

14 GIUGNO 2013

SALA PROTOMOTECA IN CAMPIDOGLIO

**“Dal supermercato delle prestazioni al Budget di salute.**

**Ovvero da pazienti/assistiti a co-produttori del proprio bene-essere!”**

**Il Budget di Salute come strumento di promozione e sostegno dei progetti integrati nell’area  
sociosanitaria per la salute mentale**

**FABRIZIO STARACE**

*Direttore, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Modena*

*Hon Lecturer in Public Health, UCL, London*

Il budget di salute è uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali volti a soddisfare bisogni sociosanitari complessi.

Si tratta in sostanza di pacchetti di risorse multiple (individuali, comunitarie, istituzionali, sanitarie, sociali) definiti all’interno di un “budget individuale” per l’acquisto di pacchetti di prestazioni multiple che vengono programmate caso per caso *non a prestazione, ma a progetto*.

Per quanto possa sembrare innovativo in Italia, si tratta di un approccio sperimentato in numerosi Paesi Occidentali. Esso è tipicamente caratterizzato da un’elevata flessibilità, dalla strutturazione sui bisogni, e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore. Negli USA, ad esempio, nei primi anni ’90 furono introdotti i c.d. “Consumer-directed Services”. Tale modalità di erogazione è divenuta così rapidamente popolare, che alla fine del 2003 il “budget individuale” risultava utilizzato nel 75% degli Stati in USA (Moseley et al., 2004).

I vantaggi che il budget di salute determina sono rilevabili a livello individuale, assistenziale e della comunità nel suo complesso. A livello del singolo paziente, in quanto sono previsti meccanismi di partecipazione diretta alla definizione del singolo percorso assistenziale. A livello di sistema assistenziale, in quanto si realizza una interazione costante tra settore sociale e sanitario. A livello di comunità, in quanto si determina una crescita delle capacità e degli organismi di auto-organizzazione.

Obiettivo prioritario di tale modello è promuovere l’inclusione ed il mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità sociale grave, ricentrando l’intera rete dei servizi sociosanitari sul benessere sociale dei cittadini piuttosto che sulla malattia dei pazienti. Attraverso questo modello si è inteso ottenere la trasformazione di fattori produttivi esterni all’Azienda in fattori interni, gestiti direttamente, con produzione di valore aggiunto e in partenariato con il privato sociale e imprenditoriale, evitando l’istituzionalizzazione della sofferenza.

I progetti terapeutico riabilitativi individuali (PTRI) si realizzano in 3 aree fondamentali: 1) quella della formazione/lavoro; 2) quella della casa/habitat sociale; 3) quella dell'affettività/socialità.

Queste aree corrispondono ai principali determinanti sociali di salute e costituiscono, come ampiamente riconosciuto nella letteratura internazionale i supporti sociali indispensabili per esercitare protagonismo sociale e partecipazione.

La filosofia che sottende il modello del Budget di Salute risiede nella consapevolezza che gli impedimenti esterni all'esercizio dei diritti all'apprendimento, alla formazione, alla socialità, al lavoro, all'abitazione sono i veri determinanti che trasformano una persona vulnerabile o "a rischio" in un "caso". In secondo luogo essa riconosce i limiti di un approccio fondato su un prodotto sociosanitario rigido, derivato dal modello ospedaliero. Il modello del Budget di Salute si fonda invece su prestazioni flessibili definite non sulle caratteristiche dell'offerta disponibile, ma sulla base dei reali bisogni, dei "diritti di cittadinanza" dell'individuo.

Alla definizione e monitoraggio del PTRI partecipano: la persona alla quale è attribuita la misura, in quanto titolare del progetto; l'ASL, attraverso i referenti dei Servizi Sanitari più direttamente coinvolti; il Comune di residenza del titolare del PTRI, che attraverso i servizi sociali ha corresponsabilità dei progetti e partecipa con proprie risorse alla loro realizzazione; i soggetti cogestori privati (cooperative, volontariato, promozione sociale, ONLUS, ma anche PMI), individuati da un elenco realizzato mediante Avviso Pubblico Regionale.

Va sottolineato che il modello del Budget di Salute impegnato per la cogestione degli interventi sociosanitari integrati non sostituisce ma integra, potenzia e rende efficace la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte delle Unità Operative competenti del Servizio Pubblico (ASL-Comune).

Il modello Budget di Salute, sottoposto a valutazione, ha dimostrato innanzitutto l'applicabilità di interventi fondati su saldi presupposti teorici. Esso presenta inoltre incontestabili vantaggi sul piano dell'efficienza gestionale, dell'efficacia nella pratica, dell'economicità. In particolare, esso ha mostrato di essere valido strumento per la riqualificazione della spesa sanitaria e sociale. L'applicazione di tale modello ha consentito inoltre l'attuazione reale del principio della sussidiarietà, attraverso la valorizzazione delle risorse formali ed informali, promuovendo ed incentivando il protagonismo delle forme associative territoriali, vero "capitale sociale" della comunità, e degli utenti stessi, che partecipano non più soltanto come consumatori ma diventando a loro volta produttori di beni e servizi.

La significativa riduzione della residenzialità "istituzionalizzata" nell'area della salute mentale, della disabilità, degli anziani, registrata nel corso dell'applicazione del modello Budget di Salute, ne ha confermato l'efficacia per contrastare l'istituzionalizzazione della sofferenza e promuovere la domiciliarizzazione degli interventi.

## **Budget di Salute: Area Apprendimento /Espressività**

**FABIO BOCCI**

*Professore Associato di Pedagogia e Didattica Speciale - Università Roma Tre*

In un recente articolo apparso sulla rivista della SIRD (Società Italiana di Ricerca e Didattica), Marina Santi ed Elisabetta Ghedin, facendo riferimento alla teoria degli insiemi, propongono una idea di inclusione come: «relazione di elementi di due insiemi, tale che gli elementi della relazione appartengono ad entrambi gli insiemi. L'essere inclusi o contenenti non è una determinazione propria degli elementi, ma ciò che emerge da una relazione tra gli insiemi di appartenenza. L'asimmetria che caratterizza questa relazione fa sì che si preservi l'identità degli insiemi pur nella reciproca appartenenza degli elementi coinvolti nella relazione [...] L'inclusione riguarda dunque la relazione tra elementi considerati entro gli insiemi, non indipendentemente da essi (Santi & Ghedin, 2012, p. 100).

Una simile prospettiva – come bene evidenziano gli autori che fanno riferimento ai Disability Studies – pone bene in evidenza un nodo cruciale, che è alla base del cambio di paradigma atteso (integrazione vs inclusione) sul quale ci stiamo confrontando: le forme organizzative, le relazioni educative e sociali e i processi di insegnamento apprendimento, non possano in alcun modo essere considerate/i elementi neutri, così come è impossibile che lo siano gli attori che abitano tali contesti (Medeghini, D'Alessio & al., 2013).

Nella prospettiva biomedico-individuale, infatti, «il nucleo teorico centrale è rappresentato dalla condizione normale di una persona, mentre l'incidenza dei contesti risulta secondaria» (Medeghini, D'Alessio & al., cit., p. 10).

Nella prospettiva dell'inclusione, viceversa, lo stare dentro è la risultante di una dinamica complessa: «che implica il sentirsi rispettati, valorizzati per quello che si è e la sensazione di un livello di supporto energia e impegno da parte degli altri in modo che si possa fare del proprio meglio [...] Qui essere “dentro qualcosa”, parte di una comunità più ampia, è considerato in termini di uno stato psicologico che soddisfa le esigenze sociali ed esistenziali primarie e secondarie, e connota l'inclusione come luogo di ben-essere» (Santi & Ghedin, 2012, p. 100; Ghedin, 2009).

Se assumiamo come valida (anche dialetticamente) questa prospettiva la non neutralità degli elementi richiede che la riflessione sull'inclusione evada dai confini ristretti delle categorie usualmente (ed erroneamente) utilizzate per connotarla: la disabilità, i disabili, i Bisogni Speciali, l'immigrazione, i migranti, la povertà, i poveri....

In effetti, se desideriamo comprendere meglio i fenomeni legati al particolare (ad esempio i soggetti maggiormente vulnerabili) occorre (riprendendo l'insegnamento quanto già intuito da Edouard Séguin) analizzare i modelli generali, perché – parafrasando Canevaro – sono i problemi posti alla società dalla presenza di persone con difficoltà/vulnerabilità a mettere alla prova e a verificare la validità o meno del sistema sociale tout court.

Per tale ragione, nella relazione presentata in questo Convegno – cha ha per tema l'area Apprendimento/Espressività – si farà riferimento a due modelli interpretativi della creatività

umana che hanno ottenuto un notevole riscontro sul piano scientifico culturale. Si tratta dei modelli elaborati dallo psicologo Mihaly Csikszentmihalyi e dall'economista Richard Florida mediante i quali si cercherà di puntualizzare come, e in che misura, l'adesione/adozione a/di tali modelli (anche in modo indiretto o, spesso inconsapevole) influenzi l'attuazione o meno di prassi inclusive e, quindi, incida sul pieno sviluppo di una cultura davvero inclusiva.

Ghedin E. (2009). Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione. Napoli: Liguori.

Medeghini R., D'Alessio S. & al. (2013). Disability Studies. Emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza. Trento: Erickson.

Santi M. & Ghedin E. (2012). Valutare l'impegno verso l'inclusione: un Repertorio multidimensionale. Giornale Italiano di Ricerca Educativa. V, 99-111

## **Budget di Salute: Area Formazione/Lavoro**

### **L'inclusione sociolavorativa: Accelerare o cambiare marcia**

**CARLO LEPRI**

*Psicologo – Docente a contratto Università di Genova*

L'intervento intende presentare una riflessione sullo stato dell'integrazione sociale delle persone disabili alla luce dei cambiamenti sociali, economici e culturali che stanno attraversando il nostro Paese. Viene proposta una ricostruzione storica dell'evoluzione dell'integrazione sociale con particolare riferimento all'integrazione nel mondo del lavoro. La ricostruzione storica prende in considerazione gli ultimi trent'anni e individua quattro diversi periodi:

- La fase dell'ideologia dell'integrazione - La fase della pratica dell'integrazione - La fase della scienza dell'integrazione - La fase dell'integrazione "in difesa"

Nell'intervento vengono poi analizzati i motivi per i quali, dopo oltre trent'anni, l'integrazione sociale delle persone disabili subisce un arretramento.

Si cercherà di evidenziare come il dominio del "pensiero calcolante" riporta continuamente l'integrazione sociale alla dimensione economica, sottraendola a quella dell'etica e dell'estetica. Utilizzando alcune riflessioni di Watzlawick sulla formazione e la risoluzione dei problemi verrà infine posto in evidenza che l'integrazione uscirà dalla posizione di difesa nella quale è costretta a condizione che chi la sostiene sappia uscire dalle logiche del pensiero calcolante attraverso proposte che prevedano un "cambiamento del cambiamento".

Bibliografia di riferimento:

Bauman Z. La società individualizzata – Il Mulino – Bologna

Galimberti U. Idee: il catalogo è questo – Feltrinelli – Milano

Lepri C. Viaggiatori inattesi: appunti sulla integrazione delle persone disabili – F. Angeli - Roma

Taylor C. Il disagio della modernità – Laterza – Bari

Watzlawick P. Change – Astrolabio – Roma

## **Budget di Salute: Area Casa e Habitat Sociale**

**ANTONIO MAONE**

*Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma/A*

In qualsiasi gerarchia dei bisogni (e dei diritti), quello relativo all'abitare occupa senza dubbio un posto fondamentale. Quando ad esso si associano bisogni di assistenza a lungo termine, relativi a condizioni di disabilità e/o vulnerabilità, si apre un ampio ventaglio di possibili soluzioni, le cui caratteristiche sono variamente determinate dai contesti storici, sociali e culturali in cui esse prendono forma. In questo senso, l'ospedale psichiatrico, per ciò che riguarda i suoi aspetti "abitativi" e insieme "assistenziali", ha costituito storicamente la risposta (impropria e alienante) ad una specifica tipologia di bisogni. E il suo progressivo superamento ha comportato, di fatto, la necessità di prevedere la sostituzione di tale funzione con alternative residenziali nella comunità.

Le strutture residenziali psichiatriche rappresentano ormai, nei Paesi dotati di un sistema di psichiatria di comunità e di un sistema di welfare, una realtà ampia, benché eterogenea; e tutto lascia prevedere che esse continueranno a rappresentare lo scenario essenziale dell'assistenza a lungo termine per le persone con disturbi mentali gravi.

L'assetto organizzativo di queste strutture è il riflesso di alcuni paradigmi, più o meno espliciti, che ne sono alla base e che oggi, alla luce di un'esperienza almeno trentennale, possono essere oggetto di riflessione e discussione.

Un primo dato di fatto è che le strutture residenziali psichiatriche, pur nella eterogeneità delle loro pratiche, hanno prodotto una palese contraddizione: pur avendo una mission dichiarata di preparazione e restituzione (ovvero l'obiettivo centrale dell'inclusione sociale), esse riproducono stanzialità (tendono cioè a diventare, impropriamente, "case per la vita"). Per questa ragione, nonché per la loro collocazione separata dal resto della comunità e in cui le reti sociali sono in pratica confinate alle sole relazioni con gli operatori e con gli altri utenti, finiscono per tradire il mandato originario dell'inclusione sociale. Peraltro, se da una parte tendono "naturalmente" a divenire case per la vita, esse poi svolgono di fatto questa funzione in maniera del tutto precaria e contraddittoria, in quanto non è dichiaratamente assicurata una risposta stabile e duratura al bisogno abitativo, lasciando così intatte le preoccupazioni dei familiari relative al "dopo di noi".

Se si analizzano i paradigmi impliciti che sottendono questo “sistema”, si scopre che gli assunti su cui sono basati sono per lo più errati o fuorvianti. Il primo errore è la concezione del “percorso” verso l’autonomia e l’indipendenza abitativa come processo a fasi progressive: la disabilità psichiatrica, infatti, non è fissa e statica, bensì episodica e dinamica, e risente di molteplici interferenze ed eventi biografici poco prevedibili e pianificabili. Un altro problema è che il prolungamento della permanenza nelle strutture, oltre un termine ragionevole, finisce per accentuare la dipendenza e la passività (e quindi la “cronicità”), se non vengono tempestivamente offerte reali e concrete opportunità emancipative. Altri assunti impliciti riguardano ad esempio il ruolo dei familiari, che in un sistema di questo tipo è limitato a quello di “richiedenti” e di “deleganti”. Mentre la competenza e il potere decisionale restano in mano a servizi peraltro sempre più soffocati di richieste e di deleghe e con sempre meno risorse. Questo vale anche per le reti di supporto insite nelle comunità e che in tal modo non esprimono le loro naturali e gratuite potenzialità di inclusione. Tutto ciò, infine, comporta un enorme impegno in termini di costi a lungo termine.

Una soluzione a questi problemi si intravede nella filosofia del budget di salute, che sottende una restituzione di competenze alle persone “esperte” in prima persona dei propri problemi e dei propri bisogni, i quali possono essere così ri-letti e re-interpretati, rivelandosi più “semplici” di quanto le complicazioni organizzative e burocratiche facciano ritenere. Inoltre, la restituzione del potere di scelta e controllo implica sul piano psicologico e relazionale, oltre che su quello dei “diritti”, un maggiore senso di auto-efficacia, un naturale ridimensionamento delle “incapacità” percepite, un’assunzione di responsabilità e quindi, in prospettiva, un ridimensionamento dei costi dell’assistenza.

Ma ciò richiede un netto quanto difficile ribaltamento della mentalità degli operatori, dei servizi e delle politiche.

### **Budget di Salute: Area Socialità/Affettività**

**FRANCESCO REPOSATI**

*Psicologo, Psicoterapeuta, Responsabile Area Semiresidenziale Opera don Calabria Roma*

La proposta del Budget di salute permette di rendere operative le istanze legate al processo di inclusione sociale delle persone con disabilità. In particolare l’accento posto sulla Centralità della persona e il valore dei legami di comunità va nella direzione di un Welfare Community che riconosce il presupposto per cui l’essere umano non esiste se non attraverso la comunità. Quest’ultima intesa come realtà plurale, aperta, costituita da scambi e contrattualità.

Il significato sotteso al Budget di salute sta nel rendere operativa un’etica della solidarietà e dell’ospitalità che a sua volta si costruisce e si elabora a partire dal riconoscimento della diversità nella reciprocità. Ecco che allora il PTRI si muove da premesse di unicità della persona che non viene più intesa come paziente assistito ma come socio/associato che sceglie e decide, assieme alla famiglia e alle altre realtà istituzionali pubbliche e private, cosa è opportuno per lui: da con-sumers

a pro-sumers.

Il modello del Budget di salute sembra essere la risposta al bisogno di trasformare in azioni inclusive i presupposti imprescindibili di riconoscimento, autonomia e diritti della persona con disabilità intendendo con questo che “non esiste persona disabile che possa realizzarsi come soggetto senza una società che traduca in atti le sue intenzioni democratiche e di inclusione” (Gardou, 2006).

Le quattro aree rappresentano le dimensioni peculiari per cui ogni essere umano si può realizzare e dare un senso alla sua esistenza. In particolare l'Area della Socialità/affettività in questo contesto riveste una funzione di valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti che in forma strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali) accoglie e include le prerogative, le inclinazioni e le ambizioni della persona con disabilità fornendogli occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale. Tutto in una prospettiva di prassi che tiene conto dello sfondo di trasformazione della società che deve essere preparata alla realtà inclusiva per non rischiare di creare realtà di integrazione implosiva, per dirla con Canevaro, dove ci si limita a riempire contenitori sociali (scuola, lavoro, tempo libero) di protagonisti che dovrebbero auto organizzare la relazionalità inclusiva senza tenere in considerazione che non basta inserire e non basta spuntarla con sentenze dei Tribunali a favore dell'integrazione dei disabili per poter dire che si sta includendo.

Il modello del budget di salute appare proprio come una risposta ai frammentati e imparziali tentativi di far rispettare i diritti delle persone con disabilità proponendo un sistema di interventi con livelli complessi e di diversa intensità per realizzare il Piano di Vita delle persone con fragilità.

Gardou C., 2006, “Diversità, vulnerabilità e handicap. Per una nuova cultura della disabilità”, Trento, Edizioni Erickson.

Starace F., 2011, “Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”, Carocci Faber.

## **Velleità o opportunità nel fare riabilitazione**

**RUGGERO PIPERNO**

*Coordinatore progetti sulla salute mentale, Opera don Calabria Roma*

Finora abbiamo sentito dei discorsi di macro-sistema, di organizzazioni e di leggi, invece io farò dei discorsi di microsistema, cioè partirò dal lavoro quotidiano, dal punto di vista di coloro che vedono la sofferenza di una determinata persona o della sua famiglia, in un determinato momento, e che devono cercare di dare in quello specifico momento e a quello specifico problema, la migliore risposta possibile.

Le leggi e le organizzazioni non possono essere definitive, cambiano i tempi, le condizioni sociali, il modo di esprimere la sofferenza, la psicopatologia, le cure possibili. Questi cambiamenti sono molto più rapidi che nel passato per cui anche gli aggiustamenti dovrebbero essere altrettanto rapidi, dal momento che il buon funzionamento dei servizi e dei progetti nasce da una buona relazione fra macro e micro sistemi, fra politici, uffici, servizi, operatori, famiglie e pazienti.

Per quanto riguarda le professioni d'aiuto non è sempre possibile seguire pedissequamente le disposizioni di una determinata organizzazione o legislazione, sia perché queste ultime possono essere obsolete, sia perché nel lavoro di aiuto gli aspetti creativi, personali e contingenti prevalgono sulle procedure. Per rispondere adeguatamente ai bisogni, si è spesso costretti ad essere più avanti di quello che le regole ci permettono, di trasgredire le cornici legislative esistenti, di creare modalità di lavoro nuove alle quali si deve cercare di dare, solo successivamente, un riconoscimento politico e amministrativo. Per un periodo non sarà l'organizzazione a dettare la prassi, ma quest'ultima a doversi cercare un'organizzazione.

Senza questa logica che potremmo chiamare della disobbedienza coscienziosa, il manicomio non si sarebbe mai potuto superare, e i Dipartimenti di Salute Mentale non si sarebbero potuti sviluppare. Il prezzo di questa modalità è stato uno sviluppo personalistico più che istituzionale e, in quanto tale, discontinuo e irregolare, ma in definitiva la scommessa delle ASL era quello di diventare aziende, di favorire la creatività e non la passività impiegatizia, di creare una corretta imprenditorialità, tentativo che aspetta ancora una sua compiuta realizzazione.

Ma questo impegno innovativo che travalica le regole non può e non deve durare a lungo in quanto la politica deve recepire queste nuove prassi e trasformarle in leggi e organizzazioni più adeguate, così è stato per i primi anni di costruzione del Servizio Sanitario Nazionale, quando era più facile un confronto continuo fra politici, operatori e cittadini. Poi i servizi sono entrati in uno stato di sofferenza con il pericolo di involuzione.

Dobbiamo allora ragionare sulla reale funzione del terzo settore per quanto riguarda una possibile ripresa. Ho sempre trovato misterioso perché lo stato abbia, sempre più spesso, abdicato a diventare imprenditore di se stesso delegando un numero sempre maggiore di servizi al privato. La risposta è semplice perché non riusciva ad essere competitivo, le regole dello stato sono troppo farraginose per fare impresa e allora invece di cambiare le regole si è preferito delegare. Questa delega può essere accolta da un privato lucrativo o da un privato sociale, ma anche quest'ultimo non è scevro da pericoli. Ogni volta che all'Opera don Calabria apriamo un servizio ne siamo da una parte orgogliosi e da una parte dispiaciuti, orgogliosi perché diamo una risposta ad un bisogno, che nonostante venga espresso con evidenza, non riesce ad essere esaudito in altre sedi, dispiaciuti perché rientrando questi bisogni nei LEA dovrebbero essere presi in considerazione dal SSN.

Quindi se da una parte non si può fare a meno di iniziare a dare risposte, bisogna anche lavorare perché i servizi e le competenze che si costruiscono vengano riassorbiti nel Servizio Sanitario Nazionale. Ma penso realisticamente che il modo di riassorbirli, almeno a medio termine, non possa essere quello di impadronirsene tout court, ma di creare una integrazione funzionale fra pubblico e privato sociale, dove il pubblico deve svolgere una funzione di garante per la popolazione, selezionando e controllando le proposte più virtuose del privato sociale.

Tutti i servizi dell'opera don Calabria di Roma risentono di questa filosofia di fondo ed è per questo che sono ad un tempo innovativi e velleitari. Il centro diurno "L'albero blu", il "progetto Articolo 3" del quale vedete passare le foto pubblicate nell'ultimo libro "la sopravvivenza del ragno" , il Centro Sociale, l'Ambulatorio sociale di psicoterapia e per ultimo la mensa sociale. Tutti servizi che trovano riscontro e favore nell'utenza e nei loro familiari, ma che se non trovano un riconoscimento amministrativo al più presto, rischiano di rimanere velleitari fino a perdere la loro funzione di risposta competente ai bisogni della popolazione.

Oggi, tralasciando gli altri servizi farò un cenno ad un progetto di inclusione sociolavorativa che abbiamo chiamato ART. 3. Le foto che vedete scorrere parlano di persone concrete, disabili e non disabili, che si incontrano in una impresa cittadina con reciproco vantaggio. Per non creare equivoci



dobbiamo considerare 2 aspetti:

- l'obiettivo del progetto è stato e rimane non tanto l'inserimento lavorativo rispetto alla sua funzione produttiva, quanto la possibilità di utilizzare il lavoro per favorire l'inclusione sociale e quindi per aiutare chi sta male e chi sta bene a familiarizzare fra loro.
- il tipo di utenza alla quale ci rivolgiamo, per le caratteristiche del suo essere avrà scarse probabilità, al termine di un percorso di tirocinio di trovare lavoro, neanche un lavoro agevolato con la legge 68, ma questo non dovrebbe significare la fine di ogni possibilità di socializzazione attraverso il lavoro. Frequentare un lavoro significa familiarizzarsi con i ritmi del dentro e fuori casa, con gli spostamenti, con le regole, con lo stare insieme con la responsabilità, con le frustrazioni e le gratificazioni. Insegnare a modulare tutto questo significa fare una corretta riabilitazione

Possiamo aggiungere che le persone a cui ci riferiamo sono un numero molto grande e noi possiamo fare con loro sia progetti di intrattenimento che progetti evolutivi, a volte il confine è molto tenue. Art. 3 è un progetto che, se fatto bene, è sicuramente evolutivo, farlo morire per incuria amministrativa significa una delle tante sconfitte che stanno angariando la gestione socio sanitaria della disabilità. Il progetto è in realtà semplice e abbiamo visto che ha molte convergenze con altri progetti che sono anch'essi in sofferenza, le cooperative integrate, e i tirocini di formazione gestiti dalla provincia, con i quali in questi ultimi mesi mi sono molto confrontato con i colleghi della comunità di Capodarco. Dopo un iniziale formazione che può essere svolta in tanti modi inizia un tirocinio in una azienda che viene sostenuta con un adeguato tutoraggio. Oggi la legislazione che governa i tirocini obbliga a farne delle esperienze a tempo, perché nella loro logica dovrebbero essere propedeutici per un lavoro vero e proprio, ma a volte per ottenere l'ottimo si sacrifica il bene, che consiste di considerare il tirocinio come un momento di socializzazione e riabilitazione che deve essere portato avanti fino a quando è utile al paziente e non terminato per disposizione amministrativa. Se non si tiene conto di questo la continuità necessaria a qualsiasi progetto riabilitativo si trasforma in discontinuità che rischia di generare frustrazione ulteriore sofferenza. Ci piacerebbe dunque che si costituisse un tavolo di studio dove Regione, Comune e Provincia, insieme ai servizi pubblici sulla disabilità e sulla psichiatria e al privato sociale potessero prendere in considerazione questo problema che può migliorare la vita a basso costo ad un numero molto grande di persone e creare una condizione di integrazione con sicuri vantaggi anche per chi non è disabile

Contatti

Dott.ssa Miriam Miraldi

[formazione@operadoncalabria.it](mailto:formazione@operadoncalabria.it)

[www.operadoncalabria.it](http://www.operadoncalabria.it)

tel. 06.6274894