tutti i contesti territoriali, come auspicato, le iniziative hanno rappresentato una sorta di volano di una riflessione più ampia e generale sull'attuale stato di attivazione di progetti e servizi nei diversi ambiti e sulle possibili evoluzioni future, fino a ipotizzare una riorganizzazione dell'intero settore della salute mentale. I suggerimenti e le proposte operative avanzati sono convergenti e talvolta coincidenti nei diversi territori, a dimostrare la presenza di problematiche comuni e di ipotesi risolutive che originano da paradigmi di riferimento non così distanti tra loro. La sottolineatura relativa alla carenza di risorse economiche e di personale costituisce il *fil rouge* dell'attività partecipata, ma è sovente declinata in termini costruttivi, dando espressione alle possibili soluzioni di una situazione diffusa in tutta la regione.

Le specificità territoriali emergono più che altro in relazione alle diffusione e alla trasferibilità di specifiche esperienze radicate in alcuni contesti, conosciute ma poco presenti in altri territori, e in relazione a caratteristiche del tessuto produttivo e associativo locale. Tali peculiarità provinciali non incidono, se non in minima parte, sui discorsi prodotti in merito alla valutazione delle buone pratiche e, più in generale, alla promozione dell'inclusione sociale delle persone con problemi psichici. Nella presentazione dei risultati dei World Café, pertanto, non si opereranno distinzioni a livello di quadrante territoriale, salvo segnalare, laddove necessario, riflessioni maturate all'interno di un territorio perché frutto di uno specifico patrimonio conoscitivo ed esperienziale. I risultati saranno invece illustrati per ambito tematico (percorsi della cura, percorsi di emancipazione e di abilitazione, percorsi di prevenzione e di promozione della salute) soprattutto per comodità espositiva perché – e vale la pena ricordarlo – questi ambiti di intervento presentano numerosi punti di contatto e sono da considerarsi complementari.

1.2 I percorsi della cura

Durante tutti i workshop regionali, la discussione nell'ambito dei due tavoli relativi ai percorsi della cura si è concentrata su alcuni temi chiave:

- **l'accessibilità dei servizi**, intesa non solo come maggiore disponibilità di apertura oraria, ma come ripensamento della presa in carico, continuativa, globale e non più frammentata;
- **la personalizzazione degli interventi attraverso la domiciliarità e il coinvolgimento della famiglia e degli utenti** all'interno dei percorsi di cura.

Accessibilità dei servizi

Il primo tema è stato affrontato in riferimento a esperienze che si pongono l'obiettivo di superare i limiti di apertura dei servizi di salute mentale, spesso attivi nei giorni feriali e in orari lavorativi, garantendo una continuità assistenziale anche nei giorni festivi e in orario serale.

Il servizio infermieristico di continuità assistenziale

Servizio di reperibilità infermieristica nelle ore di chiusura dell'ambulatorio, ovvero nelle ore notturne e festive, dedicato a una coorte di utenti e di familiari e offerto dal CSM di Settimo T.se. I destinatari, individuati e periodicamente rivalutati dal CSM, si trovano in condizione di particolare fragilità o stanno attraversando una fase critica. Sulla stessa fascia di utenza il sabato, la domenica e nei giorni festivi vengono effettuati interventi programmati a domicilio o presso l'ambulatorio, al fine di garantire la continuità terapeutica.

Il Centro di Salute Mentale aperto

Sperimentazione che prevede il mantenimento dell'apertura dei CSM di Novara e di Galliate per 12 ore dal lunedì al venerdì e 4 ore al sabato. Contestualmente, i Centri Diurni di Novara e Galliate rimangono aperti per 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì, garantendo un'articolata gamma di attività e programmi terapeutico-riabilitativi che coinvolgono personale del DSM e collaboratori esterni. Grazie a questa modalità di gestione del servizio, da un lato si garantisce la presa in carico precoce e continuativa dei disturbi gravi, dall'altro si favorisce l'apertura al mondo del privato sociale territoriale.

Secondo i partecipanti, entrambe le esperienze garantiscono un'offerta caratterizzata dalla **prossimità** e dalla **continuità** della cura, anche nei momenti festivi, maggiormente a rischio di insorgenza di crisi che spesso comportano un ricovero o il ricorso a un trattamento sanitario obbligatorio. Nello specifico, la maggiore copertura oraria dei servizi del CSM consentirebbe un migliore collegamento con i servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC), permettendo di offrire una gamma di risposte più articolata per esigenze plurime, come ben sintetizza un partecipante, un centro di salute mentale aperto *"non significa solo ampliare le ore di apertura ma affronta una modalità diversa di erogare i servizi di contattare gli utenti, prendendoli in carico nella loro complessità e non in modo frammentato"*. Pertanto, tali sperimentazioni avrebbero un importante effetto preventivo, scongiurando l'acuirsi di un momento critico e la conseguente ospedalizzazione, con una riduzione di costi per il sistema sanitario e un minore utilizzo della **contenzione**, ritenuta da molti un fallimento terapeutico.

Il superamento delle pratiche contentive è stato infatti oggetto di discussione all'interno dei gruppi, in quanto ritenuto un obiettivo auspicabile, legato a un approccio psichiatrico più umanizzante, che riduce i rischi di un impatto negativo sulla percezione di sé dell'utente. La riflessione sulle diverse forme di contenzione (fisica, meccanica, farmacologica) è stata sollecitata dalla discussione di un'esperienza specifica, attivata all'interno dell'SPDC di Borgomanero, in provincia di Novara, su esempio degli SPDC *"non-restraint"*.

La riduzione della contenzione negli SPDC

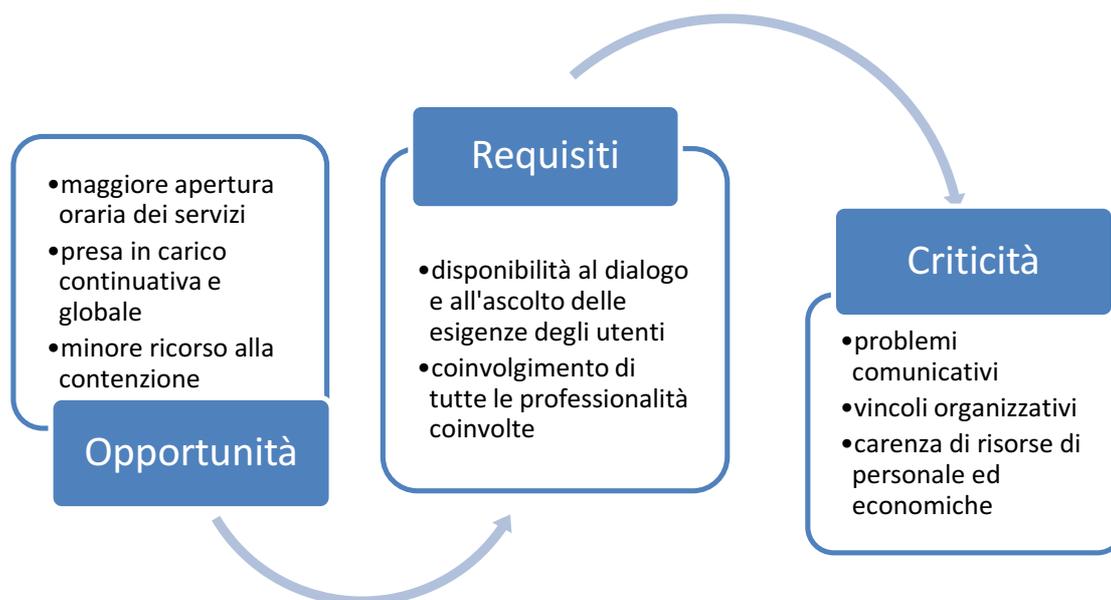
Prendendo spunto dal documento del Comitato nazionale per la Bioetica (2015) dal titolo: "La contenzione: problemi etici", nonché da visite a SPDC "non-restraint" presenti da anni sul territorio nazionale, nell'SPDC di Borgomanero (NO) sono state messe in atto scelte formative e organizzative che hanno portato nel 2016 a una riduzione consistente del ricorso alla contenzione, rispetto all'anno precedente. Si tratta di una sperimentazione che mira all'umanizzazione della cura e al miglioramento delle tecniche di intervento e degli stili organizzativi, al fine di realizzare una psichiatria *"dal volto umano"*.

Si tratta di un tema sentito dai partecipanti ai workshop, che mettono in luce l'assenza di dati regionali sul fenomeno e manifestano, in qualche caso, l'esigenza di creare un **sistema di monitoraggio sulla contenzione fisica** al fine di registrarne il ricorso nei diversi dipartimenti territoriali⁵. Per quanto riguarda la contenzione farmacologica, all'interno del workshop torinese si è evidenziata l'esigenza di prestare maggiore attenzione alla somministrazione di farmaci, avanzando la proposta di creare a livello regionale un **consenso informato** da presentare ai pazienti, con l'elenco dei possibili effetti collaterali.

⁵ Come sostiene anche Giovanna Del Giudice (2015) la registrazione della contenzione nei DSM e negli SPDC è eterogenea e non avviene in modo sistematico, inoltre mancano dati epidemiologici sul ricorso alle pratiche contentive a livello regionale, non essendo contemplata all'interno dei sistemi informativi regionali.

In generale, il minore ricorso a pratiche contenitive richiederebbe, secondo gli aderenti, una maggiore disponibilità all'**ascolto** delle esigenze e delle difficoltà dei pazienti da parte degli operatori, e una minore predisposizione a erigere barriere difensive tra diversi servizi. Da una parte, ci sarebbe quindi bisogno di investimento economico e formativo specifico, capace di dotare gli operatori di strumenti clinici e di intervento alternativi. Dall'altra, sarebbe necessario un ripensamento anche organizzativo nell'erogazione dei servizi di salute mentale; le tre iniziative considerate, infatti, prevedono il superamento della frammentarietà dell'offerta di cura, favorendo l'uscita dall'autoreferenzialità di alcuni comparti e la creazione di una rete che comprenda anche il settore sociosanitario.

Ciò richiede quindi un coinvolgimento di tutte le professionalità coinvolte, altro tema oggetto di discussione dei tavoli, compresa quella **infermieristica**, che non a caso ha anche un ruolo rilevante nella messa in atto delle procedure contenitive. Si segnala inoltre l'esigenza di chiedere una maggiore partecipazione ai medici di medicina generale, talvolta poco propensi ad assumersi responsabilità nel campo della salute mentale. La piena ed efficace collaborazione tra le diverse strutture (CSM, SPDC, Centri Diurni o CD, Day Hospital, servizi residenziali) e le diverse professioni che compongono il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), nonché tra il DSM e la Neuropsichiatria Infantile, che si occupano di fasce di età differenti, e tra il DSM e i Servizi per le Dipendenze Patologiche, secondo la maggioranza dei partecipanti è un obiettivo ancora da raggiungere⁶. Tale traguardo si scontra con conflitti e **problemi comunicativi**, vincoli organizzativi (anche contrattuali, nel caso del Servizio Infermieristico di Continuità Assistenziale) e in generale con la **carenza di risorse umane ed economiche** che rende problematico l'ampliamento e l'integrazione delle attività di cura e di riabilitazione.



Personalizzazione degli interventi

Un modo per superare gli ostacoli posti dalla riduzione delle risorse finanziarie e di personale è intravisto nella possibilità di **personalizzare gli interventi**, convertendo il ricorso alla residenzialità in un investimento in progetti di cura e di vita che prevedano da un lato interventi **a domicilio** e dall'altro il **coinvolgimento della rete sociale** di cui è parte l'utente. Il potenziamento della domiciliarità è funzionale a evitare rischi di istituzionalizzazione, messi in luce dai dati dell'Osservatorio regionale sulla Salute Mentale relativi alla permanenza nelle strutture residenziali, o meglio - come ha detto un partecipante - a scongiurare la creazione di "scatoloni" dove inserire le persone in modo permanente. La necessità dei servizi di salute mentale di aprirsi al territorio e di sfruttare le risorse locali, non solo in termini di enti e servizi

⁶ Questa problematicità è stata messa in luce in particolare nei quadranti territoriali molto ampi, che coprono più aree provinciali, come l'alessandrino-astigiano.

complementari, ma anche di capitale sociale degli utenti, è unanimemente avvertita dai partecipanti ai tavoli sui percorsi della cura. Il coinvolgimento della rete relazionale dell'individuo con disagio psichico all'interno del processo assistenziale può essere realizzato attraverso il potenziamento della partecipazione attiva dei familiari e degli utenti stessi, come avviene nelle due iniziative di seguito descritte.

Il Dialogo Aperto

Pratica terapeutica ideata in Finlandia dal gruppo del prof. Seikkula e a partire dagli anni Novanta applicata al servizio sanitario pubblico. Attualmente in uso presso i DSM: dell'ASL Città di Torino, dell'ASL di Savona, dell'ASL Roma1 e Roma6, dell'ASP di Catania, dell'ASUI Trieste e dell'AUSL Modena. Prevede il coinvolgimento di tutto il nucleo familiare e della rete di relazione dell'utente, è aperto al dialogo, alla lettura di sistema ed è orientato ai bisogni, lasciando in secondo piano il trattamento farmacologico. L'intervento è tempestivo (entro le 24 ore dalla richiesta di aiuto) e avviene preferibilmente a domicilio, attraverso colloqui con tutti i protagonisti della situazione di crisi, considerati partner competenti nel processo di cura. Sono sempre presenti almeno due operatori. Utilizzato nelle crisi psichiatriche d'esordio, comporterebbe meno cronicità e una riduzione dei costi, favorendo lo scambio collaborativo.

Gli UFE (Utenti Familiari Esperti)

Attualmente attivi nel DSM dell'ASL di Biella e di Trento, gli UFE sono utenti e familiari che hanno acquisito un "sapere esperienziale" che li mette in condizione di fornire in modo strutturato e continuativo prestazioni riconosciute in diverse aree di attività del DSM. In quanto pari, in collaborazione con gli operatori, offrono agli utenti e familiari in carico la loro esperienza, un modello di percorso di cura riuscito e vicinanza emotiva. I compiti degli UFE sono: comprendere i bisogni e le aspettative dell'utenza, migliorare i processi aziendali, organizzare e coordinare le risorse a disposizione, incidere sul livello qualitativo della prestazione. L'esperienza ha portato alla Proposta di Legge n° 2233 in discussione in Parlamento, che contiene norme per valorizzare la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di Salute Mentale.

Le due esperienze sono considerate valide e replicabili sul territorio regionale, a integrazione del sistema di servizi esistenti e con alcuni accorgimenti e cautele da adottare nella loro implementazione. Per quanto riguarda il dialogo aperto, i partecipanti la ritengono una modalità d'intervento efficace per gli esordi, soprattutto in età adolescenziale, nei confronti dei quali i servizi di NPI si troverebbero spesso impreparati, perché consente un **intervento precoce e tarato sulle esigenze dell'utente** e del contesto familiare. Il venire meno delle "prestazioni preconfezionate" e la condivisione delle decisioni terapeutiche con i destinatari del servizio favoriscono l'integrazione sociale e l'attivismo dei membri del nucleo. Lo sviluppo dell'azione domiciliare, preventiva e di accompagnamento della situazione di crisi, richiede però l'intervento di almeno due operatori appositamente formati, configurando un costo per il sistema sanitario che può essere considerato allo stesso tempo un investimento. Aspetto peculiare dell'approccio terapeutico è considerare **la famiglia una risorsa**, riconoscendola come patrimonio di conoscenze e competenze utili nel percorso di cura e rispettandone il bisogno di ascolto e comprensione durante un momento traumatico. Tuttavia, alcuni operatori mettono in luce come talvolta il contesto familiare sia disfunzionale nel suo complesso, quindi la collaborazione con la famiglia può essere problematica per gli operatori e ostacolare il percorso terapeutico. Secondo molti intervenuti, i risultati della sperimentazione sul territorio torinese forniranno dati utili a valutare la trasferibilità dell'esperienza sul territorio regionale. Utenti e familiari, inoltre, possono costituire un supporto anche per altri pazienti che si trovano in situazioni analoghe. Gli UFE (Utenti e familiari esperti), pur essendo generalmente riconosciuti come un elemento che garantisce flessibilità nell'erogazione dei servizi e uno strumento di **empowerment**, sono allo stesso tempo oggetto di qualche perplessità per ciò che riguarda il loro ruolo e la loro remunerazione. Se da un lato

l'intervento di utenti e familiari esperti rappresenta un'iniezione di risorse aggiuntive per i servizi di salute mentale, che possono essere attivate al di fuori delle sedi e degli orari previsti dalle strutture, dall'altro è necessario evitare la sovrapposizione di competenze con gli operatori. Nella maggior parte dei casi, si sottolinea la necessità di delineare per gli UFE compiti di **counseling** e non di vero e proprio sostegno terapeutico (all'interno di un tavolo si è affermato che devono proporre "pareri e non risposte") e di prevedere un **rimborso spese** fornito da enti esterni al sistema sanitario, in modo da garantire l'indipendenza e forse anche la libera espressione dell'eccentricità di queste figure.

Dubbi simili sono avanzati in merito alle iniziative di auto-mutuo aiuto, considerate utili per superare lo stigma e la solitudine dell'utente e dei familiari, più in fase di assestamento che di esordio psicopatologico, ma considerate sostitutive rispetto all'organizzazione dei servizi. I gruppi di auto-mutuo aiuto sono rappresentati nelle buone pratiche proposte dall'esperienza degli uditori di voci.

Gruppo Voci

Gruppo di auto-mutuo aiuto composto da uditori di voci e da alcuni operatori del DSM dell'ASL TO4 di Settimo T.se. Fornisce supporto tra pari, garantendo un'offerta di aiuto supplementare e non sostitutiva ai servizi sanitari. Ha inoltre l'obiettivo di costruire uno sportello informativo per uditori, familiari e operatori. L'uditore di voci diventa così soggetto esperto e può mettere in gioco competenze basate su un'esperienza vissuta.

I partecipanti ai World Café hanno sottolineato l'esigenza di disporre di facilitatori formati, capaci di indirizzare il gruppo e di sapersi distanziare al momento opportuno, in modo da consentire il pieno sviluppo del confronto tra pari. Si tratta di un'offerta di aiuto supplementare e non sostitutiva agli interventi previsti dai servizi sanitari, ma anche in questo caso gli aderenti hanno dichiarato la necessità di garantirne l'autonomia rispetto al DSM di riferimento, al fine di garantire l'indipendenza da professionisti e figure di rilievo. Allo stesso tempo, un raccordo con il DSM è necessario, per pubblicizzare l'iniziativa e assicurare gli utenti in merito agli scopi e all'efficacia dell'intervento.

La considerazione del punto di vista dell'utente all'interno del percorso di cura implica un allargamento del concetto di salute mentale, come offerta di sostegno a individui che attraversano una fase di sofferenza acuta o meglio come supporto a diverse forme di fragilità. Tale accezione più ampia di salute mentale è alla base, secondo i partecipanti, anche di un'altra esperienza sottoposta alla discussione dei tavoli.

Il Gruppo Interdipartimentale Transculturale

La costituzione del Gruppo Interdipartimentale Transculturale (o GIT) ha avuto origine dal "Protocollo di Intesa tra il DSM di Biella e il Centro ISI (Dipartimento di Prevenzione) per la presa in carico di pazienti stranieri con problematiche di salute mentale", siglato nel luglio 2015. Costituisce un tentativo, a tratti avanguardistico, di fornire una risposta specifica a una domanda di salute proveniente dalla popolazione immigrata che si fa sempre più pressante ed eterogenea e che richiede pertanto una lettura e una decodifica multidisciplinari e modalità di intervento dedicate. Il gruppo è composto da personale dei due dipartimenti e ha partecipato a corsi di formazione finalizzati a fornire competenze di antropologia medica ed etnopsichiatria, in collaborazione con il Centro Frantz Fanon di Torino. Tali competenze sono utilizzate sia per formulare la diagnosi sia per impostare il percorso terapeutico.

Si tratta nello specifico della presa in carico di una doppia condizione di fragilità, determinata da un lato dallo status di migrante e dall'altro dalla presenza di problemi di salute mentale, che richiede figure specializzate nella mediazione culturale e un buon livello di integrazione socio-sanitaria. I partecipanti, pur riconoscendola come un'esperienza rilevante dal punto di vista dell'inclusione sociale e dell'abbattimento delle barriere linguistiche e culturali, rilevano difficoltà dal punto di vista organizzativo e normativo nella

realizzazione concreta del servizio. Tali difficoltà riguardano prioritariamente la carenza di personale dedicato e formato, che richiederebbe quindi un investimento specifico, all'origine anche della costituzione del gruppo interdipartimentale transculturale biellese. In ogni caso, la **domanda di salute della popolazione immigrata** e le modalità operative con le quali farvi fronte appaiono temi cruciali nell'agenda dei sistemi sanitari regionali, che sono stati più volte sollevati all'interno dei gruppi come sfide per l'immediato futuro dei servizi di salute mentale territoriali.



In conclusione, come mostra il grafico seguente, i tre concetti generali e intrecciati tra loro che emergono all'interno delle discussioni di gruppo, come ingranaggi fondamentali dei percorsi della cura, sono:

- **l'accessibilità e la continuità delle cure**, garantita anche attraverso la domiciliarità;
- **la personalizzazione degli interventi**, che devono rispondere alle esigenze dell'utente e del contesto in cui è inserito;
- **il coinvolgimento della famiglia e degli utenti nel processo di cura**, come patrimonio di conoscenze utili al percorso terapeutico;
- la considerazione di diverse forme **fragilità** connesse al concetto di salute mentale



1.3 I percorsi di emancipazione e di abilitazione

Durante i workshop territoriali, la discussione nell'ambito dei due tavoli sui percorsi di emancipazione e di abilitazione si è concentrata intorno ad alcuni temi chiave:

- **il rafforzamento della de-istituzionalizzazione** dei pazienti attraverso lo strumento dell'affido o le iniziative di autonomia abitativa e **l'investimento sull'empowerment di utenti e familiari**, favorendone il coinvolgimento nella valutazione e nell'impostazione dei servizi;
- **l'integrazione dei servizi sanitari e sociali** intesa come co-progettazione, coordinamento congiunto, investimento e gestione condivisa delle risorse economiche e **la promozione dell'inserimento lavorativo** nel mercato del lavoro competitivo;
- **la sostenibilità economica di progetti trasversali**, che includono attività lavorative, di socializzazione e culturali e **la necessità di aprirsi alla comunità**, integrandosi con iniziative già avviate e favorendo l'inclusione della società civile nelle attività di riabilitazione.

De-istituzionalizzazione ed empowerment

Il tema della **de-istituzionalizzazione** degli utenti psichiatrici è stato declinato attraverso la discussione di due forme alternative dell'abitare, che al posto del collocamento nelle strutture quali RSA o comunità alloggio, propongono **l'affido etero-familiare** o iniziative di **residenzialità leggera**, che si pongono l'obiettivo dell'autonomia abitativa dei destinatari.

IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti)

Per IESA si intende l'integrazione di un soggetto in difficoltà all'interno di un nucleo familiare di volontari selezionati e appositamente formati. La convivenza si avvale del supporto di un'équipe di professionisti, reperibili telefonicamente 24h/7gg e le famiglie beneficiano di un rimborso mensile delle spese sostenute per l'ospitalità, che viene erogato direttamente dall'utente, sostenuto dall'ASL per mezzo di un assegno terapeutico qualora non possa provvedere a coprire l'intera quota. Ogni progetto, individualizzato, prevede la stipula di un contratto sottoscritto da ospite, famiglia e ASL. Il Servizio IESA dell'ASL TO3, attivo da 20 anni durante i quali ha gestito circa 250 convivenze, è stato incaricato dalla Regione Piemonte di diffondere presso tutte le ASL questo tipo di strumento, in qualità di Centro Esperto. Lo IESA si è diffuso in numerose realtà nazionali (tra le quali Bologna, Modena, Treviso, Lucca, Firenze, Oristano, Caserta, Barletta, Monza, Bergamo). Ha inoltre solide radici anche all'estero, con importanti esperienze nel Regno Unito (Shared Lives), in Germania (BWF), in Francia (Accueil Familial Thérapeutique) e in Belgio.

Percorsi di autonomia abitativa

L'iniziativa, promossa dall'associazione Diapsi Vercelli Onlus, è volta a sviluppare percorsi di autonomia abitativa, con l'intento di offrire uno spazio di socializzazione e di sperimentazione di una situazione di quasi autonomia. Il requisito per accedervi è la gestione autonoma dei farmaci, in quanto nell'abitazione non c'è personale medico. L'accesso avviene sia su segnalazione da parte dei servizi, sia su richiesta diretta delle persone. Ognuno contribuisce al pagamento del canone di affitto ed è responsabile della propria spesa. La casa dispone di tre posti letto per una residenzialità continuativa e di un posto letto temporaneo; i progetti sono personalizzati.

Le due esperienze descritte hanno sollecitato la riflessione sul reinserimento sociale delle persone con disagio psichico attraverso forme di residenzialità alternative all'inserimento in struttura che da un lato comportano una diminuzione dei costi per il sistema sanitario, e dall'altro permettono di perseguire

obiettivi di **autodeterminazione** e progressiva **autonomizzazione** dell'utente. Infatti, per buona parte degli interlocutori, si tratta di un percorso a tappe che deve porsi l'autonomia abitativa come traguardo finale e dev'essere accompagnato e monitorato dagli operatori.

La presenza di un **supporto continuativo di un'équipe** risulta essere un elemento di successo centrale dell'affido etero-familiare, conosciuto e apprezzato a livello regionale, ma poco diffuso al di là del territorio torinese. I principali ostacoli a una maggiore estensione del servizio a livello piemontese sono ravvisati da un lato nella scarsa e non omogenea disponibilità di alloggi con caratteristiche adatte ai parametri dell'ospitalità e dall'altro nella difficoltà di reclutamento delle famiglie, a causa della diffidenza nei confronti del male mentale, più radicata in alcuni quadranti come il cuneese. Pur trattandosi di una misura con un rilevante impatto **preventivo**, se adottata in adolescenza, antistigmatizzante e capace di attivare dinamiche di **auto-mutuo aiuto** tra ospite e ospitanti, implica allo stesso tempo un periodo protratto di convivenza che può generare tensioni e dinamiche di difficile gestione. La possibilità di attivare un intervento di comunità, fornendo un rimborso spese a famiglie in difficoltà, ha un importante rovescio della medaglia nella difficoltà di valutare i profili delle famiglie idonee alla progettazione, proprio per l'effetto distorcente dell'incentivo economico. Secondo alcuni, pur comportando un notevole risparmio rispetto agli inserimenti residenziali, sono interventi attivabili per un numero limitato di utenti, con psicopatologie poco complesse, anche per il dispendio di tempo e personale necessario per gestire ogni singolo progetto. Alcuni partecipanti suggeriscono **la creazione di una rete regionale di operatori e servizi**, volta a garantire il sostegno amministrativo alla diffusione dell'iniziativa anche in altri territori provinciali. Tuttavia, sembra che la soluzione da più parti avanzata sia non un'esportazione *tout court* del modello di intervento, ma una messa in rete delle risorse e la predisposizione di soluzioni alternative, quali l'affido diurno (esperienza consolidata nel Comune di Torino su altre fasce di utenza) o l'adozione di una coppia di utenti da parte di più famiglie.

Più uniforme il parere sui progetti di autonomia abitativa, che sono attivati anche per utenti con condizioni di maggiore gravità e garantiscono **l'inserimento comunitario** degli utenti, attraverso la creazione di relazioni alla pari con i vicini. Esperienze di social housing sono attivate anche dai SerD per utenti con doppia diagnosi e prevedono una collaborazione tra servizi sanitari e sociali. Le principali criticità presentate riguardano sia le resistenze, messe in atto da entrambe le parti, a compartecipare alla spesa di attivazione del servizio, sia le difficoltà nella gestione autonoma dell'economia domestica che insorgono con l'avanzare dell'età degli utenti. Per superare la difficoltà di far sedere più attori intorno a un tavolo, si auspica a più voci un maggiore intervento della politica a livello locale, intesa come il recupero della **centralità della figura del sindaco** come responsabile della salute del cittadino e si richiede una maggiore sponsorizzazione delle attività erogate da servizi e associazioni. I politici locali dovrebbero anche essere attivi nel promuovere occasioni di incontro e messa in comune di risorse tra enti e realtà che si occupano di salute mentale, favorendo la creazione di legami di rete anche tra le associazioni

I partecipanti suggeriscono di inserire nel Piano di azione sulla salute mentale la promozione di forme di residenzialità leggera - autonomia abitativa e gruppi appartamento - e si soffermano sul secondo modo di abitare, prendendo in considerazione un'altra esperienza.

La Valutazione dei Gruppi Appartamento

Il progetto, attivato dall'ASL Città di Torino dal 2007, rilancia il ruolo centrale degli utenti nella valutazione dei servizi a loro destinati, in un'ottica di empowerment e di partecipazione attiva ai percorsi di cura. Un gruppo di valutatori costituito da utenti, familiari e operatori opportunamente formati, effettua visite periodiche nelle strutture raccogliendo le opinioni sia degli operatori che degli utenti dei servizi. Le valutazioni, relative ad aspetti sia strutturali che riabilitativo-socializzanti, costituiscono uno stimolo per migliorare la qualità dei gruppi appartamento torinesi.

Si tratta di un progetto che, includendo utenti e familiari nella valutazione dei gruppi appartamento, consente di potenziarne l'**empowerment** e di valorizzare il punto di vista degli abitanti, in una prospettiva interna ai servizi. Allo stesso tempo, permette agli operatori del settore di avere **un ritorno sul proprio operato e sulla qualità delle strutture**, per quanto riguarda aspetti sia strutturali che terapeutico-riabilitativi. Alcuni familiari ritengono che la presenza di valutatori esterni possa sollecitare le équipes di operatori e gli enti gestori ad analizzare il livello dei servizi offerti e la capacità delle attività previste di rispondere a reali esigenze e interessi degli utenti. Non manca chi sottolinea le difficoltà insite nel processo di valutazione, sia per l'estrema eterogeneità delle prestazioni che rende ardua la condivisione di criteri uniformi, sia per il sospetto che i resoconti non apportino effettivi cambiamenti e modifiche al modello di erogazione dei servizi. Tuttavia, il maggiore coinvolgimento di utenti e familiari nella valutazione e impostazione dei servizi è percepito come un elemento centrale dell'organizzazione futura dei sistemi di salute mentale, con effetti positivi da un lato sull'autostima dei destinatari e dall'altro sul tipo di relazioni e di comunicazioni instaurate tra pazienti, operatori e reti familiari.

Il tema della **valutazione del singolo progetto e dell'insieme di progetti e servizi messi in campo** è stato dibattuto in buona parte dei workshop. Gli aderenti sostengono che in parte già si fa, ma - in mancanza di criteri condivisi e univoci stabiliti a livello regionale - in modo discontinuo ed eterogeneo. L'effetto perverso da scongiurare, secondo la maggioranza, riguarda la "trasformazione della residenzialità in custodia a tempo indeterminato".



Integrazione tra sociale e sanitario

Un altro aspetto approfondito all'interno dei due tavoli sui percorsi di emancipazione e di abilitazione concerne l'indispensabile **collaborazione tra il settore sociale e sanitario**, sia a livello di coordinamento e integrazione delle iniziative, sia a livello di condivisione degli obiettivi progettuali e delle risorse economiche. Ciò permetterebbe di uscire dalla logica della "budgetalizzazione" dei servizi e delle percentuali di finanziamento spettanti a ogni comparto e consentirebbe di riequilibrare le relazioni di potere tra i professionisti e gli operatori. Per realizzare un'effettiva ed efficace integrazione socio-sanitaria, è necessario poter adottare soluzioni flessibili e individualizzate, che si sviluppino a partire dai bisogni degli utenti e non dalle risorse disponibili, come quelle previste dal progetto *Budget Individuale di Salute*.

Il Budget Individuale di Salute

Approccio sperimentato negli Stati Uniti a partire dagli anni Novanta, che prevede l'individuazione di una dotazione finanziaria flessibile per sostenere un progetto riabilitativo personalizzato sui tre assi di intervento (casa, socialità e lavoro). Destinato a utenti che richiedono prestazioni a elevata rilevanza terapeutica, è attualmente attivato dal DSM dell'ASL di Biella e dell'AUSL di Modena. Le prime regioni a sperimentarlo sono state Friuli Venezia Giulia e Campania. Ogni contratto di cura ha un valore economico, in cui convergono risorse sia sanitarie che sociali, oltre alle opportunità di inclusione sociale che i soggetti del terzo settore mettono a disposizione. Obiettivo degli interventi è innescare un processo di "capacitazione sociale", alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Le principali aree di intervento sono: apprendimento/espressività, casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità. Il Budget di Salute è gestito, monitorato e valutato in maniera integrata da operatori sociali, sanitari e del privato e da utente e familiari.

Il Budget di Salute è spesso riconosciuto come un modello virtuoso della **presa in carico globale** dell'utenza. La possibilità di modulare gli interventi a seconda delle esigenze e delle caratteristiche dei destinatari è unanimemente apprezzata, così come è considerata fondamentale la possibilità di affrontare congiuntamente diversi ambiti del progetto di vita (lavorativo, sociale, abitativo). Le risposte non sono preconfezionate, ma concertate con l'utente, la famiglia e la rete di servizi del territorio. Si sottolinea da più parti, però, come questa opportunità si scontri con la rigidità organizzativa del DSM e con i vincoli burocratici dei servizi sociali e sanitari, che non facilitano la condivisione delle risorse economiche. La presenza di indirizzi regionali poco chiari, secondo alcuni, non previene la separazione dei due settori e i tentativi di delega che si manifestano da entrambe le parti. Inoltre, secondo alcuni partecipanti l'elevata eterogeneità territoriale renderebbe ostica la diffusione dell'iniziativa, che richiede in ogni caso elementi di strutturazione e ingenti risorse di capitale umano, poiché per ogni utente è necessario profilare un Piano personalizzato di cura.

La presenza di una figura di riferimento, intesa come **case manager o tutor**, è considerata centrale non solo per l'iniziativa del Budget di Salute, ma anche per i progetti di autonomia abitativa e di inserimento lavorativo. Il lavoro è stato un ambito tematico ampiamente sviscerato dai gruppi che si sono succeduti nei due tavoli, costituendo uno degli assi portanti della promozione della cittadinanza degli individui con problemi di salute mentale (Cardano, Salivotti, Venturini 2010). La necessità di uscire da logiche meramente assistenziali è avvertita dalla maggioranza dei partecipanti, nella consapevolezza che alcuni provvedimenti, però, sono adottabili solo per specifiche tipologie di utenti, con un buon livello di abilità adattive e sociali. Nello specifico, il **collocamento nel mercato del lavoro privato** dovrebbe essere un obiettivo per le persone con condizioni meno gravi, che richiede l'intermediazione tra domanda e offerta, per identificare o disegnare⁷ all'interno delle aziende mansioni compatibili con le caratteristiche del target. Sebbene si configuri come parte del percorso terapeutico dell'utente e abbia un **impatto positivo sulla sua autostima**, l'inserimento nel mercato del lavoro competitivo richiede percorsi molto strutturati e una buona capacità di **collaborazione** da parte dei **Centri per l'Impiego**. In molti casi si sottolinea l'esigenza che gli operatori dell'ASL da un lato acquisiscano conoscenze relative alla domanda di lavoro, così da porsi come interlocutori più competenti nei confronti delle aziende, e dall'altro si dotino di strumenti metodologici e operativi specifici, come la metodologia IPS, fulcro di una buona pratica oggetto di discussione.

Net2 Zurigo – IPS

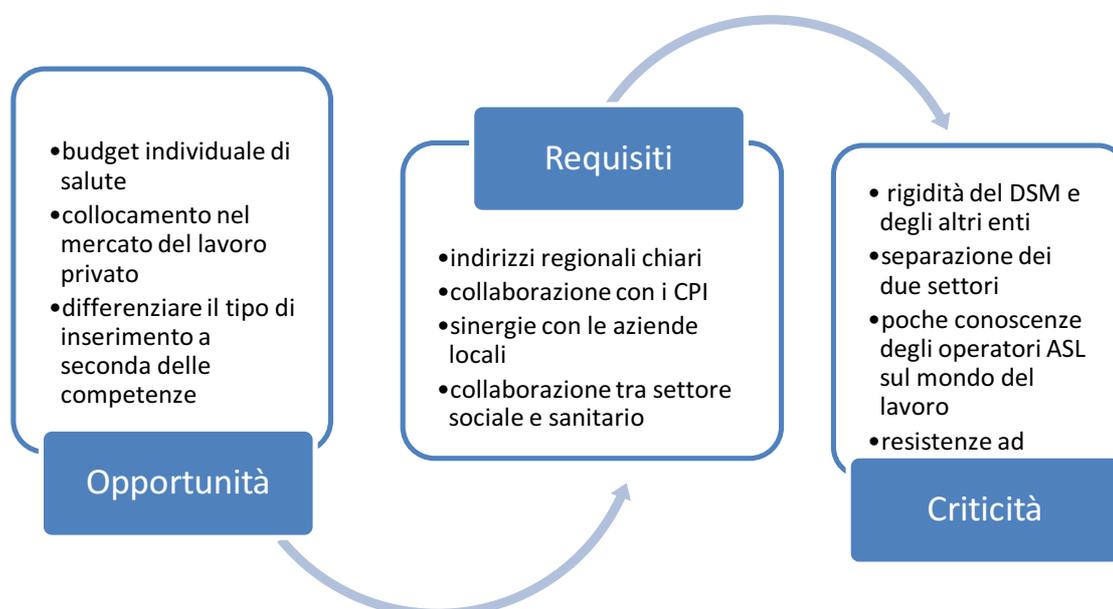
Inserimento nel mercato del lavoro competitivo con metodo nato negli USA denominato IPS (*Individual Placement and Support*) adottato a Zurigo con giovani di 16-22 anni segnalati dai servizi come soggetti fragili e attivato dal DSM di Bologna per gli adulti. Il metodo, volto a superare la logica assistenziale, prevede l'individuazione di un tutor appositamente formato che, in relazione alla rete familiare e lavorativa del soggetto, lo sostiene in tutte le fasi della ricerca di lavoro, senza tirocini o borse lavoro. Eventuali percorsi formativi sono finalizzati esclusivamente all'assunzione.

⁷ Si fa riferimento alla metodologia del *job design creation*, sperimentata sul territorio del Consorzio Sociale Società Consortile Cooperativa, VCO.

Tale approccio, che si basa sulla logica del **“Place and Train”**, ovvero della collocazione sul posto di lavoro in tempi brevi, con un investimento formativo iniziale ridotto e un accompagnamento dopo l’inserimento, è considerato valido e più efficace del **“Train and Place”** dalla maggioranza degli aderenti, perché evita l’innescarsi del circolo vizioso della riabilitazione a tempo indeterminato, demotivante per gli utenti. Tirocini e borse lavoro, sebbene siano strumenti formativi utili, livellano le capacità di chi ne usufruisce prevedendo retribuzioni standard e raramente si concludono con la stipula di contratti. Anche quando quest’ultima eventualità si verifica, spesso gli utenti sono poco seguiti dagli operatori in questa fase delicata di trasformazione.

Si sottolinea all’unanimità l’importanza di accompagnare i pazienti in tutto il percorso di inserimento lavorativo, al di là dell’orientamento iniziale, perché la presenza dell’operatore da un lato rassicura il datore di lavoro, dall’altro facilita l’adattamento dell’utente al contesto lavorativo.

Inoltre, sarebbe necessario coinvolgere maggiormente le aziende inadempienti della legge 68/99, ancora numerose, anche se, quando l’assunzione avviene solo con l’obiettivo di assolvere l’obbligo, l’utente rischia di ritrovarsi emarginato. Più che puntare a inasprire le sanzioni in caso di inadempienza, secondo i partecipanti, si dovrebbero dunque creare maggiori **sinergie con le aziende locali**, superando le resistenze dei datori di lavoro ad assumere lavoratori con problemi psichici e fornendo **incentivi concreti**, attingendo anche al Fondo Nazionale Disabili. Gli operatori dei servizi sociali e sanitari dovrebbero farsi promotori dei propri utenti, proponendoli alle aziende come lavoratori dotati di specifiche competenze. Inoltre, potrebbero convincere **le aziende a collaborare con le cooperative di tipo B**, subappaltando alcuni servizi, così come sfruttare la clausola sociale che le ASL possono inserire all’interno di gare di appalto, ad esempio relativi alla pulizia delle strutture. E’ noto poi che le aziende sanitarie stesse dovrebbero mettersi in regola con la legge 68/99, così come è stato fatto recentemente dall’ex ASL TO1. Un’altra indicazione operativa riguarda la promozione della presenza di **facilitatori sociali**, ovvero utenti che hanno raggiunto un buon livello di adattamento alla propria condizione, all’interno dei contesti lavorativi di inserimento.



Sostenibilità economica e integrazione nella comunità

La presenza di tali figure è al centro dell’esperienza, attivata dall’APS **“L’alba”** di Pisa, trasversale rispetto agli ambiti dell’abitare, della cura, del lavoro e della socialità.

Un percorso di riabilitazione sull'asse cura-casa-lavoro-socialità.

Esperienza quasi ventennale, attivata dall'APS "L'alba" di Pisa, che prevede la formazione di "facilitatori sociali": persone a un buon punto nel percorso di cura, che, affiancati da volontari, fungono da mediatori tra persone all'inizio del percorso riabilitativo e le istituzioni deputate alla loro cura. Esempio di rete tra associazioni e servizi che include diversi tipi di attività (gruppi appartamento, laboratori terapeutici e di avviamento professionale, un circolo Arci con Servizio bar, un ristorante-bar vegano) in cui possono essere inseriti sia utenti nuovi (come baristi, camerieri ...) che utenti esperti (come facilitatori)

Il connubio tra diversi tipi di attività (lavorative, ricreative e culturali) e il coinvolgimento attivo degli utenti all'interno dell'organizzazione dei servizi sono caratteristiche comuni ad altre due esperienze oggetto di discussione.

Cascina Clarabella

L'esperienza, attivata dal DSM Iseo, rientra nella categoria delle fattorie sociali, che offrono opportunità di lavoro in ambito agricolo a persone con disabilità fisica e psichica. Oltre a favorire l'inclusione lavorativa, la cascina ha promosso la nascita del Club Clarabel, associazione composta da utenti, familiari, operatori e volontari, che funziona in modo paritario e democratico e si configura come uno spazio di accoglienza e di risocializzazione. Il Club gestisce: circoli ricreativi legati alle comunità protette ad alta assistenza; iniziative culturali e gastronomiche a tema; gite all'estero; soggiorni estivi in autogestione; un periodico cartaceo e online a cadenza mensile, Clarabella News.

Caffè Basaglia

Esperienza di promozione dell'inclusione sociale e lavorativa di persone con disturbi psichici in attività produttive (ristorazione e catering) in grado di autosostenersi sul mercato (come nel caso delle cooperative di tipo B). Il servizio è gestito insieme da volontari, utenti e operatori del Centro Diurno dell'ASL. Esempio di integrazione di attività produttive e di animazione sociale e culturale (attraverso programma radiofonico e organizzazione eventi), oltre che di attivazione e mobilitazione della comunità locale (azionariato popolare).

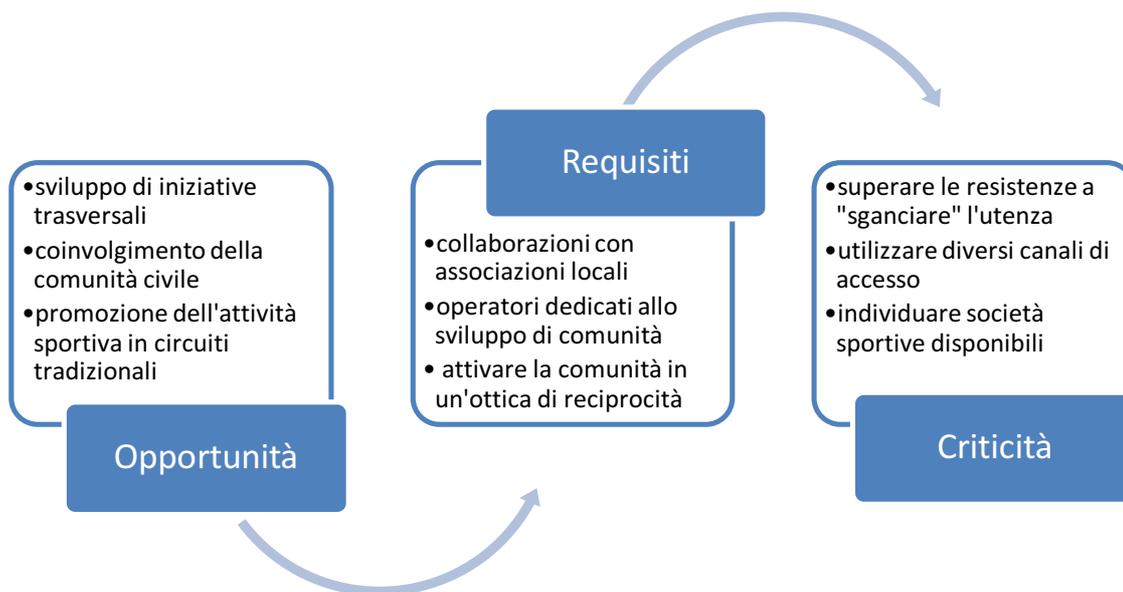
Tali iniziative sono generalmente apprezzate perché prevedono un'**apertura alle associazioni del territorio**, creando collaborazioni e messa in rete di risorse con progetti già avviati, elemento considerato indispensabile per ribaltare la direzione del funzionamento dei servizi di salute mentale: **dall'interno verso l'esterno**. I servizi sanitari e sociali, cioè, dovrebbero mirare a utilizzare le risorse presenti sul territorio, con il sostegno della Regione, che dovrebbe vincolare una quota di fondi al finanziamento di queste attività. Il DSM, secondo alcuni partecipanti, fatica ancora a sostenere attività che provengono dall'esterno del proprio ambito di giurisdizione, per timore di vedere ridimensionato il suo ruolo preminente nell'ambito della salute mentale. La **sostenibilità economica** dei progetti che si riferiscono alle fattorie sociali e alla creazione di esercizi economici ad hoc, è stata tematizzata in più occasioni come un aspetto problematico per le difficoltà di accesso ai fondi europei, ma affrontabile attraverso la costituzione di associazioni, che permettono di aggirare numerosi ostacoli burocratico-amministrativi. Secondo alcuni, bisognerebbe promuovere servizi sostenibili, senza ridimensionare il ruolo delle istituzioni e cercando di trovare un buon equilibrio tra stato e mercato, evitando di erigere barriere nei confronti delle attività di volontariato. I volontari, sebbene rappresentino una risorsa aggiuntiva per i servizi, sottraggono anche occasioni di lavoro retribuito agli operatori, fornendo prestazioni non sempre di pari livello. Il ruolo paritario degli associati e la possibilità di offrire un buon livello di autonomia agli utenti sono aspetti ugualmente considerati in modo ambivalente, poiché sebbene auspicabili, implicano una ridefinizione del ruolo degli operatori.

Più in generale, un elemento richiamato più volte dai partecipanti riguarda la necessità di “sganciare” l’utente dai servizi e di far sì che la comunità si attivi e si prenda cura delle persone con problemi psichici. Tuttavia, lo **sviluppo di comunità**, anche attraverso la costituzione di tavoli di associazioni, richiede una disponibilità specifica di tempo da parte degli operatori, che spesso sono ‘schiacciati’ sulle attività di cura, e un cambio di mentalità di chi lavora all’interno dei servizi e tende a ignorare ciò che esiste al di fuori del proprio ambito di intervento. Inoltre, la comunità va preparata e attivata in una logica di reciprocità: non solo è necessario pretendere che la comunità accolga le persone con problemi psichici, ma anche che dall’incontro tra la comunità civile e il disagio mentale si producano beni e servizi di uso comune. Un mezzo per favorire il confronto tra la società allargata e gli utenti dei servizi di salute mentale è l’attività fisica e sportiva, che può favorire dinamiche inclusive ed evitare la creazione di luoghi ricreativi ghettizzati. La riflessione sul ruolo delle società sportive nello stimolare l’inserimento sociale degli individui con disagio psichico è stata sollecitata dalla discussione di una buona pratica.

ASD “Cuore Matto”

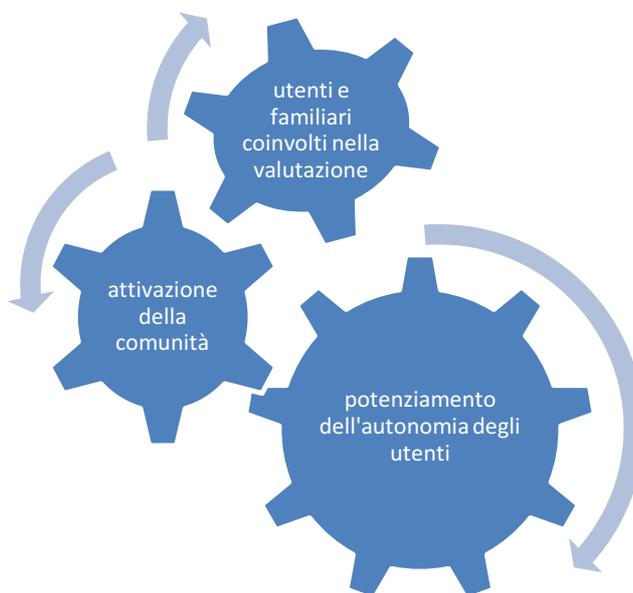
L’esperienza sportivo-riabilitativa attivata dall’Associazione Vol.P.I., dall’ASL Città di Torino e dall’ASD Cuore Matto, che offre alle persone la possibilità di misurarsi con le proprie potenzialità del momento all’interno di un percorso che prevede diversi step (dalla manifestazione “dedicata” al torneo UISP). Questa attività ha portato, dopo quasi vent’anni, alla nascita di una squadra che gareggia all’interno dei normali circuiti sportivi. Alcuni atleti, inoltre, sono stati selezionati per eventi pubblici ad alta risonanza (ad esempio, tornei del circuito Special Olympics).

L’iniziativa si dimostra efficace nell’evitare l’esclusione dei soggetti con problemi di salute mentale, inserendoli nei **circuiti sportivi tradizionali** e non dedicati, evitando di creare canali preferenziali e manifestazioni specifiche. I partecipanti segnalano l’importanza del coinvolgimento della Neuro-psichiatria infantile, per favorire la permanenza del soggetto in età evolutiva all’interno delle società sportive; inoltre, sottolineano la necessità di inserirsi in circuiti sportivi esistenti, utilizzando strutture di quartiere e attivando collaborazioni con le associazioni locali. È cruciale disporre di **diversi canali di accesso**, ad esempio intercettando possibili destinatari all’interno delle scuole. Le criticità sono ravvisate nella difficoltà di comunicazione con gli altri servizi (SerD e NPI) che inibiscono la diffusione capillare di tali iniziative e nel rischio di non superare i controlli per il doping per chi assume farmaci. D’altro canto, l’attività sportiva è considerata particolarmente salutare proprio perché riduce il ricorso ai farmaci, favorisce il contatto con la propria corporeità e la socializzazione. Alcune attività segnalate come particolarmente efficaci sono i gruppi di cammino e la montagna terapia, che consentono di evitare la creazione di gruppi solo di pari, ma che purtroppo risultano spesso demandate all’intraprendenza di un singolo operatore.



In conclusione, i tre concetti generali e intrecciati tra loro che emergono dalle discussioni di gruppo come ingranaggi dei percorsi di emancipazione e di abilitazione sono:

- ❖ **il potenziamento dell'autonomia degli utenti**, attraverso la de-istituzionalizzazione e la promozione dell'inserimento lavorativo (in contesti e con modalità differenziate);
- ❖ **il coinvolgimento di utenti e familiari nella valutazione e nell'impostazione** dei servizi;
- ❖ **l'attivazione della comunità** per favorire l'inclusione sociale degli utenti.



1.4 I percorsi di prevenzione e di promozione della salute

Nell'ambito del tavolo sui percorsi di prevenzione e di promozione della salute si è discusso delle caratteristiche che dovrebbero avere le iniziative volte a sostenere il benessere psichico della popolazione:

- **la precocità, l'universalità e la continuità** dei progetti, attraverso lo stanziamento di risorse economiche dedicate e la collaborazione tra enti;
- **la promozione di eventi di sensibilizzazione** che coinvolgano la popolazione e abbiano un riconoscimento istituzionale.

Precocità, universalità e continuità

La precocità e l'universalità degli interventi di prevenzione del disagio psichico sono state declinate in relazione a due target specifici: i giovani da un lato e i neogenitori dall'altro. Tale focalizzazione sulle due fasce di popolazione è stata stimolata dalla presentazione di due esperienze, inserite all'interno delle buone pratiche.

Il servizio di sostegno alla genitorialità

Il servizio, attivato dal Dip. di Prevenzione e dal Dip. Materno Infantile dell'ex ASL TO1, prevede la visita a domicilio di tutti i nuclei familiari, prima e dopo il parto, sulla base delle raccomandazioni del *Mental Health Action Plan for Europe* di Helsinki. La visita si adatta nei tempi e nei modi alla realtà della famiglia per raggiungere più membri del nucleo. Favorisce il sostegno delle abilità genitoriali, rafforza le relazioni familiari e aumenta le conoscenze sui bisogni di salute e di sviluppo del bambino. L'offerta universalistica non stigmatizza l'utente sulla base della presenza di fattori di rischio, ma prevede un supplemento di visite per le situazioni vulnerabili.

Il Progetto Gruppo Giovani

La finalità del progetto, avviato nell'ottobre del 2015 all'interno del CSM di Savigliano, consiste nell'intervenire con attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria sul disagio dei giovani dai 15 ai 25 anni, tracciando un percorso di intercettazione dei bisogni e di eventuale accesso facilitato alle cure. L'intervento di prevenzione primaria viene effettuato tramite interventi informativi e formativi negli istituti scolastici di Savigliano e Fossano, in collaborazione con il SERD e con l'Educativa di Strada. Un secondo tipo di intervento, rivolto ai 18-25enni, mira a evitare una psichiatrizzazione del disagio, attraverso una finestra di ascolto e di valutazione collocata in una sede neutra (ambulatorio ad accesso libero con una psicologa, una psichiatra e un gruppo di discussione).

La prima esperienza è considerata efficace perché incide precocemente sul disagio relazionale che può crearsi tra mamma e bambino, proponendo un intervento multidisciplinare, a domicilio e continuativo nel tempo. Inoltre, il **sostegno alla genitorialità** è considerato fondamentale perché la nascita di un figlio si configura come un momento di passaggio particolarmente delicato per il nucleo e foriero di tensioni. Si segnala peraltro l'importanza di tenere in considerazione anche le esigenze e le **specificità delle famiglie straniere**. In alcuni contesti territoriali si sollevano perplessità circa la sostenibilità nel tempo dell'iniziativa, poiché richiede da un lato risorse umane dedicate e formate su specifiche metodologie di intervento, dall'altro un coinvolgimento di diversi servizi, compresa la NPI, strutturati sulla presa in carico individuale.

La possibilità di fare rete tra i servizi e la comunità è considerata all'unanimità un prerequisito per combattere lo stigma e diffondere messaggi centrati sul benessere psichico, ma in molti casi si sottolinea la difficoltà per alcuni settori di intervento di uscire dal proprio ambito istituzionale e aprirsi al territorio di riferimento. Tuttavia, la condivisione delle competenze e del capitale umano ed economico permette di dare continuità agli interventi, purché siano stanziati **fondi dedicati alla promozione della salute** e si preveda una gestione flessibile e coordinata delle risorse, che comprenda il settore pubblico, privato e privato sociale. La manutenzione della rete, affinché non si sfaldi, implica un lavoro continuo e concertato, con mandati chiari a tutti i livelli.

È necessario il **coinvolgimento delle scuole**, a partire dalle elementari, attraverso la stipula di patti di intesa e di accordi. Insegnanti ed educatori possono essere infatti alleati preziosi nell'intercettazione del disagio e nella promozione del benessere psichico dei soggetti in via di sviluppo. Due temi da sviluppare dovrebbero essere le **life skill (abilità di vita)** e **l'alfabetizzazione emotiva**. A tal fine, si potrebbe creare una **rete di psicologi e di educatori che lavorano nelle scuole** e che condividono progetti su questi ambiti. Secondo alcuni, il lavoro sulle emozioni dovrebbe coinvolgere anche gli operatori dei servizi di salute mentale, che si rivelano talvolta incapaci di collaborare con il personale educativo. Sebbene il contesto scolastico rappresenti una risorsa in termini di competenze educative, la sua attivazione richiede l'utilizzo di metodi attivo-partecipativi, sui quali operatori sanitari e insegnanti dovrebbero ricevere una **formazione specifica**.

La promozione della salute psichica dei giovani, inoltre, può beneficiare dell'utilizzo della **peer education**, approccio utile e promettente, il cui utilizzo si scontra però con le resistenze degli operatori a delegare l'intervento a non professionisti. Del Progetto Gruppo Giovani è stata apprezzata in modo particolare la predisposizione di **spazi neutri**, gratuiti e al di fuori dei servizi, che possono essere utilizzati anche per gli adulti. È necessario, infatti, fare prevenzione "dove sta la gente", con un'individuazione flessibile dei luoghi e degli orari, che devono essere congeniali alle esigenze dell'utenza. Inoltre, bisogna incentivare la valutazione esterna degli interventi, superando le resistenze degli operatori a ottenere un giudizio sul proprio operato. Tuttavia la valutazione è utile se "**fattibile ed efficace**", perché nell'ambito della promozione della salute la valutazione è troppo spesso finalizzata a "far vedere che la facciamo!", come afferma un partecipante, mentre l'efficacia è molto difficile da misurare perché sono troppe le variabili che intervengono nella promozione della salute o nella messa in atto di comportamenti a rischio. La valutazione dovrebbe anche prevedere tempi lunghi per misurare i risultati in modo diacronico.



Forme di sensibilizzazione

L'investimento sul **protagonismo attivo** degli utenti è un altro strumento per promuovere la salute mentale della popolazione, attraverso gruppi di auto-mutuo aiuto, iniziative artistico-culturali o di sensibilizzazione. Rientrano in queste categorie le ultime esperienze presentate ai partecipanti dei World Café.

Il Circolo Urbano Orfeo

Iniziativa promossa da una rete di enti eterogenei (laboratori, associazioni, una cooperativa e una comunità oltre al Centro diurno dell'ex ASLTO1e all'*Hôpital de jour psychiatrique* di Grenoble) con l'obiettivo di attivare la comunità per favorire percorsi collettivi di resistenza alle crisi. Si organizzano raduni di "liberazione poetica" in luoghi pubblici per promuovere la conoscenza del disagio psichico nella popolazione allargata.

Robe da Matti

Settimana della Salute Mentale, organizzata dal Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il DSM di Torino, che prevede una serie di eventi artistici, culturali, scientifici sul tema, allo scopo di diffondere conoscenze ed evidenze scientifiche e di condividere le esperienze degli utenti e dei familiari, sfidando lo stigma e il pregiudizio della pericolosità sociale dei soggetti con psicosi.

Il Gruppo Mente Locale

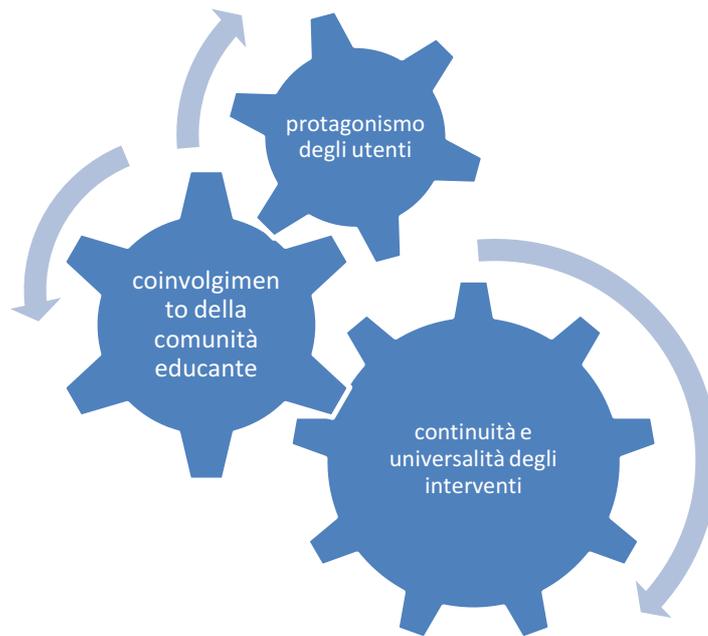
Gruppo di ricerca e sostegno al disagio psichico e mentale, attivo dal 2001, realizzato da utenti e operatori del DSM dell'ex ASL TO1. Promuove incontri di auto-mutuo aiuto settimanali e numerosi progetti di comunicazione sociale, al fine di rendere la salute mentale e psichica un bene per la comunità e favorire le relazioni d'aiuto tra pari.

Il valore positivo delle **relazioni con i pari** è legato alla valorizzazione dell'utente come portatore di un sapere e di una cultura specifica, da diffondere con una pluralità di mezzi. Alcuni aderenti all'iniziativa suggeriscono la possibilità di inserirsi in eventi già noti, creando sinergie sul territorio e organizzando iniziative di **sensibilizzazione partecipate** e che ottengano un riconoscimento istituzionale. Secondo i partecipanti *"bisogna uscire dalla logica di voler fare tutto da soli"* e promuovere anche le iniziative di auto-mutuo aiuto, favorendo la collaborazione tra utenti e operatori e superando le resistenze dei professionisti.



In sintesi, i tre concetti generali che dovrebbero caratterizzare i percorsi di prevenzione e di promozione del benessere psichico sono:

- ❖ **la continuità e l'universalità degli interventi**, attraverso una gestione coordinata e condivisa delle risorse umane ed economiche;
- ❖ **il coinvolgimento della comunità educante** e la predisposizione di interventi precoci nelle scuole;
- ❖ **la promozione del protagonismo degli utenti**, come portatori di un sapere esperienziale specifico.



5. ELEMENTI CHIAVE PER IL PIANO D'AZIONE

5.1 Il metodo

All'interno dei Nominal Group ogni tavolo aveva il compito di individuare i principi e gli elementi chiave da inserire nel Piano d'Azione sulla Salute Mentale, sulla scorta della riflessione maturata all'interno dei World Café. Anche in questo caso, non si rilevano differenze sostanziali a livello territoriale, mentre risulta opportuno, coerentemente con la modalità utilizzata finora, presentare i risultati per ambiti tematici.

5.2 I percorsi della cura

Dai risultati emersi nei cinque workshop territoriali, le tematiche relative ai percorsi della cura considerate prioritarie per lo sviluppo del Piano d'Azione sulla Salute Mentale regionale risultano essere le seguenti (in ordine di importanza secondo i partecipanti)⁸:

- La disponibilità di **risorse umane, economiche e di spazi** adeguati nei Centri di Salute Mentale.
- La possibilità di delineare **percorsi territoriali integrati e inclusivi** - con la collaborazione tra comuni, servizi sociali, scuola, volontariato, società sportive, parrocchie - partendo dall'analisi dei bisogni del territorio, in modo da offrire risposte adeguate alle esigenze delle persone.
- L'utilizzo del **budget di salute** quale strumento per offrire servizi flessibili e personalizzati, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria delle risorse.
- Il potenziamento dei servizi di **presa in carico degli adolescenti e delle loro famiglie**, che richiede servizi specializzati, duraturi e stabili.
- L'investimento sulla presa in carico precoce degli **esordi psichiatrici**, che richiede operatori dedicati e formati secondo un piano di formazione pluriennale.

⁸ Nell'elenco puntato compaiono i tre elementi chiave più votati all'interno di ogni tavolo; di seguito sono riportati concetti che pur essendo stati votati, non si collocano tra i primi posti della graduatoria; infine, si riportano i temi che sono stati indicati dai partecipanti, ma non hanno ricevuto alcun voto.

- La **co-progettazione** e la messa in rete delle risorse, con ruoli istituzionali precisi e personale, anche infermieristico, appositamente formato. È necessario rendere coerenti percorsi attigui e favorire la collaborazione con i servizi sociali.
- Il rafforzamento dell'**accessibilità ai servizi**, intesa come maggiore disponibilità oraria e gratuità da un lato, e presenza anche in luoghi non connotati dall'altro.
- Il mantenimento nel contesto di vita, grazie alla valorizzazione degli **interventi domiciliari**, che costituiscono un'alternativa agli inserimenti residenziali. Il ripensamento della residenzialità è percepito come una vera e propria emergenza a livello regionale.

Altri elementi chiave emersi nelle discussioni, sebbene meno condivisi, riguardano l'implementazione di azioni volte a ridurre la contenzione; la necessità di maggiore collaborazione tra DSM e distretto, con una programmazione condivisa e la creazione di Unità di valutazione distrettuali; il rafforzamento delle attività di ricerca e di valutazione; la partecipazione attiva degli utenti e delle famiglie nella programmazione e nella valutazione dei servizi; il supporto tra pari; una maggiore attenzione al senso transculturale dei concetti di cura, salute e malattia; l'affiancamento dei percorsi di cura ai percorsi di integrazione e di inserimento lavorativo; il privilegiare le relazioni familiari e sociali rispetto all'uso di terapie farmacologiche.

Citati infine: sostegno alla genitorialità; uso dello strumento ICF (*International Classification of Functioning*); l'investimento sulla psichiatria di transizione e sulla messa a disposizione di spazi di confronto tra operatori.

5.3 I percorsi di emancipazione e abilitazione

I principi, emersi dai Nominal Group, che dovrebbero guidare i percorsi di emancipazione e di abilitazione a livello regionale, sono i seguenti:

- Favorire conoscenza reciproca, confronto e ontrattazione tra i vari attori (operatori, utenti, familiari, rete sociale), condividendo processo e percorso, partendo dall'**ascolto delle priorità**.
- Dotarsi di strumenti di **valutazione** degli esiti del progetto individuale e dell'insieme dei servizi erogati, con creazione di **linee guida** e investimento formativo ad hoc.
- Istituire una **Consulta regionale** basata su un Albo delle associazioni (che preveda quindi criteri di ammissione), un'Assemblea costituente con il compito di avviare una mappatura delle esperienze e validarle scientificamente, e un Garante dell'utente che lo salvaguardi dalle "cattive pratiche".
- Prevedere il riconoscimento della figura del **facilitatore sociale** (peer) affinché possa entrare a far parte di una task force di supporto agli operatori nelle emergenze.
- **Promuovere l'inserimento lavorativo** nel rispetto delle leggi esistenti e dei minimi sindacali, con un'équipe dedicata di operatori, in collaborazione con i Centri per l'Impiego e avvalendosi di una normativa che preveda criteri di appalto capaci di favorire l'acquisto da parte delle ASL di beni e servizi forniti dalle cooperative di tipo B.
- Potenziare lo strumento dell'**affido**, non necessariamente etero-familiare, ma che preveda anche supporti per le famiglie di origine.
- **Bilanciare** le relazioni tra operatori, utenti e familiari in senso più paritario.
- Adottare un **approccio sistemico** che consideri il sistema di relazioni nel quale è inserito l'utente.
- Passare dalla semi-residenzialità al **sostegno alla socialità**, attraverso fondi dedicati, differenziando l'offerta a seconda degli interessi e dei bisogni dell'utenza e individuando standard di qualità (linee guida sulle competenze professionali specifiche).

Altri temi diffusi nei contesti territoriali, anche se meno votati dai partecipanti, riguardano l'importanza della conoscenza dei determinanti esterni della socialità (es. il ruolo del parroco) e l'individuazione di figure terze, anche rispetto alle associazioni, per l'offerta di attività in questo ambito; l'individuazione di una pluralità di forme di lavoro e di inserimenti lavorativi, che rispecchino le abilità e le attitudini di ognuno; la creazione di un osservatorio partecipato sulle buone pratiche; la definizione della cura della salute mentale come competenza specifica del Servizio Sanitario Nazionale; la condivisione di alloggi di utenti con altri utenti, come soluzione residenziale; l'omogeneizzazione dei percorsi a livello territoriale, per quanto riguarda modalità operative e di accesso.

Infine, sono citati il superamento dello stigma attraverso uno “sgancio” dal servizio; il rispetto delle leggi (in particolare della L. 68/99); la supervisione critica dei gruppi appartamento; la formazione dei familiari, iniziale e permanente; la mappatura di luoghi di incontro per la socializzazione e di enti che se ne occupano; l’offerta di orientamento all’utente sui servizi disponibili; la valorizzazione del ruolo degli utenti esperti, a fronte di una chiara distinzione delle rispettive competenze.

5.4 I percorsi di prevenzione e promozione della salute

Elementi chiave dei percorsi di prevenzione e promozione della salute che dovrebbero entrare a far parte del Piano d’Azione Regionale sulla Salute Mentale, sono:

- Predisporre **risorse specifiche per la prevenzione** del disagio psichico in modo continuativo, con formazione dedicata per gli operatori.
- Promuovere un **approccio integrato** che costituisca una rete tra famiglia, utenti e servizi.
- Favorire la creazione di **luoghi neutri di ascolto** e la gratuità dell’accesso per adolescenti e giovani al fine di ricevere orientamento e informazioni.
- Potenziare la **precocità dell’intervento**, intesa come incidenza sulla relazione mamma-bambino e prevenzione del disagio giovanile.
- Sostituire il termine “salute mentale” con “**benessere psichico**”.
- Inserire le iniziative all’interno della promozione della salute in generale, investendo su alcuni temi specifici (ad esempio le *life skill*).
- Utilizzare nuovi linguaggi (social media, videogiochi, ...) e saperi esperienziali (metodologie partecipate).
- Tutelare la sicurezza e la protezione degli operatori durante l’orario di lavoro.

Altri temi condivisi, ma da un numero inferiore di partecipanti, sono la sensibilizzazione dei pediatri e dei medici di famiglia, affinché agiscano da sentinelle sul territorio; la formazione di chi può entrare in contatto con il disagio mentale (insegnanti, allenatori, educatori); la sensibilizzazione della politica al tema; il potenziamento di una cultura del movimento e del benessere, per combattere lo stigma; l’investimento sulla risorsa della gruppabilità.

Infine, sono citati: la presa in considerazione degli altri piani regionali esistenti (ad esempio sulla Promozione della Salute); il coinvolgimento dell’utente esperto come consulente per intercettare i bisogni dell’utente; la responsabilizzazione degli utenti rispetto ai loro doveri, non soltanto ai loro diritti; la necessità di uscire dalla logica dell’emergenza; la creazione di équipes multiprofessionali formate anche da stakeholder; la promozione di campagne di sensibilizzazione continuative e diffuse su più canali; la costituzione di una banca dati sui progetti relativi alla salute mentale.

CONCLUSIONI

Dai workshop territoriali è emerso un materiale ricco ed eterogeneo, frutto del confronto e della condivisione di idee e prospettive all’interno di tavoli tematici.

I World Café, a partire dalla discussione di alcune esperienze proposte come materiale stimolo su cui i partecipanti hanno mostrato una conoscenza piuttosto diffusa, hanno prodotto indicazioni operative e principi organizzativi utili a orientare i servizi e a implementare iniziative concrete nelle tre aree considerate: i percorsi della cura, i percorsi di emancipazione e di abilitazione, i percorsi di prevenzione e promozione della salute. Dall’elaborazione delle opportunità e delle criticità rilevate nei vari ambiti, è stato possibile estrapolare alcuni concetti generali, che dovrebbero costituire i pilastri del Piano Regionale di Azione sulla Salute Mentale e che sono strettamente legati tra loro. **Accessibilità e continuità delle cure, personalizzazione degli interventi e coinvolgimento della famiglia e degli utenti** nel processo di cura sono gli assi portanti che strutturano i percorsi della cura e in parte richiamano le indicazioni emerse nell’ambito dei percorsi di emancipazione e di abilitazione. Il coinvolgimento di utenti e familiari, in questo caso, è proposto nell’ambito della valutazione degli interventi ed è affiancato al potenziamento dell’autonomia

delle persone con disagio psichico e all'attivazione della comunità. La promozione del protagonismo degli utenti emerge come tema chiave anche dei percorsi di prevenzione e promozione della salute, unita alla collaborazione con la comunità educante e alla continuità e universalità degli interventi.

I Nominal Group hanno consentito l'astrazione di elementi chiave che dovrebbero costituire la trama del Piano d'Azione, andando a specificare e a dettagliare i concetti generali emersi dall'analisi dei contenuti dei World Café. L'auspicio dei partecipanti agli incontri territoriali è che i workshop rappresentino il primo appuntamento di una stagione di progettualità regionale *bottom-up*, efficace nell'evitare che i servizi siano concentrati ad aiutare l'utente nella fase acuta, ma poi non lo accompagnino nella fase successiva, o meglio *"rialzino chi è caduto ma non ha lo spazio per camminare"*. La Salute Mentale è intesa infatti come un concetto più ampio della psichiatria, che dovrebbe configurarsi come un problema di cui si fa carico l'intera comunità, proponendo percorsi di inclusione sociale efficaci e che non mirino soltanto a creare "parcheggi" a tempo indeterminato. Un principio richiamato da alcuni partecipanti è: *"Finito l'intrattenimento, si passa alla vita"*. Le buone pratiche raccolte potrebbero quindi diventare un patrimonio di esperienze e iniziative, utile a creare relazioni tra diverse realtà e servizi, condividere modalità operative, filosofie di intervento e difficoltà, producendo un sapere condiviso sulla salute mentale. I workshop hanno fornito l'occasione per fare emergere e condividere il sapere accumulato, ma per mettere a frutto il patrimonio di conoscenze ed esperienze presente a livello regionale è necessario fornire ai servizi linee guida e direttive chiave, nonché criteri e strumenti di programmazione e valutazione condivisi.