



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

MASTER IN GOVERNANCE E INNOVAZIONI DI WELFARE LOCALE

**Il percorso di coprogettazione del Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale:
una verifica del pensiero e della pratica**

Presentata da
GRETA ZAVATTIN

*“mutamenti, anche radicali, sono possibili
se solo si cominci ad attuarli”*

(F. Basaglia)

INDICE

1.	INTRODUZIONE	3
2.	IL PERCORSO DI COPROGETTAZIONE	5
3.	ELEMENTI DI CRITICITA'	8
4.	TRAIETTORIE POSSIBILI DI TRASFORMAZIONE	9
5.	CONCLUSIONI	13
6.	ALLEGATI	14
7.	BIBLIOGRAFIA	14

1. INTRODUZIONE

Il presente project work ha l'obiettivo di sottoporre a verifica il percorso di coprogettazione promosso nel 2022 dai Centri di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.

Più precisamente, ho voluto verificare la solidità degli assunti culturali da cui il percorso è stato avviato e la validità delle scelte di metodo che lo hanno permeato, ponendolo a confronto con alcuni degli strumenti concettuali appresi durante il Master.

IL CONTESTO GEOGRAFICO E ISTITUZIONALE

L'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (A.S.U.F.C.) è stata costituita nel 2020 a seguito dell'ultima riforma del Servizio Sanitario della Regione Autonoma Friuli – Venezia Giulia¹.

Si tratta dell'Azienda sanitaria più ampia della Regione per estensione territoriale e popolazione (516.323 abitanti, pari al 43% dell'intera popolazione regionale²); il territorio è composto da 134 Comuni, la maggior parte dei quali (78%) rientra nella definizione di piccoli Comuni e di cui il 27% ha meno di 2.500 abitanti.

All'interno del Dipartimento, nell'area salute mentale sono presenti 6 Strutture Operative Complesse, un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e una Clinica psichiatrica. Le 6 S.O.C. sono articolate in 10 Centri di Salute Mentale e il bacino di popolazione di ciascun Centro corrisponde in media a poco meno di 60.000 abitanti, con punte inferiori nei territori montani.

LE PRATICHE RIABILITATIVE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

I Centri di Salute Mentale operano sempre a porte aperte e senza ricorso alla contenzione fisica, e 8 su 10 sono aperti 24/24 ore, 7/7 giorni a settimana; essi sono i presidi territoriali d'elezione del sistema pubblico sociosanitario regionale per la salute mentale, deputati a garantire le attività di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e ad esercitare una funzione di tutela e promozione della salute mentale dell'intera area territoriale di riferimento.

L'operatività di questi servizi si inserisce nella vision regionale dei servizi sociosanitari, che afferma la centralità dei determinanti sociali di salute³ nella prospettiva di un welfare di comunità⁴ e l'attività del Servizio è in netta alternativa al ricovero ospedaliero ed è inserita nel territorio di riferimento al fine di garantire prossimità ai contesti di vita e continuità nel percorso di cura.

Le pratiche di cura si fondano su un approccio non limitato agli aspetti clinici del disturbo mentale, ma

¹ L.R. 27/2018 “Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”

² Dato al 31.12.2024

³ L.R. 22/2019, art. 4, c. 9: “Al fine di garantire il massimo grado di personalizzazione della risposta ai bisogni della persona e all'inclusione sociale, l'organizzazione dei servizi dedicati è riorientata, entro i percorsi assistenziali integrati, verso modelli che integrano i determinanti di salute e benessere. Detti modelli valorizzano la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tale fine, attivano, nella rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute”.

⁴ L.R. 22/2019, art. 10, c. 2: “Per l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà, è valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo settore [...]”.

all'esperienza di vita delle persone globalmente intesa; sulla prospettiva della ripresa dal disturbo e non del mero superamento dei sintomi, dove la ripresa da un problema di salute mentale è intesa come il prodotto di molteplici fattori e non come il risultato esclusivo delle azioni terapeutiche esercitate dai tecnici.

È in questo tipo di organizzazione e cultura professionale che si inquadrano gli interventi riabilitativi erogati dai Servizi pubblici anche in integrazione con Cooperative Sociali regionali, nell'ambito di contratti d'appalto. Tali interventi sono articolati nei tre assi tradizionali della riabilitazione – abitare, formazione/lavoro, socialità/affettività – e sostenuti da budget di salute, metodologia che in Friuli - Venezia Giulia è praticata fin dalla metà degli anni Novanta (e originata proprio in uno dei territori dell'attuale Azienda Sanitaria). Da un punto di vista di metodo, essi si realizzano in assenza di una netta distinzione tra fase terapeutica e fase riabilitativa e, conseguentemente, senza una rigida definizione dei settings in cui gli stessi si collocano; essi, infatti, sono intesi non come mera applicazione di specifici programmi o metodologie la cui realizzazione è delegata a soggetti terzi rispetto al Servizio, ma come il dipanarsi di molteplici e multiformi azioni a valenza riabilitativa, esercitate da una pluralità di soggetti e in una pluralità di luoghi, in quanto “quel che resta sempre riabilitativo è esclusivamente il processo”⁵.

Nella visione regionale, e in coerenza con le pratiche di deistituzionalizzazione in salute mentale, gli interventi riabilitativi sono chiamati ad intervenire contemporaneamente sia a livello individuale che a livello collettivo e comunitario, mirando a una trasformazione dei contesti e assumendo che le risorse economiche pubbliche a sostegno delle attività riabilitative sono da intendersi non come corrispettivo di prestazioni erogate da fornitori bensì come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale⁶.

⁵ Rotelli Franco, *Ri-abilitare la riabilitazione*, Trieste 1993,

⁶ Piano Regionale Salute Mentale Infanzia, Adolescenza ed Età Adulta Anni 2018-2020 (ultimo atto regolatorio regionale in tema di salute mentale)

2. IL PERCORSO DI COPROGETTAZIONE

Per descrivere il percorso di coprogettazione attuato, ritengo opportuno concentrare l'attenzione più sulle valutazioni che hanno portato il Dipartimento ad attivare tale strumento anziché sui progetti definiti dai tavoli di coprogettazione.

Ritengo, infatti, che più interessante sia la dimensione processuale anziché di esito e credo siano soprattutto le premesse di pensiero da noi formulate a poter beneficiare di un confronto con alcuni degli strumenti acquisiti durante il Master, con un'attenzione alle politiche pubbliche di governance, alle politiche partecipative e di promozione della salute.

VALUTAZIONI PRELIMINARI

La scelta di avviare un percorso di coprogettazione è derivata dall'osservazione di alcune dinamiche che da diverso tempo apparivano consolidate nel rapporto con gli enti del terzo settore coinvolti nella realizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi.

In modo sostanzialmente inalterato dagli anni Duemila, tali progetti erano realizzati mediante convenzioni con Cooperative sociali regionali a seguito di gare d'appalto ed era da tempo evidente una significativa stabilità nella composizione dei soggetti convenzionati.

Dal 2017, pur in presenza di un capitolato d'appalto costruito nella prospettiva della costruzione di un welfare di comunità - e dunque, da un lato, dichiaratamente finalizzato alla promozione di un sistema di opportunità a favore di un intero territorio e non ripiegato sulla mera erogazione di servizi, e, dall'altro, portatore di una esplicita richiesta di coinvolgimento di altre realtà del territorio da parte dei soggetti aggiudicatari - le dinamiche reali osservabili sul campo erano le seguenti:

- i progetti realizzati rispondevano a dinamiche di sostanziale “amministrazione dell'esistente” anziché tendere a iniziative intenzionalmente volte alla trasformazione dei contesti;
- la relazione con altri soggetti del territorio era sporadica e tangenziale, spesso in risposta a situazioni contingenti;
- la dimensione del cosiddetto “lavoro di comunità” era progressivamente regredita sullo sfondo e molto poco nominata e tanto meno agita.

A partire dalla premessa per cui “occuparsi di salute mentale in un determinato territorio dal punto di vista di un servizio pubblico significa lavorare con le persone portatrici di disturbo per la costruzione e offerta di percorsi terapeutici e riabilitativi, e parallelamente significa svolgere lavoro di comunità, nei e con i contesti di vita reali delle persone, allo scopo di rendere le comunità realtà sempre più inclusive”⁷, è dunque apparso opportuno introdurre una diversa modalità di regolazione del rapporto con gli enti del terzo settore.

In particolare, la coprogettazione è apparsa strumento appropriato per più ragioni, potenzialmente trasformativo ai diversi livelli che sempre dovrebbero caratterizzare l'intervento del servizio pubblico:

⁷ Documento interno Dipartimento Dipendenze Salute Mentale, 2021

opportunità a favore delle persone titolari di percorsi di cura, cultura e pratiche dei servizi, salute delle comunità.

Nel nostro caso, esso è stato scelto per due ragioni principali: ampliare la platea di soggetti del terzo settore coinvolti nella costruzione di progetti terapeutico riabilitativi e superare l'esercizio di collaborazioni occasionali per assumere la relazione con il territorio come metodo stabile di lavoro.

Si è trattato di un'operazione dagli esiti potenzialmente molto incerti: la mancata conoscenza dello strumento da parte dei Servizi e delle strutture amministrative aziendali; la condizione di immobilismo e sostanziale sfiducia sedimentate da anni nel rapporto tra Servizi e Cooperazione sociale; la malcelata opposizione della stessa Cooperazione all'introduzione di tale strumento, si ponevano come variabili capaci di inficiare tanto il processo quanto l'esito, rendendo potenzialmente vano l'investimento di tempo e di risorse economiche. Consapevoli di ciò, abbiamo comunque ritenuto che valesse la pena quanto meno provare ad introdurre un cambiamento e investire in uno strumento nuovo.

REALIZZAZIONE

Il percorso è stato avviato nel 2022 con avviso pubblico e nel 2024 sono stati avviati i progetti definiti dai tavoli, tutti con una durata di 2 anni; esso è stato sostenuto da alcune precise scelte, volte a favorire il più possibile la partecipazione dei soggetti più piccoli:

- svolgimento di incontri preliminari di presentazione dell'avviso ad alcuni organismi rappresentativi delle diverse componenti del terzo settore (Centro Servizi Volontariato, Pro Loco, Cooperative sociali);
- svolgimento di ulteriori incontri preliminari nei diversi territori (in orario serale) per favorire la presenza delle associazioni di volontariato;
- non richiesto un progetto da allegare all'istanza di partecipazione, nella previsione che questo avrebbe potuto privilegiare le organizzazioni più strutturate e abituate a relazionarsi con il servizio pubblico;
- non richiesta di cofinanziamento, per gli stessi motivi di cui sopra.

Gli esiti in termini di partecipazione e progettuali sono riportati nelle seguenti tabelle:

Numerosità degli Enti del Terzo Settore (ETS)

ETS che hanno partecipato all'avviso pubblico	40
ETS ritenuti idonei	100%
Di questi, ETS che non avevano mai collaborato con il DDSM	45%

Partecipazione ai tavoli di coprogettazione

ETS che non hanno mai partecipato ai tavoli	10%
ETS con partecipazione > 50%	39%
Enti che hanno interrotto la partecipazione ai tavoli	36%
ETS ritirati formalmente in itinere	7,5%

Progetti definiti dai tavoli di coprogettazione

Numero totale progetti	36
ETS convenzionati al termine dei tavoli di coprogettazione	32%
Di cui ETS convenzionati per la prima volta	33%
Progetti ad oggi conclusi	14%

Poiché la maggior parte dei progetti definiti si avvierà alla scadenza entro il corrente anno, negli ultimi mesi i Servizi si sono trovati nella condizione di decidere se e come proseguire il percorso di coprogettazione a partire da una valutazione del percorso.

Condotta tentando di tenere insieme tanto il processo quanto gli esiti, tale valutazione è stata sommaria e non poco “distratta” dalle numerose difficoltà incontrate sul versante amministrativo, ma ha portato alla scelta di non interrompere l’esperienza e di proseguirla con l’intento di investire maggiormente sulla dimensione delle relazioni con gli enti del terzo settore.

È a questo scopo che abbiamo, da un lato, ritenuto opportuno incontrare tutti gli ETS per ascoltare il loro punto di vista su quanto fino a quel momento avvenuto e, dall’altro, valutato come necessario prevedere la presenza di figure di facilitazione dei tavoli di coprogettazione.

3. ELEMENTI DI CRITICITA'

Credo che il maggiore limite all'intero processo sia stato nella presenza di un'unica sostanziale e reale finalità, ovvero la costruzione di risposte ai bisogni individuati dai servizi, e ritengo che anche la scelta di introdurre uno strumento nuovo come forma di regolazione dei rapporti con il terzo settore sia stata intesa come un obiettivo anziché come un mezzo. Accanto a ciò, ritengo che anche le scelte agite per facilitare il più possibile la partecipazione – obiettivo senz'altro positivo – siano state funzionali ad ampliare la possibilità che trovassero risposta i bisogni di cura.

Non abbiamo infatti agito con l'intenzione di promuovere relazioni e processi capacitanti né di promuovere la salute delle comunità, e abbiamo invece perseguito la costruzione di risposte a bisogni puntuali - *individuati* e in qualche modo anche *individuali* - limitandoci di fatto ai risultati da ottenere, ovvero alle prestazioni da ricavare dai soggetti coinvolti; nonostante questo sia avvenuto “ampliando la platea dei soggetti coinvolti”, il fine comunque è rimasto lo stesso, in qualche modo assumendo quella che abbiamo più volte definito come “posizione da appalto”.

Trovo, in questo, una postura francamente estrattiva e la trovo confermata anche nel fatto che, tanto nel predisporre quanto nel dispiegarsi dell'intero percorso, non abbiamo mai considerato la possibilità che dai tavoli di coprogettazione potessero emergere altre idee, proposte o progetti.

Ad un livello più concreto, durante il percorso abbiamo registrato l'abbandono dei tavoli da parte di più di un terzo degli ETS e in generale una poca efficacia dei tavoli stessi: perché gravati dalla presenza di relazioni conflittuali tra le diverse cooperative sociali, dalla difficoltà a far interagire queste con gli altri enti del terzo settore, dall'assenza di una funzione di facilitazione e dalla nostra inesperta conduzione.

4. TRAIETTORIE POSSIBILI DI TRASFORMAZIONE

Ho scelto di osservare il processo attivato avendo come riferimento due precise aree concettuali, che ritengo possano essere particolarmente incisive in una prospettiva di trasformazione possibile: partecipazione e promozione della salute da un lato; governance, innovazione e impatto sociale dall'altro, con un'attenzione maggiore a questi ultimi.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE

Credo che le definizioni di salute⁸ e promozione della salute⁹ indicate dalla Carta di Ottawa possano introdurre prospettive molto differenti in termini di approccio e obiettivi al percorso di coprogettazione attivato e permettano anche una rivisitazione del lessico utilizzato nei documenti e, soprattutto, nelle pratiche.

Accenno qui brevemente a due aspetti, il primo relativo alla promozione della salute, il secondo alla dimensione della partecipazione.

Nell'ambito del percorso di coprogettazione abbiamo usato diverse espressioni per riferirci al coinvolgimento delle comunità - "ampliare la platea di soggetti", "lavorare con i contesti di vita", "lavoro di comunità": credo che il ricorso a tali espressioni sia sostanzialmente il prodotto di una consonanza sommaria e generica a concetti diffusi da anni tra i servizi sociosanitari, gravata anche dall'utilizzo di concetti diversi come sinonimi, arrivando a confondere strumenti e finalità.

La locuzione "promozione della salute con la comunità", invece, allude ad altre tensioni ed esplicita precise aree di intervento, che ritengo potrebbero giovare in modo significativo al percorso avviato.

Più precisamente credo che la nostra pratica potrebbe utilmente essere confrontata con le attività strategiche proposte dalla Carta di Ottawa (costruire politiche pubbliche per la salute; riorientare i servizi sanitari; creare ambienti favorevoli; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le capacità personali): per quanto queste possano apparire dimensioni adatte ad altra scala di intervento (nazionale, per esempio), credo siano invece concretamente praticabili anche a livello locale.

Ad ogni buon conto, azioni di minima per rendere generativi i tavoli di coprogettazione potrebbero essere:

- tematizzare con gli ETS coinvolti il concetto di salute inteso come capacità di risolvere i problemi da parte di chi li vive
- nominare esplicitamente la dimensione del desiderio e dell'"aspirare a" per le comunità
- condividere con gli ETS coinvolti una riflessione sui soggetti esclusi dal processo e sulle ragioni di tale esclusione.

Per quanto riguarda la dimensione della partecipazione, credo che la scelta di svolgere incontri preliminari volti a diffondere la conoscenza dell'avviso e di realizzare tali incontri nei diversi territori - dunque in una

⁸ La salute è la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e, dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo

⁹ La Promozione della Salute è il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla

posizione che potremmo definire “di prossimità” e non di attesa – sia stata una modalità affine ad un’interpretazione generica del concetto di partecipazione, ma credo anche la progressiva rarefazione del coinvolgimento degli ETS sia stata indicativa di un processo condotto in modo poco partecipativo.

Per questo, nel prosieguo del percorso, avrà senso confrontare la pratica con i fattori che determinano un processo partecipativo in un determinato contesto storico e territoriale (tempo, architettura politico-istituzionale, organizzazione sociale, regole della partecipazione, meccanismi di categorizzazione dei problemi, *leadership* politica, basi sociali della partecipazione).

Concludo questo brevissimo affondo sul tema della partecipazione e della promozione della salute evidenziando che il concetto di partecipazione mi ha permesso di riflettere su come il fine ultimo dell’agire dei Servizi non possa essere la produzione di risposte, ancorché avanzate, ai bisogni di cura delle persone che accedono ai servizi, e nemmeno la valorizzazione dei soggetti presenti in un territorio e delle relazioni tra questi: il fine ultimo dovrebbe essere costruire reali e concrete possibilità di partecipazione di tutte le persone che vivono in un determinato luogo, in una valorizzazione della funzione democratica che ritengo connaturata ai servizi pubblici. E questo può tradursi concretamente tanto sul versante più ristretto dell’azione terapeutico riabilitativa individuale - costruendo le condizioni perché le persone, anche portatrici di disturbi severi, possano esprimere comprensibilmente il proprio punto di vista e compiere scelte per la propria salute – quanto sul versante della promozione della salute della comunità, dove un Servizio di salute mentale ha pienamente titolo e responsabilità ad intervenire.

GOVERNANCE, INNOVAZIONE, VALUTAZIONE DELL’IMPATTO SOCIALE

Il concetto di governance mi ha permesso di intravedere nel percorso di coprogettazione un minimo grado di intenzionalità rispetto al tema generale delle relazioni tra un soggetto pubblico e gli altri soggetti del territorio. Ritengo sia stato un passaggio evolutivo passare da uno strumento che mette al centro le azioni da realizzare – il contratto d’appalto – ad un altro che, invece, mette al centro del processo l’individuazione degli attori e dall’interazione con questi fa discendere la definizione dei progetti da realizzare.

Tuttavia, se da un lato questo potrebbe apparire come un aspetto positivo che solo necessita di essere incoraggiato, dall’altro credo invece debba essere rivisto in radice e spinto in un’altra direzione.

Non credo, infatti, che il ragionamento debba essere incardinato sulla domanda “quale modalità di regolazione vogliamo scegliere per rapportarci con il terzo settore”, ma debba scaturire da un’altra domanda, ovvero: in quanto soggetto pubblico, con quali modalità vogliamo costruire salute e benessere per la popolazione di un certo territorio?

Ancora in tema di governance, ho osservato che la realtà delle attività produttive è stato un soggetto del tutto assente nelle nostre valutazioni e prospettive di intervento, mai entrate nel novero dei soggetti da includere in tema di salute. Fatta salva un’unica piccola esperienza di coinvolgimento - realizzata nel 2019 in una parte di territorio molto circoscritta e durata pochi mesi - non abbiamo mai considerato quelle realtà come variabili che, insieme a tutte le altre, contribuiscono a determinare le condizioni di vita e di salute delle persone, non valorizzando anche il fatto che in questo territorio si tratta sostanzialmente di piccole e medie imprese. Al

limite le abbiamo considerate solamente come contenitori utili a rispondere al bisogno di lavorare delle persone titolari di percorsi di cura, anche qui riproponendo una postura estrattiva.

In termini di possibili traiettorie trasformative da tracciare, credo potrà essere trasformativo creare le condizioni perché “la coprogettazione della salute mentale” possa evolvere in una coprogettazione di territorio, che coinvolge tutti i servizi pubblici, sociali e sanitari, e li pone di fronte alla domanda: chi sono i soggetti di questo territorio? li conosciamo? Con chi pensiamo di doverci relazionare per costruire processi che promuovono la salute? E, solo secondariamente, quali forme vogliamo dare alle relazioni con questi soggetti e con quali strumenti vogliamo realizzarle?

In stretta connessione con tali domande, ho trovato particolarmente interessante la declinazione di territorializzazione come forma di innovazione.

Osservando le pratiche dei servizi, credo di poter registrare una certa regressione culturale e delle stesse pratiche, laddove non di rado “essere servizi territoriali” coincide col trovarsi fisicamente in una sede diversa dall’ospedale e col garantire interventi anche a casa delle persone, in un’operazione quanto mai riduttiva.

A partire da quanto appreso, credo sia opportuna l’apertura di una discussione collettiva sul significato della natura territoriale dei servizi sociosanitari perché questa è ormai una dimensione spesso nominata, ma data per scontata e perciò svuotata del suo vero significato. Alla luce dei concetti appresi, direi che essere servizi territoriali significa concepirsi all’interno di un dato territorio, insieme ad altri soggetti, con i quali vanno costruite relazioni e orientare ad un fine che va a vantaggio di tutti e tutte.

Ancora in riferimento al concetto di innovazione, ritengo di poter affermare, seppur timidamente, che il percorso avviato abbia avuto in nuce questo tipo di postura nella misura in cui abbiamo deciso di intraprendere una strada non nota, in qualche modo “avventurandoci” in una dimensione sperimentale e di disponibilità all’inatteso in considerazione del fatto che gli esiti erano altamente incerti, non esistevano precedenti esperienze regionali o nazionali nell’area della salute mentale e lo strumento - sia dal punto di vista di procedura pubblica che di metodologia – era ancora poco noto e praticato.

Un altro concetto che ritengo particolarmente utile a tracciare nuove prospettive possibili per il percorso di coprogettazione è quello di impatto sociale.

La domanda relativa a qual è l’effetto delle attività che svolgiamo è, per la mia esperienza, piuttosto assente nei linguaggi e nelle pratiche dei servizi pubblici, così come lo è la dimensione della valutazione; si tratta di un sostantivo spesso usato senza che ad esso segua l’indicazione relativa all’oggetto di tale valutazione e che, quando compare, è perlopiù declinato in termini di valutazione degli esiti degli interventi.

Per quanto questa sia una dimensione senz’altro necessaria, credo di poterla considerare limitata, e limitante, alla luce del concetto di impatto sociale, inteso come «cambiamento sostenibile di lungo periodo (positivo o negativo; primario o secondario) nelle condizioni delle persone o nell’ambiente che l’intervento ha contribuito parzialmente a realizzare, poiché influenzato anche da altre variabili esogene (direttamente o indirettamente;

con intenzione o inconsapevolmente)»¹⁰.

Credo che una prospettiva potentemente trasformativa di quanto abbiamo avviato e, più in generale, delle attività dei Servizi, possa ancorarsi a tale definizione: perché la prospettiva temporale dei tempi lunghi può riuscire a scardinare pratiche generalmente dipanate sul breve periodo; perché pone sullo stesso piano persone e ambiente, e dunque, in qualche modo, individuale e collettivo; perché presuppone l'esistenza di altre variabili e in qualche modo "costringe" a vederle.

E intravvedo una possibile traduzione concreta nella mia pratica lavorativa, nella misura in cui posso scegliere di introdurre la seguente domanda in ogni occasione in cui ragioniamo di un intervento possibile: con questa azione che stiamo per fare, quale cambiamento di lungo periodo vogliamo contribuire a produrre nella vita delle persone e delle comunità?

Un altro concetto che trovo particolarmente trasformativo è quello di desiderio ed è stato completamente assente nelle nostre formulazioni. E dunque, in prospettiva, nel rilancio che abbiamo immaginato a partire dalle prossime settimane, tornare a sederci ai tavoli di coprogettazione e agli ETS chiedere: ma quale comunità desiderate? Che cosa desiderate per le persone che attraversano le vostre realtà e quale vi pare sia il desiderio che emerge nei luoghi in cui viviamo?

Concludo questa parte sulle possibili traiettorie di trasformazione avendo presente che anche lo strumento 'coprogettazione', come qualsiasi altro strumento, necessiterà di essere continuamente interrogato e confrontato con la pratica e soprattutto con la realtà dei bisogni e dei desideri delle persone e delle comunità. Questo perché la tendenza inerziale dei Servizi, soprattutto quando investiti da cambiamenti e condizioni di incertezza come nell'attuale fase storica, facilmente si traduce nel progressivo isterilimento e neutralizzazione delle capacità innovative di uno strumento, come non di rado è accaduto – e tuttora accade – con il dispositivo del budget di salute.

¹⁰ Venturi Paolo, *La valutazione d'impatto sociale come pratica "trasformativa"*, 2019

5. CONCLUSIONI

Termino questo scritto con una breve riflessione sul significato che i contenuti del Master hanno avuto per il mio percorso formativo e professionale a partire dalla motivazione per cui ho scelto di iscrivermi, ovvero verificare la solidità dei riferimenti culturali che hanno permeato il mio percorso personale di studio, molto focalizzatosi sulla storia e sulle pratiche di deistituzionalizzazione in salute mentale in Italia.

Giunta al termine, posso affermare di aver trovato conferma ad alcuni dei concetti a me cari e sento di poterli argomentare più solidamente e con un lessico maggiormente articolato – tra questi, il concetto di impatto sociale, rispetto al quale ho trovato un'affinità significativa in una delle migliori rielaborazioni teoriche della deistituzionalizzazione¹¹.

Sono rimasta infine sorpresa nell'osservare come le dimensioni più avanzate proprie dei rapporti di cura individuali – da me più conosciute e praticate - siano fondamentalmente le stesse che possono generativamente fondare politiche pubbliche di welfare: la conoscenza dei desideri e delle aspirazioni delle comunità, la curiosità nei confronti dei loro singolari significati rispetto alla salute, la scoperta delle risorse non espresse.

Sono certa di aver appreso nuovi strumenti concettuali, utili ad ancorare più saldamente il mio agire professionale - in particolare nei gruppi di lavoro che coordino – a quella prospettiva di trasformazione evocata da Piero Calamandrei in riferimento alla Costituzione della Repubblica Italiana: «è una costituzione che apre le vie verso l'avvenire. [...] Quindi polemica contro il presente in cui viviamo e *impegno di fare quanto è in noi per trasformare questa situazione presente*»¹².

¹¹ «programmi di riabilitazione centrati esclusivamente sulla pedagogia individuale finalizzati ad aumentare le abilità e non anche sull'abilitazione del contesto circostante a diminuire le barriere (e non solo quelle architettoniche) sono cattivi programmi di riabilitazione» in Saraceno Benedetto, *Sulla povertà della psichiatria*, Roma 2017, p. 126

¹² "Discorso sulla costituzione", Milano 1955

6. ALLEGATI

Avviso di indizione di istruttoria pubblica finalizzata all'individuazione di soggetti disponibili alla coprogettazione di attività riabilitative a favore di persone titolari di percorsi di cura presso i Centri di Salute Mentale del Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale di ASUFC, ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. 117/2017 e della L. 241/1990

7. BIBLIOGRAFIA

Rotelli Franco, *Ri-abilitare la riabilitazione*, 1993, in *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma scritti 1967 - 1998* - Scienza Nuova, Asterios Editore - Trieste 1999

Saraceno Benedetto, *Sulla povertà della psichiatria*, 2017, ed. DeriveApprodi, Roma

Venturi Paolo, *La valutazione d'impatto sociale come pratica "trasformativa"*, Short Paper, 2019