

Alla ricerca del territorio perduto

La mappatura dinamica delle risorse

A cura di

Maria Cacioppo, Marco Terraneo, Mara Tognetti Bordogna

Contributi di:

Alice, Fabio, Enrica, Lucia, Tatjana, Sabrina Bianchetti, Gabriella Bolis,
Maria Cacioppo, Graziella Civalenti, Marta Consolini, Ilenia Liscidini,
Fabio Lucchi, Ruggero Radici, Gianpaolo Scarsato, Mara Tognetti Bordogna

E SALUTE

SCIENZE

GIANPAOLO
ROSSELLA AMICI CPS PSICHIATRA
VICINI ROBERTA PAPA MAMMA
NIPOTI FRATELLO EDUCATORI ENRICA
GABRY PAOLA G DANIELA ANGELO
FAMIGLIA DEBORAH
OPERATORI CPS SEGRETERIA
GIUSEPPE S

RICERCHE

FrancoAngeli 

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti internazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

Comitato editoriale della collana

Roberto Beneduce, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, Mc Gill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Giulia Castagnini*, Unità Operativa Complessa di Cure Palliative, Hospice - A.O. Desio e Vimercate; *Cesare Cislaghi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrassio*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Marco Terraneo*, Metodi quantitativi per la salute, Università di Milano-Bicocca; *Mara Tognetti Bordogna*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università Federico II di Napoli, direttrice della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi); *Irena Žemaitaitė*, Università di Vilnius.

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio anonimo.

Saperi Transculturali

Coordinata da Alfredo Ancora

Saperi Transculturali, sezione della Collana Scienze e salute, vuole raccogliere testimonianze ed esperienze, frutto di contaminazioni provenienti da diversi campi del sapere. Nell'attuale dibattito scientifico - dove elementi culturali, sociali e psicologici interagiscono continuamente - è necessario mantenere le porte aperte agli stimoli provenienti da un mondo sempre più in movimento. L'attuale società, che si sta trasformando secondo ritmi sempre più vertiginosi e in alcuni casi troppo veloci, ha bisogno di momenti di riflessione, di ascolto, di un diverso posizionarsi verso l'altro, l'altrove, l'altrui.

Il rischio è altrimenti di produrre una cultura solo autoconfermante, poco incline a quel "qualcosa di nuovo" che avanza, che turba ed affascina, sotto diverse vesti. L'obiettivo che questa sezione vuole cercare di cogliere è dare voce a perturbazioni che attraversano le culture, senza la prevaricazione di qualcuna su qualcun'altra. "Ogni cultura è tutte le culture" non è uno slogan, ma una direzione nel rispetto del reciproco valore di ognuna. I testi che vogliamo presentare vorrebbero intercettare i fermenti e gli stimoli che il contatto con mondi nuovi alimenta ed è alimentato. Essi vogliono altresì raffigurare uno spazio di rappresentazione per saperi di autori, italiani e non, dove sia possibile liberarsi da griglie conoscitive troppo ristrette ed esplora territori, anche impervi.

Comitato scientifico

Alfredo Ancora, coordinatore della sezione Saperi transculturali; *Massimo Buscema*, Mathematics, University of Denver, Colorado; *Bruno Callieri †*, Psichiatria, Università La sapienza, Roma; *Silvia Canetto*, Psychology of Colorado State University, Fort Collins; *Enzo Colombo*, Sociologia dei processi culturali e comunicativi, Milano; *Emilia Colucci*, Department of Psychology, Middlesex University London; *Piero Coppo*, Organizzazione Interdisciplinare Sviluppo Salute e Centro Studi Sagara; *Carla Corradi Musi*, Dipartimento Ugrofennico, Università di Bologna; *Simon Dein*, Anthropology and Medicine, Goldsmith and Durham University London; *Antonella Delle Fave*, Psicologia generale, Università di Milano; *Rita El Khayat*, Antropologia delle scienze e del sapere, Università di Chieti; *Carlos Estellita-Lins*, Mental health researcher Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro; *Mario Galzigna*, Storia della scienza ed epistemologia clinica, Università di Venezia; *Mihaly Hoppàl*, Institut of Ethnology Budapest; *Julian Leff*, Institut of University of London; *Roland Littlewood*, Anthropology and Psychiatry, University College London; *Alessandro Lupo*, Istituto antropologia Università la Sapienza Roma; *Paul Martino*, Etnopsychiatrie, Université de Bordeaux; *Mario Antonio Reda*, Psicologia generale e clinica, Università di Siena; *Marie Rose Moro*, Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Université Paris 5; *France Schott-Bllmann*, Danse-Thérapie, Université de Sorbonne, Paris; *Michael Taussig*, Anthropology, Columbia University, New York; *Mara Tognetti Bordogna*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università Federico II di Napoli, direttrice della collana Scienze e salute; *Franco Voltaggio*, Filosofia della scienza, Università di Macerata.

Alla ricerca del territorio perduto

La mappatura dinamica delle risorse

A cura di

Maria Cacioppo, Marco Terraneo, Mara Tognetti Bordogna

Contributi di:

Alice, Fabio, Enrica, Lucia, Tatjana, Sabrina Bianchetti, Gabriella Bolis,
Maria Cacioppo, Graziella Civalenti, Marta Consolini, Ilaria Liscidini,
Fabio Lucchi, Ruggero Radici, Gianpaolo Scarsato, Mara Tognetti Bordogna

E SALUTE

SCIENZE

R I C E R C H E

FrancoAngeli 

L'Opera è stata pubblicata con il contributo del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli studi di Milano-Bicocca.

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

*Questo testo è dedicato ai pazienti
e agli operatori che hanno partecipato
al progetto Recovery.net,
mappatori instancabili e creativi.*

Indice

Introduzione , di <i>Mara Tognetti e Maria Cacioppo</i>	pag.	11
1. La mappatura dinamica delle risorse un processo di attivazione degli utenti in una logica di Recovery , di <i>Mara Tognetti e Maria Cacioppo</i>	»	25
1. Cos'è la mappatura: in pillole	»	25
2. L'utente al centro delle risorse di un territorio	»	29
3. L'attivazione degli utenti e il loro empowerment	»	33
4. La mappatura dinamica delle risorse come processo di attivazione e di messa al centro dell'utente nel processo di presa in carico e di cura	»	35
5. La mappatura dinamica come valorizzazione e attivazione degli utenti in una logica di ricerca partecipata	»	37
6. Prime valutazioni sull'esperienza della mappatura <i>Box. La mappatura dinamica delle risorse, i suoi punti di forza, le sue criticità</i>	»	39
7. Organizzazione dei servizi di salute mentale nella Regione Lombardia	»	40
2. La mappatura dinamica come innovazione progettuale, passaggi generativi e concretizzazione , di <i>Gianpaolo Scarsato</i>	»	42
1. Le radici di un progetto	»	42
2. Lo sguardo oltre a ciò che è noto e la sfida dell'innovazione	»	43
3. Un metodo sincrono all'obiettivo	»	45
4. Dalle risorse alle opportunità	»	46
5. Custodire e rendere disponibili le informazioni	»	48

6. Una mappa delle opportunità	pag.	50
7. Possibili strumenti on-line	»	51
8. La necessaria integrazione con i Servizi	»	55
3. La recovery strategia e obiettivi in un progetto partecipato , di <i>Fabio Lucchi</i>	»	56
4. La metodologia leggera della mappatura dinamica sul territorio , di <i>Maria Cacioppo e Mara Tognetti</i>	»	66
1. Temi e riferimenti metodologici – la ricerca partecipata come processo	»	68
2. La mappatura in azione	»	72
3. Prima fase: l’avvio del progetto	»	73
<i>Box. Strumenti e procedure proposti e condivisi per la ricerca sul territorio</i>	»	79
4. Seconda fase: l’esplorazione e la ricerca sul territorio	»	81
5. La mappatura in tempi di Covid-19	»	85
<i>Box. La coprogettazione del video “Mappatura dinamica delle risorse- Conosci il tuo territorio e scopri le sue opportunità”</i>	»	88
6. Temi e riferimenti metodologici	»	91
Conclusioni	»	93
<i>Box. Intervista a Daniela Slaviero</i>	»	94
5. Noi i mappatori creativi: il punto di vista degli utenti (come creare opportunità anche in tempo di Covid-19)	»	104
Alice V.	»	104
Fabio	»	105
Lucia	»	106
Tatjana	»	106
<i>Box. La storia di Enrica</i>	»	107
<i>Box. Intervista alla signora Lucia</i>	»	110
6. Per ogni territorio le sue opportunità di mappatura: coordinamento e adattamento , di <i>Ilaria Liscidini</i>	»	114
<i>Box. Brescia: il primo Recovery College italiano in- contra la mappatura dinamica.</i>	»	125
7. Leggere il territorio e coordinare l’equipe di lavoro , di <i>Marta Consolini</i>	»	129

8. Leggere, attivare, percorrere, osservare le opportunità di un territorio , di <i>Gabriella Bolis</i>	pag.	142
9. Leggere, attivare, percorrere, osservare le opportunità di un territorio in tempo di COVID-19 , di <i>Sabrina Bianchetti</i>	»	160
1. Il Gruppo Mappatura	»	160
2. Il presente	»	161
3. Il passato	»	163
10. Con parole tue: i partecipanti raccontano la propria esperienza della mappatura	»	165
1. Come descriverebbe ad altri cos'è la mappatura dinamica delle risorse	»	166
2. A quali condizioni la mappatura può essere utile agli utenti e agli operatori, e quali sono i primi effetti sui servizi	»	169
3. Come si è arrivati ad occuparsi della mappatura	»	175
4. Le uscite sul territorio	»	181
5. Covid-19: sospensioni e riorganizzazione delle attività di mappatura	»	199
<i>Box. Covid-19: la mappatura si riorganizza</i>	»	202
6. La valutazione della mappatura	»	205
11. La mappatura dinamica come fattore di radicamento territoriale e di lavoro di rete , di <i>Ruggero Radici</i>	»	214
12. L'esperienza della mappatura dinamica delle risorse nella narrazione dei protagonisti: sfide e opportunità , di <i>Graziella Civenti</i>	»	225
1. Fuochi di attenzione	»	226
2. Criticità che il progetto ha incontrato nella sua realizzazione	»	245
3. Sfide per il futuro	»	246
Conclusioni e prospettive	»	249
Bibliografia di riferimento	»	255
Postfazione , di <i>Paolo Cacciani e Antonio Vita</i>	»	265
Gli autori	»	267

Introduzione

di *Mara Tognetti e Maria Cacioppo*

La mappatura dinamica delle risorse è uno strumento ideato, sperimentato e validato da Maria Cacioppo e Mara Tognetti, quale azione del progetto *Recovery.net: laboratori per una psichiatria di comunità* finanziato da Fondazione Cariplo nell'ambito del bando competitivo Welfare in Azione¹. Il progetto di durata triennale ha visto coinvolti l'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia come capofila con i territori del bresciano e del mantovano, attori pubblici e privati nonché gli utenti che gravitavano sui servizi di salute mentale (per l'azione *1 Mappatura delle risorse* si veda la sezione dedicata del sito <http://www.colab-brescia.it/mappatura/>).

In questa sede descriviamo in particolare il percorso seguito nel bresciano perché capofila del progetto, ma soprattutto perché qui la mappatura dinamica ha trovato una compiutezza dall'ideazione alla messa in pratica e alla generazione di altre attività proprio a partire dalla mappatura dinamica delle risorse (si veda *Conclusioni e prospettive*, p. 254). Nel territorio del mantovano invece si sono attivati solo i gruppi di mappatura e alcune risorse del loro territorio ma discontinuità e alcune difficoltà ne hanno rallentato il percorso.

La mappatura dinamica costituisce una metodologia di ricerca partecipata e co-disegnata (cap. 1 e cap. 4) finalizzata a individuare delle risorse formali e informali di uno specifico ambito territoriale a partire dalle aspirazioni delle persone con disagio psichico². Nella realtà operativa e nel suo farsi la mappatura dinamica è strumento e metodologia che sovverte l'idea di risorsa come—spesso pensata dagli operatori (i servizi, le risorse formali,

¹ Per il Progetto nel suo complesso vedi <http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/project/recoverynet/33/>

² Nel corso del testo useremo come sinonimi, anche se non lo sono di fatto, i termini utente, paziente, persona con disagio psichico.

ecc.) poiché ciò che è specifico di questo processo è l'attivazione del paziente nonché la valorizzazione del suo protagonismo a partire dalle scelte che intende e vuole fare per se stesso e il proprio benessere, non solo per la socializzazione e il lavoro, ma in tutti gli ambiti di vita. La mappatura dinamica inoltre contribuisce a mettere in discussione l'intervento di salute mentale tutto all'interno dei diversi servizi preposti, per "spostarlo" nel territorio in cui vivono i pazienti, aiutando così gli operatori a riscoprire le potenzialità. Essa si sposa bene con la filosofia e l'operare della recovery (cap. 3) oltre che a quella della coprogettazione.

Nel suo divenire operativo la mappatura dinamica delle risorse valorizza tanto la risorsa paziente quanto la risorsa operatore. Si tratta sostanzialmente di una metodologia che si fonda su step e strumenti precisi (cap. 4) ma la cui declinazione varia in relazione alle dinamiche operative e all'impegno degli utenti di un dato servizio nonché alle specificità territoriali, e a come le diverse potenziali risorse entrano in sinergia con tutti questi attori per diventare opportunità fruibili e spendibili per un percorso di vita che prevede la permanenza o la presenza attiva nella propria comunità anche di individui con disagio psichico.

Questo passaggio è fondamentale affinché la mappatura dinamica delle risorse valorizzi tutte le sue potenzialità di strumento flessibile al servizio degli utenti, degli operatori e di una data comunità o contesto territoriale.

La buona riuscita di questa azione, che Fondazione Cariplo ha individuato come uno dei prototipi (ivi, p. 17) nell'ambito dei diversi progetti finanziati dai bandi Welfare in Azione, va attribuita senza dubbio alle risorse professionali e alla disponibilità degli operatori dei servizi coinvolti nel progetto, alla voglia di mettersi in gioco e alle capacità degli utenti, dei familiari, dei servizi di salute mentale, nonché alla loro disponibilità ad impegnarsi, stimolati e sostenuti dalle competenze e dall'esperienza delle due ricercatrici.

Sostanzialmente la mappatura dinamica non è semplicemente la costruzione di un elenco di potenziali risorse di un dato territorio da cui di volta in volta attingere (che pure è consuetudine e risorsa importante gestita dagli operatori), ma è un processo, metodologicamente fondato, finalizzato a valorizzare le capacità e le aspirazioni degli utenti, e a riposizionare l'operatività degli operatori dentro e fuori dai servizi di salute mentale.

Nel corso di questo processo sono stati proprio gli stessi utenti che hanno suggerito di usare il termine opportunità invece che quello obsoleto e burocratico di risorsa, al fine di mettere in risalto la dinamicità, la dimensione relazionale, della mappatura dinamica delle risorse la cui scelta si è basata

sui suggerimenti che di volta in volta erano formulati dai pazienti o dagli operatori.

Alla fine di questa attività triennale, oltre a sottolineare come tale metodologia sia stata progressivamente incorporata nella pratica professionale dei servizi, evidenziamo che non esiste una “mappatura giusta” ma che la mappatura dinamica delle risorse esiste in funzione del contesto essendo una pratica situata. Certo la mappatura dinamica delle risorse non si fa da sé ma richiede di essere nutrita dall’entusiasmo dei pazienti, dall’apertura mentale e dalla flessibilità degli operatori nonché dalla capacità dei servizi, dei suoi responsabili, di rivedere le geometrie di funzionamento dei servizi stessi, passando da una logica individualistica (utente-operatore) a una logica di gruppo, di collettivo, e anche dalla disponibilità e capacità scientifica dei ricercatori di adeguare gli strumenti alle esigenze del contesto senza perderne la validità³.

Possiamo anche definire la mappatura dinamica delle risorse quale strumento di attivazione e valorizzazione del sistema locale delle risorse a partire dagli utenti. Un modo per massimizzare (risvegliare) le potenzialità dei servizi e del loro contesto in quanto realtà abitata da individui, professionisti, volontari, cittadini con le loro specificità, i loro limiti, le loro potenzialità, comprese anche quelle sopite dalla routine quotidiana. La mappatura dinamica delle risorse può essere un’occasione strutturata di attivazione responsabile degli utenti e degli operatori.

Il processo di mappatura dinamica proprio perché avviene sia dentro che fuori dai servizi può anche aiutare a intercettare e orientare le situazioni di disagio psichico non ancora in carico ai centri di salute mentale.

La mappatura dinamica delle risorse s’intreccia e si declina anche con altre attività tipiche della riabilitazione, esaltandone la qualità, come i percorsi individuali per l’inserimento lavorativo dei pazienti, o i diversi laboratori che tradizionalmente si attivano all’interno dei servizi di salute mentale, come i laboratori di informatica oppure con l’attività teatrale dentro e fuori i servizi, con attività multimediali ecc. (cap. 2). La mappatura dinamica delle risorse è diventata sostanzialmente una delle attività di diversi servizi. Infat-

³ La compresenza di molte di queste condizioni favorevoli, e la capacità di superare le inevitabili difficoltà, non ultime le restrizioni dovute al Covid, ha fatto sì che a Brescia nel corso del triennio il progetto della mappatura si sia sviluppato compiutamente. Negli altri ambiti coinvolti il processo ha subito rallentamenti e interruzioni, alcune fisiologiche, altre dovute a difficoltà soprattutto organizzative e di contesto, come nel mantovano. In questi territori la mappatura è stata impostata e avviata, sospesa e ripresa, ma i tempi del progetto non hanno consentito di vederla pienamente consolidata nei servizi.

ti partiti in via sperimentale con un gruppo di mappatura (formato da operatori, pazienti, familiari, volontari e supervisionato dalle ricercatrici) si è arrivati nel corso del triennio a tre gruppi, e altri risultano in formazione.

L'esperienza maturata all'interno del progetto di Recovery.net ha mostrato come la mappatura dinamica possa affiancarsi alle altre attività, come possa essere occasione di collaborazione con altri soggetti che operano all'interno dei servizi di salute mentale (Teatro 19 nel nostro caso) ma anche occasione di miglioramento delle attività tradizionali come l'inserimento lavorativo, oppure occasione per ampliare l'offerta formativa all'interno dei *recovery college*.

Uno strumento semplice, flessibile la mappatura dinamica, che se ben incorporata nelle attività può contribuire ad ampliare, anche migliorandola, la logica della *recovery*⁴.

Non escludiamo che la mappatura dinamica delle risorse, se non segue coerentemente la metodologia che illustriamo in questo testo, possa anche diventare uno strumento fine a se stesso, specialmente se ci si muove più in una logica prestazionale (darsi un obiettivo prefissato per il numero di risorse che bisogna elencare entro un lasso di tempo definito) e non di tipo generativo. Non è tanto il numero delle risorse mappate a fare la differenza quanto piuttosto il metodo e il livello di coinvolgimento e di partecipazione di tutti coloro che si attivano nel processo di mappatura, compresa la risorsa che viene mappata.

La mappatura dinamica delle risorse nel suo farsi ha consentito di scoprire delle risorse (delle capacità) nei pazienti, spesso ignorate da se stessi e anche dagli operatori, così come risorse negli operatori che accrescono quelle professionali.

Un ulteriore elemento di qualità di questa metodologia è data dal fatto che può essere attivata in luoghi diversi di un dato territorio, e non necessariamente a partire da un servizio. Ciò che serve è un "luogo", un tavolo a livello locale dove depositare, aggiornare e recuperare le informazioni archiviate, aperto alla cittadinanza interessata, ma che può essere situato ovunque in relazione alle disponibilità di un dato territorio.

Anche i costi di attivazione sono molto limitati in quanto non richiede una infrastruttura specifica ma si può cominciare a partire da un foglio di carta e una penna, ovviamente con la presenza di utenti e operatori.

⁴Attraverso il link <https://www.colab-brescia.it/mappatura/> si possono trovare gli strumenti forniti ai partecipanti con le indicazioni metodologiche utili alla realizzazione della mappatura sul territorio, insieme ai primi risultati e alle pubblicazioni sull'esperienza in corso.

Una metodologia leggera e un percorso che abbiamo validato in un progetto di salute mentale ma che può essere utilizzata dentro e fuori i servizi strutturati indipendentemente dalla loro funzione. Nel nostro caso i gruppi di mappatura dinamica sono diventati risorsa per gli utenti, gli operatori, la comunità del territorio in cui si è sviluppato il progetto Recovery.net.

Il processo di mappatura dinamica si è intrecciato con l'esperienza della pandemia da Covid-19 richiedendo per diversi aspetti una riprogettazione e l'attivazione di tutta la creatività disponibile per dare continuità al progetto anche se con modalità e tempistiche differenti, come si dirà nel corso dei diversi capitoli del testo.

Ciò che ci piace sottolineare è che al di là delle implicanze sanitarie, di lutti e di morti per il territorio bresciano, la pandemia è stata una ulteriore occasione per generare pratiche operative e soluzioni organizzative innovative e non programmate, la manutenzione a distanza dei gruppi mappatura, la manutenzione delle risorse e molto altro (cap. 7).

L'azione di mappatura dinamica ha di conseguenza originato anche dei sottoprodotti non programmati all'inizio del progetto, ma che si sono rilevati strategici per come evolveva l'azione in presenza di pandemia da Covid-19:

- interviste di monitoraggio nella fase di pandemia da Covid-19 agli operatori e ai pazienti impegnati nei diversi gruppi di mappatura, di cui riportiamo nel corso del testo alcune tranches;
- creazione di un sistema di archiviazione elettronico delle risorse (cap. 2);
- produzione di un video esplicativo e utile per sensibilizzare alla metodologia della mappatura messo a punto dal gruppo mappatura di Brescia e con la collaborazione di Teatro19, partner di progetto, con la supervisione scientifica delle due ricercatrici.

Infine abbiamo deciso di raccogliere l'esperienza in questo testo, in cui fosse data voce a tutti i protagonisti dell'attività di mappatura, e abbiamo scelto la formula *open access* (accesso libero) affinché tutti possano accedere a questa esperienza in modo gratuito.

Il testo comprende alcuni capitoli di impianto metodologico redatti da Maria Cacioppo e Mara Tognetti (cap. 1 e cap. 4), che rendono conto dei riferimenti teorici della mappatura dinamica e partecipata, e ripercorrono le fasi dell'attività nei tre anni, dal punto di osservazione fornito dal loro ruolo di ricercatrici. Un contributo di Gianpaolo Scarsato (cap. 2) descrive, in quanto coordinatore operativo del progetto generale, la sua esperienza e le realizzazioni che hanno potenziato l'azione mappatura. Segue poi un capito-

lo scritto da Fabio Lucchi, psichiatra e promotore del progetto, sulla filosofia della recovery a cui tutto il progetto Recovery.net si ispira (cap. 3).

Ilaria Liscidini e Marta Consolini in due capitoli specifici (cap. 6 e cap. 7) ci descrivono il loro ruolo di coordinamento e di conduzione dei gruppi mappatura, i problemi affrontati e quelli risolti, le potenzialità individuate e sviluppate nel percorso.

Gabriella Bolis (cap. 8) e Sabrina Bianchetti (cap. 9) ricostruiscono la loro esperienza di uscite come operatori che assieme ai pazienti si attivano per individuare e mappare risorse, conosciute o sconosciute, sul territorio.

In quanto offre il punto di vista di una coordinatrice di un servizio residenziale, abbiamo inserito come contributo l'intervista integrale a Daniela Slaviero.

Naturalmente anche gli utenti hanno descritto le loro difficoltà, i loro spiazzamenti ma anche come la mappatura sia stata occasione di riconoscimento della loro personalità ben al di là del disagio psichico che li abita. Se alcuni hanno scritto sulla loro esperienza (cap. 5), per altri, sempre con l'obiettivo di lasciare lo spazio dovuto ai protagonisti abbiamo riproposto alcuni brani (cap.10) tratti dalle interviste ad alcuni di loro che hanno partecipato all'esperienza della mappatura, e una sintesi dell'intera intervista a Lucia (ivi, p. 110) condotta nel primo periodo di pandemia⁵.

Un contributo di Ruggero Radici (cap. 11), responsabile nella Cooperativa sociale La Rondine, partner di progetto, ci descrive dal suo punto di osservazione l'effetto ibridazione del processo di mappatura nel territorio di riferimento, attraverso le connessioni con le reti di associazioni locali, e con il sistema delle cooperative sociali del territorio bresciano.

Chiude il volume un capitolo di Graziella Civenti, già funzionaria della Regione Lombardia nel settore salute mentale (cap. 12) che rilegge da persona competente, ma esterna al progetto, questa esperienza evidenziandone le sfide e le opportunità.

Il testo strutturato in capitoli autonomi, se si escludono quelli metodologici (cap. 1 e cap. 4) può essere letto senza necessariamente seguire il percorso di lettura classico, dal primo all'ultimo. Inoltre abbiamo favorito il fatto che ogni "autore" usasse il suo linguaggio espressivo, il suo stile, pertanto il volume può presentare forme narrative non omogenee, ridondanze o discontinuità temporali, che tuttavia non riducono l'importanza e la chiarezza del contenuto.

Il testo, attraverso box tematici, brani di intervista a utenti e operatori e link consente di approfondire i passaggi salienti del processo di mappatura.

⁵ Gli utenti hanno scelto di comparire nei contributi scritti o nelle frasi tratte dalle interviste in maniera differenziata: chi col nome proprio, chi con le iniziali del nome e/o del cognome.

Un percorso, quello che andremo a descrivere, che per noi ricercatrici è stato non solo gratificante per gli obiettivi raggiunti ma spesso entusiasmante per l'impegno che utenti, operatori, familiari, volontari hanno profuso in questi tre anni, ed è per questo che li ringraziamo. Un ringraziamento particolare per la loro costante e fattiva collaborazione a Luisella Alessandrini e a Graziella Civenti.

La mappatura dinamica come metodologia esportabile in altri contesti

Abbiamo deciso di aprire i diversi capitoli, in modo un po' sui generis, proponendo il testo relativo alla mappatura dinamica delle risorse da noi implementata, che Fondazione Cariplo ha individuato come uno dei prototipi selezionati fra tutti i progetti dei diversi bandi competitivi di "welfare in azione" sia per evidenziarne la possibilità di replicazione in altri contesti, sia perché costituisce una chiara sintesi di tutto il processo che nei capitoli sarà poi descritto in modo analitico e da diversi punti di vista. E anche perché è un esplicito riconoscimento da parte dei finanziatori dei diversi progetti della bontà di questa metodologia/strumento.



COMUNITÀ DI PRATICHE I 2022 "IL PROTOTIPO"

Nel gergo della produzione industriale con il termine «prototipo» si fa generalmente riferimento al modello originale e/o al *primo esemplare* di un determinato manufatto. Per quanto il concetto sia inconsueto nel mondo dei servizi e degli interventi sociali proponiamo di utilizzarlo come esercitazione dell'ultimo incontro delle Comunità di Pratiche di *Welfare in Azione*. In concreto chiediamo, fra le molte attività svolte, di metterne a fuoco e de-

scriverne nel dettaglio *una* in modo che possa essere, con i necessari adattamenti, *replicabile* in altri contesti territoriali. La presente scheda ha lo scopo di fornire una guida alla presentazione del prototipo individuato, sia esso un servizio, un progetto, un intervento, un profilo professionale o un programma. Per sua natura il prototipo presentato sarà il frutto dei diversi *collaudi* condotti sul campo e delle diverse messe a punto apportate. Liberi di scegliere, vi suggeriamo di individuare ciò che considerate “meglio riuscito” fra le tante sperimentazioni fatte, l’eredità più solida e replicabile di tre anni di esperienze. Vi chiediamo anche uno sforzo di precisione e di dettaglio, come si trattasse di spiegare un’invenzione, il suo funzionamento, i suoi “ingranaggi o circuiti”, il suo utilizzo.

1. TITOLO DEL «PROTOTIPO»

Titolo, sottotitolo (o breve descrizione).

Mappatura dinamica delle risorse

La mappatura dinamica delle risorse è una metodologia di ricerca messa a punto per attivare e coinvolgere le persone con disagio psichico, al fine di favorire una loro partecipazione diretta alla costruzione del proprio percorso di cura, facendo diventare le potenzialità presenti in un dato territorio risorse per sé e per gli altri. Si basa su di una metodologia precisa e validata seppur leggera, cioè flessibile e adattabile.

È un processo dinamico, che mette al centro il protagonismo del paziente, e gli consente di individuare risorse utili al suo percorso biografico e di cura. È un percorso di conoscenza del territorio in cui si vive, della strada in cui si abita, del proprio comune, del quartiere, di un comune vicino, di un territorio. In questo percorso gli utenti dei servizi di salute mentale (ma non solo), insieme a operatori, familiari e volontari, si avvicinano alle realtà da loro stessi identificate, che li aiutano a vivere al meglio la loro vita.

Gli utenti conoscono bene il paese o il quartiere in cui vivono. Spesso già utilizzano le risorse disponibili formali (la biblioteca comunale, il campo sportivo, l’associazione di volontariato, etc.) e informali. Sono anche in grado di segnalare agli operatori luoghi o spazi non ancora conosciuti, o attività che possono diventare nuove risorse nel loro progetto di vita.

In altri casi ancora, hanno suggerimenti su come potrebbero migliorare le realtà che già utilizzano. Gli utenti in particolare sanno quelle che sono le loro aspirazioni.

Nel corso del lavoro di mappatura, si è scelto di passare dal termine “risorsa”

al termine “opportunità”. Se il concetto di risorsa rimane generico, il concetto di opportunità mette viceversa in relazione la risorsa con la persona portatrice di un bisogno. È la risorsa intesa all’interno di un’esperienza di vita, come elemento utile a un dato percorso.

2. BISOGNI/PROBLEMI A CUI RISPONDE IL «PROTOTIPO»

Sintetica descrizione dei bisogni/problemi.

I Servizi specialistici non sono in grado di rispondere a tutti i bisogni di un percorso di cura, mentre la comunità locale ha enormi potenzialità, a volte inesprese o non utilizzate, che possono essere utili ai percorsi di cura delle persone con disagio psichico. La mappatura dinamica delle risorse si pone come obiettivo l’emersione della molteplicità delle risorse disponibili in un dato territorio, affinché possano integrare, all’interno dei percorsi di cura, le risorse messe a disposizione dai Servizi specialistici e dai servizi in generale.

3. DESTINATARI/FRUITORI DEL «PROTOTIPO»

Profilo dei beneficiari, con dettaglio (se opportuno) di età, sesso, condizione sociale e altri elementi che lo qualifica.

- 1) Pazienti dei servizi di salute mentale
- 2) Realtà del territorio (associazioni, terzo settore, gruppi informali)
- 3) Operatori dei servizi di salute mentale e non solo

4. ARCHITETTURA OPERATIVA DEL «PROTOTIPO»

Sintetica (ma precisa) descrizione in termini di: dimensioni temporali (durata/periodicità); metodi/tecniche; articolazione delle fasi operative.

1) Costituzione di un gruppo per la mappatura

Il gruppo mappatura è formato da operatori, pazienti dei servizi di salute mentale, loro familiari, cittadini interessati. L’avvio del gruppo è promosso dagli operatori dei servizi e l’accesso al gruppo è libero. Chi è interessato a

collaborare contatta l'operatore referente del gruppo per comunicare la sua presenza. In una prima fase, è necessario condividere il significato e gli obiettivi della mappatura dinamica e presentare gli strumenti cartacei utilizzati per la raccolta anagrafica delle realtà contattate (Scheda Risorsa), per l'intervista (Scheda base per appunti/colloquio) e per la stesura del "Diario di Bordo", che descrive l'intero processo di mappatura di ogni realtà contattata. Il gruppo si ritrova periodicamente (settimanalmente).

2) Processo di raccolta ed elaborazione delle opportunità mappate

FASE 1 – Raccolta preliminare di possibili risorse da mappare

La proposta di una risorsa da mappare può arrivare da diversi canali: paziente in percorso di recovery; operatore dei servizi; gruppo mappatura; persona esterna. Tale proposta è approfondita nel gruppo mappatura. Se risponde a una serie di criteri (qui di seguito descritti), si procede alla Fase 2. Se invece non è in linea con gli obiettivi della mappatura, cioè quelli dei pazienti, viene archiviata. Criteri per la prima valutazione delle opportunità proposte:

- Territorio di competenza del progetto o zone limitrofe (o comunque un ambito facilmente raggiungibile dai pazienti)
- Pertinenza per i percorsi di Recovery, questo è auspicabile ma non esclusivo
- Eventuale esperienza diretta di un paziente
- Possibilità di attivare il percorso di mappatura dinamica
- Aspirazione dei pazienti

FASE 2 – Approfondimento delle informazioni

1. Si raccolgono le informazioni disponibili (dalla segnalazione arrivata; da Internet; dalla persona che ha fatto la segnalazione, se disponibile).
2. Si chiede alla persona che ha fatto la segnalazione se è disponibile a collaborare per la mappatura della risorsa. Tale disponibilità potrebbe già essere indicata sulla piattaforma digitale.
3. Si progetta il lavoro di mappatura.
4. Si aggiornano gli strumenti di "registrazione" (piattaforma digitale; elenchi a disposizione del lavoro del gruppo mappatura; altri "supporti" presso Co-Lab o altri luoghi di appoggio).

FASE 3 – Mappatura dell'opportunità

Con gli strumenti della mappatura dinamica, attraverso la collaborazione diretta, quando possibile, con il paziente interessato (o perché ha segnalato l'opportunità o perché ha fatto una richiesta per il proprio percorso), si attiva

il processo di conoscenza dell'opportunità (coprodotto da operatore, utente e familiare). Il processo è composto da:

1. Visite in loco; osservazione delle attività; raccolta informazioni; raccolta esperienze; fotografie; ecc.
2. Se già possibile, in quanto magari c'è stato un contatto preliminare, realizzazione dell'intervista (vedi punto 4).
3. Riordino delle informazioni (anche quelle di valutazione soggettiva come il clima, l'accoglienza, ecc.) e confronto all'interno del gruppo mappatura.

FASE 4 – Intervista

Se non è già stata svolta nella fase 3, è condotta l'intervista (secondo lo schema previsto) a una o più persone del soggetto che è stato individuato come potenziale opportunità per Recovery.net, e/o per tutti i progetti che si pongono come obiettivo l'attivazione dei pazienti, e per i percorsi individuali dei pazienti.

L'intervista è condotta in collaborazione fra un operatore e un paziente o familiare.

L'intervista è anche l'occasione per presentare il progetto Recovery.net (o il progetto in cui si sviluppa la mappatura dinamica) e per raccontare della possibilità di far parte della rete del progetto stesso (o comunque del progetto in cui si utilizza la mappatura dinamica. La mappatura dinamica può essere attivata indipendentemente dal progetto Recovery.net, anche se sarebbe meglio che si seguisse la filosofia della recovery).

L'intervista è infine trascritta in formato word.

FASE 5 – Organizzazione delle informazioni

- 1) Il gruppo mappatura condivide e organizza le informazioni raccolte per la singola opportunità.
- 2) Individua la categoria da attribuire all'opportunità mappata (può essere abbinata a una categoria "principale" ed eventualmente anche a un'altra; non è comunque opportuno che una risorsa venga abbinata a tutte le categorie in quanto non faciliterebbe la ricerca).
- 3) Vengono aggiornati i vari supporti di registrazione.
- 4) Si valuta la possibilità di considerare tale opportunità come "matura" e quindi di renderla eventualmente visibile nella piattaforma digitale e a disposizione per la consultazione presso il Recovery Co-Lab o presso al

tri luoghi di archiviazione dei materiali e/o di lavoro che si rendano disponibili sul territorio. Questi luoghi sono necessari alla mappatura dinamica, ma come punto di transito non di sosta.

- 5) Si programmano eventuali ulteriori attività da svolgere con la singola opportunità al fine di migliorare la conoscenza, rafforzare i legami, proporre di far parte della rete di progetto, attivare collaborazioni in regime di reciprocità ecc.
- 6) Il referente della mappatura (che è anche amministratore per la piattaforma on-line) aggiorna lo stato dell'opportunità.

5. RISORSE PER LA REALIZZAZIONE DEL «PROTOTIPO»

Sintetica (ma precisa) descrizione delle risorse necessarie in termini di: risorse umane (numero, profilo, competenze) e risorse economiche, logistiche e tecniche.

Risorse umane:

- Gruppo misto di pazienti, operatori, familiari e cittadini che si incontrano regolarmente e che svolgono il lavoro coprodotto;
- Un operatore referente che svolge anche la funzione di collegamento con i Servizi e riferimento “istituzionale” per le realtà del territorio;
- I singoli pazienti che si attivano per la ricerca di opportunità per il proprio percorso personale.

Risorse economiche:

- Ore lavoro degli operatori;
- Eventuale compenso alle persone (di solito pazienti) che svolgono attività specifiche a supporto del lavoro di mappatura (es. trascrizione delle interviste).
- Eventuali costi di trasporto per raggiungere la risorsa

Risorse logistiche:

- Nessuna risorsa logistica particolare (se non lo spazio in cui incontrarsi)

Risorse tecniche:

- Computer; ma possono bastare all'inizio carta e penna
- Costruzione di un database per la raccolta e la messa in condivisione delle informazioni raccolte.

6. IMPATTO DEL «PROTOTIPO»

Descrizione sintetica (preferibilmente accompagnata da dati) dei cambiamenti osservati nei destinatari/fruitori del prototipo e riconducibili al suo “utilizzo”.

L'azione di mappatura ha portato i seguenti cambiamenti:

- 1) **Pazienti:** ripresa di una vita attiva grazie al coinvolgimento nel gruppo mappatura e in alcune realtà conosciute; attivazione di opportunità inaspettate e impreviste (per esempio: una paziente ha avviato un percorso di volontariato in un servizio per anziani, per poi iscriversi a un corso per badanti e successivamente a un corso per OSS. A oggi lavora come OSS in una RSA). Coinvolgimento positivo anche di pazienti operatori e servizi che non fanno parte del gruppo di mappatura.
- 2) **Territorio:** attivazione di risorse del territorio in attività coprogettate e coprodotte. Le realtà territoriali mappate hanno dato il loro contributo nella costruzione di attività del Co-Lab e del Recovery college. A oggi si è contattato circa un centinaio di realtà e di queste per più di 50 è stato svolto tutto il processo di mappatura dinamica. Per vedere uno degli esiti dei dati raccolti: <https://airtable.com/shrIhaIsoxVdxwyH5/tbld7R99ShNlptG84>.
- 3) **Operatori,** decentramento da sé e dal proprio servizio e valorizzazione dell'esperienza profana dei pazienti, nonché la riscoperta del territorio.

7. RACCOMANDAZIONI IN CASO DI REPLICAZIONE DEL «PROTOTIPO»

A partire dall'esperienza progettuale, istruzioni per l'uso per la replicazione, ovvero elementi di attenzione ed errori da evitare

Suggerimenti:

- 1) facilitare l'instaurarsi di un clima accogliente;
- 2) costruire una reciprocità nell'intervista, facendo attenzione non solo a come la risorsa può essere utile a noi, ma anche a come noi possiamo essere utili alla risorsa;
- 3) se possibile, far precedere l'intervista da un caffè (se la risorsa è nostra ospite) o comunque un momento informale come un caffè al bar prima della visita;

- 4) far precedere l'intervista da invio di materiale informativo sulla propria realtà, che riporti anche gli obiettivi della mappatura;
- 5) trovarsi preventivamente per coordinare la gestione dell'intervista (chi fa le domande, chi prende appunti);
- 6) essere chiari rispetto all'obiettivo dell'intervista, legato non solo alla conoscenza ma anche all'esplorazione di possibili spazi di collaborazione.

Errori da evitare:

- 1) rigidità nelle interviste, la traccia d'intervista è solo un punto di partenza per la raccolta di informazione sulla risorsa;
- 2) scarsa cura della risorsa dopo l'intervista; è importante inviare notizie, informazioni e tenere informati sugli eventi con continuità (manutenzione della risorsa);
- 3) dimenticare che la risorsa deve essere di interesse per il paziente;
- 4) non costruire un percorso di condivisione delle opportunità con i servizi non direttamente coinvolti nel gruppo mappatura.
- 5) non considerare il paziente una risorsa.

1. La mappatura dinamica delle risorse¹ un processo di attivazione degli utenti in una logica di Recovery

di *Mara Tognetti e Maria Cacioppo²*

In questo capitolo sarà descritto sinteticamente in cosa consiste la mappatura dinamica delle risorse e soprattutto i presupposti teorici e metodologici e i riferimenti che stanno alla base di questa attività.

1. Cos'è la mappatura: in pillole

Poiché obiettivo di questa pubblicazione, oltre alla descrizione dell'esperienza innovativa che abbiamo promosso e condotto nell'ambito del progetto Welfare in Azione di Fondazione Cariplo, è quello di sollecitare e invogliare gli operatori della salute mentale, e non solo, a ripetere l'esperienza nei loro territori abbiamo deciso di usare un linguaggio il più possibile comprensibile e speriamo stimolante, senza perdere il rigore metodologico necessario, in alternativa al classico linguaggio accademico a cui siamo abituati.

Pertanto nella presentazione sintetica della mappatura dinamica ci ispiriamo ai “bugiardini”, i foglietti illustrativi dei farmaci, ossia usiamo un linguaggio e un formato noto ai nostri utenti (che lo hanno immediatamente riconosciuto come tale) oltre che semplificato.

¹ Manteniamo il termine risorsa, usato all'inizio del progetto, anche se, come accennato nell'introduzione, nel corso del processo di mappatura sarà sostituito con quello di opportunità, suggerito dagli utenti e dagli operatori in corso di validazione delle risorse utili. Secondo gli utenti tale termine rappresenta in modo più coerente alle loro aspettative la risorsa mappata (cap. 2).

² Ricercatrici e consulenti che hanno progettato e implementato nell'ambito del progetto Recovery.net la mappatura dinamica delle risorse.

Cos'è

La mappatura dinamica delle risorse è un percorso di conoscenza del territorio in cui si vive, la strada in cui si abita, il proprio comune, il quartiere, un comune vicino, o un territorio che frequentiamo e che in qualche modo ci appartiene pur non risiedendo stabilmente in esso. In questo percorso gli utenti dei servizi di salute mentale insieme a operatori, familiari e volontari si avvicinano alle realtà, da loro identificate, che aiutano o possono aiutare le persone con disagio psichico a vivere al meglio la loro vita.

Gli utenti sono le persone che meglio conoscono il paese o il quartiere in cui vivono. Spesso già utilizzano le risorse disponibili, ad esempio la biblioteca comunale, il campo sportivo, l'associazione di volontariato ecc., per socializzare e per impegnarsi in attività interessanti e utili. Ma sono anche in grado di indicare e segnalare agli operatori luoghi o spazi non ancora conosciuti o attività che possono diventare nuove risorse nel loro progetto di vita, oppure come potrebbero migliorare le realtà che già utilizzano e di cui sono più o meno soddisfatti.

La mappatura dinamica delle risorse è una metodologia di ricerca che abbiamo messo a punto per attivare e coinvolgere in tale percorso le persone con disagio psichico, la cui malattia è ancora attiva, affinché possano delineare e partecipare alla costruzione del proprio percorso di cura facendo diventare le potenzialità presenti in un dato territorio, risorse per sé e per gli altri.

Tale processo può portare i pazienti a individuare risorse che, se accompagnati nella loro individuazione e selezione, possono diventare risorse *utili*, o come le hanno definite loro: opportunità, per il loro processo di cura o di convivenza con la malattia, nel loro percorso biografico.

Con tale processo viene valorizzata l'esperienza di malattia oltre alla presenza di potenziali risorse di cui dispone un dato territorio, ma che per diventare risorse utili richiedono un'attivazione o da parte degli operatori o da parte di coloro che hanno fatto o stanno facendo un'esperienza di malattia mentale. Da qui il termine dinamica.

Cosa vuol dire "risorsa"?

Nella *recovery* risorsa è tutto ciò che gli utenti riconoscono come importante e utile per vivere la vita al meglio delle proprie capacità e aspirazioni. Ecco che per una persona con disagio psichico possono essere risorsa i servizi di salute mentale e gli operatori, i familiari e gli amici, ma anche il

proprio gatto, o un giardino, un gruppo di lettura in biblioteca, una piscina ecc.

Cosa vuol dire “mappare”?

Mappare vuol dire esplorare il territorio per conoscere di persona quelle che sono o possono essere risorse utili per il proprio progetto di vita. Vuol dire andare sul posto, osservare la potenziale risorsa, incontrare i responsabili, raccogliere e chiedere informazioni sulle attività svolte e sulle possibili collaborazioni.

Se i contatti e i colloqui danno risultati positivi, e aprono prospettive che gli utenti giudicano buone, ecco che possono diventare un patrimonio comune degli utenti e degli operatori dei servizi di salute mentale, attivare nuove reti sociali e nuovi rapporti con i concittadini.

A cosa serve

L'attività di mappatura serve soprattutto a valorizzare la partecipazione e il protagonismo degli utenti nell'individuare, nei diversi territori, insieme agli operatori e ai familiari, risorse utili a rispondere ai propri bisogni ma anche ai desideri, alle aspirazioni, a implementare il senso di appartenenza a un luogo o a un gruppo non istituzionale, a strutturare una rete e a costruire relazioni anche al di fuori dell'ambito psichiatrico e sanitario, a svolgere delle azioni e/o delle attività che soddisfano la singola persona e pertanto facilitano il suo inserimento o il permanere in quel dato contesto territoriale anche in presenza di disagio psichico attivo.

Più nello specifico le attività di mappatura hanno lo scopo di individuare i soggetti del territorio aperti o potenzialmente disponibili ad aprirsi alla salute mentale; gli eventuali rapporti esistenti con i servizi di salute mentale, soggetti che possiamo così distinguere:

- già impegnati nella salute mentale con collaborazioni stabili;
- impegnati nella salute mentale con collaborazioni saltuarie;
- non impegnati nella salute mentale ma con cui esistono/o potrebbero esserci collaborazioni.

Destinatari privilegiati dei risultati della mappatura sono i soggetti che fanno riferimento al Recovery Co-Lab, luogo di confronto e coprogettazione, aperto in prospettiva anche alla cittadinanza, che ha il compito di ripensare i servizi e le attività in salute mentale.

Perché è dinamica

La mappatura è dinamica perché ha significato e utilità solo se diventa una componente costante e continuamente aggiornata delle attività degli utenti, e degli operatori. Nel tempo possono cambiare i loro bisogni e desideri, le necessità. Si possono poi modificare le risorse disponibili e conosciute di un territorio. È dinamica perché si fonda sull'attivazione dei pazienti e del loro protagonismo, sulla dimensione grupppale e sulla collaborazione utente operatore.

Perché è partecipata

La mappatura è una attività partecipata perché si fonda sul coinvolgimento innanzitutto degli utenti, ma contemporaneamente anche dei loro familiari, degli operatori dei servizi, nonché dei soggetti delle comunità locali. Tutto ciò al fine di contribuire allo sviluppo della “comunità locale per la salute mentale” dal basso. Si tratta di individuare spazi per percorsi di inclusione al di fuori e oltre i servizi consolidati, e questo può avvenire attraverso il confronto creativo tra gli sguardi diversi di questi soggetti. Si tratta di produrre e mettere a disposizione repertori e documentazione utili sia a far circolare le conoscenze acquisite - e via via aggiornate, sia a favorire i contatti e le relazioni fra tutti gli attori di un territorio proprio a partire dalle risorse e dalle opportunità individuate come tali.

Chi si impegna nella mappatura delle risorse

È essenziale un gruppo di lavoro composto da utenti esperti (ossia coloro che mettono a disposizione di altri pazienti la loro esperienza di malattia e le risorse loro derivanti da questa esperienza), da operatori della psichiatria, del terzo settore, da familiari ed eventuali altri, pazienti, volontari e cittadini disposti a fare una esperienza di gruppo.

2. L'utente al centro delle risorse di un territorio

Nel concetto di Recovery, ma in generale nell'approccio della riabilitazione psicosociale ha grande importanza la componente sociale dell'intervento. La salute e il benessere migliorano nella misura in cui la persona partecipa alla vita della sua comunità, sia questa il suo quartiere, il suo paese, la sua città. Il presupposto da cui prende avvio la proposta agli utenti di mappare le risorse del proprio territorio o di quell'ambito territoriale che riconoscono come tale è che in qualche modo, in modi e misure diversi, essi conoscano e siano in grado di segnalare e individuare quelle situazioni, luoghi, realtà che nella quotidianità rappresentano per ciascuno di loro punti di appoggio, di socialità, di interesse, o sono comunque desiderabili per la loro qualità di vita.

La scommessa è quindi in primo luogo quella di farsi “guidare” dal paziente a partire dalle risorse che lui/lei segnala come tali nel proprio contesto di vita. E non sempre queste realtà sono conosciute dagli operatori di riferimento. A volte tuttavia possono essere gli operatori a proporre, sulla base dei loro rapporti professionali o personali, un avvicinamento a realtà del territorio frequentato dall'utente, o che all'utente potrebbe interessare, conoscere o conoscere meglio.

L'operatore coinvolto nella mappatura quindi si trova a interpretare in maniera il più possibile duttile il suo ruolo istituzionale, riducendo l'asimmetria tra chi offre le cure e chi le accetta, e avvicinandosi alle capacità di scelta dell'altro. In questo modo si apre la possibilità all'utente di recuperare una sfera di decisionalità riguardo alla propria vita.

La dimensione di gruppo, modalità presente nell'attività di mappatura, risulta essenziale perché in ogni caso il paziente viene sostenuto e sollecitato, attraverso il confronto con altri pazienti, operatori, e talvolta anche altri soggetti, a considerarsi, e a essere riconosciuto al centro delle risorse e delle reti di risorse del proprio contesto di vita.

Il processo di mappatura dinamica va dunque collocato all'interno degli strumenti e delle strategie che tendono a dare al paziente un ruolo attivo nel suo processo di cura e di vita anche quando il disagio psichico è ancora attivo. Un processo di rafforzamento della cittadinanza di un individuo e del suo protagonismo che consente di dare spazio anche alle aspirazioni individuali. Ossia lo sviluppo di capacità di darsi degli obiettivi personali seguendo percorsi e strategie specifiche, individuali e contingenti anche fuori dai servizi di salute mentale. Un processo di attivazione nel percorso di cura ma anche, cosa più importante, un processo di disegno della propria vita

presente e futura indipendentemente dalla malattia in essere poiché l'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita dei singoli.

Cos'è una risorsa per la salute mentale?

In un lavoro esercitativo proposto durante i primi incontri di formazione, che hanno preceduto l'attività concreta di mappatura, abbiamo chiesto ai partecipanti, operatori, familiari e pazienti, di disegnare attorno a sé, punto posto al centro di un foglio bianco, tutto ciò che nella vita quotidiana consideravano risorse, collocando le risorse più importanti vicino al punto che rappresentava la propria persona, e allontanandosi via via che le risorse indicate risultavano meno importanti. Volutamente non era stata fornita una definizione di risorsa, se non nei termini generali di risorse intese come persone, luoghi, oggetti, realtà che si ritenevano importanti e significative nella propria vita.

Dare per scontato un significato condiviso di cosa si intende per risorsa utile alla salute mentale, oppure fornire un significato legittimato dalla letteratura del settore, a nostro avviso avrebbe in certa misura condizionato i riferimenti concettuali che ciascuno, anche inconsapevolmente, porta dentro di sé, o consentito che si riproponessero i significati costruiti e stratificati nel tempo nella cultura dei servizi.

Nei disegni raccolti si è potuto notare come ciascuno esprimesse una gamma molto varia di ciò che contava per sé. E in particolare tra i pazienti si ritrovavano sia risorse informali (amici, genitori, animali da compagnia, vicini), sia risorse formali, come i servizi di salute mentale, la biblioteca comunale, una chiesa...

Ciò che è emerso dalla discussione sulle nuvole di parole³ (cap. 4) è che le risorse individuate dagli operatori sono: medici, équipe, associazioni, cooperative ecc. ma anche strumenti di lavoro (smartphone, auto, ecc.). Da notare, sempre per gli operatori, la presenza, meno centrale ma significativa, soprattutto in una filosofia di recovery, degli utenti intesi come risorsa. Gli utenti dal canto loro hanno fatto emergere l'importanza soprattutto della

³ Nuvole di parole sono una tecnica che consente di rappresentare graficamente i risultati ottenuti dall'analisi di testi, in questo caso delle parole inserite nei cerchi disegnati durante l'esercitazione di una giornata di formazione. Nello specifico all'interno di una nuvola si trovano parole di dimensioni diverse: quelle più grandi sono le parole menzionate più spesso, quelle più piccole le meno ricorrenti (vedi esempi in <http://freedomind.altervista.org/blog/word-cloud-comunicare-con-le-nuvole/>).

sfera relazionale, individuando come risorse principali i familiari, gli amici e le persone più vicine, tra cui alcuni singoli operatori del servizio di salute mentale.

Esempio di nuvole: le risorse al primo posto per i pazienti



e le risorse al primo posto per gli operatori



È utile, a questo punto, riferirsi agli effetti positivi, per la salute mentale in particolare, di quello che è stato definito “capitale sociale territoriale”, che in campo sociologico diversi autori hanno teorizzato (Bourdieu, 1986; Coleman, 1994; Putnam, 1993).

Cos'è il capitale sociale territoriale?

Una rete stabile di relazioni all'interno di una comunità, che diventa risorsa collettiva e in grado di stimolare la condivisione di norme, valori fondanti (come la fiducia, la lealtà, l'associazionismo civico ecc.) e comportamenti finalizzati all'interesse comune. Il concetto di capitale sociale appare fortemente intrecciato con quello di territorio in quanto le relazioni tra soggetti e le reti di cooperazione avvengono in un determinato luogo e si combinano con altre componenti territoriali (fisiche, economiche, culturali, ecc.) e contemporaneamente sono da queste influenzate e plasmate (Gastaldi, 2003).

Sono stati individuati cinque ambiti caratterizzanti il capitale sociale di un territorio: *il capitale familiare* (relazioni con famiglia e parenti), *il capitale relazionale locale* (reti informali con amici, parenti e conoscenti), *il capitale associativo locale* (reti di relazioni strutturate), *il capitale territoriale* (dotazioni e risorse del territorio), *il capitale translocale* (reti di interazione a diverse scale territoriali) (Lazzeroni e Meini, 2018).

Attraverso la mappatura dinamica, applicando questi concetti, si cerca di evidenziare i campi di azione in cui gli utenti possono agire, relazionarsi, vivere pratiche di territorializzazione, come attori capaci di costruire e trasformare il capitale sociale. La considerazione delle loro conoscenze di luoghi e realtà sociali anche informali, del territorio, permette di analizzarne la rilevanza non solo in termini di supporto alla vita quotidiana, ma anche in termini di partecipazione alla vita sociale locale (cittadinanza attiva, coinvolgimento associativo sportivo, di tempo libero, culturale), di essere o di diventare anch'essi risorsa per i loro territori. Potenziare e facilitare queste conoscenze risulta utile, per altro verso, anche alla costruzione di un ambiente più aperto, di interscambio e rispetto reciproco tra cittadini di una stessa comunità locale.

Va tenuto presente, inoltre che non solo in ambito sanitario, ma anche in tutti i sistemi di servizi e istituzioni rivolti al cittadino, e quindi anche nelle realtà formali presenti sul territorio, si sta promuovendo a tutti i livelli la cultura della centralità del cittadino, aspetto fondamentale in particolare nelle politiche e nei sistemi sanitari. Sempre più, sia per contenere i costi ma anche per massimizzare gli effetti degli interventi, al cittadino utente viene chiesta una partecipazione attiva, un'attivazione delle proprie capacità per consentire e favorire una maggior efficacia dell'intervento, si pensi per fare un esempio emblematico al ruolo che ha un paziente con diabete

nel suo processo di cura a partire dalla gestione dell'insulina. Inoltre gli studi mostrano sempre più chiaramente quanto sia importante nel processo di guarigione l'attivazione del paziente⁴.

3. L'attivazione dei pazienti e il loro empowerment

In questa direzione, un altro concetto interviene a supportare l'attività della mappatura dinamica, quello di *empowerment*, percorso di autodeterminazione che può contribuire allo sviluppo della cittadinanza attiva, intesa come metodo di partecipazione sociale attraverso il quale gli individui vivono l'esperienza di diventare gli artefici e i protagonisti della propria vita (Ridolfi, 2014).

A livello individuale il processo di empowerment coincide col superamento di uno stato di impotenza e con la conquista del controllo della propria vita. Il processo inizia con la definizione dei bisogni e delle aspettative personali e si concentra sullo sviluppo delle capacità individuali e di risorse che le supportino.

In questa prospettiva si muove il paradigma della Recovery, e la mappatura dinamica delle risorse sul territorio.

Cos'è empowerment nella salute mentale

Empowerment è “un processo sociale multidimensionale attraverso il quale i singoli individui e i gruppi possono comprendere e controllare meglio i processi che stanno alla base dei rapporti sociali delle loro vite. Essere inclusi pienamente all'interno della società in cui si vive è vitale per un empowerment materiale, psicologico e politico che sostenga i loro livelli di salute e di benessere”.

Questo processo contiene al suo interno quattro dimensioni:

1. Autostima.
2. Partecipazione alle decisioni.
3. Dignità e rispetto.
4. Appartenenza e contributo all'accrescimento della comunità.

(OMS 2010)

⁴ Vedi anche nella metodologia I.P.S. (Individual Placement and Support) volta a favorire l'inserimento lavorativo in contesti competitivi di persone affette da problemi di salute mentale. Impostazione che inverte completamente gli approcci più tradizionali: “prima l'addestramento, poi il luogo” diventa “prima il luogo, e poi l'addestramento”.

Come abbiamo già evidenziato (Cacioppo, Tognetti, 2019b) poiché nella recovery si pone una grande attenzione alla dimensione sociale, il che implica il porre come obiettivi principali la ricostruzione del sé e l'importanza della vita all'interno della società, diviene necessario dare un determinato significato al contesto. Piuttosto che costruire semplicemente legami sociali e relazioni, la socializzazione dovrebbe tendere all'inclusione nella vita reale, per l'acquisizione di un'effettiva cittadinanza in termini di diritti, opportunità e soddisfacimento di bisogni (Mezzina *et al.*, 2006).

È quindi necessario prendere in considerazione i fattori ambientali e sociali, i quali ricoprono un ruolo essenziale per la salute mentale (Jablensky *et al.*, 1992). Diviene fondamentale implementare sia il loro (dei pazienti) senso di appartenenza a un posto o a un gruppo non istituzionale, sia il diritto di parola per ciò che concerne la loro cura e gli altri ambiti della vita. Lavorare sulla vita sociale degli utenti, porta le persone sul loro cammino verso la recovery. Per vita sociale si intende non solo partecipare ad attività istituzionali, ma crearsi una rete anche al di fuori dell'ambito psichiatrico e sanitario e dei servizi a esso preposti. Costruire una vita sociale significa non solo occupare socialmente una persona, ma costruire socialmente una persona: crearsi un senso di responsabilità, richiedere diritti, decidere su come occupare il proprio tempo, creare legami e partecipare attivamente al miglioramento della vita comunitaria (Mezzina *et al.*, 2006), oltre ovviamente alla propria.

Viviamo in una società in cui vi è una grande disponibilità di informazioni sulla salute e sulla malattia, così come cresce l'interesse delle persone verso questi temi anche grazie alla presenza di internet che consente un accesso immediato alle informazioni, anche se non sempre corrette. Ciò porta anche a una maggior domanda e rivendicazione di prestazioni e di prestazioni di un certo tipo, e in alcuni casi si arriva a una vera e propria negoziazione della prestazione sanitaria con i professionisti addetti.

Tale dinamica porta ad avere sempre più frequentemente pazienti, nei servizi di cura, che risultano essere più disponibili, rispetto al passato, a essere informati sulla loro malattia e relativo trattamento. Prestano inoltre molta più attenzione verso i loro diritti e stanno diventando più esigenti nella fruizione dei servizi sanitari. Sull'onda di queste dinamiche, si è sviluppata l'idea del *patient engagement*: coinvolgere i pazienti nella coproduzione della loro salute. Lo scopo è quello di promuovere un processo di empowerment dei pazienti nella gestione della malattia, attraverso una collaborazione con il sistema dei servizi (Graffigna *et al.*, 2014). I pazienti sono quindi considerati delle risorse cruciali all'interno dell'organizzazione

sanitaria e come parte del team di cura. Creando una collaborazione tra i pazienti e i professionisti all'interno del sistema dei servizi, si ribalta la prospettiva e gli utenti vengono ridefiniti: non sono più al centro degli interventi di cura come destinatari passivi, ma attori che possono orientare questi interventi nell'ottica di un approccio co-creativo e partecipativo della gestione della loro salute (Laurence *et al.*, 2014).

In questa prospettiva si comprende come assuma una importanza crescente l'esperienza dei pazienti rispetto alla loro malattia, al percorso personale di consapevolezza e di autodeterminazione. Laddove sia loro possibile progredire in questo processo, le persone accettano di impegnarsi nell'individuare le risorse più utili per loro e nel considerarle opportunità da cogliere. E diventano, forti dell'esperienza personale, particolarmente capaci ed efficaci non solo nel proprio percorso di attivazione, ma anche nel promuovere e sostenere analoghi percorsi negli altri pazienti, in qualità di Esp-esperti di supporto tra pari / utenti esperti (chi ha vissuto l'esperienza di un disturbo mentale, si è ripreso e offre il suo aiuto "alla pari" ad altre persone attraverso la testimonianza e la condivisione della propria esperienza).

Nella mappatura dinamica un ruolo essenziale è svolto da questi utenti, che in molti casi accettano entusiasti l'attività proposta, segnalano opportunità sul territorio, prendono l'iniziativa e guidano il piccolo gruppo nell'esplorazione del territorio, nel prendere contatto con le risorse individuate, nello scambio che migliora la conoscenza reciproca e le possibilità di collaborazioni e progetti.

Sono un riferimento importante, insieme agli operatori, per gli utenti meno autonomi, che motivano e sostengono dove ci sia necessità, coinvolgendoli in attività di piccolo gruppo anche al di fuori dei servizi di cura, per molti aspetti spesso tanto più rassicuranti della vita fuori.

4. La mappatura dinamica delle risorse come processo di attivazione e di messa al centro del paziente nel processo di presa in carico e di cura

Attraverso la mappatura, con una ricerca serendipitica⁵ o non strutturata sul campo, l'obiettivo è quello di individuare spazi di possibili percorsi di

⁵ In questa sede intendiamo con il termine serendipità (in inglese *serendipity*) quello che già nel 1948 il sociologo R.K. Merton aveva definito come le scoperte importanti che si fan-

inclusione al di fuori e oltre i servizi consolidati, in cui il protagonismo dei pazienti, dei familiari e delle comunità sia centrale. Questo aspetto è indubbiamente la priorità del processo innescato con l'attività di uscita e conoscenza del territorio. La "presa in carico", nel paradigma bio-psico-sociale (Engel, 1977), che sostiene una psichiatria attenta a tutti gli aspetti dell'esistenza del paziente e alle sue relazioni interpersonali, tende a rispondere ai bisogni anche complessi dei pazienti. Significa per gli operatori anche aiutare i pazienti a vivere i contesti della vita quotidiana, conoscere le opportunità che offre ma anche gli ostacoli che presenta, sperimentare i propri punti di forza e di debolezza. Significa altresì orientare gli interventi non solo in base agli standard di cura e trattamento plasmati dalla cultura organizzativa del servizio ma dare importanza alle preferenze degli utenti e con creatività e coraggio facilitare in essi l'assunzione di un ruolo di "cittadini" con tutti i diritti e doveri che ne derivano (Maone, D'Avanzo, 2015).

L'attivazione del paziente contraddistingue tutte le fasi dell'attività di mappatura dinamica, ed è prioritaria rispetto al pur importante raggiungimento di risultati in termini di nuove risorse mappate e attivate, nuove collaborazioni progettate. Risultati che arrivano, ma seguendo il passo e il ritmo dei pazienti coinvolti nel lavoro di mappatura. Riteniamo che avendo questa attenzione, si arriverà ad attivare forse meno risorse, ma sia gli operatori che i pazienti avranno acquisito nuovi sguardi e nuove competenze che potranno favorire percorsi di cura di maggior qualità.

La rete dei servizi e la comunità locale possono contribuire alla definizione di un sistema di opportunità che favorisca percorsi di capacitazione e di ripresa delle persone (Sen, 2010). Ed è attraverso la coprogettazione che gli utenti possono partecipare attivamente alla costruzione del proprio percorso di cura e dei propri servizi affinché risultino coerenti con le loro aspettative e aspirazioni.

In effetti destinatari privilegiati dei risultati della mappatura dinamica sono i soggetti che vi partecipano, ma anche più in generale il servizio di salute mentale e coloro che fanno riferimento al Recovery CoLab⁶. Infatti repertori prodotti e documentazione raccolta durante la mappatura fanno circolare le conoscenze acquisite (via via aggiornate). Il risultato auspicato è contribuire a un arricchimento nelle pratiche e nelle culture quotidiane

no mentre si sta cercando altro. Quindi la capacità o fortuna di fare per caso inattese e felici scoperte e, anche, il trovare una cosa non cercata.

⁶ IL CoLab è uno spazio fisico esterno ai servizi di salute mentale in cui operatori, utenti, cittadini, volontari partecipano per svolgere attività di programmazione e implementazione di attività utili per la salute mentale. È un luogo d'incontro, di confronto e di informazioni. Per maggiori informazioni si veda il link: www.colab-brescia.it

che riguardano la salute mentale, in termini di cambiamento e di relazioni significative, a livello personale, organizzativo, comunitario.

Anche l'emergenza Covid-19 ha riportato all'attenzione il tema della comunità e della salute come bene comune, principio costituzionale spesso dimenticato: il benessere dei singoli è possibile solo se c'è un benessere e una salute collettiva, per cui l'impegno individuale deve andare di pari passo con un impegno comunitario. In questo senso la salute è "una impresa sociale", un bene comune, rispetto alla quale tutti dovremmo sentirci parte attiva. Tale necessità vale anche, e forse anche di più, per la salute mentale che è fortemente influenzata dai fattori di contesto e di relazione".

5. La mappatura dinamica come valorizzazione e attivazione dei pazienti in una logica di ricerca partecipata

Nel mettere a punto il progetto di mappatura dinamica, come ricercatrici che hanno ideato e sperimentato lo strumento della mappatura dinamica ci siamo avvalse delle tecniche e degli strumenti della metodologia attiva, che stimola la partecipazione e il protagonismo di tutti i componenti del gruppo di lavoro, a partire dai pazienti psichiatrici.

Metodologia fortemente orientata alla partecipazione e al protagonismo dei pazienti e dei componenti "profani" dei gruppi di lavoro, formati da utenti, utenti esperti (che mettono a disposizione di altri pazienti la loro esperienza di malati di mente e le risorse derivanti da questa esperienza), familiari, operatori della psichiatria, terzo settore ecc.

L'obiettivo dell'azione di mappatura dinamica è quello, come più volte sottolineato, di individuare nei diversi territori di competenza del progetto risorse utili alla salute mentale, ma anche quello di attivare percorsi di socializzazione e confronto delle conoscenze per valorizzare le buone pratiche, le esperienze e le sperimentazioni in una prospettiva di recovery. Nel corso dell'esperienza si sono proposti, e successivamente messi a punto col contributo di tutti i soggetti coinvolti, strumenti di rilevazione adeguati a un approccio prevalentemente qualitativo ma orientato a produrre una base dati, accessibile e flessibile: schede semi-strutturate per la registrazione dei dati raccolti, tracce di discussione e di intervista, linee guida per l'osservazione partecipante, per colloqui informativi, per focus group ecc. Tutto ciò promuovendo modalità di lavoro in piccoli gruppi al fine di favorire un confronto tra i soggetti su un piano operativo e di attenzione reciproca (senza preconcetti, pregiudizi e competizioni ideologiche), confronto

finalizzato a favorire in particolare il protagonismo degli utenti e degli ESP /Utenti Esperti.

L'obiettivo era quello di proporre un utilizzo di strumenti di ricerca dialogico, leggero, gestibile da tutti i partecipanti, che favorisse una consapevolezza delle risorse personali e la loro mobilitazione. Sollecitando, nella misura più ampia possibile, un riconoscimento reciproco tra il sapere tecnico posseduto dalle ricercatrici, il sapere professionale dei diversi operatori, il sapere esperienziale e soggettivo dei pazienti con disagio psichico aderenti al progetto (Folgheraiter, 2000).

Le componenti essenziali di questo approccio metodologico sono la messa in atto di pratiche partecipative e l'importanza attribuita al processo e alla riflessività sul processo. Si assiste, in questi anni, a una crescente convergenza e ibridazione delle metodologie partecipate che, utilizzando gli strumenti della ricerca sociale, al di là degli approcci disciplinari e degli ambiti di intervento, sono sempre più orientate al coinvolgimento attivo e alla valorizzazione dei saperi esperienziali dei soggetti e dei gruppi interessati, come ad esempio nel campo della progettazione e dell'intervento sociale, nella formazione degli adulti e degli operatori della scuola, dell'area medica e sanitaria ecc. (Asquini, 2018; Brunod, 2004; Fabbri, Bianchi, 2018; Panciroli, 2019).

Ciò che assume un rilievo decisivo è il processo di ricerca, in termini di una continua valutazione in itinere sulla cui base si organizzano gli interventi successivi (Mantovani, 1998; Melucci, 1998; Cardano, 2011). La scientificità di conseguenza, più che sui metodi, viene perseguita attraverso una "riflessione continua sulle diverse tappe della ricerca e sui comportamenti e atteggiamenti di tutti gli attori (compreso chi coordina la ricerca)" (Capecchi, 2012), quindi essenzialmente nel processo e nelle forme di partecipazione.

Pensando alle persone più fragili o marginalizzate con cui hanno potuto fare esperienza, alcuni studiosi affermano che i metodi partecipativi più idonei dovrebbero essere quelli che consentono un notevole grado di flessibilità e creatività sia in termini di disegno di ricerca che di successiva implementazione (Aldridge, 2015). Nell'impostare le attività di mappatura, massima attenzione è stata pertanto dedicata a utilizzare tecniche e strumenti della metodologia attiva, che stimola la partecipazione e il protagonismo di tutti i componenti del gruppo di lavoro, a partire dagli utenti con disagio psichico, nella ricognizione sul territorio delle risorse utili alla salute mentale. L'azione di mappatura dinamica è stata fin da subito affiancata a momenti di formazione e di supervisione collegiale finalizzate alla costruzione e validazione del piano di lavoro comune, al sostegno del lavoro dei piccoli gruppi, al monitoraggio e valutazione dell'avanzamento delle attivi-

tà, nonché alla discussione sulle modalità anche informatiche di archiviazione e gestione delle informazioni relative alle risorse mappate.

6. Prime valutazioni sull'esperienza della mappatura

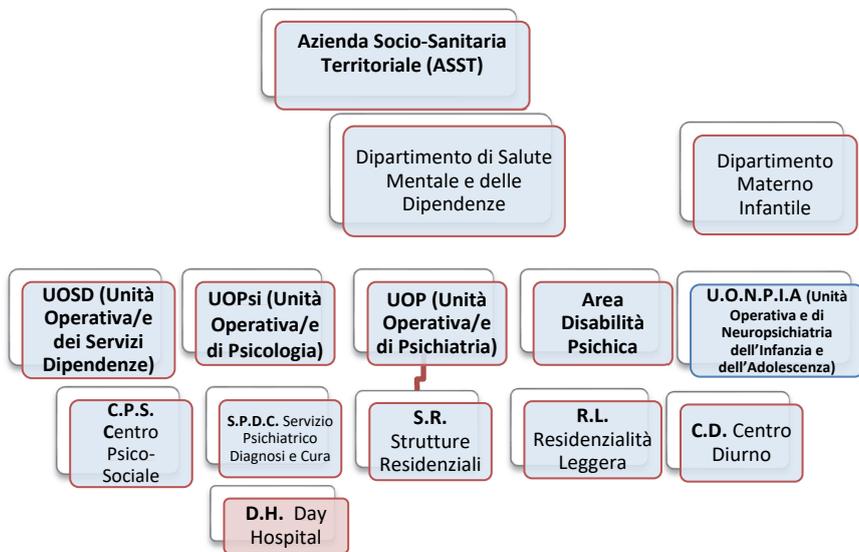
Al termine del triennio in cui la mappatura dinamica delle risorse è stata applicata e sperimentata sul campo, possiamo, in sintesi, trarre alcune indicazioni sugli aspetti positivi e le criticità che si sono riscontrate nel percorso.

La mappatura dinamica delle risorse, i suoi punti di forza, le sue criticità	
<i>Punti di forza</i>	<i>Punti di debolezza</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ dare voce agli utenti /favorirne il protagonismo; ✓ compartecipazione degli utenti alla progettualità e alla attuazione del progetto e alla attuazione delle diverse fasi di mappatura ✓ multidisciplinarietà dei saperi e delle prassi utilizzate; ✓ valorizzazione delle competenze profane dei pazienti ✓ valorizzazione della rete e del capitale sociale già esistente in modo da garantire la creazione di percorsi possibili e praticabili nello specifico contesto sociale; ✓ creazione di nuovo capitale sociale territoriale ✓ introduzione di pratiche innovative che possono integrare e far parte delle attività regolari del servizio di salute mentale; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ resistenze degli operatori ad abbandonare gli approcci tradizionali; ✓ difficoltà di coinvolgimento degli utenti, soprattutto quelli aventi minori risorse e capacità da mettere in campo; ✓ difficoltà di coinvolgimento dei familiari ✓ difficoltà a riconoscere realtà non strutturate, ossia non facenti parte della rete dei servizi e degli operatori come risorsa utile per la salute mentale ✓ scarsa comprensione del processo da parte della filiera organizzativa alta ✓ obiettivi che sfidano troppo la routine operativa e la responsabilità dei responsabili delle diverse articolazioni del servizio di salute mentale, e anche degli operatori

<i>Opportunità</i>	<i>Possibili effetti indesiderati</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ migliorare la conoscenza degli enti e delle realtà presenti sul territorio, ✓ avvicinare i servizi di salute mentale alla comunità e alle reti di servizi locali anche attraverso il metodo della co-produzione ✓ aumentare la flessibilità e la gamma degli interventi, in atto e futuri ✓ incrementare le risorse di un territorio utili per la salute mentale e non solo ✓ rendere la comunità locale più vicina ai bisogni dei cittadini svantaggiati ✓ valorizzare le capacità dei pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La mappatura che diventa routine e adempimento burocratico. ✓ La predominanza, anche involontaria, di un punto di vista (degli operatori, ad esempio), che può tendere a soffocare il confronto e la soggettività di ciascuna componente del gruppo. ✓ esaurimento progressivo del coinvolgimento iniziale degli utenti, degli enti, prima che si realizzi empowerment e il cambiamento organizzativo auspicabile nei servizi di salute mentale

7. Organizzazione dei servizi di salute mentale nella Regione Lombardia

Riportiamo lo schema esemplificativo relativo al modello organizzativo dei servizi di salute mentale in modo che il lettore possa collocarsi facilmente all'interno della struttura organizzativa.



2. La Mappatura dinamica come innovazione progettuale, passaggi generativi e concretizzazione.

di *Gianpaolo Scarsato*¹

In questo capitolo sono descritte la “filosofia” del progetto Recovery.net entro la quale si sviluppa il processo di mappatura dinamica, e le decisioni operative che ne sono scaturite.

1. Le radici di un progetto

Il progetto Recovery.net è nato dopo un percorso di alcuni anni dedicati ai temi della recovery e della coproduzione che ha visto operatori, pazienti e famigliari provenienti da territori diversi incontrarsi allo stesso tavolo per confrontarsi sui temi della salute mentale e sull’offerta dei Servizi a supporto dei percorsi individuali e comunitari. Esperienze anche molto diverse che, in particolare nel nord Italia, hanno cercato di alzare lo sguardo per immaginare nuovi modi di pensare i Servizi della psichiatria, quelli di area lombarda, ma anche Trieste, Trento, Bologna, Biella.

L’esperienza bresciana su questi temi, alla quale ho partecipato in modo diretto, è partita intorno al 2011 quando abbiamo conosciuto lo strumento Mental Health Recovery Star™ che ci ha permesso di concretizzare l’idea della centralità del paziente nel proprio percorso di cura e la possibilità di realizzare progetti coprodotti che riconoscessero il valore aggiunto, e irrinunciabile, del sapere esperienziale, quella competenza di chi la malattia l’ha provata sulla propria pelle. La possibilità, quindi, di concretizzare il concetto di recovery inteso come la possibilità, per il paziente, di “vivere al meglio, nonostante le limitazioni dovute alla malattia” e l’opportunità dei Servizi di favorire questo percorso.

¹ Educatore professionale, Coordinatore operativo generale del progetto Recovery.net.

Questa esperienza, che ci ha visti coinvolti nella traduzione dello strumento, nella sua validazione e anche nella formazione ad altri operatori, è stato un punto di non ritorno che ha aperto un percorso di studio, di sperimentazione e di ricerca attorno all'idea di una possibile trasformazione dei Servizi e di nuovi paradigmi che potessero guidare l'agire degli operatori.

Con una consapevolezza che si è fatta sempre più chiara e concreta: i servizi non possono essere autosufficienti e non possono esaurire tutto ciò che è supporto al benessere delle persone. È dimostrato anche da alcune ricerche, per le malattie di lunga durata, le cosiddette malattie croniche, la persona può beneficiare di un supporto specialistico per circa 4 ore in un anno, il resto dovrà quindi essere qualcosa di diverso dall'intervento specialistico e probabilmente anche qualcosa di diverso da ciò che possono offrire i servizi.

Dall'esperienza di Basaglia negli anni '70 "sintetizzata" nella legge che porta il suo nome, la cura delle malattie psichiatriche avrebbe dovuto essere principalmente sul territorio, nei luoghi di vita delle persone, dentro le comunità locali. Nonostante questi principi, ancora oggi, se guardiamo alla spesa per gli interventi di salute mentale, la parte residenziale la fa ancora da padrona.

Anche da questa consapevolezza è nato il progetto Recovery.net, dalla sfida di immaginare una psichiatria che sia veramente di comunità, cercando di mettere in campo anche modalità innovative e sperimentali coerenti con questo principio e fedeli al paradigma della recovery.

Dentro questa cornice si è collocata la "mappatura dinamica delle risorse".

2. Lo sguardo oltre a ciò che è noto e la sfida dell'innovazione

Fin da subito è parso chiaro che l'attività di mappatura declinata come "mappatura dinamica" ci avrebbe portato a sperimentare modalità diverse e innovative nell'approccio alla comunità locale e alle sue risorse.

Era chiaro, come già detto, che le risorse (in senso lato) per i percorsi di salute mentale non avrebbero potuto essere solo dentro i Servizi e che anche la comunità locale avrebbe potuto offrire il proprio sostegno, ma come avrebbe potuto essere attivata una comunità, questo non ci era ancora chiaro, o almeno, non ci era ancora chiaro se ci fosse uno spazio di innovazione dentro un concetto che per alcuni tratti pareva ovvio e conosciuto.

L'idea dell'importanza di un territorio e delle sue risorse non è stata una cosa nuova e ogni operatore, anche prima di questo progetto, ha sempre cercato di trovare soluzioni locali a supporto dei percorsi riabilitativi, attin-

gendo alle proprie conoscenze del territorio o a quelle dei colleghi. Pensiamo al grande lavoro svolto dagli assistenti sociali dentro i nostri Servizi, alla loro capacità di entrare in relazione e attivare risorse di vario genere e di vari enti (dai Comuni, alle cooperative, alle associazioni del territorio, ecc.) oppure dagli operatori che seguono i percorsi di avvicinamento al lavoro e attivano quegli strumenti che rendono possibile al paziente la sperimentazione di un ambiente lavorativo, la prova di un lavoro, l'assunzione protetta, ecc. Strumenti che sono attivati anche grazie alla costruzione di una rete di conoscenze e risorse alle quali si attinge per favorire questi percorsi.

Oppure pensiamo agli operatori delle strutture residenziali che si trovano a costruire progetti che spesso devono arrivare a immaginare un "dopo di noi" che è l'ambiente ordinario di vita delle persone e questo è reso possibile solo nel momento in cui si riesce a lavorare per un'adeguata collocazione abitativa, un lavoro, una rete di relazioni.

Come dire: l'abbiamo sempre fatto, niente di nuovo!

Così come sono stati tanti quelli che si sono cimentati nel catalogare le risorse di un territorio, alcuni anche con progetti finanziati proprio da Fondazione Cariplo, e anche noi abbiamo trovato mappature delle competenze, mappature delle risorse, elenchi delle associazioni... E anche a noi, anche da parte di colleghi, veniva spesso chiesto: "quando è pronto e disponibile l'elenco delle risorse?". Con l'idea che l'avere una rubrica telefonica aggiornata potesse essere sufficiente per attivare percorsi, che il problema di un'attivazione della comunità locale potesse semplificarsi nello squillo di un telefono... una sveglia da far suonare, una chiamata all'attivazione e alla messa a disposizione di spazi e risorse.

Ma abbiamo imparato, non subito, che non avevamo bisogno dell'ennesimo elenco o rubrica telefonica, che al termine della ricognizione e con i tempi che abbiamo noi, sarebbe già stata vecchia. Anche in questo caso non ci sarebbe stato niente di nuovo!

Avevamo bisogno di qualcosa di diverso.

Questo non l'abbiamo capito subito, è stato necessario attivare un percorso, mettersi in gioco, lasciarci provocare dalle sollecitazioni (qualche volta anche con tono di rimprovero) delle docenti dell'Università Bicocca che ci hanno offerto un metodo e ci hanno consegnato degli strumenti che poi si sarebbero trasformati strada facendo.

3. Un metodo sincrono all'obiettivo

Innovare presuppone un metodo, ma allo stesso tempo il metodo deve lasciarsi innovare sulla base dell'esperienza.

Dentro il progetto Recovery.net, questa azione è stata costruita con pazienza e tenacia, con un metodo che è stato fin da subito sincrono con l'obiettivo che ci eravamo dati. Anzi, l'obiettivo è stato quello di costruire insieme un metodo che si è arricchito delle singole esperienze personali di pazienti, operatori, famigliari, cittadini e delle relazioni che si sono generate.

La coproduzione è proprio questo: l'idea che le competenze personali, siano esse degli operatori, dei pazienti o dei famigliari, entrano in gioco in una dimensione di reciproca necessità alla costruzione del prodotto finale. Co produrre è qualcosa di più dell'idea di fare insieme qualcosa, co produrre è riconoscere il valore aggiunto e insostituibile che può essere portato dai singoli attori coinvolti. La coproduzione non è il valore etico di un progetto, ma il determinante interno che ne garantisce un esito diverso e ipoteticamente migliore.

Ogni volta che si mette attorno a un tavolo tutti i portatori di interesse (gli stakeholder², per usare qualche parola difficile) è molto interessante vedere come cambia l'atteggiamento e il lavoro stesso quando ci si trova dalla stessa parte della barricata e non c'è un nemico da combattere, ma un obiettivo da raggiungere insieme. Non per negare l'opportunità di richiamare ognuno ai propri doveri (istituzionali o privati che siano), ma per non fermarsi solo a questo, se pur necessario.

Il lavoro della mappatura dinamica è stato anche questo, un laboratorio di comprensione e ridefinizione dei ruoli, con confini che sono diventati flessibili. L'operatore non è più lo specialista che ha la soluzione a un problema (e che può essere "richiamato" se non offre questa soluzione), ma è un professionista che mette in campo le proprie competenze per favorire soluzioni condivise che partono dal riconoscere il protagonismo dei pazienti e la possibilità di condividere la responsabilità di un percorso.

In quest'ottica, la mappatura dinamica non è quindi un prodotto, un elenco, una mappa, ma è un processo che richiede il protagonismo prima di tutto dei pazienti che portano le proprie istanze, i propri sogni, il proprio percorso di recovery dentro uno spazio di confronto e di ricerca che si apre al territorio. Un processo che può essere favorito e supportato dagli operatori e che genera connessioni con la comunità. Un processo che porta a cu-

² S'intendono i portatori di interesse di un dato territorio.

stodire con cura tutte le informazioni che vengono raccolte, perché queste possano essere condivise e generare nuovi percorsi, anche con il supporto di elenchi, mappe e schede.

4. Dalle risorse alle opportunità

Io personalmente, per il ruolo che ho ricoperto nell'ambito del progetto Recovery.net, non partecipavo regolarmente ai lavori del gruppo mappatura, ma solo in occasione di appuntamenti particolari o per passaggi importanti, nell'ottica di mantenere una coerenza con l'impianto generale di tutto il progetto e il collegamento con le altre azioni.

In uno di questi incontri l'argomento è stato l'uso della parola "risorse". Tutti eravamo d'accordo sul fatto che il nostro territorio è ricco di molte risorse, da quelle proposte dall'amministrazione comunale a quelle di associazioni, cooperative, gruppi di volontariato, ma anche di singole persone che sono impegnate nel sociale. Ci siamo quindi chiesti come mappare una realtà così ricca, senza magari dimenticarci di qualcuno, ma anche perché mappare il gruppo "x" e non il gruppo "y" che magari fa cose simili? Con il timore di fare scelte arbitrarie o solo per "conoscenze personali". Quali elementi ci avrebbero potuto aiutare nella scelta delle risorse? Ricordo una discussione nella quale ci si chiedeva se aver mappato un gruppo di Yoga (perché conosciuto da una delle persone del gruppo) poteva assolvere a potenziali richieste per questo ³ tipo di attività o se l'aver individuato lo yoga come pratica utile ai percorsi di benessere ci avrebbe impegnato a una ricerca capillare e diffusa di tutte le proposte del territorio.

È stato un bel confronto, anche questo nell'ottica di un processo che offre sempre significati nuovi a un'esperienza che è dinamica e quindi mai definita e definibile in modo statico. Un passaggio però è stato importante, un punto di non ritorno mi verrebbe da dire, o una *milestone* (importante traguardo intermedio) direbbe qualcuno, quando dai pazienti è arrivato il suggerimento di passare al termine "opportunità". Dove per opportunità si intendevano quelle risorse che in qualche modo entravano dentro il processo della mappatura dinamica, quelle risorse mappate e/o sperimentate che diventano parte di un percorso individuale o che potrebbero diventarlo.

³ Il raggiungimento di un obiettivo predefinito.

Il termine “**risorsa**” rimanda a qualcosa che è proprio di chi la detiene, qualcosa che è potenzialmente disponibile per un supporto, un aiuto, un sostegno, ecc. Il termine “opportunità” richiama invece all’idea di come una risorsa possa assumere un significato particolare dentro un contesto specifico e per una data persona. È come se, per essere opportunità, una risorsa debba entrare in relazione con chi ne può trarre beneficio e assumere un significato specifico nel momento in cui è colta e “utilizzata”. L’opportunità è la risorsa arricchita dei significati e delle aspettative della persona che la sperimenta dentro il suo percorso di recovery.

Poi questa opportunità potrà essere comunicata ad altri, arricchita di questi significati e mediata da un’esperienza vissuta.

Un altro incontro è stato interessante proprio su questo tema. Era un incontro “istituzionale” del progetto e al tavolo era presente un ente che avrebbe potuto offrire anche un contributo economico per le attività del CoLab. Questo ente ci ha raccontato come, pur avendo delle risorse per aiutare pazienti in difficoltà, facevano fatica a intercettare i bisogni. Io, pensando a quello che ci avevano suggerito i pazienti, ho detto che non avevamo bisogno di risorse (... e a questo punto ho intercettato gli occhi sgranati del referente amministrativo del progetto...), ma di opportunità. Cioè c’era bisogno di creare relazioni, di dare volto alle risorse, di entrare dentro un percorso per condividere tratti di strada e quindi trasformare le risorse in opportunità. Poi è andata bene, abbiamo condiviso un progetto.

Questo passaggio è importante anche per i Servizi e per gli operatori. Come ho detto all’inizio, riuscire a descrivere la mappatura dinamica a chi non ci ha partecipato direttamente è davvero difficile. A volte si cerca di raccontare tutto il lavoro che è stato fatto, le discussioni del gruppo mappatura, e poi la richiesta è “potete passarci l’elenco”? Non è facile, ma a questo punto il tentativo è quello di cogliere questa richiesta di una risorsa (il famoso elenco) e trasformarla in una opportunità anche per gli operatori, un’opportunità di vedere con occhi diversi la necessità di trovare soluzioni ai progetti individuali. Niente che risolverà magicamente i vari problemi, ma l’occasione di attivare nuove energie, quelle che possono mettere in gioco i pazienti stessi.

5. Custodire e rendere disponibili le informazioni

Mano a mano che si raccoglievano informazioni, si sbobinavano interviste, si incontravano persone, è nata la necessità di pensare a un archivio utile e funzionale. L'idea quindi di creare un database di tutte le informazioni raccolte, per non perdere quanto raccolto e anche per renderlo disponibile ad altri.

Così come ci è sembrato utile (ma anche di impatto visivo) avere una mappa sulla quale segnare le risorse individuate.

Per capirci, l'idea da cui eravamo partiti era quella di avere una specie di "Tripadvisor" delle risorse mappate, con la possibilità di fare ricerche, fare recensioni, suggerire nuove risorse.

Quali categorie usare?

Pensando a uno spazio (fisico o virtuale) dove custodire le molte informazioni che si stavano raccogliendo si è posto subito il problema di una classificazione delle opportunità, cioè della necessità di avere dei criteri di archiviazione che fossero anche i criteri di ricerca.

Da un primo confronto nel gruppo mappatura ci si è orientati pensando a quelle che chiameremmo delle categorie "abituali": tempo libero, lavoro, hobby, relazioni, benessere, ecc. Cioè quelle esperienze della vita personale che caratterizzano i nostri impegni quotidiani o i nostri obiettivi.

Abbiamo quindi provato a suddividere le risorse mappate in queste categorie e ci era sembrato che la cosa funzionasse abbastanza bene. Se nel mio percorso avessi sentito il bisogno di trovare un hobby per occupare il tempo libero, avrei aperto il "cassetto" delle risorse così classificate e fra quelle avrei potuto scegliere. Oppure avrei potuto attivarmi per una nuova ricerca.

C'era qualcosa però che non convinceva fino in fondo. Pensando al progetto Recovery.net nel suo complesso questa classificazione "classica" pareva che non cogliesse tutta la novità e la potenzialità del progetto. Non sarebbe stata una cosa particolarmente innovativa e non avrebbe reso espliciti e visibili i temi importanti alla base del progetto.

In fondo a questa classificazione, pur nella novità del metodo di mappatura, ci saremmo arrivati anche prima del lavoro che si stava facendo con il progetto.

Oltre all'innovazione del metodo, cioè oltre all'idea di una dinamicità della ricerca di risorse per i percorsi individuali, nel protagonismo attivo

dei pazienti, quale altro elemento avrebbe potuto caratterizzare questo lavoro?

C'era però la percezione che quelle categorie non raccontassero appieno il lavoro che si stava facendo e anche che questa classificazione andasse a ripetere cose fatte da altri, magari anche in modo più preciso e approfondito.

Ecco che allora abbiamo fatto un esercizio di “ritorno alle origini”, siamo andati a riprendere il concetto cardine di tutto il progetto, cioè il concetto di recovery e come questo era potuto diventare percorso individuale per i singoli pazienti.

Per noi operatori e per molti pazienti l'azione che più di tutte ci ha “formato” ai temi della recovery e ci ha fatto sperimentare il protagonismo degli esperti per esperienza (i pazienti) è stata l'utilizzo della Mental Health Recovery Star™, uno strumento a supporto dei percorsi individuali di recovery.

Questo strumento, fra le sue caratteristiche, ha quella di guardare alle situazioni degli utenti in modo olistico. Cioè si osservano dieci aree della vita della persona (salute mentale, cura di sé, abilità per la vita, reti sociali, lavoro, relazioni, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza) per fare una fotografia della situazione attuale e quindi individuare obiettivi di cambiamento. Il singolo obiettivo è individuato in una delle dieci aree e quindi gli strumenti e le risorse necessari per raggiungerlo sono coerenti e finalizzate all'area.

Questo permette di fare una prima classificazione delle singole realtà mappate in riferimento a una delle dieci aree della Recovery Star, anche se una classificazione di questo tipo potrebbe essere anche troppo dettagliata. Soprattutto all'inizio del lavoro del gruppo mappatura non tutte le aree erano coperte da risorse individuate e questo (anche a livello di presentazione del “prodotto”) è parso un punto critico.

Partendo quindi da queste dieci aree (prendendo anche alcuni stimoli che avevamo recuperato in letteratura, come il lavoro di Mike Slade (Leamy et al, 2011) sul *CHIME framework*, abbiamo individuato 4 macro-aree in coincidenza anche con quelle che sono state individuate per la costruzione del catalogo corsi del Recovery College del programma FOR (altra azione innovativa del Progetto Recovery.net).

Queste 4 macro-aree sono:

- a) Salute (salute fisica, salute psichica, cura di sé, dipendenze).
- b) Relazioni (relazioni personali e reti sociali).

- c) Abilità per la vita (abilità quotidiane, lavoro, studio, responsabilità).
- d) Fiducia e autostima (fiducia e speranza, identità e autostima, ottimismo, essere generosi).

Le quattro aree individuate sono quindi diventate la classificazione principale delle realtà mappate, senza però perdere la possibilità di una classificazione più completa utilizzando tutte le 10 aree, ma anche un'altra classificazione che ci è parsa molto interessante e che abbiamo preso da un lavoro fatto dalla Mental Health Foundation (Aked *et al.*, 2015) che è quella delle “5 vie del benessere” che sono: coltivare relazioni, mantenersi attivi, essere curiosi, continuare a imparare, essere generosi.

Quindi, la singola realtà mappata è classificata secondo questo schema:

- a) È assegnata la “Categoria principale” che è una della 4 macro-aree.
- b) È possibile assegnare una “Seconda Categoria” sempre fra le 4 macro-aree.
- c) È abbinata una delle 10 aree della Recovery Star.
- d) Se applicabile, è abbinata una delle 5 vie del benessere.

Tutte le realtà mappate sono state quindi classificate secondo questo criterio e questo ha anche reso evidente la presenza di aree ricche di risorse e aree un po' scoperte. Sulla Fiducia e autostima, per esempio, è stato evidente una difficoltà a individuare realtà che lavorassero direttamente su questi aspetti così come è emerso che è una parte forse un po' trascurata nei percorsi “ordinari” perché c'è la tendenza a esplorare cose più concrete.

Aver adottato una classificazione di questo tipo è stato anche uno stimolo al gruppo mappatura per lavorare su quelle aree che risultano più scoperte e quindi adottare un metodo di lavoro che non solo parte dalle richieste o dalla sensibilità di operatori e utenti, ma che fa propri i principi base della recovery e in qualche modo se ne diventa promotori.

6. Una mappa delle opportunità

Un altro passaggio importante è stato quello di rendere visibile su una mappa tutte le realtà mappate.

Un primo strumento che abbiamo utilizzato è stata la mappa interattiva disponibile gratuitamente sul sito www.padlet.com. Da una parte questo ci ha reso possibile fare una raccolta sintetica dei dati, abbinando un codice

colore sulla base dello stato di avanzamento della “lavorazione” della risorsa (solo contattata, già intervistata, disponibile, ecc.) dall’altra ha reso fruibile a quanti veniva consegnato l’indirizzo web di riferimento l’elenco delle realtà mappate. Questo lavoro è stato molto apprezzato anche dai pazienti che vedevano tradotto in un colpo d’occhio il lavoro che era stato fatto.

Poi questa mappa virtuale si è tradotta anche su una mappa reale che, quando finalmente abbiamo potuto entrare nel nostro CoLab, è stata appesa alla parete della stanza che poi sarebbe diventata la “sede operativa” del gruppo mappatura.

Lì in realtà abbiamo messo 4 mappe con uno zoom progressivo: dall’intera provincia di Brescia, al particolare del territorio della Unità Operativa di Psichiatria n. 23 (territorio principale di riferimento), al comune di Brescia, al particolare del quartiere di San Polo dove ha la sede il CoLab.

Sulle mappe sono state messe delle puntine colorate con dei cartellini che riportano il nome delle risorse mappate, in corrispondenza della loro sede. Il colore delle puntine e dei cartellini corrisponde alle 4 categorie principali con cui sono state classificate le realtà mappate.

Queste mappe raccontano in una sintesi visuale il grosso lavoro che è stato fatto dal gruppo mappatura e a partire da qui diventa più facile raccontarlo alle persone che frequentano il CoLab.

7. Possibili strumenti on-line

Siamo partiti all’inizio di questo paragrafo dicendo che un’idea che era venuta in mente pensando alla diffusione delle informazioni raccolte era quella di immaginare un TripAdvisor delle opportunità per la recovery. È un’idea molto ambiziosa che non abbiamo ancora abbandonato e che abbiamo anche cercato di rendere operativa.

Per un periodo abbiamo collaborato con alcune persone che ci hanno aiutato a sviluppare un progetto attorno all’idea di realizzare una App fruibile da cellulare da chi fosse alla ricerca di opportunità per il proprio percorso personale, dagli operatori impegnati a supportare i piani d’azione dei propri pazienti, da quanti avrebbero voluto segnalare potenziali risorse da mappare.

È stato un lavoro interessante che ci ha costretto a lavorare su una possibile sintesi fra ciò che era dinamico e sempre in evoluzione e i sistemi informatici che seguono delle regole precise e che in qualche modo devono essere essi stessi “istruiti e addestrati” per diventare anche loro dinamici e capaci di seguire processi complessi come quelli della recovery. È stato un

lavoro di confronto e approfondimento che ci ha portato a immaginare anche una App come strumento di collegamento fra l'utente e il suo operatore di riferimento. Poi si sono aperte problematiche che sono risultate di difficile soluzione anche in riferimento a responsabilità di tipo medico-legale (riferite ai percorsi individuali e alla gestione dei dati sensibili) che non ci hanno permesso di procedere su questa strada.

Abbiamo quindi fatto un passo indietro provando a ragionare su cosa poteva essere utile, in primo luogo, al lavoro del gruppo mappatura e alla necessità di archiviare le informazioni e renderle facilmente recuperabili e, in seconda battuta, alla possibilità di renderle fruibili anche oltre il gruppo mappatura. Abbiamo quindi deciso di utilizzare le competenze interne sapendo che nessuno di noi era in grado di progettare o realizzare sistemi complessi o di costruire una App così come si era ipotizzato all'inizio. Fra quello che abbiamo trovato in rete lo strumento che ci è sembrato più vicino alle nostre esigenze è l'applicazione web "Airtable" (www.airtable.com) che permetteva anche implementazioni progressive anche in tempi diversi.

Airtable prevede degli spazi di lavoro (Workspaces) che si basano su una tabella tipo foglio di calcolo (tipo Excel, per capirsi) che abbiamo costruito prevedendo questi campi:

- a) Il nome della realtà mappata.
- b) Il tipo di organizzazione o ente.
- c) Il logo o una fotografia.
- d) La categoria principale.
- e) L'eventuale seconda categoria.
- f) L'area della Recovery Star.
- g) L'eventuale Via del Benessere.
- h) L'indirizzo.
- i) I recapiti telefonici, email e sito internet.
- j) Il nominativo di una persona di riferimento.
- k) Gli obiettivi dell'organizzazione.
- l) Gli ambiti principali di intervento.
- m) Le risorse individuate come potenzialmente utilizzabili per il progetto Recovery.net.
- n) Risorse già utilizzate nel progetto.
- o) Il file dell'eventuale intervista.

E una serie di informazioni a supporto del lavoro del gruppo mappatura anche per monitorare il processo di mappatura:

- p) Data di contatto con la realtà.
- q) Nome degli operatori e pazienti che hanno contattato la realtà.
- r) Il “grado di mappatura e coinvolgimento”:
 - ♥ (1 cuore: c’è stato qualche contatto con la risorsa).
 - ♥♥ (2 cuori: è stata fatta l’intervista).
 - ♥♥♥ (3 cuori: è una risorsa “calda”, cioè si è attivata una collaborazione, è attivo un confronto, c’è una disponibilità alla collaborazione).
- s) L’eventuale chiusura o sospensione delle attività.
- t) La specifica se la risorsa è sul territorio del quartiere San Polo (dove ha la sede il CoLab).
- u) La nota se della singola risorsa sono da stampare i cartellini da applicare alla mappa appesa nella sede del gruppo mappatura.
- v) Eventuali note in merito a commenti o informazioni utili che sono emerse nel confronto del gruppo mappatura.

Questa tabella dati può essere “alimentata” tramite un form (una interfaccia on-line che facilita l’inserimento dati) e, per ogni risorsa, genera una scheda cartacea con tutte le informazioni raccolte custodita in quattro faldoni (corrispondenti alle quattro aree principali di classificazione) che si possono consultare nella sede del gruppo mappatura presso il CoLab.

Inoltre, a partire dai dati inseriti nella tabella, Airtable permette la generazione di report che si possono consultare on-line e che permettono di presentare le risorse in modalità diverse di aggregazione, per esempio distinte per le quattro categorie principali, o piuttosto selezionare quelle che per le dieci aree della Recovery Star, o piuttosto quelle che sono nel quartiere San Polo, ecc.

A un certo punto, poi, è emersa la necessità di usufruire di alcuni strumenti collegati all’applicazione Airtable che permettevano ulteriori elaborazioni e uso dei dati che però non erano comprese nel “pacchetto free”, ma era necessario passare alla versione “Pro Plan” che costa circa 480 \$, ma che si potevano accumulare promuovendo l’iscrizione alla piattaforma di altre persone “guadagnando” un credito di 10 \$ per ogni persona iscritta. In pochi giorni siamo riusciti a coinvolgere più di 50 persone e questo ci ha permesso di usufruire di strumenti più completi, senza dover pagare un abbonamento.

Ovviamente lo strumento Airtable non è pienamente aderente alle necessità della mappatura dinamica e non è direttamente spendibile all’esterno, senza una mediazione di chi l’ha costruito, si è però rivelato un utile strumento di lavoro e un supporto efficace per la raccolta e l’aggiornamento di tutte le informazioni. Ci resta il sogno di poter arrivare

a un TripAdvisor delle opportunità per la recovery, ma per ora già questa cosa ci sembra un bel lavoro.

Il gruppo mappatura

Il Gruppo Mappatura, che si è costituito in modo stabile per curare tutti questi processi, è anche un luogo di confronto e approfondimento, oltre che uno spazio di transito per pazienti (o pazienti con il proprio operatore di riferimento) che stanno costruendo il proprio percorso di recovery e che possono trovare nel lavoro della mappatura un utile sostegno, o anche diventare a loro volta protagonisti di un'attività di mappatura finalizzata al proprio percorso individuale.

Anche il gruppo è quindi *dinamico*: ci sono persone che partecipano regolarmente e che conoscono o hanno sperimentato direttamente il metodo della mappatura dinamica, e altre che attingono alle informazioni e diventano attive dentro un metodo di ricerca e individuazione delle opportunità, anche attraverso la partecipazione per un breve periodo al Gruppo Mappatura stesso.

La mappatura dinamica si è quindi rivelata un attivatore delle persone e delle risorse e, spesso, è stata anche strumento di attivazione della rete comunitaria lì dove sono nate delle collaborazioni proprio grazie al processo attivato dalla mappatura stessa.

È quindi uno strumento in continua evoluzione che, nell'integrazione con i Servizi e con il territorio, ha mostrato una notevole potenzialità a supporto dei percorsi individuali di recovery, ma anche a supporto della rete comunitaria.

Nel gruppo mappatura ci sono anche delle diverse sensibilità che lo abitano. Anche questo si è mostrata una ricchezza importante, l'apporto che operatori e utenti con sguardi diversi e modalità diverse di operare è stato un motore importante del lavoro, anche se ovviamente, è stato necessario mantenere come riferimento gli obiettivi della mappatura e la sua integrazione dentro una proposta più ampia che è quella del CoLab. Molte delle persone che collaborano alla mappatura sono anche quelle che collaborano con le diverse attività proposte nel CoLab, questo permette una maggior integrazione nelle proposte, ma allo stesso tempo richiede il riconoscimento di una giusta autonomia delle diverse azioni, nonché un necessario coordinamento delle aree di sovrapposizione.

8. La necessaria integrazione con i Servizi

Penso che l'efficacia del lavoro del gruppo mappatura e quindi di tutta l'attività della *Mappatura dinamica*, sarà misurata anche nella capacità di diventare reale supporto ai percorsi individuali dei pazienti che si affidano a un Servizio per la salute mentale con i propri obiettivi di benessere e di cambiamento dentro il personale percorso di recovery.

L'operatore dei Servizi e il paziente devono poter attingere alle opportunità individuate dalla Mappatura dinamica, ma, e forse ancor di più, devono poter avere l'occasione di attivarsi con responsabilità dentro un processo di ricerca e condivisione delle risorse utili al proprio percorso, riconoscendo la centralità e il protagonismo del paziente.

Penso ai momenti in cui si scrivono i progetti individuali, si individuano aree in cui generare cambiamenti, si cercano strumenti e risorse per raggiungere gli obiettivi personali. È in questo "spazio" che io immagino la potenzialità maggiore della mappatura.

Penso che, tutto quanto abbiamo imparato con la Mappatura dinamica debba poter diventare risorsa (che non ha grossi costi economici) per i Servizi e questo dovrà necessariamente essere un percorso da costruire nei prossimi anni. Dopo questa esperienza sarà normale cercare di costituire un gruppo mappatura per molti dei percorsi individuali.

3. La recovery strategia e obiettivi in un progetto partecipato

di *Fabio Lucchi*¹

In questo capitolo sono ricostruite in modo sintetico le basi, di esperienza e di riflessione, su cui si fonda la mappatura dinamica delle risorse.

L'affermarsi dell'approccio che viene definito della "recovery" nel settore della salute mentale è il risultato di un percorso al quale hanno contribuito utenti dei servizi che a partire dagli anni 80 "in prima persona" hanno iniziato a raccontare e a scrivere dei propri percorsi di ripresa personale dall'esperienza nel fronteggiare un disturbo psichico e le sue conseguenze.

Molti infatti sono i contributi di "esperti per esperienza" che pubblicamente o tramite i più vari strumenti di comunicazione hanno raccontato la propria storia personale offrendo ispirazione e fiducia a molti altri che a loro volta hanno preso la parola in un confronto con i servizi di salute mentale che ha attraversato varie fasi ora improntate alla conflittualità, ora a un dialogo aperto.

Partendo da questa "base esperienziale" – che continua ad arricchirsi di contributi anche oggi – diversi ricercatori si sono dedicati ad analizzare qualitativamente i dati raccolti sistematizzando temi ricorrenti: da qui si è poi arrivati a un vero e proprio paradigma della recovery, che seppur con qualche differenza riconducibile ai vari contesti culturali in cui è stato proposto, rappresenta un riferimento chiaro per i servizi che decidono di orientare le proprie pratiche alla sua concreta adozione.

In questa direzione, il contributo del progetto "WHO Quality Rights: Recovery and the right to health" promosso nel 2019 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità rappresenta il documento di indirizzo più preciso e

¹ Psichiatra e responsabile scientifico del progetto Recovery.net.

compiuto per la comunità internazionale degli operatori dei servizi di salute mentale (Funk, 2020).

Devra Kestel, direttore del Dipartimento di Salute Mentale della stessa organizzazione, introducendo le pubblicazioni del progetto scrive che “un approccio orientato alla recovery assicura che i servizi mettano le persone al centro dei percorsi di cura e induce a supportare le persone nel definire cosa è per loro recovery e cosa per loro significa. Questo approccio è per aiutare le persone a riprendere il controllo sulla propria vita e identità, avere speranza per il futuro e vivere una vita che abbia per loro un significato che possa essere attraverso il lavoro, le relazioni interpersonali, il vivere nella comunità, la spiritualità o qualsiasi altra cosa”.

In un periodo in cui la psichiatria in quanto disciplina scientifica risente di un dibattito che investe teorie e pratiche consolidate suscitando una radicalizzazione di posizioni contrapposte che non sembrano portare a un miglioramento della qualità delle cure proposte, i temi che la recovery e il modello della coproduzione a essa complementare sembrano trovare un interesse da parte degli utenti dei servizi, delle loro associazioni e di un numero crescente di operatori interessati ad affermare o riaffermare valori che le pratiche della psichiatria di comunità hanno fatto propri.

Numerosi sono gli studi, sia qualitativi che quantitativi, che hanno contribuito a un consolidamento non solo della teoria del cambiamento personale che sta alla base del concetto di recovery, ma anche delle pratiche orientate alla recovery che possono essere concretamente apprese, applicate e valutate all'interno dell'offerta dei servizi di salute mentale: pensiamo ad esempio alla diffusione che ha avuto il modello dell'Individual Placement and Support, il metodo dell'Illness Management and Recovery e, più recentemente, il movimento internazionale dei recovery colleges.

Il concetto di recovery ha trovato ampia diffusione a livello internazionale nel campo della salute mentale e sono stati proposti approcci empirici e concettuali per differenziarne le varie componenti (Resnick *et al.*, 2005; Whitley *et al.*, 2010).

Si tratta di un concetto con due significati, uno più orientato alla clinica tradizionale e si avvicina al concetto di “*restitutio ad integrum*”, il secondo fa riferimento a un percorso di ripresa personale che può avvenire anche in presenza di sintomi psichiatrici attivi.

La recovery clinica emerge dalla ricerca condotta dai professionisti e ha quattro caratteristiche:

1) è un esito o uno stato, generalmente dicotomico: una persona o è “in recovery” o non lo è;

- 2) è osservabile, descrivibile in un linguaggio clinico e oggettivo, non soggettivo;
- 3) è valutato da un clinico nel suo ruolo di esperto e non dagli utenti;
- 4) la definizione di recovery non varia da individuo a individuo.

Sono state proposte più definizioni di recovery clinica e una delle più citate prevede la remissione completa dei sintomi, una condizione di lavoratore a tempo pieno o parziale, condurre una vita indipendente senza supervisione da parte di caregiver informali, avere amici con cui condividere attività per un periodo di almeno due anni (Lieberman *et al.*, 2002).

La recovery clinica, anche nelle sue varianti come la functional recovery, è quindi relativamente facile da definire attraverso il consenso dei ricercatori e relativamente facile da indagare: tuttavia in essa si nasconde una considerazione rispetto alla normalità di non altrettanto semplice composizione e che viene catturata dalla domanda di Ralph e Corrigan (2005): “Quanti obiettivi devono essere raggiunti per essere considerati recovered? In questa direzione, quanto successo nella vita è necessario per essere considerati normali?”.

A differenza della recovery clinica la recovery personale trova una sua definizione attraverso i seguenti punti:

- 1) è un processo, una dimensione continua;
- 2) è definito soggettivamente dal singolo individuo;
- 3) è valutato dalla persona che fa l’esperienza della malattia mentale;
- 4) può significare cose diverse per persone diverse anche se ci sono caratteristiche condivise in molti percorsi individuali.

Il focus della recovery personale è quindi diverso da quello della recovery clinica, ad esempio sottolinea la centralità della speranza, dell’identità, della ricerca di significati e responsabilità personali, che si ritrovano nella definizione più citata al livello internazionale che è stata proposta dal Bill Anthony: “recovery è un processo profondamente personale e unico che porta a cambiare i propri comportamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente e ricca di speranza anche con le limitazioni dovute alla malattia. Recovery comprende lo sviluppo di nuovi significati e finalità nella propria vita nel momento in cui una persona supera gli effetti catastrofici della malattia mentale”.

Essendo questo tipo di recovery individuale e con significati personali, non è semplice trovare una definizione univoca anche se alcune ricerche effettuate hanno rilevato un consenso fra le persone coinvolte con esperien-

za vissuta su affermazioni come “la recovery è il raggiungimento di una qualità di vita personale accettabile” o “la recovery è sentirsi meglio” (Law e Morrison, 2014).

Un orientamento alla recovery viene ritrovato anche in molti documenti di indirizzo per le politiche per la salute mentale nel mondo anglosassone (Mental Health Commission of Canada, 2012; New Freedom Commission on Mental Health, 2003) ma non solo (Olij, 2009).

Anche molte associazioni professionali hanno adottato il paradigma della recovery (Cooke *et al.*, 2014; College of Occupational Therapists, 2006; Care Services Improvement Partnership, 2007; American Psychiatric Association, 2005).

Per fornire un quadro di riferimento che consenta una comprensione della recovery personale dal quale possa derivare anche un metodo per renderne possibile una valutazione, è stata proposta una sintesi a partire da quanto presente nella letteratura sull’argomento (Leamy *et al.*, 2011).

La sintesi narrativa che ne è derivata ha identificato:

- 13 caratteristiche del percorso di recovery (ad esempio: recovery è un processo attivo, unico e individuale, non lineare, è una battaglia, è una esperienza che cambia la vita, è possibile senza una cura, etc.) che aiutano a cogliere l’esperienza soggettiva della recovery;
- 13 modelli di processo di recovery che possono essere ricondotti al modello di cambiamento transdiagnostico di Prochaska e DiClemente (1982);
- 5 processi sovraordinati quali l’essere in relazione, speranza, ottimismo, identità, significati nella vita ed empowerment che vanno a comporre l’acronimo CHIME, diventato uno strumento utile per comprendere la recovery e per identificare modalità attraverso le quali gli operatori possono facilitare la recovery stessa (Eriksen, 2014).

A distanza di qualche decennio dai primi articoli che proponevano la recovery come una delle possibili aree di studio e di intervento per favorire percorsi di innovazione nei servizi di salute mentale, oggi l’argomento sembra trovare ulteriore forza e rinnovato interesse a partire dalle difficoltà che la cura dei disturbi mentali incontra nei cosiddetti “setting del mondo reale”.

Il proposito più volte dichiarato di portare a livello di popolazione generale gli interventi maggiormente supportati in termini di prove di efficacia si scontra con carenze di risorse, di operatori con le formazioni adatte e con l’impossibilità di garantire un accesso equo a tutti gli utenti e questo, in una

prospettiva di salute mentale pubblica, sta portando molti a pensare ad approcci complementari o alternativi a quelli basati principalmente appunto sulle clinical competences.

Da qui l'idea di guardare a interventi e pratiche che possano favorire il self-management, l'agency personale in un contesto di comunità competenti, la prevenzione indiretta dei disturbi emotivi comuni, la digital mental health e, ancora più in generale, "ecosistemi" per la valorizzazione di risorse individuali e progettualità collettive nei contesti di vita delle persone.

Il modello canadese dell'ICM fatto proprio dalla strategia canadese per la salute mentale guarda in questa direzione attraverso interventi per tutti, non solo quindi per popolazioni target definite e ~~e~~ trova consonanze importanti con il modello di benessere proposto da Corey Keyes (Corey LM Keyes, 2007).

Tuttavia il modello continuo di salute mentale proposto da Keyes e basato sulle tre categorie di *languishing*, *moderately healthy* e *flourishing* (assenza di benessere, moderata salute mentale e salute mentale positiva con presenza di benessere) (Keyes *et al.*, 2010) crea uno spazio per considerare il legame fra i vari costrutti e soprattutto apre a possibili interventi dall'impatto positivo sulla salute mentale, sia in senso preventivo che curativo.

Dai dati portati dagli autori infatti collocarsi al livello *flourishing* è un fattore protettivo rispetto allo sviluppare un disturbo mentale, mentre coloro che passano dal *flourishing* al *moderate mental health*, aumentano del 3,5% il rischio di sviluppare un disturbo mentale rispetto a chi rimane nella condizione di *flourishing*. Collocarsi invece al livello *languishing* comporta un incremento del 80% di sviluppare un disturbo mentale.

I dati indicano anche che chi passa dallo stato *languishing* al *flourishing*, riduce significativamente il rischio di ammalarsi di un disturbo mentale di almeno il 50%.

L'essere al livello *languishing* si associa anche a una condizione di salute fisica più compromessa, con maggiori disabilità associate che si traducono in un ridotto funzionamento sociale e lavorativo.

Le analogie del modello proposto da Keyes con il modello della recovery sono evidenti e consentono di strutturare per i servizi di salute mentale nella loro accezione più ampia, a integrazione di interventi mirati alla riduzione dei sintomi (e quindi in una prospettiva patogenetica), una serie di azioni con l'obiettivo di raggiungere il livello *flourishing*, nonostante la presenza di sintomi psichiatrici attivi, che è l'essenza della definizione di recovery. In questa direzione si colloca, ad esempio, il Flourish Program

(Oades *et al.*, 2008) basato sui principi della psicologia positiva e che prevede il contributo attivo di peer-supporters.

Ancora più recentemente si segnala la riflessione in corso presso i servizi di salute mentale olandesi stimolata dal contributo di Jim Van Os (2021).

A partire dalla considerazione che le risorse dei sistemi sanitari non sono tali da poter coprire tutte le richieste reali e potenziali di persone che potrebbero beneficiare di interventi psicologici e psichiatrici basati sulle evidenze e che quindi un modello di intervento a supporto della salute mentale della popolazione basato esclusivamente sulle “clinical competences” degli operatori socio-sanitari è insostenibile sul piano economico e inattuabile praticamente, Van Os e colleghi (2021) propongono modelli di intervento alternativi all’interno dei quali recovery, empowerment, self-efficacy, supporto fra pari, mobilitazione di risorse comunitarie non sanitarie sono ingredienti attivi soprattutto se calati in contesti geografici definiti e di piccole-medie dimensioni.

Questa prospettiva quindi potrebbe anche essere letta come “rivisitazione” di un modello di intervento comunitario che è alla base dell’esperienza dei servizi di salute mentale italiani e che prevede una conoscenza e un rapporto con il territorio che si declina in molte dimensioni.

Il minimo comune denominatore che il numero o le varie caratteristiche degli abitanti di quella data comunità locale contribuisce alla costruzione di gran parte degli indicatori quantitativi costruiti e monitorati attraverso i registri dei casi e delle attività di gran parte dei servizi, può essere esplorato ulteriormente andando alla ricerca di ulteriori elementi che contribuiscono alla descrizione e quindi all’interpretazione di un dato contesto comunitario.

La conoscenza di risorse potenziali presenti che, una volta conosciute possono diventare realmente fruibili, fa parte di un lavoro di rete, di “ingaggio” che i servizi effettivamente “*place-based*”(basato sui luoghi) non possono né trascurare né demandare ad altri.

In questa direzione assume importanza l’interesse per come si possa promuovere il cambiamento individuale e collettivo attraverso spazi progettati, pensati in funzione di questo obiettivo: la prospettiva della recovery in questo senso può diventare una prospettiva per tutti.

In sinergia con il paradigma della recovery, si pone anche la coproduzione.

Anche se sviluppatasi a livello accademico in contesti diversi dal settore socio-sanitario, la coproduzione è andata affermandosi soprattutto quando i modelli di welfare universalistici hanno iniziato a confrontarsi con la limitatezza delle risorse economiche a disposizione per coprire i bisogni e le

richieste degli utenti dei servizi contribuendo quindi all'affermarsi di pratiche orientate al welfare comunitario, generativo, in grado cioè di mobilitare risorse presenti nei territori e di valorizzare il contributo che gli utenti stessi possono portare alla realizzazione di interventi di cui sono beneficiari in prima persona. In questo senso recovery e coproduzione si incontrano e diventano paradigmi sinergici nel contribuire a disegnare un campo per ripensare e sperimentare percorsi di ripresa personale, di benessere psicosociale in generale e anche sistemi e reti di servizi in grado di integrarsi e interagire efficacemente con le risorse presenti nella comunità. L'elemento che connette e integra i due paradigmi è il riconoscere le risorse e i punti di forza di ciascuna persona e di ciascun soggetto che è attivo in una rete che si costituisce per trovare soluzioni a problemi di vario genere: questo è un cambiamento rilevante rispetto all'approccio tradizionale del "lavorare sui deficit" con interventi ristorativi di varia natura. Se i modelli di cura tradizionali stringono attorno alla definizione sempre più raffinata e granulare della disabilità valutata e descritta in tutte le sue componenti, recovery e coproduzione aprono alla ricerca di punti di forza in più direzioni e in tutti i contesti: anche per questo la coproduzione contribuisce a vedere prospettive positive nei percorsi delle persone che si confrontano con le cosiddette *life-changing diseases* (impatto delle malattie sulle decisioni importanti della vita) fra cui i disturbi mentali rientrano a pieno titolo. Ma ancora più in generale orientarsi alla coproduzione significa riconoscere il valore di ogni persona e lavorare per offrire a tutti opportunità per sostenere percorsi personali a partire dalle proprie scelte, aspirazioni e obiettivi.

Come per la recovery, anche la coproduzione è un'esperienza personale che può essere colta attraverso la narrazione di chi è stato protagonista: questo è un passaggio importante che consente alle persone direttamente coinvolte e anche ai servizi che le supportano, di farla propria e di renderla un valore autentico condivisibile con altri. Quindi elencando i principi del quadro generale che l'ascissa della coproduzione e l'ordinata della recovery vanno a comporre, troviamo:

- a) ogni persona ha risorse, valori e reti naturali di supporto che vanno oltre la definizione che può essere utilizzata per descrivere la loro posizione rispetto a un servizio;
- b) si costruiscono relazioni e collaborazioni fra persone e soggetti che si riconoscono reciprocamente competenze e saperi che si completano orientando anche il rapporto fra gli operatori dei servizi socio-sanitari e gli utenti. Questa prospettiva avvicina le persone, riduce le barriere e crea la condizione psicologica ancora prima che operativa affinché gli

utenti e le loro comunità di riferimento si sentano autorizzati a contribuire attivamente nella crescita e nello sviluppo dei servizi; in questo modo la redistribuzione dell'assunzione di responsabilità supera il rapporto fra chi offre e chi usufruisce di un intervento;

- c) l'esperienza vissuta in prima persona diventa una delle risorse indispensabili: è la benzina che consente al motore della coproduzione di accendersi e fare la strada della recovery. Condividere conoscenze ed esperienze positive e negative non è però solo uno spazio aperto per gli utenti ma anche per gli operatori che possono integrare l'approccio basato sulle evidenze scientifiche, con quello basato sui valori e sulla maturazione della propria esperienza professionale;
- d) il cambiamento è una funzione che scaturisce in ciascuna persona e non può essere prodotto esclusivamente con interventi esterni o coattivi da parte dei servizi e degli operatori che invece hanno una funzione fondamentale di facilitazione e catalizzazione. Il concetto di essere agente del proprio benessere è quindi importante anche se altrettanto lo è la dimensione interpersonale e comunitaria: il percorso di recovery non avviene in solitudine ma si nutre e si radica nel rapporto con gli altri e con i luoghi in cui si vive;
- e) la coproduzione prevede una redistribuzione non solo delle responsabilità fra servizi e utenti ma anche di potere: questo soprattutto per i servizi psichiatrici fa emergere il rapporto al quale non è ancora stata trovata una risposta da tutti accettata fra recovery, assunzione di responsabilità e relativi rischi, diritti individuali, controllo sociale e la posizione di garanzia alla quale sono chiamati gli operatori psichiatrici.

Nonostante quindi che gran parte delle strategie per i servizi di salute mentale vi facciano costante riferimento, tuttavia siamo ancora lontani da un quadro di riferimento generale in grado di dare attualmente risposte esaustive su ogni aspetto critico che accompagna le pratiche correnti dei servizi di salute mentale. Se, come in molti sostengono, la recovery è un percorso anche per gli operatori e la rete dei servizi, si tratta di affrontare un percorso ancora aperto, dialettico e dialogico, al quale hanno la possibilità di partecipare tutti coloro che sono disponibili a sperimentare e sperimentarsi insieme ad altri attorno all'idea di un cambiamento che accomuna e tiene insieme percorsi individuali e pratiche collettive.

Il progetto *Recovery.net: laboratori per una psichiatria di comunità* vuole partire da questi temi per coprodurre insieme a tutte le parti interessate a vario titolo alla salute mentale un "ecosistema" per favorire percorsi di recovery attraverso l'interazione di interventi a livello micro (la coprogetta-

zione di percorsi individuali), a livello meso (lo sviluppo di pratiche orientate alla coproduzione nei servizi di salute mentale), a livello macro (azioni a livello comunitario, anche per favorire una governance partecipata dei processi a supporto della salute mentale).

Per fare questo il progetto è stato articolato in una serie di azioni che trovano una serie di minimi comuni denominatori:

- sviluppare progetti e pratiche propedeutiche alla coproduzione: questo aiuta a creare spazi sperimentali di apprendimento dove è possibile creare uno spazio sperimentale di apprendimento attraverso il quale sia possibile introdurre nuove modalità di relazione con gli utenti dei servizi e favorire un cambiamento culturale;
- identificare e condividere i valori guida della recovery e della coproduzione: questi possono svilupparsi in un contesto organizzativo in cui sono state create condizioni adeguate e che riguardano attività svolte, modalità di rapporto come anche la strutturazione di luoghi fisici. Identificare e rendere espliciti questi valori può aiutare a organizzare momenti di riflessione collettivi e innescare processi di miglioramento;
- riconoscere che recovery e coproduzione sono percorsi che possono avere più tappe e livelli che richiedono un accompagnamento di tutti gli attori coinvolti e azioni di allineamento, riflessività, etc.;
- riconoscere i diversi livelli di attivazione e motivazione degli utenti: se il percorso di recovery è unico e diverso per ciascuno, questo è frutto di una maturazione del proprio senso di agency che avviene attraverso stadi che richiedono modalità di ingaggio e di relazione flessibili;
- rispondere alle esigenze di tutto il percorso di recovery che si disegna ben oltre il perimetro dei servizi di salute mentale e richiede un impegno nella sua facilitazione garantendone continuità ed evitandone interruzioni dovute a riduzione del supporto nelle fasi di transizione più delicate;
- dare attenzione alle dimensioni dell'auto-stigma e dello stigma tenendo insieme la dimensione individuale e la percezione collettiva della salute mentale riconoscendo anche a questo livello l'importanza di interventi mirati su diversi target;
- garantire una visione complessiva del sistema in grado di integrare il livello individuale, il livello delle pratiche nei servizi e il livello più ampio della governance comunitaria che richiede un dialogo non scontato con i vari livelli decisionali.

L'ultimo punto richiama il fatto che un reale cambiamento dei servizi di salute mentale richiede un impegno corale, di sistema, che senza il coinvol-

gimento di attori attivi a più livelli diventa impossibile o comunque di portata locale e limitata: passare dalle “buone prassi” a un ecosistema realmente orientato alla recovery e alla coproduzione richiede una governance per la salute mentale che sia partecipativa, multi attore a partire da un rinnovato impegno a sostegno del così detto “community paradigm” che anche nel corso della recente pandemia si è dimostrato essere in grado di reggere e mitigare gli effetti psicosociali più duri sulle popolazioni più vulnerabili.

In questo senso una governance inclusiva può essere definita come un processo attraverso il quale vengono affrontati collettivamente i problemi di una comunità locale ed è pertanto una forma di policy-making innovativa con la quale il processo di decisione è la risultante dell’interazione fra soggetti diversi che condividono responsabilità di governo, soggetti informali, terzo settore, portatori di interessi, che realizzano un “governo a rete” in cui la titolarità delle politiche ha una responsabilità diffusa.

In questo senso l’obiettivo di una governance partecipata e inclusiva è la creazione di una comunità competente, consapevole dei propri bisogni e delle proprie risorse, in grado di ampliare in modo dialogico gli spazi di confronto, partecipazione e gestione delle contraddizioni nel rispetto delle differenze dei soggetti e delle istituzioni che la compongono.

Questo punto di approdo che il progetto ha prefigurato e che giustamente viene lasciato per una sua piena attuazione ai decisori che a più livelli hanno il mandato di organizzare e dirigere i servizi per la salute mentale, riporta-in qualche modo-tutto alle condizioni iniziali dalle quali il progetto era partito come se la dialettica fra la dimensione micro, meso e macro fosse un “never ending process” che cerca incessantemente di fronteggiare trovando nuove vie per promuovere salute mentale in contesti socio-culturali mai uguali a se stessi, con capacità patomorfiche spesso nuove: il periodo pandemico, che per altro ha influenzato non poco la fase finale di Recovery.net, ne è stato un esempio facendo emergere forme di disagio e sofferenze che hanno messo alla prova del riprogettarsi per rispondere al proprio mandato la maggior parte dei servizi socio-sanitari e quindi anche quelli della salute mentale.

In questo senso e con questa prospettiva, la mappatura dinamica può essere considerata “figura” di un approccio aperto all’ascolto alle voci dei territori e anche uno strumento operativo imprescindibile per i servizi che scelgono di operare all’interno del campo del paradigma comunitario con l’obiettivo di ampliarlo facendone emergere tutte le potenzialità generative a supporto di una idea di salute mentale come risorsa individuale e bene comune.

4. La metodologia leggera della mappatura dinamica delle risorse

di *Maria Cacioppo e Mara Tognetti*

Questo capitolo è stato pensato per le persone interessate all'attività di mappatura dinamica dal punto di vista del "come" si è realizzata, non solo del "cosa" è stato fatto operativamente e quali risultati ha prodotto, interessate quindi a capire quale è stata la metodologia sottostante.

Presentare la metodologia significa certamente descrivere i metodi, cioè le tecniche, gli strumenti, le procedure, ma soprattutto rendere conto delle scelte che hanno caratterizzato il percorso di realizzazione del progetto, scelte orientate dall'insieme dei riferimenti teorici e dalle riflessioni che hanno accompagnato l'esperienza sul campo.

Ripercorriamo quindi in breve i tre anni in cui l'azione mappatura dinamica si è sviluppata, con l'intento di descrivere le attività e evidenziare, all'interno di ciascuna delle fasi principali dell'azione, i filoni disciplinari e teorici che le hanno sostenute.

Anche in questa scelta, quella di presentare nel suo evolversi l'esperienza di ricerca che caratterizza la mappatura dinamica ci riferiamo a un grande classico della metodologia della ricerca sociale (Hyman, 1980) che proponeva come modo particolarmente utile per capire e imparare come fare buona ricerca sul campo quello di analizzare lo svolgimento di ricerche già concluse e valutare criticamente le scelte operate. Senza nulla togliere all'importanza dei più recenti e numerosi manuali di metodologia della ricerca riteniamo che questo metodo abbia il pregio di ricordarci come la ricerca sociale non richieda tanto un ricettario, da seguire rigidamente, quanto un ragionamento che pur all'interno di un percorso scientificamente fondato offra spazi di discrezionalità e creatività nell'orientare la scelta di metodi e strumenti adeguati al proprio obiettivo.

Nel primo capitolo abbiamo visto come la mappatura dinamica delle risorse, oltre ad avere l'obiettivo esplicito di individuare nuove risorse sui territori di vita dei pazienti e valutarle come possibili opportunità di miglioramento, si fonda su presupposti che sono propri del paradigma della *recovery*, in particolare sull'attivazione e il protagonismo del paziente per un recupero/potenziamento degli spazi sociali offerti dalle comunità esterne ai servizi di salute mentale. Per raggiungere questi obiettivi si è proposta a pazienti e operatori una attività di ricerca sul campo originale da condurre in piccoli gruppi misti, e basata, principalmente anche se non esclusivamente, sulle uscite dai servizi e su una ricognizione nelle specifiche realtà locali.

La proposta operativa, sin dall'inizio e durante tutto il percorso di realizzazione dell'azione, si è basata su una precisa metodologia, intesa come "strategia, piano d'azione, processo o disegno che sta dietro la scelta e l'uso di particolari metodi e che collega la scelta e l'uso dei metodi ai risultati desiderati" (Jull J., Giles A., Graham Id., 2017, 28, p. 3).

Ci siamo quindi liberamente ispirati alle esperienze e ai fondamenti teorici della *ricerca azione partecipata*, una particolare declinazione della ricerca azione (vedi *Box. Cos'è la ricerca azione?*), in cui la metodologia diviene il "perno motore" di progetti di autoformazione e auto sviluppo. Infatti se l'obiettivo fosse solo quello di conoscere una certa realtà sociale, allora l'elemento partecipativo potrebbe avere minore importanza, ma per produrre un cambiamento auspicabile nelle persone e nei servizi, come nel caso del nostro progetto, non è possibile prescindere dal coinvolgimento consapevole e attivo dei partecipanti.

Cos'è la ricerca azione?

Questo tipo di ricerca richiede l'adozione di opportune strategie.

- 1) Sul piano conoscitivo la necessità di comprendere i significati, le interpretazioni e le rappresentazioni che le persone coinvolte in percorsi di ricerca-azione hanno della propria realtà.
- 2) Sul piano operativo gran parte del lavoro del ricercatore è orientato al raggiungimento e al consolidamento di ciò che Agnes Heller (1989) definisce «reciprocità simmetrica» tra i vari attori interessati dalla ricerca-azione. Il che comporta la costruzione di percorsi conoscitivi che tengano in debito conto le istanze, i bisogni, i saperi di tali attori. Si tratta, in altri termini, di elaborare opportune strategie cooperative (Vargiu, 2008).

1. Temi e riferimenti metodologici – la ricerca partecipata come processo

Prendiamo spunto da alcuni autori che hanno esperienza nella ricerca partecipata in ambiti socio educativi e sanitari per presentare sinteticamente alcuni dei nodi metodologici che contraddistinguono l'utilizzo dei metodi partecipativi: il rapporto tra i diversi soggetti coinvolti, le difficoltà che può incontrare il metodo partecipativo, le condizioni per creare una atmosfera cooperativa, i vantaggi del metodo partecipativo, e infine le fasi della ricerca partecipata. Nei paragrafi successivi, la pratica della mappatura incontrerà, nelle diverse tappe, tutti questi aspetti e con ciascuno di essi dovrà confrontarsi, con maggiore o minore successo.

Il rapporto tra i diversi soggetti coinvolti

Di norma i soggetti che partecipano a una ricerca azione sono molti, e si differenziano per ruolo, posizione gerarchica, competenze e culture professionali, anche quando appartengono a una stessa organizzazione, come può essere un servizio di salute mentale, un servizio sociale, una scuola, un ospedale. Non è banale, quindi, il tema della cooperazione che l'azione di ricerca promuove e che in assenza di determinate condizioni, ne può mettere a rischio la fattibilità.

Gli studi in questo campo si sono soffermati soprattutto nel rapporto che si crea tra i ricercatori, esperti di ricerca, e gli altri attori. Se il tentativo è quello di ridurre la distanza tra i ricercatori e gli altri soggetti, Ratanà (2005) osserva che non si tratta di tendere alla parità tra i soggetti differenti, quanto piuttosto di reciprocità (Mantovani, 1998), in quanto la ridefinizione di questo rapporto non implica la rinuncia a ricoprire dei ruoli che restano comunque diversi, si tratta piuttosto di una trasformazione della differenza che pure rimane tra loro (Aluffi Pentini, 2001). Il ricercatore cercherà di trasferire agli *stakeholders* quelle competenze di ricerca utili ad analizzare in modo adeguato la situazione in cui operano, a leggere le dinamiche e le relazioni, a considerare da nuovi punti di vista la realtà in cui sono immersi. Allo stesso modo, il ricercatore dovrà farsi ascoltatore sensibile e attento di una realtà di cui conosce molto meno dei suoi interlocutori. La produzione di sapere avviene in un processo di negoziazione e attribuzione di senso che coinvolge allo stesso modo, seppur con ruoli diversi, ricercatore e stakeholders.

Le difficoltà che può incontrare il metodo partecipativo

Le condizioni che favoriscono, o al contrario ostacolano la cooperazione tra i diversi soggetti, e in generale qualsiasi forma di ricerca azione, sono stati studiati e condivisi da molti studiosi. Tra gli ostacoli che più spesso vengono rilevati, alcuni dipendono dal contesto in senso ampio, organizzativo e culturale, altri dalle risorse ingenti, specialmente di tempo e di impegno, che questo tipo di attività richiede. Facendo riferimento ad alcuni autori che di questo si sono occupati, una rassegna di difficoltà al metodo partecipativo viene proposta da un gruppo di docenti anche operatori sociali (Altpeter M. MSW, MPA, Schopler J. H. MSW, PhD, Galinsky M. J. MSW, PhD & Pennell J. MSW, PhD, 1999).

Tra gli studiosi considerati, Sarri e Sarri (1992) hanno individuato essenzialmente tre tipi di difficoltà. In primo luogo, il fatto che questo approccio di ricerca richiede necessariamente un notevole impegno di tempo da parte dei partecipanti, che di norma possono avere altri compiti o attività più urgenti a cui devono far fronte. Un secondo tipo di difficoltà si incontra se tra i partecipanti ci sono soggetti più svantaggiati di altri, i quali possono aver bisogno di risorse e di assistenza aggiuntiva per consentire la loro partecipazione. Un terzo tipo di difficoltà è la diffidenza e la resistenza da parte del contesto, dal momento che la natura partecipativa di questo approccio potrebbe non essere ritenuta tollerabile dal più ampio sistema sociale e politico che, per evitare quanto ritiene minaccioso per la sua stabilità, può erigere ostacoli evidenti o subdoli alla partecipazione.

Infine, Smith con altri (1993) sottolineano che può essere difficile sostenere nel tempo la coesione del gruppo e giungere a definire collettivamente gli obiettivi prioritari e gli interventi realizzabili. Quindi, impegno di tempo, risorse, e la capacità di generare coesione di gruppo in un ambiente ricettivo diventano tutte questioni chiave quando si considera se la ricerca partecipativa potrà essere concretamente fattibile.

Le condizioni per creare una atmosfera cooperativa

Per quanto invece riguarda ciò che favorisce la partecipazione e la cooperazione, Bartoletto (2016) si riferisce al modello procedurale di Cunnin-

gham¹ che indica le condizioni per lavorare in una atmosfera cooperativa e per portarla avanti con successo nel tempo:

1. ci deve essere la libertà di cambiare i modi stabiliti di lavorare in gruppo [...];
2. i membri del gruppo devono valutare collettivamente i processi di gruppo [...];
3. i membri del gruppo devono essere disposti a provare i miglioramenti proposti [...];
4. i membri del gruppo devono essere formati [...]. (Cunningham, 1976, pp. 220, 222).

Per combinare le diverse esigenze in un'ipotesi complessiva il gruppo di lavoro definisce preventivamente una serie di obiettivi da raggiungere, obiettivi che sono flessibili in modo che possano essere rivisti e attuati "senza che la loro natura venga distorta".

Utilizzando sia la letteratura che l'esperienza clinico-sociale delle persone e degli operatori sociali coinvolti nella costruzione del processo, secondo Sherlock e Thynne (2010) risulta possibile sviluppare adeguati dibattiti interni al gruppo sul modo in cui potrebbe essere raggiunto un equilibrio tra la definizione ritenuta ottimale del processo e il benessere complessivo dei partecipanti. E, sulla base degli obiettivi, delle capacità e delle debolezze che ne possono emergere, può accadere che si prenda in considerazione l'allargamento del gruppo in termini di persone o competenze che si ritengano opportune al fine di raggiungere l'equilibrio desiderato. Nel nostro caso un percorso analogo, seppur allargato rispetto al gruppo di mappatura, nel coordinamento generale del progetto bresciano ha effettivamente portato a utilizzare alcune delle risorse economiche per assumere due operatrici a tempo pieno dedicate in particolare all'azione della mappatura.

I vantaggi del metodo partecipativo

Intento esplicito del metodo partecipativo, come si è detto, è la promozione di una trasformazione della realtà attraverso la partecipazione attiva dei soggetti. Grazie a questo approccio si favorisce un loro riposizionamento all'interno del proprio contesto sociale e professionale e si sostengono le

¹ Il modello procedurale di Cunningham (1976) è una delle prime elaborazioni del modello di ricerca azione di Lewin, adottato dal Tavistock Institute of Human Relations.

capacità di negoziazione e azione. Dove si raggiunge un buon livello di partecipazione e cooperazione si possono infatti notare, da parte delle persone coinvolte:

- maggiore conoscenza del funzionamento pratico dei servizi e delle realtà organizzative cui appartengono o che agiscono sul territorio;
- maggiore capacità di lavoro in équipe, di coordinamento e di collaborazione;
- maggiore capacità di attivazione della rete assistenziale e delle risorse formali e informali presenti nel territorio;

Le fasi della ricerca partecipata

Nel suo farsi, l'articolazione di una ricerca partecipata prevede, sempre secondo il modello di Cunningham, tre sequenze generali: (1) sviluppo del gruppo; (2) ricerca; (3) azione.

Lo sviluppo del gruppo comprende l'identificazione e la creazione del gruppo di ricerca, l'identificazione degli obiettivi di gruppo, la formazione del gruppo e il possibile ulteriore sviluppo del gruppo.

La seconda fase (ricerca) riguarda la definizione del tema e delle aree di ricerca, delle modalità della raccolta di materiale informativo, dell'analisi dei dati e la successiva ipotesi di intervento.

Nel nostro caso la seconda e terza fase (azione) si sono rivelate molto intrecciate, dal momento che nella fase di uscita sul campo si potevano già ipotizzare, e a volte programmare gli interventi e le iniziative successive.

Con il piano d'azione si accresce la funzione del gruppo all'interno del processo di sviluppo locale. L'attività può realizzarsi in modi diversi, ad esempio con un cambiamento di processo o cambiando il modo in cui vengono utilizzate le risorse, e può variare in base alle possibilità operative del gruppo. Le differenti declinazioni delle modalità di mappatura nei diversi servizi e/o nei diversi territori ne sono una dimostrazione, che pare abbia funzionato e stia funzionando, nonostante le limitazioni sopraggiunte a causa della pandemia. Grazie, non dimentichiamolo, a una efficace azione di coordinamento che, come vedremo, ha garantito il mantenimento degli obiettivi durante tutto il percorso.

2. La mappatura in azione

In considerazione delle caratteristiche delle persone coinvolte, fin da subito abbiamo cercato di applicare una metodologia “leggera”, cioè aperta e flessibile rispetto alle sollecitazioni e ai cambiamenti che inevitabilmente i partecipanti e il percorso avrebbero suggerito, ma anche a quelli che potevano provenire dal contesto esterno, come infatti è avvenuto durante la pandemia Covid-19. Una metodologia tuttavia rigorosa “nel mantenere dritta la barra del timone” ossia nel seguire la rotta che consideriamo irrinunciabile, e cioè **garantire che la prospettiva dell’utente del servizio rimanesse al centro del progetto.**

Intendiamo descrivere questo tipo di metodologia, come abbiamo accennato in precedenza, seguendo l’evolversi dell’azione mappatura dinamica nelle diverse fasi in cui si è realizzata, ed evidenziando per ciascuna fase a) le proposte al gruppo di mappatura da parte delle ricercatrici, in merito a obiettivi e piano operativo, e come si è concordato di procedere; b) come nell’operatività è stato applicato e vissuto il piano concordato, con l’emergere di criticità, nuove proposte e cambiamenti in itinere che via via hanno portato a ciò che riteniamo un risultato molto importante e positivo, cioè l’iniziativa autonoma del gruppo nell’adattare e modificare strumenti e modalità di lavoro alle proprie specifiche esigenze, fino a un progressivo incorporamento della mappatura tra le attività regolari del servizio, adeguandosi alle sue diverse articolazioni;

In questo modo riteniamo che per chi legge risultino chiari anche i rimandi ai temi e ai riferimenti teorici e metodologici sottostanti, in parte sommariamente presentati nel paragrafo precedente – per quanto riguarda la ricerca condotta con metodi partecipativi, e in parte riportati nei paragrafi successivi, relativi soprattutto alle tecniche e agli strumenti utilizzati nel corso della mappatura.

È chiaro che il punto di vista di chi scrive è quello delle ricercatrici, quindi di persone estranee al contesto del servizio di salute mentale coinvolto nel progetto, e che cercano di collocarsi in un rapporto il più possibile aperto alla comprensione dei partecipanti e delle loro realtà (Ratanà, 2005).

3. Prima fase: l'avvio del progetto

Cosa abbiamo proposto

Nella fase di avvio del progetto abbiamo organizzato alcuni incontri di formazione leggera gestiti dalle ricercatrici dell'Università di Milano Bicocca finalizzati sia alla reciproca conoscenza dei partecipanti: ricercatrici, utenti, operatori e familiari degli utenti che alla presentazione dell'attività di mappatura dinamica delle risorse, rispetto alla quale si è richiesto il riscontro da parte dei partecipanti sugli obiettivi e sui passi previsti nelle prime fasi della ricerca sul campo.

Come attività preliminare, comune con l'azione del progetto che ha come obiettivo la creazione dello spazio fisico di coprogettazione, il CoLab, sono stati programmati ulteriori incontri di formazione che hanno avuto lo scopo in primo luogo di illustrare il significato di mappatura dinamica, di risorsa e di reti utili per la salute mentale e, in secondo luogo, di acquisire capacità di gestione degli strumenti di rilevazione. Sono seguiti altri incontri di formazione specifici per la mappatura, e, con l'inizio operativo delle attività, incontri periodici di accompagnamento e supervisione, con compiti e funzioni specifiche.



Da una finestra del CPS di via Romiglia, Brescia

Nel primo di questi sono stati discussi gli obiettivi della mappatura dinamica, l'organizzazione del lavoro e si sono suddivisi i compiti tra i diversi soggetti. È stata altresì proposta una scheda composta da voci condivise da utilizzare nella rilevazione. Si è poi proceduto con una prova di compilazione della scheda. Al termine della prova, ogni difficoltà di compilazione, ogni richiesta di chiarimento e ogni proposta di miglioramento della scheda sono state prese in considerazione in una discussione collegiale.

Nel secondo incontro è stata presentata la *Scheda Risorsa* in edizione rivista sulla base della discussione del gruppo di lavoro, e sono poi stati formati, tra i presenti, dei piccoli gruppi di mappatura i quali avrebbero individuato liberamente una porzione di territorio da esplorare.

Nel terzo incontro sono state presentate dai partecipanti, e discusse da tutto il gruppo, le prime iniziative di mappatura condotte in piccolo gruppo, in modo da chiarire dubbi, difficoltà sorti durante le prime uscite, ma anche per condividere eventuali elementi di soddisfazione e gratificazione. Si è poi proseguito con un'esercitazione in aula al fine di individuare quali fossero le risorse ritenute importanti da ciascuno dei partecipanti nel gestire il proprio ruolo/quotidianità (come operatore, come familiare, come utente)².

L'idea di risorsa nei pazienti, negli operatori, nei familiari

Una particolare attenzione è stata rivolta, da parte delle ricercatrici, o, a esplorare e comprendere il significato attribuito dai partecipanti al termine "risorsa". Come abbiamo anticipato nel primo capitolo, dare per scontato un significato condiviso di cosa si intende per risorsa utile alla salute mentale, oppure fornire un significato legittimato dalla letteratura del settore, a nostro avviso avrebbe in certa misura condizionato i riferimenti concettuali che ciascuno, anche inconsapevolmente, porta dentro di sé, o consentito che si riproponessero i significati costruiti e stratificati nel tempo nella cultura dei servizi. In effetti, le esercitazioni proposte su questo tema nel corso del World Cafè dedicato, e la compilazione di prova della prima versione della

² Sulla base dell'esercitazione sono state create delle nuvole di parole - word cloud. Si tratta di immagini composte appunto da parole, che uniscono testo e grafica, grazie alle quali è stato possibile presentare graficamente i risultati ottenuti dall'analisi di quanto espresso dai presenti. Nello specifico all'interno di una nuvola si trovano parole di dimensioni diverse: risultano più grandi le parole menzionate più spesso, e più piccole quelle meno frequenti. I risultati ottenuti sono stati presentati e commentati con i gruppi di lavoro attraverso slide di Power Point.

Scheda Risorsa hanno confermato queste tendenze. Risorsa è intesa dagli operatori e gli utenti soprattutto come una organizzazione formale, istituzionale, solitamente compresa tra quelle sperimentate nella consuetudine della quotidianità dei servizi di salute mentale.

Puntando ad ampliare il campo di significati, pur sempre basati sull'esperienza, abbiamo cercato di stimolare la spontaneità delle persone coinvolte, anche considerando che fine del progetto complessivo era tendere a pratiche e progettazioni innovative. Pertanto è stata predisposta una esercitazione specifica, che richiedeva a ciascun partecipante di inserire in cerchi concentrici, disegnati attorno al centro che rappresentava il soggetto stesso, le risorse che riteneva più importanti nella quotidianità dello svolgimento del proprio ruolo professionale, della propria condizione di paziente, familiare, volontario ecc.

Sulla base della distanza tra sé e i cerchi concentrici abbiamo suggerito di indicare la diversa importanza attribuita dal soggetto alle risorse (il primo cerchio, il più vicino, contiene le risorse più importanti, il terzo cerchio, il più lontano, quelle (un po') meno importanti).

Ciò che ci piace far notare, sottolineata successivamente nella discussione di gruppo, è la differenza tra le risorse individuate dagli operatori e quelle individuate dagli utenti. I primi, cioè gli operatori, si sono focalizzati maggiormente sulle risorse legate ai servizi: colleghi, psicologi, educatori, medici, équipe, associazioni, cooperative ecc., ma anche sugli strumenti materiali di lavoro (smartphone, auto, pc, ecc.). Va segnalata la presenza, meno centrale ma significativa, soprattutto in una filosofia di recovery, degli utenti individuati come risorsa da parte degli operatori stessi. Gli utenti dal canto loro hanno fatto emergere la centralità soprattutto della sfera relazionale, individuando come risorse principali i familiari, gli amici e le persone più vicine, tra cui alcuni specifici operatori del servizio di salute mentale di riferimento. Ma non mancavano animali domestici, ad esempio il gatto, luoghi amati, ad esempio un viale o un santuario ecc.

Sulla base di questa restituzione è stato possibile far riflettere, soprattutto gli operatori, sulla definizione e percezione del concetto di risorsa, volutamente lasciato aperto, in modo da permettere ai piccoli gruppi di mappatura di procedere sul territorio con una prospettiva nuova, ossia con una idea di risorse più ampia e libera rispetto alle risorse strutturate e istituzionali di senso comune, o a quelle che sono già presenti, come componente professionale, nella mente gli operatori.

Si forma il Gruppo di Mappatura

Nel corso dei primi incontri periodici di accompagnamento da parte delle ricercatrici universitarie si è costituito il *Gruppo di mappatura* sulla base di adesioni volontarie di pazienti, operatori, familiari. È stato anche individuato un operatore del Centro di salute mentale come Referente territoriale, con una funzione di coordinamento, a cui far capo per le comunicazioni, gli aggiornamenti sull'avanzamento delle attività, il passaggio di materiali e documenti tra/con i partecipanti, e con le ricercatrici.

Si è proceduto poi a formare dei sottogruppi, i *piccoli gruppi di mappatura*. Secondo le indicazioni fornite ai presenti, ciascuno di questi piccoli gruppi doveva, almeno inizialmente:

- essere composto da poche persone, non oltre 4/5, per facilitare l'organizzazione delle visite sul territorio di competenza.
- comprendere figure differenti, almeno un operatore, un familiare, un paziente, con l'obiettivo di consentire un confronto di sguardi diversi nella lettura e nella interpretazione delle potenzialità delle risorse individuate e visitate.
- per l'assegnazione dei comuni e delle zone da cui iniziare a mappare, il suggerimento era di scegliere in funzione della comodità di accesso o delle preferenze espresse da parte dei partecipanti (luogo di residenza, sede del servizio di salute mentale di riferimento). A questo proposito ricordiamo che ci riferiamo a un territorio molto ampio³ scarsamente servito da mezzi pubblici, e che in particolare i pazienti spesso non sono muniti di mezzi di trasporto autonomi per spostarsi liberamente sul territorio. Per questi motivi tenere soprattutto conto di loro, e del loro ambiente naturale di vita, per scegliere, all'interno di ciascun piccolo gruppo, il territorio in cui muoversi sembrava fondamentale per garantire effettivamente il loro ruolo attivo in tutto il processo.

³ In territorio bresciano il progetto riguarda 21 comuni (Brescia, Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio, Montichiari, Acquafredda, Calcinato, Carpenedolo, Calvisano, Remedello e Visano) che fanno capo a UOP 23 DSMD Spedali Civili di Brescia.

Co-costruzione degli strumenti di rilevazione

Pur avendo già chiaro il tipo di strumenti utili per il processo di mappatura la scelta, nella logica partecipativa, è stata quella di proporre una bozza di scheda di rilevazione delle risorse (*Scheda risorsa*) al Gruppo di mappatura, affinché ne prendesse visione e ne discutesse i contenuti. Inoltre a ciascun partecipante, senza preavviso, è stato richiesto di auto compilare la scheda relativa a una risorsa che già conosceva e/o utilizzava personalmente. In questo modo è stato possibile testare la scheda consentendo così di fare emergere le note e le proposte di modifica e aggiustamento ritenute utili che sono state poi recepite e utilizzate per definire una edizione definitiva condivisa e maggiormente adeguata al contesto del progetto.

La scheda di rilevazione è finalizzata a raccogliere su uno specifico format i recapiti e le informazioni relativi a ciascuna risorsa individuata nel proprio territorio, informazioni da recuperare anche attraverso una presa di contatto diretto e/o incontri con le persone che ne sono utilizzatori o responsabili o che in qualche modo si occupano o hanno un ruolo all'interno delle risorse. La Scheda risorsa rappresenta il principale strumento di registrazione delle informazioni su una specifica situazione del territorio individuata come risorsa utile per la salute mentale. Raccoglie i dati di fonte diversa (agende personali, elenchi telefonici, siti web, contatti informali e formali) che descrivono le attività svolte, le caratteristiche di funzionamento e di accesso. Una parte fondamentale della scheda riguarda le valutazioni dei partecipanti al gruppo su quanto la risorsa sia considerata tale per la salute mentale, come possa eventualmente essere migliorata o essere successivamente contattata per un confronto più approfondito.

Un secondo strumento utile all'operatività del gruppo è il *Diario di bordo del piccolo gruppo di mappatura*. Si tratta di uno strumento che accompagna e registra cronologicamente le attività svolte, i partecipanti, il luogo in cui si compiono le diverse attività. Consente di fermare sinteticamente le impressioni, le osservazioni, le proposte, gli impegni che il gruppo di lavoro affronta e svolge, di monitorare il grado di entusiasmo dei partecipanti ma anche le criticità o le situazioni di calo di partecipazione. Può poi consentire di cogliere entusiasmi o maggiori aperture o viceversa le perplessità e la diffidenza rispetto ad alcune risorse piuttosto che altre da parte del gruppo. Fasi di maggior coinvolgimento o fasi di calo di interesse non solo rispetto alle singole attività ma anche alle singole risorse.

Infine è utile anche per ricostruire storicamente se e come si sia modificato l'interesse verso certe risorse piuttosto che altre, e se nel procedere siano eventualmente cambiati i bisogni e gli interessi delle persone coinvolte.

Un terzo strumento è rappresentato dalla *Scheda di adesione al gruppo mappatura*, la quale raccoglie i principali dati socio-anagrafici dei partecipanti al piccolo gruppo. È uno strumento particolarmente utile al referente o coordinatore territoriale per il lavoro di coordinamento e comunicazione, inoltre consente di monitorare come nel tempo si modifica e se si modifica la composizione del gruppo mappatura.

Riassumendole sinteticamente sulla base del modello di Cunningham, le attività portate avanti nella prima fase sono state le seguenti:

1. La formazione del gruppo di mappatura

- si richiede la partecipazione a titolo volontario per motivazione personale;
- vengono illustrati preliminarmente la metodologia e le tappe previste di formazione alla ricerca e di lavoro;
- si richiede al gruppo disponibilità a lavorare in squadra in piccoli gruppi e a favorire la circolarità delle informazioni sulle attività portate avanti;

2. Definizione degli obiettivi del lavoro di gruppo

- si presentano come flessibili e a medio termine, suscettibili a rivisitazioni successive;
- si formulano in modo che risultino realistici e fattibili;
- si pone attenzione a capire se vengono riconosciuti come importanti e significativi dai diversi membri del gruppo;

3. La co-costruzione degli strumenti di ricerca e le indicazioni operative

- Gli strumenti devono essere il più possibile validi e attendibili e al tempo stesso adeguati al tipo di organizzazione in cui si opera.

Ovviamente può sembrare banale o scontato ma è bene ribadire, perché frutto dell'esperienza diretta maturata all'interno di questo specifico percorso, che questa fase potrà dare i suoi frutti quanto più avviene in una atmosfera collaborativa e rilassata nei tempi e nelle scadenze, tale da consentire a ognuno di elaborare ed esprimere proposte di miglioramento e nello stesso tempo offrire spazio al confronto di idee, e inoltre se vengono previsti e mantenuti momenti di riflessione e di conseguente valutazione dei progressi all'interno del gruppo stesso.

Strumenti e procedure proposti e condivisi per la ricerca sul territorio

1. La formazione del gruppo di mappatura
2. Definizione degli obiettivi del lavoro di gruppo
 - Presentazione del progetto di mappatura come prima azione del Progetto Recovery.net
 - Esercitazione sul concetto di “risorse utili nella mia condizione (professionale, di vita)
 - Indicazioni per la costituzione del Gruppo Mappatura articolato in piccoli gruppi e
 - ***Scheda di adesione al Gruppo Mappatura***
3. La co-costruzione degli strumenti di ricerca e le indicazioni operative
 - Scheda di rilevazione per ciascuna risorsa mappata (***Scheda Risorsa***)
 - ***Diario di bordo del piccolo gruppo***
4. Le uscite sul territorio (la rilevazione sul campo)
 - ***Traccia per il colloquio/intervista con la singola risorsa*** se valutata positivamente
 - Il foglio informativo sul progetto Recovery.net e la mappatura
 - La liberatoria sulla privacy

Per chi sia interessato a prendere visione degli strumenti: www.colabrescia.it/mappatura/

Come è andata: attività e vissuti

Nella prima fase, di presentazione del progetto di ricerca e di formazione, il riscontro ottenuto dai partecipanti è sembrato positivo, sia in termini di adesione che di presenza e partecipazione attiva agli incontri. In particolare ricordiamo la compilazione di prova della *Scheda risorsa* da usare come strumento di registrazione delle informazioni sulle singole realtà mappate, che ha sollecitato diverse osservazioni di merito e di contenuto, e l'esercitazione sul significato di risorsa, la cui restituzione ha suscitato interesse e interventi.

Alcune criticità si sono osservate, durante gli incontri introduttivi e di formazione, relativamente alla presenza e all'interesse di alcuni dei familia-

ri, già pochi ad aver accettato di essere coinvolti, e che nel tempo sono andati per vari motivi riducendosi, ma anche di alcuni pazienti, che non riuscivano a protrarre per il tempo di una intera riunione il ruolo di ascoltatori, per quanto il tentativo fosse quello di enfatizzare la dimensione di lavoro di gruppo e la partecipazione di tutti, soprattutto col ridurre al minimo (secondo noi) l'intervento delle ricercatrici e nel contempo cercando di suscitare domande, osservazioni e proposte.

Tra gli operatori le criticità riscontrate in questa prima fase sono state da un lato considerare da parte di alcuni, in particolare assistenti sociali, la proposta di mappatura dinamica come una sovrapposizione rispetto a quanto fa già parte del loro ruolo professionale (individuare e proporre agli utenti attività e luoghi di riabilitazione e socializzazione), dall'altro lato il fatto di accettare la proposta come un compito da espletare con efficienza soprattutto in termini di numero di risorse mappate e rispetto delle scadenze proposte.

È stato necessario un po' di tempo, e che le attività di mappatura iniziassero e fossero socializzate nel Gruppo, perché gli operatori si rendessero consapevoli che la mappatura dinamica aveva caratteristiche differenti rispetto al loro pur utile lavoro quotidiano di reperimento di risorse per gli utenti, soprattutto perché in questo caso l'iniziativa e la proposta partono principalmente dagli operatori stessi, mentre la mappatura dinamica tende a sollecitare il più possibile l'iniziativa e l'autonomia dei pazienti. Sono trascorsi alcuni mesi perché fosse chiaro a tutti i partecipanti che gli obiettivi dell'azione non si misuravano tanto sul numero di risorse mappate quanto sulla qualità del processo di conoscenza e di attivazione di ogni singola risorsa portato avanti secondo i ritmi, talvolta discontinui o lenti, dei pazienti.

Alcune di queste criticità sono rimaste irrisolte. Tra queste la presa d'atto che se alcuni familiari erano disponibili a partecipare alle riunioni, difficilmente si univano ai piccoli gruppi di esplorazione del territorio, accusando problemi di tempo o di mobilità. Sempre piuttosto faticoso aumentare il numero di pazienti coinvolti nella mappatura, oltre i primi che avevano aderito interessati. Soprattutto, secondo gli operatori e gli utenti che cercavano di estendere ad altri pazienti la proposta, a causa delle difficoltà di spiegare a voce in cosa consisteva la mappatura in termini che motivassero le persone a partecipare. Difficoltà che è stata riscontrata sia con pazienti più autonomi, sia con pazienti della residenzialità e con livelli minori di disponibilità al cambiamento e all'apertura all'esterno. Si è poi visto che, col proseguire del progetto, quando alcuni spezzoni di attività utili alla mappatura sono stati allargati all'interno del servizio (ad esempio per ottenere un aiuto nell'inserimento dei dati su supporto informatico) alcuni uten-

ti si sono incuriositi e avvicinati al gruppo di mappatura. E buoni frutti ha dato anche la decisione delle coordinatrici del gruppo mappatura di produrre e diffondere periodicamente un volantino con gli aggiornamenti sulle attività di mappatura e le risorse attivate sui diversi territori.

Di fatto si trattava di confrontarsi con alcune delle difficoltà tipiche di un nuovo progetto che si inserisce nelle attività di routine dei servizi, proponendo elementi di novità e magari di innovazione, certo a prezzo di un impegno richiesto a ciascuno in termini di lavoro – spesso aggiuntivo rispetto alle attività consuete, – e comunque sempre di confronto con nuove modalità operative e relazionali.

4. Seconda fase: l'esplorazione e la ricerca sul territorio

L'uscita sul territorio e cosa è stato proposto

Dopo aver discusso e validato la scheda di rilevazione, ha preso avvio l'esplorazione sul territorio del comune o del quartiere scelto autonomamente da ciascun piccolo gruppo di mappatura.

Il compito era quello, in primo luogo, di individuare le risorse, formali e informali, a partire da quelle utilizzate o conosciute dai partecipanti al gruppo, poi quelle conosciute ma non utilizzate, e infine quelle nuove sia per gli utenti che per gli operatori.

Per ciascuna risorsa si sarebbero dovute raccogliere (dalle proprie agende, sugli eventuali siti web del comune o della risorsa stessa), le informazioni di base e i recapiti necessari per poterla contattare. Queste informazioni sono spesso di facile accesso poiché si trovano con relativa facilità, anche con una ricerca a tavolino su internet, e offrono di norma brevi descrizioni delle attività e prestazioni fornite, i destinatari, le condizioni di accesso. Altre informazioni ritenute importanti invece richiedono una visita in loco del piccolo gruppo, con osservazione all'esterno e all'interno in caso di strutture, ed eventualmente la realizzazione di foto. La raccolta di documentazione e di ulteriori informazioni era suggerita anche attraverso colloqui informali con responsabili o operatori presenti al momento della visita.

La valutazione – anche e soprattutto soggettiva sulla risorsa mappata

Le informazioni e il primo materiale raccolto vengono successivamente riordinati, commentati e soprattutto valutati dai componenti del piccolo gruppo, in merito alle caratteristiche che a loro parere ne fanno una risorsa utile, o potenzialmente utile, per la salute mentale. Queste osservazioni sono riportate sulla scheda, di cui si provvede a inviare copia al referente territoriale e alle ricercatrici universitarie.

L'attività del piccolo gruppo viene registrata sul *Diario di bordo*, quale strumento finalizzato a tenere memoria di ciascun contatto e incontro.

Il colloquio-intervista con i responsabili della risorsa valutata positivamente

La tappa successiva consiste nel prendere formalmente contatto con le diverse risorse, in primis quelle che secondo i piccoli gruppi potrebbero essere migliorate e potenziate nella loro funzionalità di risorsa, per una miglior conoscenza reciproca, un confronto sulla filosofia del progetto Recovery, una verifica sulle possibilità di collaborazione. Che non si esauriscono negli eventuali e auspicabili utilizzi della risorsa da parte degli utenti, ma si aprono a prospettive di reciprocità, e quindi anche di forme di utilità per la risorsa stessa nel rapporto col centro di salute mentale.

A questo fine una traccia di intervista e alcune indicazioni operative utili a facilitare la richiesta e la conduzione del colloquio sono fornite ai piccoli gruppi, insieme a un *Foglio informativo* di presentazione del Progetto Recovery.net e dell'azione di mappatura.

Come è andata: attività e vissuti

Rispetto all'impianto di partenza il lavoro di raccolta delle informazioni e delle visite sul campo ha visto in itinere alcune trasformazioni, sia nella composizione dei gruppi, sia nelle zone mappate. Una sorta di fraintendimento iniziale ha comportato l'assegnazione di alcune zone e quartieri sulla base di una valutazione a tavolino, che è stata ricevuta dai piccoli gruppi in termini prescrittivi, provocando una serie di difficoltà e contrattempi. Anche per questo le zone inizialmente previste hanno successivamente subito alcune sostituzioni, in base a valutazioni che riportavano la scelta a criteri

soggettivi su come migliorare l'efficacia dell'attività, ad esempio scegliendo zone più vicine o raggiungibili per gli utenti. Per quanto riguarda la composizione dei piccoli gruppi di mappatura si sono verificate alcune uscite, in qualche caso compensate da nuove entrate. Nell'insieme il numero dei partecipanti alle uscite sul territorio, almeno nel primo anno del progetto, fino all'irruzione del Covid-19, è rimasto stabile nel tempo per gli operatori (tra 7 e 9), mentre sono diminuiti gli utenti (variabili tra 11 e 7) e i familiari (variabili tra 4 e 1).

L'importanza del contesto

La programmazione e la realizzazione, soprattutto delle uscite sul territorio, ha messo in luce alcune criticità, imputabili, perlopiù, alla scarsa sintonia del contesto organizzativo rispetto al progetto. Una delle debolezze della metodologia partecipativa sta proprio nel trovare le condizioni, meglio se ottimali, ma anche solo sufficienti alla sua realizzazione in base al grado di consenso da parte di chi potrebbe essere coinvolto e soprattutto da parte dei responsabili dell'organizzazione. Al di là delle propensioni personali degli operatori del Centro di salute mentale e degli utenti, la disponibilità dei responsabili a favorire il progetto può variare nelle diverse articolazioni del servizio, e le difficoltà operative aumentano passando dall'adesione all'accettazione alla resistenza rispetto a nuove attività che incidono sui carichi di lavoro del personale, o almeno di una parte di esso.

Protagonismo ed empowerment dei pazienti

La mappatura è stata portata avanti da molti con entusiasmo e partecipazione attiva, talvolta con soddisfazione di tutti i partecipanti. Un esempio particolarmente positivo è il piccolo gruppo nel comune di Borgosatollo, che ha visto gli utenti, lì residenti, assumere il ruolo di guida nei confronti dell'operatore, rispetto alle caratteristiche urbanistiche e sociali della comunità, ad alcune risorse già utilizzate o che sembravano interessanti da avvicinare. Gli stessi pazienti hanno gestito in prima persona, sostenuti e motivati dall'operatrice che li accompagnava, i contatti e i colloqui con i responsabili di alcune risorse, tra cui la biblioteca comunale, con la quale si sono concordate e poi realizzate attività di interesse comune.

Un altro esito positivo della mappatura dinamica riguarda il passaggio che una paziente ha compiuto iniziando dapprima un periodo di volontaria-

to in una RSA per anziani, quindi frequentando un corso di Ausiliaria socio-assistenziale e infine trovando un posto di lavoro coerente alla sua formazione (vedi box p. 107).

Adattare gli strumenti alla situazione senza perdere di vista l'obiettivo

Dal momento che la partecipazione alla mappatura si basa sulla adesione e l'interesse personale, chi tra gli operatori è entrato nel gruppo era preparato a dover gestire un impegno supplementare, dovendo a volte conciliare la nuova attività con gli incarichi lavorativi precedenti.

Tuttavia sono emerse difficoltà, anche significative, soprattutto nei servizi di residenzialità, anche di terzo settore. In parte dovute all'indisponibilità dei responsabili a consentire l'agibilità necessaria, in parte anche per le caratteristiche della propria utenza laddove si trattava di pazienti con minor autonomia. Per questo alcuni gruppi hanno temporaneamente sospeso le uscite sul territorio, e contemporaneamente nelle riunioni si è dato spazio alla valutazione delle situazioni di criticità e delle possibili soluzioni. La pausa è stata utile, e ha permesso ai gruppi dei servizi residenziali, come parziale soluzione, di riadattare strumenti e proposte alle specificità del loro contesto, senza tuttavia perdere di vista gli obiettivi della mappatura. Ad esempio la *Scheda Risorsa*, strutturata e piuttosto lunga, e per questo poco agevole da gestire per alcuni utenti, è stata trasformata in una narrazione, un testo libero in cui gli utenti raccontavano le visite effettuate presso le risorse individuate, esprimendo pienamente la loro soggettività, con l'apprezzamento e il sostegno degli operatori.

Qualche mese dopo il Gruppo ha deciso per una rivisitazione della *Scheda risorsa*, per renderla più sintetica, sia per facilitarne la compilazione sia per facilitare le operazioni di inserimento dei dati su supporto informatico. La necessità di trovare collaborazioni e competenze utili alla archiviazione delle informazioni registrate manualmente sulle schede di rilevazione è stata l'occasione per appoggiarsi al gruppo di informatica frequentato da diversi utenti del CPS⁴, il che ha ottenuto anche il risultato di avvicinare e fare interagire positivamente le persone che facevano parte dei due gruppi.

⁴ CPS Centro Psico Sociale.

Tempo, impegno e competenza

Una svolta importante, anche e soprattutto alla luce delle difficoltà rappresentate dai tempi da dedicare alla mappatura e alle uscite da parte degli operatori, ma anche dai problemi di mobilità sul territorio e di motivazione da parte dei pazienti, si è determinata con l'arrivo di due figure esterne cui sono state affidate funzioni di coordinamento dell'intero gruppo di mappatura, sollevando così gli operatori interni dalle funzioni di referenti territoriali. Gli effetti positivi infatti non hanno tardato a vedersi, con alcune modifiche organizzative che si rivelano opportune e che saranno mantenute nel tempo, in particolare la riunificazione dei piccoli gruppi in un unico Gruppo di mappatura di coordinamento, il quale si è incontrato con frequenza settimanale anche durante la pandemia. Nel corso delle riunioni, in questo gruppo si identificano le opportunità segnalate dai pazienti o dagli operatori sui diversi territori, si costituiscono sulla base degli interessi e delle disponibilità i piccoli gruppi che si occuperanno della ricognizione e dei contatti con la specifica risorsa, si riportano gli esiti delle attività di mappatura compiute nei giorni precedenti ecc. I vantaggi sono apparsi evidenti oltre che nella maggior efficienza organizzativa, anche come incentivo alla partecipazione, alla motivazione e socializzazione. I pazienti meno autonomi trovano una interessante occasione di socialità, se non una spinta al proporsi, mentre chi è coinvolto nell'attività trova un luogo di ascolto e di confronto, di valorizzazione ma anche di sostegno al proprio impegno. In sostanza una evoluzione positiva del gruppo anche nel senso di miglioramento delle capacità di coesione e cooperazione creativa.

5. La mappatura in tempi di Covid-19

L'irruzione dei provvedimenti per limitare la diffusione del Covid-19, a circa metà del triennio, ha provocato l'interruzione delle attività in presenza e, subito dopo, il lockdown. Un evento che, con l'emergenza, ha investito tutte le attività del Centro di salute mentale, e anche l'azione di mappatura. Durante la sospensione si è di conseguenza reso necessario fare il punto sulla situazione a quel momento (febbraio-marzo 2020) e riprogrammare per i successivi mesi il lavoro in corso e quello già definito.

Come è andata: attività e vissuti

Come prima reazione al lockdown abbiamo chiesto una ricognizione sulle risorse tecnologiche – telefono, smartphone, pc, tablet, telefono fisso, disponibili nei servizi di salute mentale e per ciascuno dei pazienti e degli operatori nel Gruppo mappatura. Ciò ha consentito di ipotizzare la continuazione di alcune attività con il passaggio di alcune da attività in presenza ad attività a distanza.

Narrazione e valutazione dell'esperienza personale nella mappatura

Tra le prime iniziative rivisitate rientra il piano di interviste che, come responsabili dell'azione di mappatura dinamica, eravamo sul punto di fare, faccia a faccia, con ciascuno dei partecipanti alla mappatura. In questi colloqui intendevamo proporre una parte narrativa di racconto sulla propria esperienza nel gruppo e nelle uscite sul territorio, e una parte di valutazione critica sull'attività. Se infatti nelle riunioni periodiche di formazione e supervisione avevamo sempre posto attenzione alle reazioni del gruppo, ci sembrava necessario dare uno spazio personale a ciascuno per raccogliere esperienze, vissuti, opinioni legate ai diversi punti di vista dipendenti dal ruolo, dalle condizioni di vita ecc. E in effetti i materiali raccolti si sono poi rivelati di grande interesse.

Le ricercatrici hanno presentato la proposta e le nuove modalità di lavoro al gruppo e raccolto le adesioni al colloquio a distanza videoregistrato – solo in un caso l'intervista a una paziente è stata condotta attraverso un telefono fisso, e in un altro caso un paziente collegato in video ha chiesto di poter parlare senza essere ripreso con la telecamera. I colloqui con operatori e utenti, anche durante il lockdown, hanno utilizzato nella maggior parte dei casi le risorse informatiche disponibili nei servizi (ad esempio la piattaforma Gotomeeting).

Sulla stessa linea, dopo un periodo di sospensione delle attività che ha consentito di ripensare il lavoro in modalità a distanza, sono riprese le riunioni settimanali del Gruppo Mappatura e i contatti con le risorse del territorio con cui erano già in corso colloqui e progetti di collaborazione ecc.

Linee di evoluzione della mappatura: verso una gestione autonoma nel servizio

Modificata nei tempi e nelle modalità di attuazione, già durante il lockdown l'attività di mappatura dinamica riprende i suoi lavori. Con frequenza settimanale e modalità a distanza e/o in presenza in base ai diversi provvedimenti governativi anti Covid-19. Dal punto di vista organizzativo e funzionale si decide di tenere distinti tre sottogruppi territoriali (Montichiari, la Comunità residenziale di terzo settore La Rondine, e il Gruppo bresciano) che portano avanti la mappatura con scadenze e modalità specifiche adattandosi a ciascuna realtà, col supporto in loco di una delle coordinatrici, e trovando comunque nel gruppo settimanale un punto di riferimento e di coordinamento molto attento e presente.

Accanto alla ripresa dei contatti e delle interviste sui territori si concretizza la prospettiva di una imminente apertura degli spazi dedicati al CoLab, spazi dove si prevede una presenza del Gruppo mappatura (una stanza dedicata) che fin dall'inizio si proponeva di portare al tavolo di coprogettazione i risultati della ricognizione sulle risorse del territorio.

Come archiviare e rendere fruibili a tutti le informazioni sulle risorse

Da tempo si era posta la questione di come archiviare le informazioni relative alle risorse e come renderle disponibili a tutti, oltre che al gruppo di mappatura, sia a operatori che utenti del Servizio di salute mentale. Prende strada l'idea di creare un supporto informatico specifico con un elevato carattere interattivo. Si effettuano una serie di riunioni fra alcuni partner del progetto (mappatura e CoLab) alcuni operatori e utenti, con una società informatica che ha competenza in materia. Il protrarsi degli scambi nel tempo e l'avvicinarsi dell'apertura del CoLab suggeriscono tuttavia la co-costruzione in autonomia della piattaforma, grazie alle competenze informatiche e alla creatività del responsabile operativo del Progetto, a sostegno del gruppo mappatura. Dal lavoro di preparazione della piattaforma ci piace citare l'attenzione alla scelta dei termini "giusti" per un prodotto pensato per interagire e parlare con una molteplicità di figure: oltre a chi è vicino al mondo della salute mentale, anche operatori del sociale e cittadini. Ma innanzitutto agli utenti. E con loro infatti si è giunti all'identificazione dei termini più adeguati, tra cui la sostituzione di "risorse" del territorio col termine di "opportunità", che evoca più chiaramente una occasione positiva

da cogliere, per il proprio benessere, ma anche per il benessere comunitario.

Una delle iniziative che, sotto la supervisione delle ricercatrici, si sono attivate, spesso su proposta dello stesso Gruppo di mappatura, riguarda la coproduzione e pubblicazione di un video di presentazione della mappatura dinamica, affinché i cittadini, altri operatori e utenti comprendessero il processo di mappatura, creato in stretta collaborazione con Compagnia Meta-morfosi (laboratorio condotto all'interno dei servizi di salute mentale da Teatro19, partner di progetto del territorio bresciano), video che sarà poi inserito nel sito del progetto Recovery.net.

La coprogettazione del video “Mappatura dinamica delle risorse – Conosci il tuo territorio e scopri le sue opportunità”

a cura di *Ilaria Liscidini e Marta Consolini*

Dal mese di aprile 2020 il gruppo mappatura di Brescia si è ritrovato on-line tramite piattaforma, agli incontri partecipavano operatori, utenti, familiari e cittadini coinvolti nell'azione di mappatura dinamica all'interno del progetto Recovery.Net.

Oltre a pensare a possibili opportunità da intervistare in modalità on-line, abbiamo pensato di costruire insieme, prima come idea e poi più concretamente, un video che potesse rappresentare al meglio il lavoro svolto dal gruppo e il significato di questo processo.

Abbiamo pensato che il video potesse essere uno strumento utile per far comprendere in modo immediato il concetto di mappatura dinamica e su cui potevamo lavorare insieme anche a distanza in quei mesi dove ognuno era nella propria abitazione.

Abbiamo iniziato a pensare all'interno del gruppo a delle immagini che potessero rappresentare al meglio il processo di mappatura dinamica che stavamo portando avanti da alcuni anni e allo stesso tempo anche rappresentare la situazione che stavamo vivendo in quel preciso momento, in cui tutti eravamo chiusi nelle nostre case.

Tra le varie immagini che sono state proposte dai partecipanti è piaciuta fin da subito l'immagine dei pirati.

L'idea dei pirati ha destato subito grande interesse perché descrive l'immagine di uomini esperti di mare alla ricerca di tesori, che formano una squadra unita per un unico obiettivo. Anche noi mappatori, allo stesso tempo, esploriamo territori e siamo desiderosi di scovare occasioni e opportunità, proprio come pirati siamo un gruppo unito che ha continuato a lavorare anche in un periodo di isolamento e di fatica.

Nei loro viaggi i pirati trovano i loro bottini fatti di rum e oro, noi mappatori troviamo i nostri tesori, le relazioni, le opportunità e le persone in ogni occasione di mappatura e in ogni realtà che incontriamo.

Anche noi come i pirati abbiamo le nostre mappe e lavoriamo insieme sulla stessa nave, come pirati crediamo nel nostro viaggio e crediamo che la rotta e la direzione si può cambiare e modificare durante il viaggio seguendo il vento o meglio seguendo la rete di relazioni e di opportunità che si crea con la mappatura.

L'immagine dei mappatori paragonata a quella dei pirati ha in sé moltissime similitudini e punti in comune, quindi è diventata l'idea sulla quale costruire il video relativo alla mappatura.

All'interno del progetto Recovery.net vi era un partner bresciano che si occupava di teatro sociale, Teatro19, e in particolar modo, nella realizzazione dell'introduzione al video, è stato coinvolto il gruppo Compagnia Laboratorio Metamorfosi. Dal mese di giugno 2020 vi sono state delle riunioni del gruppo mappatura con i partecipanti alla Compagnia, per confrontarsi su idee e spunti di riflessione per il video. La Compagnia ha poi iniziato a lavorare al suo interno per la realizzazione dell'introduzione.

Allo stesso tempo si sono svolte riunioni con le docenti Prof.ssa Tognetti e Prof.ssa Cacioppo che supervisionavano a livello metodologico e scientifico l'azione di mappatura dinamica.

Esse ci hanno dato alcuni suggerimenti importanti come ad esempio quello di trovare insieme al gruppo mappatura il titolo del video e raccogliere testimonianze a partire da alcune parole stimolo (che sono poi state riportate dopo l'introduzione del video).

Nel mese di luglio 2020 abbiamo proseguito con il lavoro di coprogettazione del video, elaborando con il gruppo mappatura alcune domande che potessero essere da stimolo per raccogliere le testimonianze dei mappatori.

Come operatori abbiamo supportato alcuni utenti nella registrazione audio o nell'elaborazione scritta del proprio pensiero da condividere nel video.

Allo stesso tempo abbiamo cercato e recuperato delle immagini e foto significative da mettere come sfondo nel video.

Siamo ad agosto 2020 e nasce una prima bozza del video, che è stata poi modificata in alcune parti e integrata con altre. In questa fase è stato fondamentale il supporto delle docenti referenti della mappatura che ci hanno dato alcuni suggerimenti utili per strutturare al meglio il video.

Per quanto riguarda il montaggio del video se ne è occupato un volontario vicino a Recovery.net.

A settembre 2020 viene elaborata la versione definitiva del video che è stato caricato sul canale Youtube del progetto Recovery.net per la diffusione alla cittadinanza.

Il video è stato utilizzato in alcuni momenti di incontro presso il CoLab Torre Cimabue di Brescia, in particolar modo nei giorni di inaugurazione dello spazio, per rappresentare al meglio una delle azioni cardine del CoLab.

Importante e fondamentale sottolineare che il gruppo che ha coprogettato il video era composto da: operatori dei servizi di salute mentale, consulenti del progetto Recovery.net, utenti dei servizi di salute mentale, familiari, docenti universitarie e volontari. Insieme hanno formato un equipaggio perfetto dove ognuno ha contribuito con la sua esperienza e con le sue idee nella realizzazione del video ([link al video http://www.colab-brescia.it/mappatura](http://www.colab-brescia.it/mappatura)).

In generale, la promozione della partecipazione creativa alla co-costruzione dell'esperienza che viene attivata dai percorsi del teatro sociale supporta il recupero dell'autonomia dei soggetti, spesso indebolita da contesti e condizioni di vita passivizzanti che tendono a negare la dimensione di cittadinanza attiva e l'inalienabile insieme di diritti di cui ogni persona è portatrice. Nelle pratiche di teatro sociale è centrale l'esperienza corporea, sensoriale, immersiva, individuale ma al contempo collettiva, attraverso la quale il soggetto si apre a una nuova comprensione di sé (Tesauro, 2019), dell'altro, del gruppo e del contesto. Si mette in movimento una particolare forma di partecipazione che coinvolge il soggetto in modo fattivo, emotivo, immaginativo e affettivo (Butler, 2017). È questa la qualità della partecipazione che gli autori rilevano nelle esperienze e che ritengono cruciale affinché le persone, anche in condizione di particolare deprivazione o debolezza, tornino a esercitare la propria agency, sviluppino stili di attaccamento positivi, si ingaggino attivamente nella co-costruzione di percorsi di riabilitazione, di rielaborazione dei traumi e di resilienza.

6. Temi e riferimenti metodologici

Strumenti di ricerca e di comunicazione flessibili e adeguati ai diversi soggetti interessati

Si è detto, in precedenza, come molti degli strumenti di rilevazione proposti al Gruppo di mappatura siano poi stati in parte modificati per adattarli alle esigenze di chi portava avanti la mappatura e alle caratteristiche di funzionamento dei servizi di appartenenza di utenti e operatori.

Allo stesso modo si è cercato di tener conto dei destinatari delle comunicazioni e dei prodotti della mappatura, che via via venivano offerti al pubblico. Non solo partecipanti al lavoro di mappatura, ma anche operatori e utenti dei servizi sanitari, operatori nel sociale e cittadini in qualunque modo interessati ai temi proposti. Citiamo a questo proposito un intervento molto critico nei confronti di un volantino che avrebbe dovuto informare sul Progetto Recovery e che a nostro avviso, pur formalmente corretto, utilizzava un linguaggio troppo “per addetti ai lavori”, con termini in inglese e sigle non spiegate, quindi probabilmente non comprensibile ai cittadini “normali”, e forse agli utenti stessi, beneficiari finali del progetto. Ecco perché, dovendo pubblicare sul sito del Progetto una informazione dedicata a presentare la mappatura, si è scelto, come già detto, di usare il format tipico dei foglietti illustrativi dei farmaci – i bugiardini, contando sul fatto che quello schema sarebbe stato noto a molti dei possibili lettori.

Su questo punto ci sembra interessante una annotazione metodologica non usuale nei rapporti di ricerca, anche della ricerca azione partecipata. Riguarda l’attenzione particolare ai prodotti che presentano i risultati della ricerca. L’autore (Fleming, 2013) riflette, a proposito di una esperienza appena conclusa, su come proprio le caratteristiche del gruppo di ricerca, ampio e variegato, e la gamma di esperienze che lo hanno arricchito durante il lavoro, hanno influenzato anche i prodotti della ricerca. “Frequentemente in progetti di ricerca, anche dove i beneficiari sono gli utenti, i risultati sono prevalentemente per un pubblico accademico. Il gruppo si è impegnato perché l’accessibilità fosse per tutti, e ha creato una molteplicità di prodotti che riportano i risultati. Questi includono effettivamente un libro per lettori accademici e professionisti (Beresford *et al.*, 2011). C’è anche un riassunto del libro in parole semplici e immagini (Barrett *et al.*, 2011), il che ha comportato notevoli sfide nella traduzione dei contenuti dell’intero libro in un modulo accessibile. Abbiamo anche prodotto manuali per gli utenti del servizio (Bewley *et al.*, 2011) e i professionisti (Croft *et al.*, 2011) sulla gestione della formazione accessibile (Glynn *et al.*, 2011), oltre a due rapporti

incentrati sul lavoro in siti specifici (Fleming *et al.*, 2011; Postle *et al.*, 2011)”.

Comunicazione, cura e riabilitazione psicosociale a distanza?

Un’ampia rassegna delle conseguenze della pandemia nel settore dei servizi di salute mentale viene offerta da Carpiniello (2020) in cui si osserva come “da una lettura complessiva dei vari articoli pubblicati nella letteratura internazionale emerge una serie di aspetti comuni così sintetizzabile. Innanzitutto pressoché ovunque i servizi hanno dovuto subire una più o meno profonda riorganizzazione, consistente, per quanto riguarda i servizi di psichiatria di comunità, in una notevole riduzione delle attività, solo in parte compensata dalla cosiddetta “telepsichiatria”, della quale sono state segnalate peraltro non poche difficoltà e limitazioni.

Problemi collegati alla “Telepsichiatria”

- Mancanza di procedure condivise a livello nazionale
- Mancanza di riconoscimenti ufficiali e di remunerazione
- Carenza di preparazione del personale dei servizi di salute mentale (scarsa alfabetizzazione informatica e telematica)
- Carenza di adeguata tecnologia nei servizi (reti a banda larga, PC, piattaforme protette)
- Carenza di adeguata tecnologia e di familiarità con la tecnologia delle comunicazioni a distanza in ampie fasce di popolazione (basso status socioeconomico, età)
- Problematiche legate alla privacy e al segreto professionale

Fonte: Carpiniello B. (2020), *I servizi di salute mentale al tempo del Covid-19*, in <https://www.e-noos.com/archivio/3567/articoli/35483/>

Nei periodi di maggiori restrizioni, “per quanto concerne l’assistenza ambulatoriale, i cambiamenti principali sono consistiti nel passaggio alle modalità virtuali di assistenza. Ciò ha richiesto aggiustamenti sia nella programmazione dei servizi, sia in una rapida formazione su come usare i sistemi di comunicazione a distanza da parte degli operatori. Queste trasformazioni sono state ampiamente ben accolte ma talora sono risultate anche

molto impegnative, soprattutto per la scarsa familiarità di molti operatori con determinate tecnologie, per la lentezza delle connessioni in rete, per il malfunzionamento delle apparecchiature, e soprattutto per il problema emergente della scarsa sicurezza telematica, con la possibilità della perdita di riservatezza”.

Conclusioni

Appare chiara la complessità del percorso di mappatura dinamica, ma allo stesso tempo la sua semplicità se si tratta di un processo partecipato come è stato quello da noi condotto. Certamente ci siamo trovate a sperimentare una metodologia in un contesto di operatori e di pazienti molto aperti e sensibili che grazie alla sperimentazione della recovery già in atto nei servizi interessati, aveva creato una apertura mentale e una disponibilità al nuovo non usuale.

Crediamo che la stessa situazione di lockdown di fatto abbia creato un maggior spirito di coesione, pur nella limitatezza delle attrezzature tecnologiche disponibili e nelle difficoltà a utilizzarle, nonché con l'assenza di una relazione diretta. Anzi, probabilmente tutte queste situazioni di contesto hanno favorito una maggior concentrazione sulla sperimentazione in corso e ha incrementato la voglia di esserci.

Così come la presenza di funzioni di coordinamento e di collaborazione fra i partner di progetto è stata assai utile e produttiva, ci sentiamo tuttavia di sottolineare che probabilmente la possibilità creata proprio dalla mappatura dinamica delle risorse, di mettersi in gioco e di stimolare la creatività di ognuno a partire da quella dei pazienti e poi degli operatori, e anche delle stesse ricercatrici abbia fatto la differenza, e abbia consentito alla mappatura dinamica delle risorse di generare punti di vista, pratiche sui generis, almeno nel mondo della salute mentale.

Di seguito riportiamo integralmente un'intervista di monitoraggio fatta con una operatrice nel corso della pandemia perché esemplificativa di come si è concretizzato il progetto di mappatura tra difficoltà e potenzialità. Dall'intervista fra le molte cose che emergono vi è l'entusiasmo iniziale legato al tipo di metodologia, ma anche si comprende come sia stato complicato inserire questa nuova attività nell'organizzazione già fitta dell'attività quotidiana del servizio. La risorsa individuata e visitata è stata poi valorizzata dagli utenti anche mettendosi in gioco e mostrando autonomia nell'utilizzo ovviamente fino all'irruzione del Covid-19 che ha avuto un impatto destrutturante non solo sull'attività di mappatura ma sul funziona-

mento del servizio. Un ulteriore elemento da sottolineare è relativo al fatto che il processo di mappatura oltre che finalizzato all'individuazione delle risorse utili era monitorato e accompagnato dalle ricercatrici universitarie, che pur nel loro ruolo leggero di fatto sottolineavano che l'esercizio non era fine a se stesso ma vi era una metodologia e una procedura validata.

Intervista a Daniela Slaviero, Coordinatrice Struttura Residenziale Psichiatrica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Ospedali Civili, Brescia.

di *Mara Tognetti e Maria Cacioppo*

MT: Allora la decisione di far parte dell'azione mappatura è un'azione assunta spontaneamente oppure è stata sollecitata da qualcuno?

DS: *No no, è stata una decisione spontanea. Non è stata casuale, è stata assolutamente voluta, non l'ha imposta nessuno in quanto sono convinta che nella gestione dei problemi dei nostri utenti sia fondamentale per costruire progetti adeguati insieme a loro conoscere il territorio e far tornare queste persone sul loro territorio, utilizzando risorse a loro favorevoli, ecco. Ci ho creduto tantissimo proprio per la costruzione di progetti adeguati. La ritengo una risorsa fondamentale quella del territorio nella costruzione dei progetti, ecco sì.*

MT: Nel suo gruppo di mappatura chi c'è, o chi c'era inizialmente?

DS: *Nel gruppo di mappatura c'erano utenti e operatori della struttura.*

MT: Familiari ne avevate?

DS: *No, o meglio li avevamo all'inizio ma poi si sono tirati fuori, per loro era un po' impegnativo. Erano due familiari anziani e si sono poi tirati fuori. Hanno partecipato fintanto che il loro figlio era qui.*

MT: Mi dice che ruolo giocavano, cosa hanno fatto?

DS: *In teoria avrebbero dovuto partecipare mappando il loro territorio di provenienza e lo hanno fatto. Lo hanno fatto.*

MT: Ma hanno partecipato con entusiasmo oppure lo hanno fatto perché gli veniva richiesto?

DS: *Hanno contribuito. Sì, mi sembrava anche con entusiasmo.*

MT: Come avete cominciato il lavoro di mappatura?

DS: *Be' prima abbiamo fatto diverse riunioni per darci una organizzazione. Devo dire che nelle prime riunioni c'era molto entusiasmo, sì. E il fatto che ogni operatore/utente abbia scelto il suo territorio, un territorio che conosceva bene, è stato un valore. Sì, la parte iniziale... siamo partiti con molto entusiasmo.*

MT: In queste riunioni cosa facevate all'inizio?

DS: *Be' all'inizio erano organizzative. Ci siamo suddivisi dei territori, paesi, quartieri. Ognuno ha espresso le proprie preferenze e noi abbiamo pensato che questo potesse essere un buon metodo per muoversi meglio. Poi ci siamo dati anche delle regole, semplici, all'inizio. Questo abbiamo fatto nelle prime riunioni.*

MT: Che tipo di regole vi siete dati all'inizio?

DS: *Be, le regole erano quelle... Allora ci siamo dati due regole sulla ricerca di queste risorse. Abbiamo stabilito che la ricerca dovesse essere in parte fatta con internet e in parte fatta andando fisicamente sui territori. La prima regola che ci siamo dati è stata questa (...). Sì, ci siamo divisi i compiti. E poi ci siamo detti quali risorse avevano la priorità.*

MT: E come siete arrivati a definire la priorità delle risorse?

DS: *Be' in base a quelli che sono in generale i nostri progetti e in base a quelli che negli anni, nell'esperienza, sono i bisogni principali delle persone quando magari escono dalla nostra struttura. Noi sappiamo in generale quali sono i loro bisogni e in base a questi bisogni abbiamo stabilito delle priorità.*

MT: I pazienti hanno partecipato alla decisione di quali priorità?

DS: *Sì, sì, quelli che componevano il gruppo sì.*

MT: C'erano delle differenze rispetto alle priorità individuate da voi e individuate dai pazienti?

DS: *Sì. Allora i pazienti come priorità mettevano che avremmo dovuto mappare per prime situazioni di socializzazione oppure opportunità lavorative. Sempre.*

MT: E voi invece come operatori?

DS: *Mentre noi operatori magari guardavamo ad altri ... pensavamo che ci fossero altri bisogni. Come per esempio quello del benessere clinico, cioè cercare risorse che garantissero il benessere, il benessere psicofisico. Mentre invece all'utente interessa di più la relazione, la socialità e il lavoro.*

MT: E come vi siete messi d'accordo su quali risorse selezionare?

DS: *Abbiamo fatto un po' tutto. Alla fine poi ci siamo anche resi conto che sul territorio una cosa non esclude l'altra.*

MT: Mi può descrivere nel modo più dettagliato possibile quali sono state le attività che lei ha fatto all'interno del processo di mappatura. Se riesce anche proprio in termini storici, partendo dall'inizio.

DS: *Ma io sono un coordinatore. Io ho svolto un'attività organizzativa. Ho preparato i materiali, le schede.*

MT: Mi dica.

DS: *Ho preparato appunto i materiali, le schede. Ho spiegato, e condiviso, queste schede sia agli operatori e agli utenti, questo ho fatto. Le ho raccolte. Poi il mio lavoro è stato più burocratico, raccoglierte e inviarle a chi poi le avrebbe inserite e le avrebbe mandate a voi. Il mio lavoro è stato quello di costruire questo tipo di attività.*

MT: Nella presentazione delle schede... Come presentava le schede, come esemplificava le schede?

DS: *Be' le presentavo come lo strumento che voi, che l'Università ci aveva dato per fare questo tipo di attività E poi le presentavo item per item, erano abbastanza complesse. E poi davo la possibilità comunque a loro di aggiungere osservazioni personali.*

MT: Rispetto a questi strumenti si ricorda che osservazioni le sono state fatte?

DS: *Sì, gli operatori rispetto agli item che erano proposti. Diciamo che gli item erano compilati in modo veloce, molto semplice. Mentre invece le loro osservazioni riguardo alla risorsa, non so l'emozione, l'interesse, l'opportunità, nei fogli che allegavano era molto più dettagliata. Cioè*

la scheda veniva compilata perché c'era l'item 'Sì / No', 'Indirizzo', ecc.. Ma era molto di più, per quanto riguarda i miei operatori, operatori e utenti, la loro descrizione allegata di come si erano trovati, dell'opportunità che secondo loro era. Quindi più che gli item della scheda era questa parte allegata scritta di loro pugno, insomma, che era molto ricca. Io ho consegnato tutto, ecco, sia questi fogli che la scheda allegata.

MT: Ma secondo lei perché c'era questa ricchezza rispetto a questa parte della scheda, a che cosa era dovuto?

DS: *Be' il lavoro era curioso, il tipo di mandato era curioso e completamente nuovo. I miei operatori, i miei pazienti non erano mai usciti a fare...*

Allora la curiosità del mandato. Il fatto poi che gli venisse chiesto di compilare un documento era coinvolgente, ecco. Perché avevamo già in precedenza altre attività simili che era 'Scopri il territorio' 'Vedi la città', ma non erano formalizzate, non veniva chiesto loro l'impegno poi di compilare una scheda. C'era anche responsabilità, sì. Hanno vissuto questo compito anche come responsabilità. Perché è stato presentato come un progetto dell'Università, per cui c'era un coinvolgimento doppio.

MT: Ma che commenti facevano quando le restituivano le schede o quando dovevano uscire?

DS: *Innanzitutto c'erano sempre adesioni. In realtà le adesioni erano di 2 o 3 utenti, in quel momento ricoverati, che insomma erano molto interessati e ogni settimana, ogni 15 giorni quando si usciva loro si iscrivevano perché erano interessati a questo tipo di proposta, ecco. E poi collaboravano con l'operatore nella stesura della scheda. (...)*

MT: Una volta che gli operatori, gli utenti uscivano e mappavano la risorsa, poi cosa succedeva?

DS: *Io li supportavo prima e li supportavo al rientro. E succedeva che praticamente al rientro o nei giorni successivi, perché la scheda non sempre veniva compilata, veniva compilata parzialmente ma nei giorni successivi veniva completata e arricchita delle loro osservazioni, non veniva esaurita subito.*

MT: E quindi cosa facevate?

DS: *Quindi l'operatore la completava con gli utenti nei giorni successivi. Si fermavano un attimo a riflettere su che tipo di opportunità quella risorsa fosse per loro. Il lavoro continuava anche nei giorni successivi*

MT: Ma lo facevano sempre in gruppo o operatore-utente singolo?

DS: *Operatore-utente, sì.*

MT: L'attività di mappatura ha determinato dei cambiamenti a livello organizzativo? Orari, ecc.

DS: *Sì, sì, certo.*

MT: Mi può fare qualche esempio?

DS: *Be' innanzitutto l'organizzazione. Quindi ha comportato che io mi dovesti mettere lì con gli operatori che ho individuato a organizzare questo tipo di situazione e a spiegarla. Dal punto di vista organizzativo l'ho dovuta inserire come nuova attività all'interno di un pacchetto che era standardizzato da anni e tutte le attività che si facevano erano, come dire, ripetitive e ho dovuto infilare, proprio infilare, questa togliendone magari delle altre. E poi c'è stato tutto quel lavoro di spiegazione.*

MT: Avete dovuto modificare gli orari?

DS: *Gli orari sì. Dipendeva appunto dalla risorsa che volevamo andare a mappare, sì, certo. Si sono dovuti incastrare a volte alcuni orari, certo, magari anche uscire alla sera che non è usuale, uscire alla sera, alle ore 20 perché quella risorsa si poteva valutare solo in quell'orario.*

MT: Ha riscontrato delle resistenze da parte di qualche operatore a fare questa attività?

DS: *Sì, sì, senz'altro sugli orari perché gli operatori insomma tendono a essere abituarini. A volte sugli orari, sì. E incertezza perché in fondo il compito che veniva affidato non era un compito che loro erano abituati a eseguire, ecco. Il paziente ha fatto meno difficoltà ma l'operatore chiamato a fare questa azione... hanno aderito tutti s'intende però certo mi hanno fatto un sacco di domande: "E perché bisogna andare a quell'ora?", "E perché dobbiamo fare la scheda?".*

Perché sentivano una responsabilità diversa rispetto alle attività precedenti o routinarie che in genere venivano svolte nella settimana. Era... la responsabilità sulla novità. Però tutte le persone individuate sono uscite a fare questo tipo di lavoro.

MT: Quindi non ci sono stati dei rifiuti?

DS: *No, no. Magari ho dovuto spiegare un po' di più, supportare, incoraggiare, però no. Poi dopo fatta la prima, la seconda il lavoro è andato via anche bene. Sì, certo c'ero sempre io dietro che con largo anticipo dicevo "Quel giorno lì, c'è questa risorsa, cosa ne dici?". Poi alcune risorse erano state individuate anche dagli utenti. Con largo anticipo si costruiva questo tipo di attività. Largo: dieci giorni, una settimana.*

MT: Secondo lei che cosa ha portato di positivo la mappatura? A lei personalmente come coordinatore?

DS: *A me personalmente un tipo di attività soprattutto svolta non in modo improvvisato ma in modo formale, formalizzato, perché spesso si svolgono attività in modo un po' spontaneo e senza neanche avere, come dire, un report regolare, costante e poi come in questo caso un report guidato di quanto si è svolto. Perciò a me è piaciuto questo aspetto: che c'era un governo e c'era una raccolta di dati. Quindi il lavoro che abbiamo fatto è poi confluito in una serie di dati. A me è piaciuto quello: che ho potuto vedere il risultato di quello che ho seguito, organizzato. E poi ho visto che gli operatori, anche se con qualche difficoltà, hanno aderito volentieri. Secondo me anche per loro ha giocato molto questa cosa dell'essere parte di un progetto e che il loro lavoro è finito in un qualcosa di concreto che sono poi state le vostre relazioni. Per me quest'aspetto, la formalizzazione. Era un progetto formalizzato, non fatto tanto per, di cui poi non rimane traccia. Ma è rimasta traccia del loro lavoro.*

MT: E agli utenti che cosa ha portato di positivo?

DS: *Be' gli utenti sono usciti, erano interessati, hanno visto cose, insomma sono entrati in alcune realtà. Poi magari non ne hanno usufruito, però questo lavoro di ricerca e scoperta è piaciuto. Erano più maschi che femmine nei gruppi di mappatura, anzi maschi.*

MT: Oltre a compilare la scheda delle risorse, ci sono state delle risorse che sono state visitate, attivate?

DS: *Allora, una. Una sì perché abbiamo mappato in quell'estate che è l'estate scorsa al parco Ducos l'attività di 'Ginnastica al parco'. L'abbiamo mappata, abbiamo preso naturalmente informazioni. I pazienti hanno aderito e hanno frequentato quell'estate quell'attività, 3 o 4 pazienti, e la cosa è stata formalizzata all'interno dei loro PTR, dei loro progetti. All'interno dei PTR, Progetto Terapeutico-Riabilitativo, quello personalizzato c'era una schedina in cui abbiamo sintetizzato che avevamo mappato, conosciuto questa risorsa, l'utente desiderava partecipare, abbiamo messo l'orario, che sarebbe andato con l'autobus, a piedi, ecc., l'ha firmata anche il medico, l'ha firmata l'utente. E sono andati, 'Ginnastica al parco', sì.*

MT: Avete avuto dei feedback da questa risorsa?

DS: *In che senso? Il fatto che loro andassero?*

MT: Nel senso che ... l'aggregazione...

DS: *Per noi il fatto che loro andassero senza il nostro accompagnamento, li abbiamo accompagnati solo la prima volta, il fatto che loro andassero senza il nostro accompagnamento e spontaneamente dicessero: "Adesso partiamo, ci mettiamo la tuta" per noi è stata questa la cosa più importante, aver suscitato l'interesse e che loro l'abbiano mantenuto poi.*

MT: E continuano a utilizzarla questa risorsa?

DS: *Allora questa estate non c'era più e non l'hanno quindi utilizzata... C'è stato il covid.*

MT: Ha bloccato tutto. Anche la nostra fantasia.

DS: *Sì, siamo usciti a fare altro ma non abbiamo utilizzato risorse del territorio che avevamo scoperto, no.*

MC: Dopo la schedatura ci sono stati dei colloqui con i responsabili in cui sono stati presenti operatore e utenti, cioè oltre la compilazione della scheda si è proseguito con alcune delle altre risorse individuate oppure il coronavirus ha bloccato tutto?

DS: Allora, qui da me no, nella mia struttura no. Siamo stati proprio bloccati completamente, perché non potevamo... ci hanno proprio bloccato qualunque tipo di uscita, fino ai primi di maggio. E poi le uscite dovevano essere accompagnate dall'operatore, limitate e quindi no.

MT: L'attività di mappatura continua nel suo servizio?

DS: No.

MT: Quando è stata sospesa?

DS: È stata sospesa, siamo molto molto bloccati, viviamo di Covid e basta, purtroppo. Allora, i pazienti sono usciti da soli, hanno avuto la possibilità di uscire da soli nel mese di giugno, luglio, agosto. Adesso, per esempio, siamo di nuovo bloccati. No, non l'abbiamo più svolta.

MT: Dal suo punto di vista ci sono degli elementi di criticità rispetto a questo processo di mappatura, a questa attività?

DS: Allora, io direi di no. Direi di no perché quando l'attività era organizzata, pianificata, ha dato anche i suoi frutti, insomma. Certo è che se le risorse mappate sono tante, poi quelle che realmente, vedo questo, vengono sfruttate sono poche. Se penso al mio servizio abbiamo sfruttato prevalentemente attività all'aperto e non altro. Avevamo mappato parecchie cose, sono tante quelle mappate ma poi sfruttabili, usufruibili poche, ecco posso dire quello. Per me l'attività più importante, ricca è proprio uscire a mappare, conoscere. Io non so se poi qualcuno ha usufruito delle risorse che noi come struttura abbiamo mappato.

MT: Se dovesse spiegare a un suo collega che cos'è la mappatura, come gliela spiegherebbe?

DS: Allora come gliela spiegherei? Gliela spiegherei come un'attività che dovrebbe esserci in ogni servizio, una attività di scoperta o riscoperta di risorse finalizzate, che potrebbero essere risorse utili ai progetti personali degli utenti. Un'attività utile già in sé in quanto aiuta l'utente a ritornare nel suo territorio. L'attività di mappatura è utile già in sé in quanto consente agli utenti di sperimentarsi in modo protetto perché sono accompagnati dall'operatore. Parlo dei miei utenti che non potrebbero uscire altrimenti da soli. Una ricerca.

MT: Lei sa che c'è un gruppettino che si ritrova tutti i mercoledì proprio sulla mappatura?

DS: *Sì, certo che lo so. Però noi non potevamo partecipare perché in quanto struttura comunitaria siamo sottoposti ad alcuni vincoli. Non possiamo proprio unirvi ad altri, assemblarci, sì, lo so che sono andati avanti a incontrarsi.*

MT: Quindi neanche le riunioni via piattaforma? Sempre individualmente dovete essere?

DS: *No, no, potremmo fare quelle lì ma come le ripeto durante il periodo Covid e anche adesso per noi è totalizzante, è totalizzante. Allora abbiamo fatto una riunione anche 15 giorni fa e ci hanno chiesto di ricominciare a fare tutto, non so come ma ricominceremo, anche se il Covid ha la priorità su tutto.*

MT: Ma questo cosa vuol dire, che ha la priorità su tutto? Che non potete riunirvi?

DS: *No, che io, che sono il coordinatore del progetto all'interno della CRA⁵, sono talmente impegnata con le procedure, le sanificazioni, i controlli, ogni giorno c'è sempre il sospetto positivo che quindi comporta l'isolamento che devo governare, che devo governare io, perciò il tempo di dedicarmi di nuovo alle attività della 'Recovery.net' è davvero pochissimo. Io adesso ho una serie di cose da fare e mi piacerebbe pure ricominciare questa attività della mappatura, magari partecipare al gruppo del mercoledì, ma io non so come. Il mio tempo, siccome sono io il referente nella mia struttura, il mio tempo è dedicato quasi completamente a seguire le questioni del Covid, è quello il fatto (...). E la volontà di... il gruppo del mercoledì c'è ma non so come, non so come organizzarmi.*

MT: Sì, ok. Bene, se non ha altro da aggiungere la ringrazio perché ci ha detto delle cose molto importanti. Speriamo di vederci in presenza presto.

DS: *Per noi l'occasione di questo progetto è stata importantissima. Be' a me ovviamente ero impegnata in prima fila e mi ha sempre interessato molto. Come vi ripeto soprattutto perché c'era un governo dei dati che venivano raccolti e poi messi a disposizione di tutti. A me è piaciuto*

⁵ CRA Comunità riabilitativa ad Alta assistenza.

molto, a parte l'argomento in sé, ecco, che per i nostri utenti è fondamentale. Però il fatto che non fosse un lavoro campato per aria ma che ci fossero poi dei dati da condividere, nero su bianco insomma. E poi il coinvolgimento dell'Università che per me, per il mio gruppo era una novità. Spero avremo ancora occasioni di lavorare insieme.

5. Noi i mappatori creativi: il punto di vista dei pazienti (come creare opportunità anche in tempo di Covid-19)

In questo capitolo gli utenti descrivono come hanno vissuto e si sono impegnati nel processo di mappatura dinamica

Alice V.

Mi sono avvicinata alla mappatura in due riprese: la prima volta sono stata coinvolta a sorpresa in un progetto che nessuno mi aveva illustrato e per me si è aperto un mondo nuovo, che però stentavo a comprendere perché raccoglievo informazioni frammentarie, che non si rivelavano abbastanza esaustive per quel che avevo bisogno di sapere.

In quel periodo non stavo bene, ero psicologicamente fragile... ed è per questo motivo che, alla prima occasione, mi sono defilata preferendo dedicarmi ad altre attività che sentivo più congeniali.

Poi è arrivato il Covid che ha sconvolto le nostre vite quotidiane e, di conseguenza, anche tutto quello che ruotava intorno alle stesse.

È in questa fase che la mia operatrice referente ha pensato bene di riacciuffarmi, proponendomi di riavvicinarmi alla mappatura sotto una nuova veste, ossia attraverso lo svolgimento online degli incontri con gli altri mappatori e le interviste alle varie risorse che si intendevano scoprire.

Il concetto di mappatura ha quindi iniziato a ben delinearsi davanti ai miei occhi: a mano a mano che si procedeva tutto diventava sempre più chiaro e questo mi stimolava ad andare avanti, perché la curiosità di individuare nuove risorse utili allo scopo di poterne fruire cresceva sempre più.

Il lavoro coprodotto e condiviso mi ha dato tanta soddisfazione: lo sforzo comune di tutti i partecipanti ha fatto sì che, mentre si procedeva al completamento di quello che risultava essere come un puzzle (cioè l'allestimento delle cartine geografiche con le diverse risorse mappate posi-

zionate nella loro sede), venisse messo in risalto tutto il dietro le quinte che ha permesso di raggiungere l'obiettivo che ci si era prefissati, ossia la fruibilità dei servizi offerti e proposti dalle varie realtà intervistate.

Purtroppo, a causa del Covid non ho ancora avuto modo di effettuare interviste in presenza, tranne che in un paio di occasioni nelle quali ho incontrato i responsabili che fanno capo a un'associazione, ma non nella loro area di pertinenza: credo che tastare con mano la realtà mappata risulti più d'impatto e, di conseguenza, rimanga impressa maggiormente nella memoria e portata a conoscenza delle persone interessate in maniera più dettagliata.

Sapere che l'operato dei mappatori può tornare utile in svariate situazioni, suscita il mio interesse a continuare a dedicarmi a quest'attività che, nel suo insieme, mi ha arricchita notevolmente e mi sprona a svolgere la mia mansione con un occhio di riguardo a quelle persone che, finalmente, trovano una risposta alle loro richieste e necessità.

Fabio

Mi chiamo Fabio, sono un utente del Centro Diurno di via Romiglia (Brescia) da marzo 2015, e dal 2019 partecipo al Gruppo Mappatura. Mi sono inserito inizialmente per vedere come funzionava l'attività, non partecipando come attore principale. Ricordo che, quando assistevo nel 2019, alcuni membri organizzavano delle interviste e si discuteva su come e dove le si potevano svolgere, trovando, ognuno dei partecipanti al Gruppo, associazioni, cooperative, eccetera. Sinceramente non capivo bene come funzionava quando si parlava di andare di persona a mappare intervistando. Ricordo di aver partecipato a due interviste in presenza prima della pandemia (Informagiovani, cooperativa A mano A mano), quest'ultima mi aveva dato la possibilità di un inserimento lavorativo, poi non andato a buon fine. Durante la pandemia abbiamo comunque continuato con la mappatura dinamica, ma svolgendo il nostro lavoro online. Da subito ho trovato grosse difficoltà, perché non c'era, rispetto a quando si facevano in presenza le interviste, la possibilità dello scambio di sguardi con l'intervistato. Online si percepiva quel distacco. Abbiamo lavorato con un pc e la connessione internet e ci sono stati non pochi problemi, ma penso che il lavoro sia continuato molto bene, riuscendo comunque a portarlo avanti in maniera ottimale. Quando le operatrici, poi, durante il periodo di pandemia, ci dicevano che per la primavera 2021 si sarebbe concretizzato il fatto di avere una nostra sede presso il Recovery CoLab, ero spaventato ma curioso, perché im-

maginavo che avremmo potuto lavorare, o meglio portare avanti il nostro lavoro, in modo migliore avendo una struttura solida.

Lucia

Dopo anni di inattività sociale, al CPS (Centro Psico Sociale) mi è stato proposto da un operatore di partecipare alla “mappatura”. All’inizio non capivo bene di cosa si trattasse, ma, curiosa come sempre, ho accettato il primo appuntamento con altre due utenti e una operatrice. Facendo l’intervista a una “risorsa” mi sono divertita e così ho proseguito. Perché no!

Poi, il primo cambiamento. Con l’arrivo di altre operatrici, sono iniziati regolari incontri settimanali in cui le cose sembravano complicarsi, ma ho continuato a partecipare, per fortuna, mantenendo un certo entusiasmo attivo, credendo alla reale utilità del progetto per gli altri, ma anche per me e la mia vita.

Purtroppo, come sappiamo, è arrivata la chiusura causa Covid, ma le operatrici si sono adoperate in modo eccellente per permettere a noi utenti di continuare a incontrarci online, fornendomi un pc in comodato d’uso e accompagnandoci con pazienza nella riuscita delle connessioni, non sempre facili.

Così il progetto e le interviste hanno continuato a crescere, insieme a tutti noi. La speranza che il nostro lavoro sia veramente utile per tante altre persone ci accompagna e motiva ancora oggi, con costanza, grazie soprattutto all’apertura del Recovery CoLab, dove ci incontriamo regolarmente.

Spero che l’attività di mappatura si sviluppi ulteriormente, per integrare l’offerta dei servizi istituzionali con le risorse incontrate sul territorio, spesso sostenute dall’impegno dei singoli, e attivate in favore delle persone.

Tatjana

La mia esperienza personale nella mappatura è stata molto positiva: ho potuto rinsaldare delle amicizie che avevo in corso; inoltre è stata un’occasione per scoprire il territorio con "occhi diversi", nonché affascinarmi a esso.

Tuttavia, ho riscontrato anche qualche criticità consistente nel fatto che alcuni pazienti mostravano scarso interesse per lo stesso territorio.

Questo certamente era dovuto al loro malessere, e non certo alla cattiva gestione nonché alla "difettosità" del territorio, ma questa, forse, è un'altra storia...

La storia di Enrica

Raccolta da Ilaria Liscidini

Proponiamo il racconto relativo all'esperienza di Enrica, utente del servizio di salute mentale, nel processo di mappatura perché oltre che essere esemplificativa di come ogni paziente si inserisce nel processo con aspettative e punti di vista diversi, mostra come è possibile che le risorse mappate si trasformino in opportunità che a volte cambiano il proprio percorso biografico, come in questo caso.

Mi presento, sono Enrica, un'utente del Centro Psico Sociale di Brescia. Nel 2018 ho avuto un crollo fisico e mentale, ho tentato il suicidio e sono stata salvata in tempo. Per me la famosa luce in fondo al tunnel non c'era più. Sono stata ricoverata e ho iniziato un percorso; dopo essere stata dimessa ho frequentato il Centro Diurno e da lì i corsi FOR (Formazione e Opportunità per la Recovery). Mi hanno aiutato molto, mi sono confrontata con altri utenti e parenti degli utenti, mi hanno aperto un mondo che io non conoscevo. Sono diventata una persona diversa, non più schemi o orologio alla mano. Ho imparato a vivere alla giornata, senza prefissarmi niente, i miei obiettivi arrivavano con i miei tempi. Dopo i corsi FOR mi hanno proposto di partecipare alla mappatura e io accettai. Sono di Borgosatollo e ho iniziato da lì. Con le operatrici del Centro abbiamo iniziato a fare una lista dei vari luoghi che potevamo visitare. Tra quelli il dottor Lucchi ci aveva dato il nome dell'assistente sociale del Comune, che andammo a conoscere e ci fornì diversi nomi di associazioni e centri di aiuto. L'incontro con l'assistente sociale a me è servito per iniziare a fare del volontariato con il trasporto di persone disabili. Da lì ho capito che volevo essere d'aiuto alle persone, ma non avevo capito bene in cosa. Alla fine dello stesso anno il Comune di Borgosatollo ha pubblicato il corso ASA sponsorizzato da cooperative, RSA, altri enti. Ho deciso di iscrivermi e all'età di 52 anni mi sono messa in gioco affrontando tutte le problematiche... memoria, studio, computer, lockdown, lezioni in DAD. E dopo 15 mesi esame superato e contenta di tutti gli ostacoli che sono riuscita a superare!

Spero che la mia testimonianza possa aiutare altre persone che hanno perso la speranza e non vedono più la famosa luce in fondo al tunnel. Ho una frase che voglio condividere con voi: “Per anni ho aspettato che la mia vita cambiasse; invece, ora so che era lei ad aspettare che cambiassi io”.

Enrica viene coinvolta nel gruppo mappatura sin dai primi incontri, su suggerimento di una delle operatrici che la segue. Partecipa con interesse al gruppo e le sue prime uscite sono dedicate a intervistare realtà proposte dalle operatrici all'interno del gruppo e che sono legate al suo territorio. È evidente che la curiosità di Enrica è già proiettata nella ricerca di una opportunità per sé stessa; non dà particolari suggerimenti di risorse a lei note da contattare, ma piuttosto è aperta e attenta a poter cogliere opportunità tra ciò che questo gruppo, al quale ha preso parte, le può proporre di nuovo e sconosciuto. L'incontro con l'assistente sociale del comune di Borgosatollo si colloca in questa dinamica di ricerca di novità e opportunità; al termine dell'intervista è Enrica stessa, di sua iniziativa, che le chiede se vi sia qualche opportunità per poter fare del volontariato. L'assistente sociale, persona particolarmente sensibile e attiva, propone a Enrica di prendere in considerazione l'idea di poter svolgere un'attività di supporto ai trasporti delle persone con disabilità; Enrica accetta e inizia a fare volontariato. L'attività le piace e le occupa due pomeriggi a settimana, ma Enrica, in accordo con la sua operatrice di riferimento, decide di mantenere la partecipazione al gruppo mappatura, pur dedicando meno tempo alle interviste in quanto già impegnata nell'attività di volontariato. È in uno degli incontri del gruppo mappatura che Enrica sente parlare dell'Acli come luogo nel quale è possibile trovare informazioni anche per corsi professionalizzanti; la risorsa è stata proposta da una familiare che partecipa al gruppo e che ha dei contatti con uno dei referenti. Il gruppo considera questa risorsa importante e si decide di contattarla tramite la familiare stessa. Mentre il gruppo procede in questa direzione, per caso, nei giorni successivi, Enrica è per alcune commissioni personali nella zona della sede Acli; la intravede passando davanti alla vetrina e decide di entrare, ricordando che nel gruppo si era condiviso che Acli non si occupa soltanto di ISEE o simili, ma che anche condivide eventi formativi. Una locandina del corso per diventare badante, esposta in una bacheca in sala d'attesa, attira la sua attenzione; le sembra che un corso di questo tipo, oltretutto gratuito, le possa dare qualche strumento in più per realizzare il desiderio che ha, ma che non è ancora ben chiaro: essere di aiuto alle persone. Si confronta brevemente, in sede di colloquio programmato,

con la sua psicoterapeuta, e successivamente contatta in autonomia i riferimenti riportati in locandina e si iscrive al corso. In questo frangente interrompe la partecipazione al gruppo mappatura, in quanto la frequenza delle lezioni non le permette di esservi presente. Resta comunque in contatto, tramite alcune operatrici, con il gruppo, che segue con interesse gli aggiornamenti sul percorso di Enrica.

Il conseguimento dell'attestato le permette di iniziare ad assistere per alcune ore a settimana una coppia di anziani, trasformando in lavoro la sua propensione alla cura. Dopo pochi mesi, tramite l'assistente sociale del comune, viene a conoscenza dell'avvio di un corso per diventare ASA; Enrica si iscrive e, nonostante la pandemia, si diploma con successo svolgendo il suo tirocinio in diversi enti, tra i quali una Casa di riposo.

Inizia subito a lavorare in RSA, e a oggi Enrica è assunta part-time in RSA e continua a seguire come badante la coppia di anziani ai quali è ormai molto affezionata, mentre ha interrotto, per motivi di tempo, l'attività di volontariato.

È recente la notizia che Enrica, che ha scritto a fine 2021 il testo che avete letto e con la quale ci si sente saltuariamente, non è più paziente del Centro Psico Sociale; la sua cartella è stata chiusa e lei è stata dimessa. L'ultimo incontro con la sua psicoterapeuta è stato un saluto e un plauso al grande cammino fatto.

Ancora la voce di un utente. In questo spazio riportiamo il vissuto e ciò che ci è stato raccontato circa la sua partecipazione all'attività di mappatura dinamica. Riportiamo integralmente gli appunti presi nel corso dell'intervista telefonica che le ricercatrici hanno fatto a Lucia nel periodo COVID-19. Ci sembra che questo racconto oltre che essere particolarmente esemplificativi dell'esperienza di mappatura che gli utenti hanno condotto nell'ambito del progetto di mappatura dinamica delle risorse, sia interessante anche per comprendere come ognuno ha scelto di effettuare l'intervista di monitoraggio a distanza utilizzando gli strumenti più confacenti. In questo caso il telefono fisso.

L'intervista alla signora Lucia

raccolta da Maria Cacioppo

Venerdì 3 aprile 2020 in pieno lockdown (il primo dopo l'arrivo del Covid-19)

- Lucia è stata contattata dagli operatori di riferimento
- Prima telefonata di contatto venerdì 3 aprile h 11,30 per prendere appuntamento. Disponibilità immediata, ok per lo stesso pomeriggio. Nessuna difficoltà iniziale, si aspettava la chiamata ed era contenta di riceverla.

Lucia ha un telefonino vecchia maniera, e comunque predilige il telefono fisso, perché si dichiara contraria a questi strumenti tecnologici. Non ha pc. Quindi l'intervista è stata condotta via telefono fisso, solo voce. Negli appunti cerco di usare le sue parole, senza sintetizzare. E dove i termini usati mi sembrano rilevanti li riporto in **grassetto**. Nel riportare i contenuti dell'intervista seguo l'ordine delle domande/risposte, senza modificarlo. In corsivo riporto le mie osservazioni e quanto mi ricordo ma su cui non ho preso appunti.

Estroversa e vivace (più volte nel corso dell'intervista si è autodefinita **esuberante**), quando all'inizio le ho chiesto come stava mi ha subito detto che da 15 giorni era senza acqua calda, lei e tutto il suo condominio di 15 piani. E quel giorno si era spento anche il riscaldamento (che poi è ripartito alla fine dell'intervista). Nel corso della telefonata sempre attenta, pronta e con linguaggio ricco e appropriato, frequenti battute anche autoironiche.

Chiarisco che l'intervista è un po' una chiacchierata, dove ci piacerebbe che lei raccontasse la sua esperienza nelle attività della mappatura. *Un racconto* riformula Lucia. Esatto le dico, proprio così, non ci sono domande e risposte, ma alcuni punti su cui mi piacerebbe sentire come è andata. E le anticipo a grandi linee quello che ci interessa: quando e come è arrivata a occuparsi della mappatura, cosa ha fatto e come è andata, cosa ne pensa ...

Come è arrivata a occuparsi della mappatura? Come ha saputo di questa attività?

*Premetto che vivo sola, per anni oltre alla mia cerchia di amicizie non avevo rapporti sociali. Non uscivo proprio di casa. Poi Nando (del CPS) e la dr.ssa P (CPS) mi hanno fatto questa **richiesta**, se poteva interessarmi la mappatura. La prima volta. Carmen stava già uscendo a fare le visite. Con lei mi sono trovata subito, perché siamo tutte e due **attive, empatiche**.*

*Ultimamente Carmen è uscita dalla mappatura perché è diventata una attività **troppo organizzata**, lei non si trova nelle riunioni del mercoledì, preferisce essere autonoma.*

*La prima uscita oltre a me e a Carmen c'era Giovanna del CPS. Siamo andate in via Cremona, a Brescia, **camminavamo per la strada e se trovavamo qualcosa di interessante ci fermavamo**, la Parrocchia, la Caritas... **Mi è piaciuto tantissimo... Per essere una che non usciva di casa e non vedeva nessuno.***

Era primavera. Alla Parrocchia abbiamo fatto l'intervista al parroco, che ci ha parlato volentieri di tutte le attività.

Poi siamo state all'Oratorio.

*Eravamo in 4. Giovanna cominciava presentando il progetto, perché era in veste istituzionale, **poi ognuno interveniva facendo una domanda, diceva la sua.** Una scriveva.*

A domanda di come si sentisse in quell'occasione:

***Ero a mio agio, perché c'era un rapporto umano.** Se le persone sono orgogliose di raccontarsi, di raccontare quello che fanno è bello. C'era tanto entusiasmo (si riferisce al parroco). Anche le altre del gruppo **erano tutte contente, per essere attive.** Anche al gruppetto della Caritas, erano tutti anziani, poche persone, e anche qui c'è stato un bel rapporto.*

A domanda se ci fosse stato un seguito dopo quelle prime visite:

A Natale, ma io ero impegnata col lavoro.

Ultimamente io ripassavo nelle zone mappate per pubblicizzare il Concorso letterario di Chiaro del Bosco. Ho interrotto per il coronavirus.

Mi piaceva tanto, era una attività sociale molto utile.

A domanda se tra le attività emerse durante le visite ce n'era qualcuna che poteva essere interessante per lei stessa:

La CSV (volontariato) perché fanno tanti corsi di formazione.

Tornando al suo percorso nella mappatura:

In estate (2019) lavoravo, quindi ho sospeso.

*In autunno sono cominciati gli incontri del **mercoledì al CPS.** Sono una **buona cosa**: hai consapevolezza di come vanno le cose. Marta, bravissima, o Gabriella o Ilaria aprono. Di vista ci conoscevamo un po' tutti, quindi si raccontava... si decidevano e si organizzavano le visite.*

In tutto avrò fatto 6, 7 visite:

- *in via Cremona alla Parrocchia con 3 visite a 3 realtà (parrocchia, oratorio, Caritas).*
- *con Ilaria al Punto Incontro per Cucito a Botticino: è andata benissimo, benchè piccolissimo, una stanza. È legato alla Caritas. Con noi c'era anche un ex assessore di Botticino.*
- *Alla CAUTO cooperativa sociale associazione molto grande, lavano anche i cassonetti dei rifiuti, ci sono tanti stranieri. Hanno una sezione staccata di **ricapacitazione di persone senza lavoro**. Sono andata con Marta.*
- *A RICOLTO, a Brescia in centro, persone che ritirano alimentari. Molte attività sociali. Sono **andata sempre con Marta, con lei ho più affinità perché è più calma.***

Come avviene la scelta delle visite?

All'inizio ci era stato chiesto che settore di interesse avevamo, ad esempio arte. Io ho scelto il settore ricerca di lavoro perché sono disoccupata da 5 anni, e sono anche più esperta.

*Per decidere chi va a fare una visita non si è mai litigato, **si è sempre trovato un accordo.** Io scelgo di andare con Marta.*

La mappatura cosa ha portato di positivo, secondo lei:

Io vivo questa iniziativa non solo come iniziativa sociale, ma come aiuto per noi, per riattivare noi, e per coinvolgere anche i meno esuberanti.

Tra le risorse mappate ce n'è qualcuna di particolare interesse per lei?

Il CSV (centro per il volontariato), non ci sono andata io, ma penso che sia utile per i corsi che propongono.

Di corsi ne ho fatti tanti nella mia vita ma la mia forma di volontariato più bella è stata portare un indiano in Italia – tutto da sola. E mi sono quasi rovinata finanziariamente. In India ho una seconda famiglia, perché ci ho lavorato 4 anni, in un ristorante, la conosco bene. Adesso lui è a Verona, fa l'elettricista, sta bene e soprattutto sta aiutando la sua famiglia, si è costruito una casa....

Cosa ha portato la mappatura a lei, agli altri utenti?

Sono al CPS dal 2005, tantissimo tempo, e per tanti anni la mia concezione era paziente-medico. Poi ho scoperto che c'erano attività – e non uscivo di

*casa da 1 anno e mezzo. Mi hanno proposto un corso al computer, che non mi interessava proprio, però ho accettato. E da lì poi ci sono state tante iniziative, ad esempio i corsi FOR ... **Adesso entri e non vedi più un paziente sulla panchetta, il CPS è diventato come un centro sociale, e la Mappatura ne è il risultato (penso intendesse che dopo iniziative interne si è passati alle uscite sul territorio). Non solo per me, ma anche per gli altri, si riattiva la volontà delle persone, di uscire ... E a fare interviste vien fuori che siamo tutte persone normali, tutte con i loro problemi-*** (cita una signora del gruppo di cucito che durante il colloquio si è messa a piangere, come per dire che anche gli altri hanno le loro sofferenze, è normale).

E cosa ha portato la Mappatura agli operatori?

***Agli operatori dà solo un sacco di lavoro!!!** (ride). È un po' una battuta. **L'entusiasmo parte anche da lì.** Ilaria più intellettuale, Marta più operativa. Le persone come me uscirebbero anche 2 volte a settimana, ma devono contenersi. Ho sentito utenti che chiedevano più uscite.*

C'è qualcosa che le piace meno, nella Mappatura?

Discorsi teorici che ripetono sempre le stesse cose mi annoiano perché io sono operativa. Non ce l'ho con nessuno in particolare, dipende solo da come sono fatta io.

La Mappatura è super-utile. Ero un po' scettica all'inizio, ma poi ho proprio cambiato idea. Non ho sentito nessuno degli altri utenti che si sia lamentato.

Le dico che ho saputo che qualche utente aveva espresso difficoltà a farsi riconoscere come tale durante le visite.

*Lucia dice che è possibile, ma che lei e altri **che hanno sperimentato il buio nell'animo** sono coraggiosi e non hanno paura di raccontarlo. E che **questo è utile e importante sia per loro (utenti) che per gli interlocutori "normali", vedi signora gruppo di cucito. Tutti si riconoscono normali.***

Ha qualche suggerimento per come proseguire la Mappatura anche col coronavirus?

Continuare a prendere appuntamenti. Ero entusiasta per l'incontro congiunto che avremmo dovuto avere il 17 marzo a Mantova (poi annullato a causa delle restrizioni dovute al Covid-19).

6. Per ogni territorio le sue opportunità di mappatura: coordinamento e adattamento

di *Ilaria Liscidini*¹

In questo capitolo il resoconto della propria esperienza e le riflessioni su di essa offrono una puntuale descrizione di come la figura del community manager sia stata importante, sia per il complessivo progetto Recovery.net, sia per l'azione di mappatura.

Provenivo da quasi una ventina di anni di lavoro nell'ambito della salute mentale nel terzo settore quando mi è stato proposto, a progetto già avviato da qualche mese, di ricoprire la funzione di Community Manager, ruolo inizialmente non previsto ma considerato strategico sia da Fondazione Cariplo che dai vertici aziendali del progetto. Conoscevo già Recovery.net e ne avevo seguito marginalmente alcune azioni per conto della cooperativa per la quale lavoravo e che ne era partner, ma sapevo poco dell'azione di mappatura dinamica. Fu quindi per me una svolta importante potermi dedicare completamente.

Mi avvicinai quindi alla mappatura dinamica dopo alcuni mesi dal suo avvio, interessata da un lato, in qualità di Community Manager, a conoscere meglio questa azione strettamente legata all'attivazione di risorse presenti sul territorio, dall'altro a portare il mio contributo, mettendo a disposizione gli esiti del lavoro svolto a contatto con il terzo settore, le cooperative, le associazioni.

Inizialmente non fu facile inserirsi nell'azione di mappatura dinamica; al mio arrivo il gruppo di lavoro era costituito da una serie di sottogruppi

¹ Community Manager Progetto Recovery.net – Community manager è una figura nata nell'ambito dei progetti di welfare di comunità; all'interno del CoLab -attraverso competenze di tipo sociosanitario e pedagogico- si occupa di creare reti con il territorio valorizzando le singole risorse e gli eventuali network già presenti e di coinvolgere e attivare le realtà territoriali nei processi di coproduzione attraverso una relazione che è curata nel tempo.

afferenti a diversi servizi e a ogni sottogruppo era stata assegnata (vuoi per territorialità, vuoi, in alcuni casi, per attribuzione di territori altrimenti non assegnabili) una parte del territorio dell'Unità Operativa 23 di psichiatria. C'era quindi, ad esempio, il gruppo del Centro Diurno, quello della comunità protetta, quello del CPS di Montichiari, quello della comunità La Rondine...Mi era parso di capire che ogni sottogruppo avesse il compito di muoversi in autonomia sul territorio di sua competenza, individuando realtà da contattare e intervistare, per poi inviare il materiale raccolto alla referente dell'azione di mappatura. In una situazione di questo tipo, diventava difficile mettere a frutto e condividere il mio bagaglio di esperienza. Per questo motivo, mi aggregai al sottogruppo di mappatura del Centro Diurno, utilizzando come unico criterio di selezione la vicinanza: semplicemente era quello che si riuniva dove io lavoravo.

Essere presente quotidianamente nei luoghi del progetto, spalla a spalla con i suoi principali artefici, partecipare alle riunioni sulle diverse azioni, confrontandosi con i colleghi e vivendo appieno ogni suo aspetto, mi permise di comprendere meglio il senso di quanto si stava facendo e di rendermi sempre più conto di come fosse difficile capirne le potenzialità per gli operatori che vi lavoravano marginalmente.

Cercai da subito di dare il mio contributo al gruppo, le mie prime interviste furono infatti a cooperative sociali e a enti e associazioni che avevo già conosciuto per lavoro o per interesse personale. Di fatto, stavo già sperimentando quello che è uno dei principi della mappatura dinamica, ossia quello di partire dai propri interessi. Questo principio naturalmente è valido per i pazienti, ma evidentemente è stato anche utile a me per entrare nel gruppo, e al gruppo per conoscere nuove realtà.

Sin da subito un elemento che mi balzò all'occhio fu la grande disponibilità da parte delle risorse contattate; ci veniva dato spazio per le interviste e per ipotesi di collaborazione, ognuno a partire dalle proprie specificità. Il dato emergente era comunque che fosse per le risorse più facile mettere a disposizione delle opportunità per il progetto in generale, piuttosto che per il singolo paziente.

Inizialmente le risorse venivano contattate perlopiù perché note a qualcuno del gruppo... erano già, per così dire, "calde"; ben presto imparammo che è molto più semplice ottenere disponibilità da una risorsa che già in qualche modo ti conosce, piuttosto che mandare una mail o fare una telefonata a qualcuno di sconosciuto. Dopo alcune mail inviate a risorse dal nostro punto di vista interessanti, i cui contatti erano stati recuperati su internet, ma alle quali non avevamo ricevuto alcuna risposta, ci interrogammo con il gruppo su come comunicare efficacemente la nostra affidabilità e gli

intenti sottesi alla nostra richiesta di incontro. Coinvolgemmo anche la referente della comunicazione di Recovery.net, in qualità di esperta, per strutturare una nuova traccia di mail-tipo, accompagnata da materiale di progetto che fosse chiaro e ne esprimesse la serietà.

Alcune richieste continuarono a restare inascoltate, mentre altre ebbero risposta positiva. Imparammo a utilizzare diversi indirizzi di posta elettronica per l'invio delle richieste, a seconda del tipo di contatto. Qualora la risorsa fosse nota a uno di noi, era questa stessa persona che la contattava dal suo indirizzo (o con una telefonata); in caso di risorse con le quali nessuno aveva un contatto, utilizzavamo l'indirizzo di posta elettronica del progetto.

Tuttavia, a fronte di un buon avvio e positivi riscontri dal territorio del lavoro di mappatura, diventava sempre più evidente come fosse necessario trovare degli strumenti per evidenziare la ricaduta dell'azione sulla quotidianità dei servizi e sui percorsi dei pazienti -tematica centrale per noi-; troppo spesso, infatti, era evidente che gli operatori impiegati in alcune azioni di progetto in qualche modo intuivano il senso di quanto fatto, mentre gli operatori non coinvolti, o non capivano o non erano informati su che cosa facessimo. Questo, di fatto, creava una frattura tra il lavoro svolto e la ricaduta che questo avrebbe potuto -e dovuto- avere sui percorsi dei pazienti: il rischio che si stava evidenziando è che questo diventasse un semplice esercizio accademico, o un lavoro da svolgere soltanto per adempiere a quanto richiesto dal finanziatore. Per questo motivo iniziammo a raccogliere in una tabella le realtà mappate, specificando per cosa potessero essere utili o per cosa avessero dato disponibilità. A circa un anno quindi dall'avvio del progetto iniziammo a produrre uno stampabile graficamente molto semplice (non avendo io particolari competenze in merito) nel quale raccogliere le realtà mappate e le iniziative introdotte mensilmente. L'obiettivo di questo prodotto era quello di essere diffuso all'interno dei servizi, sia inviandolo ai coordinatori, sia condividendolo all'interno degli incontri organizzati per il confronto sui percorsi individuali, che vedevano coinvolti i pazienti con i rispettivi operatori di riferimento. In questo modo operatori e pazienti avrebbero potuto conoscere le risorse a disposizione e, se funzionali al percorso individuale, attingervi, con il supporto di chi le aveva mappate. Il nostro intento era quello di rendere evidente la potenzialità di quanto svolto, e di dimostrare la ricaduta che le azioni di progetto, se adeguatamente conosciute e utilizzate, avrebbero avuto, sia in termini di opportunità a disposizione per i percorsi dei pazienti, sia in termini di semplificazione del lavoro degli operatori, che si trovavano già a disposizione un ventaglio di proposte attivabili semplicemente grazie al supporto del Gruppo Mappatura. Lo stampabile riscosse un discreto successo e gli ope-

ratori a noi più vicini si mostrarono meravigliati delle opportunità a disposizione, riferendo che finalmente capivano a che cosa potesse essere utile tutto il lavoro svolto; questo rinforzava ancora di più la mia impressione che più si era vicini e coinvolti nel progetto, più era semplice capirne il senso. Non era sufficiente spiegarlo, era necessario concretizzare il più possibile, o, meglio ancora, sperimentare e vivere le azioni direttamente sul campo, ma purtroppo soltanto alcuni operatori, in quella fase, seguivano le azioni direttamente.

L'utilizzo e la diffusione dello stampabile, però, pose una nuova questione, da non sottovalutare; era necessario un coordinamento, che facesse da raccordo tra i gruppi di mappatura attivi nei diversi servizi. Non era più sufficiente trovarsi periodicamente tra gruppi, anche perché il metodo della divisione per territori stava risultando poco funzionale. Alcuni gruppi di lavoro, infatti, si erano trovati a dover mappare territori distanti dalla propria sede, cosa che per i pazienti, non avendo interesse a cercare opportunità in quella zona, risultava meramente un esercizio di raccolta di dati, o, viceversa, alcuni pazienti avevano interesse a conoscere delle risorse su territori afferenti ad altri gruppi. Questo aspetto, insieme alla nascita dello stampabile, avviò una nuova riflessione; forse era più utile coordinarsi tra gruppi per evitare di contattare le medesime risorse, ma permettere a ciascuno di intervistare chi potesse essere più utile ai percorsi dei pazienti presenti nel proprio servizio, indipendentemente dal territorio. Con un buon coordinamento le informazioni sarebbero state poi a disposizione di tutti, e anche l'attivazione di una risorsa in favore di un paziente piuttosto che dell'altro, sarebbe stata nota e condivisa. Un buon coordinamento avrebbe inoltre permesso la contaminazione delle buone prassi tra i gruppi di lavoro; in quel momento, infatti, il lavoro dei gruppi era molto disomogeneo. Vi era un gruppo che aveva raccolto una gran mole di dati anagrafici di risorse presenti sul territorio, ma senza procedere a contattarle e intervistarle. Un secondo gruppo era in una situazione di stasi, perché gli era stato assegnato un territorio lontano e quindi non aveva mai fatto interviste. Il gruppo del Centro Diurno era in quel momento il gruppo più attivo, che procedeva a intervistare realtà e a catalogarle con metodo. Per questo motivo, a partire dall'iniziativa degli operatori del gruppo del Centro Diurno, si propose ad altri gruppi un'azione di supporto, strutturata in funzione della difficoltà che stavano attraversando. Il gruppo della comunità La Rondine, quindi, dopo aver partecipato a un incontro del gruppo del Centro Diurno, ne affiancò per la sua prima intervista un operatore e un paziente, e lo stesso accadde per il gruppo del CPS di Montichiari.

In quel periodo, per questioni personali, la referente del Gruppo Mappatura del Centro Diurno si assentò per alcuni mesi. Sul gruppo, come operatrici più anziane, restammo io e la collega terapeuta della riabilitazione psichiatrica entrambe consulenti esterne del progetto.

Non ci fu quasi il tempo di organizzarsi, che il lavoro ben avviato grazie alla produzione dello stampato, grazie agli incontri di condivisione con operatori e pazienti dei percorsi individuali, grazie all'avvio della collaborazione e coordinamento con i gruppi esterni, venne interrotto bruscamente a causa dell'arrivo della pandemia; i servizi vennero chiusi e noi operatori non indispensabili alla cura iniziamo a lavorare da remoto.

Dopo un momento iniziale di attesa, quando divenne chiaro che la risoluzione non sarebbe stata immediata e grazie all'indicazione data dal coordinatore operativo del progetto, procedemmo alla riprogettazione di quanto in programma.

In quel periodo, probabilmente, i contatti più stretti e prolungati che alcuni pazienti ebbero con operatori dei servizi furono proprio quelli avviati per mantenere attive le azioni del progetto Recovery.net. Anche grazie all'attivazione dell'associazione Il Chiaro del Bosco ONLUS, partner di progetto, che attraverso un bando riuscì a recuperare dei computer portatili da mettere a disposizione dei pazienti che ne erano privi, fu possibile incontrare più o meno settimanalmente i partecipanti del Gruppo Mappatura del Centro Diurno, anche se è da dire che il trasferimento online del Gruppo Mappatura non fu semplice. Fu necessario contattare uno a uno i partecipanti, portare al domicilio i portatili a chi ne era sprovvisto, accompagnare telefonicamente alcuni pazienti all'apprendimento di alcune abilità informatiche. I computer, per facilitarne al massimo l'utilizzo, erano stati predisposti da un consulente informatico in modo tale che fossero semplicemente da accendere e vi fosse sul desktop l'icona da cliccare per il collegamento alla piattaforma. In quel periodo, pur di continuare a intervistare delle risorse, decidemmo di contattare risorse molto "calde", molto vicine a qualcuno di noi, che potessero essere quindi disponibili a un'intervista online. Il lavoro veniva quindi fatto tutto da remoto, trovandosi prima tra noi per dividerci il lavoro, e, in alcune occasioni, utilizzando durante le interviste anche la funzione di condivisione dello schermo, in maniera tale che uno degli intervistatori seguisse la traccia delle domande, mentre l'altro scriveva già nel file le risposte fornite dall'intervistato. Contemporaneamente, sempre trasferitosi online, procedeva il lavoro di progettazione di un database che potesse accogliere tutte le informazioni raccolte nelle interviste. Periodicamente noi operatrici del gruppo mappatura del Centro Diurno e il coordinatore operativo di progetto, facendo da collettori tra i principi

fondanti del progetto stesso, le esperienze e le opinioni dei mappatori e gli esperti informatici, ci trovavamo per sviluppare il concept di un app specifica per la mappatura (cap. 2). Il lavoro è stato estremamente lungo e complesso, tanto che, quando a maggio 2021 è stato aperto il CoLab, essendo chiaro che avevamo necessità immediata di uno strumento di archiviazione e fruizione delle informazioni raccolte ed essendo altrettanto chiaro che l'app era ancora lontana dall'essere utilizzabile, si è attivato il coordinatore operativo di progetto per individuare uno strumento idoneo. Lo strumento individuato fu un database in grado di catalogare numerosi dati, caricare i file e incrociare le informazioni tra di loro; anche il database è stato l'occasione per una attivazione della comunità, poiché per poter utilizzare alcune funzioni aggiuntive era necessario acquistarlo. Il costo, di circa 440 dollari, fu raggiunto coinvolgendo in soli 4 giorni 44 persone, poiché, per ogni persona che si loggava al programma, 10 dollari venivano caricati sul conto a nostra disposizione per procedere all'upgrade. Il database, a oggi ancora in uso, permette anche di generare dei file di sintesi, che stampiamo come copertina per ognuna delle realtà mappate, creando per ciascuna un raccoglitore trasparente e inseribile in un quadernone ad anelli. Ogni raccoglitore contiene la Scheda risorsa, la Scheda intervista e la copertina con le informazioni di sintesi della risorsa stessa. I raccoglitori trasparenti sono suddivisi in quattro diversi faldoni, e ogni faldone fa riferimento a una delle macro aree della Recovery Star: fiducia e autostima, salute, abilità per la vita, relazioni. Ogni risorsa è stata infatti catalogata dal Gruppo Mappatura del Centro Diurno, diventato nel frattempo Gruppo del CoLab (da quando a maggio 2021 è stato aperto questo spazio e il gruppo vi si è trasferito, tornando finalmente in presenza), in una delle quattro macro aree, a seconda di quale sia il bisogno al quale la risorsa possa più rispondere. Presso il CoLab, oltre ai faldoni consultabili, sono presenti anche delle mappe a muro, nelle quali sono state evidenziate le risorse mappate con delle puntine del colore corrispondente alla macro area di appartenenza, cosicché chi è interessato a una risorsa per una determinata macro area riesca visivamente a identificare sulla mappa nell'immediato quelle utili, per poi trovarle all'interno della faldone corrispondente, ove nel dettaglio può accedere alla Scheda risorsa e alla Scheda intervista.



La stanza dedicata al Gruppo Mappatura – CoLab Brescia

A oggi il gruppo mappatura del CoLab procede speditamente, incontrandosi ogni lunedì pomeriggio per individuare risorse da mappare, condividere le informazioni raccolte dalle interviste svolte, organizzare il lavoro di backoffice di gestione e archiviazione del materiale raccolto. Di recente è ripresa anche la funzione di coordinamento con il gruppo della comunità La Rondine, mentre purtroppo i gruppi di mappatura legati agli altri servizi sono ancora in standby. La funzione del Gruppo Mappatura del CoLab dovrebbe essere, inoltre, quella di accogliere pazienti e operatori interessati a individuare risorse utili per i percorsi di cura, ma a oggi questo aspetto fatica a decollare, a causa di quanto già rilevato a inizio progetto, ossia lo scollamento tra Recovery.net e i servizi, che ancora non comprendono la ricaduta che le azioni di progetto possono e debbono avere nella quotidianità. Sicuramente la pandemia e l'interruzione del processo di contaminazione, avviato grazie allo stampabile e agli incontri con operatori e pazienti impegnati sui percorsi individuali, hanno alimentato questa frattura. A oggi, a fine progetto e con lo sguardo a una prosecuzione del CoLab fortemente voluta dalla direzione aziendale, nuove prospettive potrebbero aprirsi per superare questo distanziamento, ma questa è una storia che ancora deve realizzarsi.

La specificità del mio ruolo all'interno del progetto e all'interno del CoLab mi porta ora a fare alcune riflessioni conclusive.

Essere Community Manager, ossia dovendo occuparmi della creazione di una rete sul territorio disponibile a sostenere il progetto, mi ha messo nella condizione di porre particolare attenzione alla creazione di legami utili alla costruzione di una "comunità che cura". L'idea guida della "salute", come bene collettivo, porta con sé i temi delle disuguaglianze e il loro superamento, il tema della responsabilità sociale e individuale, il tema infine della necessità di andare oltre le deleghe istituzionali nella convinzione che "non ci si salva da soli" e quindi servono reti solidali e alleanze sociali (Longo e Barsanti, 2021).

Il fatto quindi, già anticipato, che fosse per le risorse più facile mettersi a disposizione per il progetto in generale, piuttosto che per il singolo utente, ha, in altra forma, concretamente contribuito a offrire opportunità ai pazienti; basti pensare che, dei 16 corsi presenti nel catalogo dei corsi del Recovery College tenuto all'interno del CoLab, ben 9 sono esito di un processo di coprogettazione e coconduzione con realtà della rete che è stata costituita anche grazie al lavoro di mappatura dinamica. Questi nove corsi, infatti, hanno visto coinvolte cooperative sociali, associazioni di familiari, enti del territorio quali il Punto di Comunità e il Centro Servizi Volontariato, nonché alcuni volontari, persone fisiche conosciute in occasione di eventi del progetto e che si sono date disponibili a coprogettare per poter offrire opportunità a cittadini, utenti, familiari e operatori (vedi p. 126).

Alcune di queste collaborazioni sono l'esito del lavoro di mappatura dinamica in senso stretto, passato attraverso l'intervista, altre sono l'esito della costruzione di relazioni avviate in altra forma, quali semplicemente l'invito a bere un caffè al CoLab. Non a caso annovero tra gli esiti della mappatura anche realtà avvicinate in altro modo. In questi tre anni di lavoro abbiamo infatti imparato che la mappatura dinamica ha alcuni strumenti a disposizione per l'attivazione del processo, ma l'esperienza maturata e il supporto metodologico delle docenti che ci hanno seguito però ci fanno ora dire che la mappatura dinamica va anche oltre gli strumenti. Non è necessario, se per mappatura dinamica intendiamo la costruzione e l'attivazione del territorio, utilizzare necessariamente lo strumento dell'intervista o lo strumento del diario di bordo. Una realtà può essere vicina, attiva, propositiva e utile per i pazienti e per la cittadinanza anche senza che venga direttamente intervistata. L'intervista e la scheda risorsa sono tuttavia strumenti utili per catalogare correttamente le risorse e per mantenere uno sguardo complessivo nel momento in cui il territorio e il numero delle risorse a disposizione sono di una certa portata, oltre che, dal mio punto di vista, sono utili guide

per operatori e pazienti per l'attivazione e il mantenimento del processo di mappatura dinamica nei servizi e nei gruppi attivi.

Un secondo spunto che voglio condividere e che esita dall'esperienza riprende il titolo del capitolo che state leggendo: "per ogni territorio le sue opportunità di mappatura". Questa frase, a una prima lettura, sembra suggerire che a ogni territorio appartengano determinate, specifiche risorse, diverse a seconda del luogo nel quale sono collocate; le risorse di un paese potrebbero essere diverse da quelle di una città, di una frazione, del centro storico...

L'esperienza di tutti noi ci mostra quotidianamente che questa impressione è fondata; i contesti abitativi urbani offrono più risorse rispetto al territorio extraurbano e la città offre più della provincia, sia in termini di numeri che di varietà dell'offerta. La città ospita risorse molto eterogenee, in risposta ai bisogni e agli interessi di una popolazione più ampia rispetto al paese, dove la scarsità della richiesta, che va di pari passo con la densità della popolazione, determina una minore presenza di risorse.

Questa, vera, premessa, potrebbe quindi far credere che lo strumento della mappatura dia esiti più o meno ricchi a seconda del territorio nel quale si utilizza.

In realtà l'esperienza ci ha mostrato che la ricchezza di risorse non si traduce necessariamente in ricchezza di opportunità; la risorsa diventa un'opportunità quando incontra un bisogno, che sia del singolo individuo o di un gruppo, e sceglie di darvi ascolto e risposta.

Nelle interviste fatte alle risorse, una delle domande presenti è questa: "la risorsa mappata è aperta anche a situazioni di fragilità sociale o personale?". La risposta positiva a questa domanda e alle successive, che esplorano la posizione della risorsa rispetto al tema della salute mentale sino a giungere a ipotizzare forme di collaborazione, ci permette di annoverare, o meno, la realtà di appartenenza del nostro interlocutore tra le risorse attivabili; se la risorsa non si dimostra aperta e disposta ad accogliere situazioni di fragilità, il contatto viene archiviato.

La nostra esperienza ci ha fatto incontrare risorse non attivabili (perché non disponibili) sia in città sia in provincia, dimostrandoci che l'eventuale diffidenza nei confronti del tema non è legata al territorio e alla ricchezza o meno di risorse ivi presenti.

L'ulteriore, importante, riflessione, è legata al necessario lavoro di cura della relazione affinché le risorse possano diventare, a tempo debito, opportunità.

Il lavoro di coltivazione della relazione, nell'ambito della mappatura dinamica, è bidirezionale; non si può prescindere dal prendersi cura del po-

tenziale beneficiario della risorsa attivata (sia esso un singolo paziente, sia esso uno dei gruppi di coprogettazione generativi di azioni e attività interne al CoLab), ma nemmeno si può tralasciare di coltivare la relazione con la risorsa mappata. Solo con la manutenzione dei rapporti avviati, con la costruzione di una relazione di reciproca fiducia basata sull'autenticità delle intenzioni e sulla chiarezza degli obiettivi, è possibile avere, nel momento del bisogno, la possibilità di trasformare la risorsa in opportunità per un singolo o per un gruppo. La risorsa intervistata e non più curata difficilmente potrà diventare opportunità.

In linea con questo principio, più volte nel gruppo dei mappatori storici è stata affrontata la riflessione sul numero, naturalmente non esaustivo, delle risorse intervistate; molto significativo e utile alla riflessione è stato il lavoro svolto, in parallelo al Gruppo Mappatura del CoLab, dal gruppo di mappatura interno alla comunità La Rondine (la cui denominazione è legata al luogo fisico in cui il gruppo mappatura si ritrova). Gli spazi e i momenti di coordinamento avviati nel secondo anno di progetto tra i due gruppi hanno permesso di individuare due modalità distinte, ma entrambe funzionali ai bisogni e alla specificità dei servizi e dei pazienti coinvolti.

- La prima modalità, legata al Gruppo Mappatura del CoLab, gruppo con funzione di traino dell'azione con l'obiettivo di costruire il database da mettere a disposizione dei servizi, si è concretizzata nella individuazione di numerose risorse, intervistate e catalogate; in questo caso la cura della relazione personale con le risorse è perlopiù in capo all'intervistatore e numerose risorse restano inattive sino al momento nel quale si renda necessario un nuovo contatto e una proposta di attivazione. Questo modello di lavoro ha il vantaggio di avviare contatti con numerose e variegata risorse, ma ha il rischio di non riuscire a garantirne poi la necessaria cura. Si è cercato di ovviare parzialmente a questo chiedendo l'autorizzazione alle risorse intervistate negli ultimi tempi a essere aggiornate mensilmente sulle attività del CoLab, così da mantenere un contatto costante.
- La seconda modalità, in capo alla comunità residenziale, si è concretizzata dopo il lavoro di coordinamento e affiancamento da parte delle referenti del gruppo del CoLab che ha "rilanciato" l'azione di mappatura che si era arenata a causa dell'attribuzione "d'ufficio" di un territorio da mappare. Questo modello vede la mappatura di poche risorse (due/tre in un anno), ma una immediata attivazione delle stesse attraverso il coinvolgimento in azioni, progetti sul territorio, piccole attività per alcuni pazienti interessati. In questo caso le risorse contattate sono numerica-

mente limitate, ma è più semplice dedicare tempo al processo di cura e attivazione, a vantaggio dei pazienti della struttura. Questo secondo modello, inoltre è più funzionale a una struttura di tipo residenziale, dove l'operatore trascorre molto tempo a stretto contatto con il paziente, con il quale individua strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi del percorso di cura; in questo contesto è molto più semplice trovare e mappare risorse che siano strettamente funzionali al paziente stesso, che partecipa attivamente e sin dalle prime fasi alla progettazione del proprio percorso di cura.

Due modalità estremamente diverse, ma adatte al contesto; l'uno ampio e con un grande numero di fruitori potenziali, l'altro più intimo e familiare, legato al quartiere e ai pochi pazienti della comunità residenziale. Entrambe le modalità hanno dato frutto, generando opportunità per il territorio, e di conseguenza anche per pazienti e familiari, in un caso e per i pazienti della comunità residenziale nell'altro.

Il coordinamento tra i due gruppi si è rivelato utile anche per altri motivi:

- è stato spazio formativo dal punto di vista metodologico, in quanto il gruppo “satellite” ha necessitato di un rilancio dell'azione; la formazione metodologica è stata tuttavia reciproca, poiché l'esperienza del gruppo Rondine, legata alla attivazione delle risorse più che alla quantità delle interviste, è stata spunto interessante per il gruppo del CoLab che, a volte, ha necessitato di essere riportato all'importanza del processo come garante del buon esito, sopendo l'“ansia da prestazione” legata ai numeri.
- Il coordinamento ha inoltre permesso di mantenere attivo il gruppo “satellite”, che altrimenti, nel servizio residenziale, sarebbe stato fagocitato dalla quotidianità e, non ultimo, dall'arrivo del Covid-19 che ha interrotto l'azione di mappatura, da poco riavviata, in capo al gruppo stesso.
- Infine, grazie al coordinamento, è stato possibile avviare una reciproca conoscenza che ha facilitato la contaminazione e lo scambio tra pazienti del CoLab e pazienti della comunità residenziale Rondine, in un'azione di reciproco sostegno attraverso incontri e attività condivise presso entrambe le sedi.

Cosa mi ha lasciato professionalmente questa esperienza?

Sicuramente la certezza che non è possibile fare salute mentale prescindendo dalla dimensione sociale e comunitaria nella quale ciascuno vive;

l'approccio clinico e farmacologico sono assolutamente indispensabili, ma è necessario che siano completati da strumenti di presa in carico leggera della quotidianità della persona.

Il coinvolgimento e l'attivazione della comunità di vita, attraverso azioni di mappatura dinamica e di community building, permettono l'avvio di una circolarità virtuosa, in linea con la teoria delle 5 vie del benessere, azioni che sono state scientificamente dimostrate utili per aumentare il proprio benessere e abbassare il rischio di sviluppare problemi di salute mentale. Coltivare relazioni / mantenersi attivi / essere curiosi / continuare a imparare / essere generosi... attivarsi generosamente per gli altri e costruire relazioni crea beneficio sia in chi, come membro di una comunità, dà (tempo, opportunità, ...) sia in chi riceve. La mappatura dinamica è quindi uno strumento utile su più fronti: utile per il beneficiario delle azioni avviate da una comunità attiva e proattiva, ma utile anche per la comunità stessa, che essendo attiva e proattiva gode dello stato di benessere generato dall'essere generosa e dal mantenersi attiva e curiosa.

Il processo di mappatura dinamica non può quindi che essere a fondamento del lavoro del Community Manager, in quanto strumento indispensabile di attivazione non soltanto dei pazienti ma anche del territorio, in una reciprocità generativa di benessere sia per il singolo sia per la comunità. Non può nemmeno mancare dalla cassetta degli attrezzi dell'operatore dei servizi di salute mentale, poiché la coproduzione dei percorsi di cura migliora gli esiti di salute (Popay 2010) e la mappatura dinamica permette di individuare, attraverso l'attivazione personale del paziente, strumenti e opportunità utili per i percorsi individuali. Sempre più vero, quindi l'assunto citato da don Colmegna nella prefazione del testo di Longo e Barsanti (2021): "non ci si salva da soli".

Brescia: il primo Recovery College italiano incontra la mappatura dinamica

Il Recovery College è un luogo di formazione e uno spazio di condivisione, una scuola, aperta a pazienti, operatori, familiari e a chiunque della cittadinanza sia interessato, nella quale si trattano i temi relativi alla salute mentale e al benessere psicosociale. Questo modello si è affermato negli ultimi dieci anni collocandosi nel perimetro concettuale definito da recovery, coproduzione, valorizzazione delle esperienze vissute e risor-

munitarie con l'obiettivo di promuovere percorsi di benessere, cambiamento e ripresa personale e collettiva.

“Essere studenti del proprio benessere” è il motto di uno dei primi Recovery College inglesi che ancora oggi sintetizza l'obiettivo generale della proposta formativa di questa pratica, che vede sempre la presenza, a partire dalla fase di coprogettazione sino alla coconduzione, di esperti per professione (medici, psicologi, educatori, professionisti esperti del tema) ed esperti per esperienza (persone che hanno vissuto -o stanno vivendo- in prima persona la malattia mentale).

Nato nel 2014 con il nome di Programma FOR (Formazione e Opportunità per la Recovery), il Recovery College di Brescia, prima esperienza in Italia di questo modello, ha proposto nell'arco degli anni numerosi corsi, nel rispetto dei criteri di fedeltà al Recovery College di Nottingham, al quale si è ispirato.

Uno dei criteri della matrice di fedeltà al modello di Nottingham, è quello del coinvolgimento delle comunità locali nelle fasi di coprogettazione e coconduzione dei corsi, aspetto faticosamente perseguito, nei primi anni di College, cercando di coinvolgere attori del territorio alle giornate di coprogettazione, con risultati migliorabili. I primi cataloghi infatti vedevano la maggioranza dei corsi coprodotti con operatori o consulenti del servizio di salute mentale, ai quali si aggiungeva qualche raro operatore del terzo settore.

In questo contesto, lo strumento della mappatura dinamica, insieme alla pianificazione di momenti di incontro informale con le realtà territoriali, si è rivelato il punto di svolta per la costruzione e attivazione di una rete di soggetti disponibili a coprogettare e coprodurre molti dei corsi presenti del più recente catalogo generato nell'ambito del progetto Recovery.net, tanto che, dei 16 corsi proposti nel semestre 2021/2022 (il primo svolto interamente in presenza), ben 9 sono stati coprogettati e cocondotti con realtà mappate.

Uno dei fattori che ha agevolato questo processo è stata la partecipazione al gruppo mappatura della Community Manager del progetto Recovery.net, impegnata anche nella coprogettazione dei corsi del Recovery College; questo ha permesso di svolgere le interviste con le risorse con un'attenzione all'attivazione dell'opportunità non solo per il singolo paziente in maniera diretta, ma anche per il Recovery College, quindi con una ricaduta sul paziente (e non solo) in forma indiretta. Risorse attivate per il College sono diventate quindi opportunità per l'intera Comu

nità (non solo per il singolo paziente), dimostrando come l'attivazione di reti sociali tra i diversi attori sia un determinante utile al benessere della Comunità.

Con lo scopo di dare evidenza alle potenzialità dell'impiego della mappatura dinamica per l'attività di community building e, contestualmente, dare valore a quanti hanno dedicato tempo e risorse dandosi disponibili per la coprogettazione e coconduzione dei corsi del programma FOR, elenchiamo i corsi nati grazie al coinvolgimento di risorse attivate a seguito dell'incontro con l'esperienza del gruppo mappatura del CoLab.

Alla “base” di una vita indipendente

Come conoscere e riconoscere i bisogni, gli obiettivi e le risorse e progettare un piano d'azione. Con il contributo di:

Studio di psicologia Busi Samanta, Brescia

Il vissuto dei famigliari

Il corso si rivolge ai famigliari di persone che soffrono di un problema di salute mentale. Si propone di facilitare il dialogo e condividere strategie per la gestione delle difficoltà. Con il contributo di:

Nessuno è un'isola: associazione di volontariato composta da familiari, operatori e fruitori dei servizi territoriali psichiatrici, nonché da tutti coloro che credono nello sviluppo della salute psico-fisica

Alleanza per la salute mentale: associazione per la tutela dei diritti delle persone con problemi di salute mentale nell'ambito sanitario e sociale.

Change: cambiamento creativo

Il corso accompagna i giovani partecipanti alla scoperta di sé attraverso strumenti comunicativi e nuovi linguaggi espressivi volti ad aumentare l'autostima e il senso d'identità, in una prospettiva di cambiamento e di potenzialità per stare bene. Con il contributo di:

Cromo Music Studio, studio di registrazione.

Mariangela Cerutti, insegnante di Tai Chi, Brescia.

Affettività e sessualità

Il corso si propone di fornire informazioni relative all'educazione sessuale e inoltre di esplorare le similitudini tra sentimenti vissuti con famigliari, amici, partner e relazioni affettive. Con il contributo di:

Dr. Pietro Puzzi, ginecologo in pensione.

Cooperativa La Rete, Brescia.

Mettiamoci al lavoro!

Conoscere alcuni strumenti utili a sperimentarsi nell'area del lavoro e presenti nel nostro territorio: sar (Socializzazione in Ambiente Reale), tirocini, I.P.S. (Individual Placement and Support). Con il contributo di: *Approdo*, cooperativa sociale Onlus di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati ai sensi della Legge 381/91.

Musica è... New voyager golden record

Il corso vuole offrire una prospettiva di avvicinamento alla musica classica, facendo conoscere, insieme ad alcune delle più celebri composizioni, qualche aneddoto sui relativi autori, trascorrendo qualche ora piacevole in compagnia di alcuni brani. Con il contributo di: *I Girasoli*, associazione ricreativa, sociale e culturale, con il musicologo Andrea Faini.

LeggiAMOci

Il corso si propone di far avvicinare le persone agli spazi delle biblioteche e offrire momenti di approfondimento della conoscenza di sé stessi attraverso letture mirate. Con il contributo di: *Domenica Busi, Pieranna Bonardi*, insegnanti in pensione, Botticino. Biblioteca San Polo, Sistema Bibliotecario Urbano Brescia.

Dimmi di che rete sei...

Il corso introduce al mondo dei social e del web in generale, mettendo in luce le caratteristiche principali di questi strumenti, le potenzialità e anche i rischi connessi all'uso/abuso. Con il contributo di: *Spazio Off*, Centro Diurno accreditato per la presa in carico di pazienti dipendenti da gioco d'azzardo patologico e dipendenze digitali (internet, videogiochi, social network).

Il volontariato colora la vita

Il corso si pone l'obiettivo di far conoscere il terzo settore e le sue funzioni nella Comunità anche attraverso le testimonianze dirette di volontari. Con il contributo di: *Centro Servizi Volontariato*, Brescia, per sostenere e qualificare le organizzazioni di volontariato e promuovere la cultura della solidarietà. Punto di comunità di San Polo, Brescia - spazio collettore delle realtà e associazioni presenti nei diversi quartieri della città.

7. *Leggere il territorio e coordinare l'equipe di lavoro*

di *Marta Consolini*¹

In questo capitolo grazie al racconto della propria esperienza vengono descritti i compiti e le funzioni del coordinatore dei gruppi di mappatura sul territorio, figura importante nel complesso e delicato rapporto con gli utenti e gli operatori coinvolti.

Nel giugno del 2019 ho iniziato a lavorare all'interno del progetto *Recovery.net Laboratori per una psichiatria di Comunità* all'interno della UOP 23 degli Spedali Civili di Brescia. Inizialmente, avendo lavorato fino a quel momento in un altro contesto, mi sono presa del tempo per orientarmi tra le diverse azioni del progetto dato che quest'ultimo ha avuto inizio nell'ottobre 2018. Quello che ho cercato di fare è stato un lavoro di ricognizione, di indagine su quelle che sono le azioni, gli obiettivi del progetto fin dall'origine e cercare di orientarmi in questo contesto nuovo e ricco di stimoli.

Sempre nello stesso periodo ho iniziato ad avvicinarmi al concetto di mappatura dinamica delle opportunità e di conseguenza a tutti gli incontri e attività che ruotavano intorno a essa.

Inizialmente uno degli obiettivi principali era cercare di capire il contesto in cui andavo a inserirmi come tecnico della riabilitazione psichiatrica, e come poter utilizzare la mia professionalità all'interno del progetto e in particolar modo nell'attività di mappatura dinamica. Per quest'ultimo obiettivo mi sono stati di grande aiuto alcuni degli operatori presenti nei servizi di salute mentale, per capire il ruolo che io potessi avere all'interno del progetto dato che la mia professione è anche molto pratica, predisposta per

¹ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, consulente Progetto Recovery.net, ASST Spedali Civili di Brescia.

il contatto e il lavoro diretto non solo con gli utenti ma anche con i familiari.

La mappatura dinamica delle risorse racchiudeva in parte per le sue caratteristiche alcune mie propensioni professionali, anche per questo motivo è stato naturale e spontaneo il mio avvicinamento a questo tipo di attività. Lavorare all'interno del progetto Recovery.net mi ha permesso di poter lavorare con utenti che stanno facendo un percorso di recovery, questo mi ha portato anche a ragionare sulle mie possibilità professionali e scoprire altre possibilità della mia figura.

Una delle caratteristiche della mappatura che sicuramente mi ha fatto avvicinare a essa è stata l'opportunità di lavorare a stretto contatto con i pazienti, uscire sul territorio in piccoli gruppi e cercare di ragionare su quelli che possono essere dei punti di riferimento esterni ai servizi di salute mentale, questo mi è piaciuto fin da subito dell'approccio della mappatura.

Focalizzandosi sul mio primo approccio all'azione di mappatura dinamica ricorderei i racconti delle interviste riportati da una educatrice del Centro Diurno di Via Romiglia che già da tempo era impegnata nell'azione. Ricordo la descrizione delle uscite nel paese di Borgosatollo e di come mi era rimasta impressa la spontaneità e allo stesso tempo anche l'impegno e il coinvolgimento degli utenti e dell'operatore. Ho pensato fin da subito che l'attività di mappatura potesse dare delle occasioni di lavoro individuale con l'utente nel suo percorso riabilitativo.

Le uscite di mappatura coinvolgendo allo stesso tempo utenti e operatori permettono a entrambi di lavorare insieme su uno stesso obiettivo, quello di conoscere meglio la realtà che si ha di fronte. Sentire i racconti della collega educatrice riguardo queste uscite mi ha permesso di aprire nuove prospettive di visioni rispetto al mio ruolo professionale.

Nel territorio bresciano il lavoro di mappatura fino a quel momento era gestito in modo autonomo all'interno di ogni servizio di salute mentale, gli operatori e gli utenti si coordinavano tra di loro per organizzare le interviste e redarre il materiale. Vi erano uscite sul territorio per le interviste che venivano svolte in piccoli gruppi, e periodicamente vi erano delle riunioni sulla mappatura nel territorio bresciano con le docenti referenti, che raggruppavano i diversi operatori e utenti coinvolti nella mappatura.

Nei primi mesi di lavoro sulla mappatura ho partecipato alle riunioni di coordinamento dell'azione nel territorio bresciano, queste sono state di grande aiuto per cercare di capire il punto in cui si era e per avere tutti gli elementi per inserirmi con il mio lavoro quotidiano.

Nel mese di luglio 2019 ho partecipato alla mia prima intervista di mappatura con un'utente che aveva già partecipato in precedenza ad altre inter-

viste, presso il Punto di Comunità di San Polo a Brescia. La proposta di intervistare questa risorsa era venuta dal referente del progetto e parlando poi con i colleghi dei servizi di salute mentale mi è stato suggerito di proporre l'intervista a quest'utente.

Ricordo di essermi preparata all'intervista leggendo il materiale che ci sarebbe poi servito, la scheda risorsa, la scheda dell'intervista e il diario di bordo. Nelle domande poste al referente del Punto di comunità di San Polo l'utente è stata completamente autonoma e si può dire che io ero presente come osservatore. Essendo la mia prima esperienza di intervista l'utente mi ha guidato in questo percorso ed era "orgogliosa" nel suo ruolo, avevo condiviso che era la mia prima uscita, le avevo detto di farmi un po' da guida. Dopo l'intervista abbiamo compilato tutta la documentazione della mappatura, abbiamo passato una giornata bella e intensa insieme.

Con il passare del tempo ho iniziato a entrare nel gruppo di lavoro, ci sono state sempre più occasioni per trovarsi con gli operatori dei servizi coinvolti nell'azione e per partecipare alle riunioni con le docenti referenti, di fatto ho potuto entrare in tutta la gestione del lavoro di mappatura.

Ho iniziato a partecipare alle riunioni di Coordinamento di mappatura del territorio bresciano, che comprendevano i diversi operatori coinvolti nell'attività, ed è stato di fondamentale importanza sentire tutte le diverse esperienze dei servizi, la mappatura dinamica delle opportunità può essere infatti declinata in diversi e svariati ambiti di lavoro in salute mentale.

Dopo alcuni mesi di lavoro sul campo si è fatta avanti la necessità di avere un punto di riferimento, in quel momento non sapevamo ancora bene di cosa avevamo bisogno, se una persona, un momento settimanale o delle riunioni strutturate.

La necessità di avere un coordinamento dell'azione di mappatura veniva portata avanti anche dal fatto che l'azione all'interno del progetto Recovery.net non era solamente sui territori della città di Brescia ma anche sui territori della provincia e quindi comprendeva diversi operatori che lavoravano in diversi servizi di salute mentale.

Parlando con gli operatori dei diversi servizi di salute mentale è nata l'esigenza di trovare dei momenti di confronto non solo tra di noi ma coinvolgendo anche gli utenti. Confrontandoci abbiamo capito l'importanza della mappatura, la necessità era quella di parlarsi tra operatori e sono nati tanti spunti per poter coinvolgere nuove persone e tanti modi per applicare la mappatura anche all'interno dei servizi.

Verso settembre 2019 è iniziata a farsi largo l'idea di avere un momento settimanale fisso per confrontarsi sull'azione di mappatura; questo spazio comprendeva operatori, utenti e familiari.

In quel periodo tra le attività dei servizi di salute mentale inizia quella del gruppo mappatura, un gruppo aperto in cui si condividevano le esperienze delle interviste di mappatura e le nuove proposte di risorse da mappare. Personalmente mi occupavo anche dell'archiviazione di tutto il materiale, che a quel tempo era cartaceo, relativo alle interviste, con il supporto del gruppo "Redazione" del Centro Diurno di via Romiglia. Per quanto riguarda l'archiviazione del materiale cartaceo ho cercato di recuperare le schede risorse e le schede interviste fatte fino a quel momento dai diversi gruppi di lavoro. Da un lato il recuperare il materiale delle interviste già fatte ci ha permesso di avere un'idea più chiara delle risorse mappate fino a quel momento e dall'altro lato da quel materiale siamo partiti per trovare nuove risorse e nuovi metodi di lavoro.

Ci siamo resi conto che il lavoro fatto fino a quel momento e che stavano ancora facendo era tanto e che necessitava di un coordinamento per evolvere a un livello successivo.

Al gruppo mappatura è stata assegnata una forma flessibile, non rigida, le persone potevano partecipare anche solo per un incontro conoscitivo e per cercare di capire il significato di mappatura dinamica. Durante il gruppo settimanale venivano prese in considerazione le ultime risorse mappate descrivendole a tutti i partecipanti, si proponevano nuove risorse da mappare e si ragionava insieme sull'esperienza soggettiva delle uscite sul territorio. Nella riunione settimanale veniva considerato di valore anche il mantenere buone relazioni con le diverse realtà mappate una volta attivate e si pensava a possibili iniziative per collaborare con le diverse risorse al fine di mantenere un contatto caldo e produttivo.

Le uscite per le interviste di mappatura potevano essere proposte, oltre che agli utenti e ai familiari che già facevano parte del gruppo mappatura, anche a utenti indicati dagli operatori dei servizi di salute mentale. In questo caso le uscite per le interviste diventavano uno strumento riabilitativo individuale utile per il percorso di recovery della persona, come è stato ad esempio per l'intervista svolta presso l'Informagiovani del Comune di Brescia con un giovane utente del Centro Diurno di via Romiglia che voleva conoscere le realtà offerte dal territorio. Gli operatori dei servizi di salute mentale indicavano gli utenti per la mappatura, veniva svolta l'uscita per l'intervista e quest'ultima poteva essere l'occasione per la persona per partecipare poi al gruppo mappatura settimanale.

Il gruppo settimanale di mappatura veniva svolto presso il Centro Diurno di via Romiglia a Brescia, inizialmente era il punto di riferimento per il gruppo mappatura del Centro Diurno e del 2 CPS. L'azione di mappatura avveniva anche presso le strutture residenziali dell' UOP 23, presso il 4

CPS di Montichiari e presso la CPA La Rondine di Brescia. Data la capillarità dei territori e la presenza di più operatori, utenti e familiari su questa attività vi era una divisione dei piccoli gruppi di lavoro in base alla struttura organizzativa. Per permettere la condivisione di tutte le informazioni ricavate con la mappatura e per avere un maggiore contatto con i diversi gruppi di lavoro si è deciso di riunire settimanalmente i diversi gruppi di mappatura durante il gruppo mappatura di Brescia.

La partecipazione settimanale non era obbligatoria, gli operatori dei servizi erano liberi di parteciparvi in base alle esigenze della propria organizzazione. Si va così delineando un coordinamento più generale della mappatura in territorio bresciano formato da tre operatori: io, la collega Ilaria e la collega Gabriella. Nei singoli servizi ogni operatore coinvolto nell'azione di mappatura guidava il proprio gruppo e poteva confrontarsi con le referenti e con il gruppo settimanale di mappatura.

Il gruppo mappatura iniziava a crescere, si riempiva di stimoli, persone ed esperienze da condividere, era diventato fonte di informazioni ma anche di entusiasmo con il quale ci si poneva nei confronti del territorio da scoprire. Da un piccolo gruppo di persone eravamo diventati un gruppo di circa 20 persone che ogni settimana si ritrovava per condividere esperienze, commenti e consigli e tutto ruotava intorno alla mappatura dinamica delle risorse.

L'aumentare del numero di persone nell'azione di mappatura è stato un processo graduale, lo paragonerei a un motore diesel che ha bisogno di scaldarsi un attimo per poi partire.

Uno dei compiti come operatore coordinatore della mappatura è stato quello di far circolare l'informazione relativa al gruppo mappatura, contattare i diversi operatori coinvolti e organizzare con loro un momento di raccordo sull'azione o meglio ancora la partecipazione al gruppo settimanale. Piano piano hanno iniziato a partecipare anche utenti e operatori dei diversi servizi della UOP 23, c'è stato un lavoro lungo mesi che ha interessato diverse strutture e tempi e modalità differenti di approccio alla mappatura.

Non tutti gli operatori dei servizi familiarizzavano con la mappatura e partecipavano al gruppo ma in sé ogni servizio ha cercato di declinare nella propria organizzazione i principi e il processo di mappatura dinamica.

Avere degli operatori che coordinavano l'azione ha permesso di tenere costanti i contatti con i diversi gruppi di mappatura e creare le basi comuni per un lavoro integrato e attuato con modalità simili. Il ruolo di coordinare, i diversi gruppi di lavoro, mi ha permesso di sentire le voci degli operatori, che riportavano tanti lati positivi della mappatura, come una possibilità per uscire dai servizi di salute mentale e creare rete, come possibilità di vedere

i propri utenti in un altro contesto (che non sia comunitario o ambulatoriale). Partecipando alle diverse riunioni di coordinamento con le docenti referenti della mappatura dinamica, raccoglievo le impressioni e le osservazioni per poi riportarle al gruppo come fonte di stimolo e di miglioramento.

Uno dei compiti, in quanto operatore deputato al coordinamento dell'azione, è stato quello di inviare periodicamente alle docenti referenti il materiale relativo alle interviste. Essendo anche nel gruppo redazione del Centro Diurno, che si occupava della sbobinatura delle interviste, questo compito è stato per me funzionale e utile per avere sotto controllo il lavoro di mappatura svolto fino a quel momento.

Soffrire di un disturbo psichico significa anche avere diverse fasi di malattia e diversi momenti in cui non si sta bene, quindi potevano esserci momenti in cui anche nel gruppo mappatura una persona portava il proprio malessere ed esprimeva le sue difficoltà. Per utenti e operatori la partecipazione al gruppo mappatura in alcuni momenti è stata vissuta come un distacco dalle cose di tutti i giorni e potersi immergere nella scoperta del territorio e di nuove occasioni di socializzazione e di riscoperta di se stessi.

A interrompere il processo di crescita del gruppo mappatura “in presenza” è arrivata la pandemia di Covid-19 nel marzo 2020.

Lo scenario che si interrompe era molto positivo e fruttuoso: il gruppo mappatura in presenza che in questa modalità improvvisamente non si può più svolgere, interviste ad alcune risorse già fissate che devono essere annullate e riunioni già concordate con il gruppo mappatura di Mantova che devono essere momentaneamente sospese. Per cercare di organizzare al meglio il lavoro in una nuova modalità le docenti referenti ci hanno chiesto di lavorare su alcuni punti. Prima di tutto cercare di capire quante e quali risorse mappate fino a quel momento erano state intervistate, le uscite programmate per le interviste, fare un elenco degli operatori e degli utenti coinvolti nella mappatura, descrivere il grado di coinvolgimento dei servizi di salute mentale nell'azione e fare un censimento delle tecnologie a disposizione dei partecipanti al gruppo.

Da marzo 2020 gli incontri del Gruppo Mappatura si sono svolti in modalità online, tramite piattaforma Gotomeeting, coinvolgendo familiari, utenti dei servizi e operatori di Brescia. Grazie alla possibilità di poter usufruire di una piattaforma per connettersi è stato possibile fin da subito proseguire con gli incontri del gruppo, il coinvolgimento è stato facilitato dall'invio a ogni persona di una mail per ricordare l'appuntamento e le modalità di connessione.

Durante queste occasioni di confronto il gruppo ha lavorato sia sull'individuazione di risorse da intervistare che sulla coproduzione e pub-

blicazione del video di mappatura dinamica, creato in stretta collaborazione con Compagnia Metamorfosi (laboratorio condotto all'interno dei servizi di salute mentale da Teatro 19, partner di progetto del territorio bresciano).

Nel lavoro di individuazione delle risorse, si sono cercate delle strategie nuove per poter fare l'intervista, partendo dalla riflessione su quali potessero essere, in un periodo pieno di difficoltà e di pensieri, i candidati ai quali poter chiedere del tempo per incontrarci. Si è ipotizzato che sarebbe stato più facile ottenere la disponibilità da parte di realtà con cui vi fosse già una stretta collaborazione e che conoscessero il progetto Recovery.net, piuttosto che proporre un'intervista on-line a realtà con le quali non ci fosse alcun rapporto. Tutto il gruppo si è mostrato concorde su questa idea.

Come avveniva quindi nel Gruppo Mappatura in presenza, così anche nel Gruppo Mappatura on-line sono state raccolte, per ogni singola intervista, le disponibilità delle persone a partecipare alle interviste on-line. Le persone del Gruppo Mappatura che hanno partecipato alle interviste on-line, avevano già svolto interviste in presenza, pertanto conoscevano la struttura della scheda intervista e della scheda risorsa.

Una volta creato il sottogruppo di lavoro che avrebbe poi svolto l'intervista, un operatore contattava -telefonicamente o tramite mail- il referente della risorsa da mappare, specificando che l'intervista si sarebbe svolta on-line; fissata la data, quest'ultima veniva poi condivisa con l'utente o il familiare che avevano dato la loro disponibilità.

Il sottogruppo operatore-utente si dava appuntamento on-line circa mezz'ora prima dell'orario stabilito per l'intervista, in modo da rivedere -tramite la condivisione dello schermo - la scheda intervista, individuare eventuali altre domande da fare alla persona e risolvere eventuali problemi tecnologici.

Prima di iniziare l'intervista veniva chiesto e registrato il consenso alla registrazione direttamente sulla piattaforma, e veniva fatta una breve presentazione del progetto Recovery.net, della mappatura dinamica e del motivo dell'intervista. Si procedeva poi con la condivisione dello schermo con tutti i partecipanti dove veniva replicata la scheda intervista. Questa strategia ha facilitato lo svolgimento ed è stata di supporto in un'occasione in cui per problemi tecnici l'operatore non è potuto rimanere presente in tutta l'intervista; infatti, proprio grazie alla condivisione dello schermo, l'utente ha potuto proseguire in autonomia. La condivisione dello schermo è stata inoltre utile sia per gli intervistatori, per avere sott'occhio tutte le parti della scheda intervista, sia per l'intervistato, che, vedendo la domanda scritta, ha potuto anche rileggerla. Al termine dell'intervista, la registrazione veniva

scaricata e passata al Gruppo Redazione del centro diurno, che si occupa della sbobinatura dei diversi audio raccolti.

Questa modalità nuova di intervista è stata il frutto di più tentativi, non sapevamo quale potesse essere la strategia più giusta, era una situazione nuova e come tale abbiamo tentato delle strategie per fronteggiarla.

Nei mesi di marzo, aprile e maggio 2020 il gruppo mappatura si incontrava ogni due settimane in modalità on-line, da un lato questo è stato motivo di cambiamento e apertura a nuove possibilità, infatti grazie alla modalità on-line sono state raggiunte risorse che difficilmente in presenza si sarebbero potute raggiungere, dall'altro lato la modalità on-line per alcune persone è difficile e quindi alcuni partecipanti al gruppo hanno preferito sospendere la partecipazione perché in difficoltà con il mezzo tecnologico. Per alcune persone la relazione con il mezzo tecnologico è stata positiva e ha permesso la prosecuzione della partecipazione al gruppo mappatura, per gli utenti che erano in difficoltà con il PC è stata fatta una costante assistenza telefonica da parte degli operatori.

Oltre che agli incontri online e alle interviste abbiamo lavorato anche su una piattaforma per rappresentare le risorse mappate fino a quel momento, nasce il PADLET della mappatura. Quest'ultimo è stato pensato come strumento di lavoro per il gruppo per avere una chiara rappresentazione della situazione, sapere in quali zone ci sono state le interviste e il "grado" di mappatura che andava dal semplice contatto alla risorsa utilizzata con frequenza. Questo strumento è stato successivamente condiviso anche con gli operatori dei servizi per poterlo utilizzare con i diversi gruppi di lavoro e anche per facilitare l'accesso alle risorse mappate.

I servizi di salute mentale in questi mesi sono stati impegnati a risolvere difficoltà ed emergenze dovute alla pandemia, per questo motivo i rapporti con gli operatori dei servizi si sono interrotti. Il gruppo mappatura online è stato portato avanti dagli operatori dedicati al progetto Recovery.net.

Da segnalare la situazione della Comunità La Rondine, anche durante il periodo di piena pandemia, operatori e utenti, hanno contribuito al gruppo mappatura con la partecipazione in modalità online ad alcuni incontri.

Siamo a giugno 2020 e grazie alla possibilità per alcuni operatori del Gruppo Mappatura di poter lavorare in presenza nei servizi, l'organizzazione del lavoro è cambiata leggermente.

Innanzitutto, per quanto riguarda il Gruppo Mappatura, vi è stata la possibilità di creare un gruppo in presenza; 3 utenti e 1 operatore si collegavano online dal centro diurno, mentre le altre persone si collegavano dal proprio domicilio, come in precedenza.

L'appuntamento del gruppo mappatura ha ripreso a essere settimanale, a differenza dei mesi precedenti nei quali si svolgeva ogni due settimane.

Si è invece mantenuta l'idea di intervistare persone vicine al servizio o comunque già a conoscenza del progetto Recovery.net, come anche la registrazione dell'intervista da sbobinare a cura del Gruppo Redazione del centro diurno.

In un paio di occasioni si è sperimentata la modalità dell'intervista di gruppo, ossia svolta da tutti i partecipanti al Gruppo Mappatura, parte in presenza al centro diurno, parte collegati dal proprio domicilio.

Effetti positivi dell'intervista di gruppo sono stati sicuramente la condivisione delle informazioni raccolte e l'azione di coproduzione dell'intervista, alla quale ha partecipato ogni persona con libera possibilità di intervento. Nelle interviste di gruppo non è stata utilizzata la modalità di condivisione dello schermo, in quanto essendo presente il piccolo gruppo al Centro Diurno l'intervista veniva condotta dalle persone in presenza che avevano con sé la scheda intervista cartacea. Questo ha permesso di responsabilizzare gli utenti nello svolgere l'intervista quasi in autonomia. Sono stati riscontrati anche aspetti negativi, in particolare è stato difficile coinvolgere le persone collegate on-line, poiché che le domande erano poste soltanto dagli utenti presenti nel piccolo gruppo del Centro Diurno. Si è poi ragionato all'interno del Gruppo Mappatura su altre difficoltà legate a questa modalità, ed è emerso che non tutti gli intervistati potrebbero trovarsi a loro agio con tante persone presenti, che possono fare domande e che le ascoltano.

Dopo aver condiviso e discusso nel Gruppo Mappatura tutti i vantaggi e i limiti delle interviste di gruppo, si è deciso all'unanimità di riprendere a svolgere le interviste on-line in un piccolo gruppo di persone, replicando la modalità di svolgimento delle interviste in presenza.

È importante sottolineare come le interviste, indipendentemente dalla modalità di svolgimento, sono sempre state seguite da un momento di condivisione all'interno del Gruppo Mappatura settimanale, per potersi confrontare rispetto alle informazioni raccolte, esprimere osservazioni, commenti, eventuali criticità o punti di forza rilevati.

Se da un lato le interviste svolte online non permettono di cogliere tutti gli aspetti della comunicazione non verbale, dall'altro lato permettono di raggiungere persone difficilmente contattabili in presenza e che territorialmente sono lontane da noi.

Riprendendo i contatti con i diversi operatori che fino a quel momento erano stati coinvolti nell'azione di mappatura si è fatta avanti anche la necessità di un supporto da parte degli operatori che avevano continuato a la-

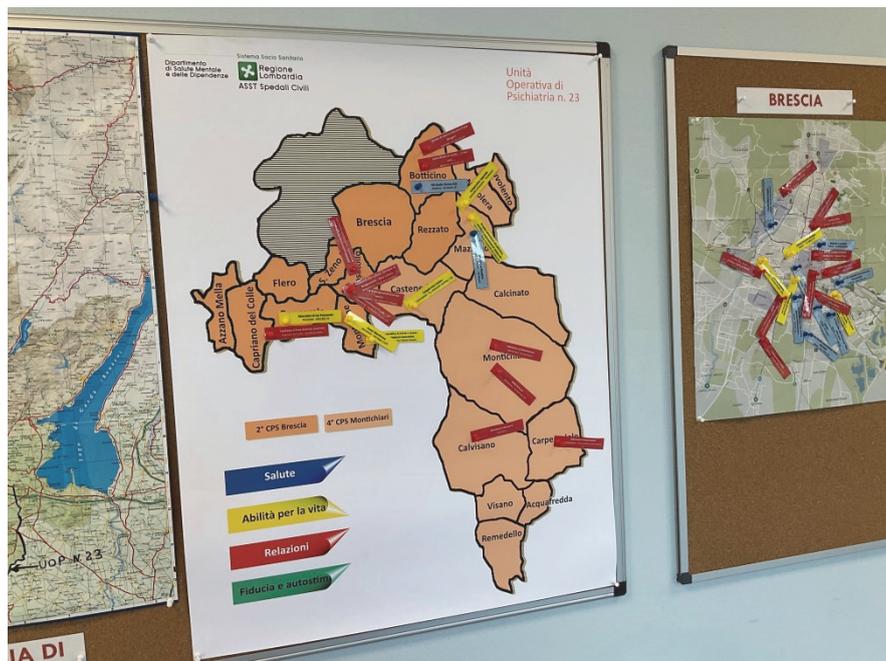
vorare sulla mappatura anche nel periodo della pandemia. Sono stati fatti degli incontri di aggiornamento con operatori e utenti dei diversi sottogruppi dei servizi di salute mentale, per riprendere i principi della mappatura dinamica, la metodologia e descrivere le diverse esperienze dell'ultimo periodo. Questi incontri sono stati di supporto agli operatori dei servizi per cercare di capire insieme come poter proseguire nella mappatura dinamica delle risorse anche rispetto alla nuova organizzazione dovuta al Covid-19. Negli incontri è stato presentato anche lo strumento del PADLET e il video coprodotto durante i mesi precedenti per creare un'uniformità del lavoro e un passaggio a tutti gli operatori del lavoro svolto fino a quel momento.

Da maggio 2021 il Gruppo Mappatura di Brescia si trova in presenza presso il CoLab, un luogo fisico dove ha trovato sede anche l'azione di mappatura, questo permette un coordinamento delle interviste e del materiale sempre aggiornato. All'interno del CoLab di Brescia la mappatura ha una sua stanza, ha preso forma sotto forma di cartine, materiale e faldoni a disposizione degli utenti e degli operatori dei servizi di salute mentale.



La stanza dedicata al Gruppo Mappatura – CoLab di Brescia

Avere una stanza dedicata permette anche di svolgere in presenza le interviste, questo è stato un punto fondamentale di cambiamento del lavoro all'interno del gruppo; il tornare a guardarsi negli occhi è stato uno stimolo per proseguire nel lavoro di mappatura. Avere un luogo permette anche di aprirsi al territorio, per fare questo è stato necessario creare una catalogazione facilmente fruibile delle opportunità mappate. Insieme al gruppo mappatura abbiamo pensato a quale potesse essere una semplice catalogazione, si è arrivati a concordare la divisione in quattro categorie principali (Salute, Relazioni, Abilità per la vita e Fiducia e autostima).



Le mappe su cui sono evidenziate le risorse mappate – CoLab di Brescia

Per permettere ai diversi gruppi di lavoro l'accesso alle opportunità e alle informazioni è stata creata una piattaforma digitale per contenere tutte le informazioni e permettere un rapido accesso a esse. Uno dei compiti come referente dell'azione è quello di tenere aggiornata questa piattaforma con le informazioni relative alle ultime interviste svolte.

Il CoLab è un luogo aperto al territorio e permette il passaggio di cittadini e persone interessate ai temi della salute mentale, la mappatura è una delle attività che viene presentata alle persone che passano presso il CoLab.

Dover descrivere ai cittadini l'azione di mappatura ci ha fatto riflettere sul creare uno strumento di facile accesso, è stata così redatta una locandina che descrive brevemente la mappatura, i suoi obiettivi e le modalità. La brochure viene consegnata alle persone che accedono al CoLab per diversi motivi, ad esempio in occasione dell'Infopoint settimanale.

Attualmente il gruppo mappatura di Brescia si ritrova settimanalmente presso il CoLab mantenendo la sua struttura aperta e flessibile, vi partecipano utenti e operatori del 2° CPS e del Centro Diurno di Brescia. Se pensiamo alla numerosità delle interviste quelle sicuramente, anche a causa della pandemia Covid-19 sono diminuite, ma trovo che siano comunque funzionali ai bisogni espressi dai partecipanti al gruppo mappatura e connesse alle diverse realtà che accedono al CoLab.

In alcuni casi, dopo un incontro conoscitivo con la realtà, è stata proposta l'intervista di mappatura, questo per aggiungere un tassello alla conoscenza reciproca, allargare la rete nella quale è inserito il CoLab e aggiungere opportunità connesse al contesto nel quale la mappatura è inserita.

Come operatore referente del Gruppo Mappatura di Brescia e di coordinamento per il territorio di Brescia attualmente proseguo il lavoro di raccordo con i diversi servizi di salute mentale che prevede contatti periodici con gli operatori coinvolti e la disponibilità a supportare gli operatori nel lavoro di mappatura. Avere una sede fisica permette anche di considerare il CoLab come luogo di accesso per gli utenti dei servizi di salute mentale che vogliono conoscere opportunità per il loro percorso riabilitativo. In questo sono di grande aiuto le cartine che contengono le risorse mappate divise per territorio, i faldoni che contengono le schede risorsa e le interviste e la piattaforma digitale.

Nelle diverse fasi che ha attraversato il lavoro di mappatura ritengo sia stato fondamentale per creare collante il confrontarsi direttamente con gli operatori che erano stati e sono i protagonisti insieme agli utenti delle interviste e del materiale raccolto. Essendo la mappatura un'attività dinamica e flessibile permette la sua declinazione nei diversi servizi di salute mentale. Cercare di capire insieme agli operatori come attuare questa declinazione è stato ed è tutt'ora un compito fondamentale che porto avanti. Essere operatore dedicato all'interno del progetto Recovery.net mi ha permesso di entrare in contatto con le diverse realtà dei servizi di salute mentale nelle quali veniva sviluppata la mappatura dinamica. Lavorare a stretto contatto con gli operatori e gli utenti coinvolti all'interno della mappatura mi ha permesso di capire che ogni servizio aveva e ha esigenze diverse a livello organizzativo e obiettivi riabilitativi personali con i singoli pazienti.

Quando mi trovo a parlare per la prima volta di mappatura agli operatori cerco di focalizzarmi su due aspetti: il primo come occasione di socializzazione per l'utente e di ripresa di contatto con il territorio di appartenenza, il secondo come attività che ha in sé tutti i concetti di un approccio recovery oriented in riabilitazione psichiatrica.

Coordinare il gruppo di lavoro è fondamentale per rendere omogeneo il processo di mappatura dinamica e permettere la circolarità delle informazioni raccolte. Condividere il materiale derivato dalla mappatura dinamica è uno degli obiettivi della mappatura stessa, far sì che le risorse mappate diventino patrimonio comune aiuta da un lato gli utenti dei servizi di salute mentale ad “abitare” il territorio e dall'altro lato supporta gli operatori nella ricerca di spazi al di fuori dei servizi, necessari per il percorso di recovery degli utenti.

8. Leggere, attivare, percorrere, osservare le opportunità di un territorio

di *Gabriella Bolis*¹

In questo capitolo è descritto come una educatrice professionale che fa parte dell'équipe di salute mentale s'ingaggia e ingaggia gli utenti nel processo di mappatura dinamica delle risorse, ottenendo significativi successi e occasioni di utili riflessioni.

L'esperienza di Mappatura dinamica mi è stata proposta dal Coordinatore del Servizio per il quale lavoro in qualità di Educatore Professionale, essendo una delle fasi operative previste all'interno del progetto Recovery.net. In considerazione di una precedente attività strutturata da me e da un collega Educatore una decina di anni fa all'interno del mio Servizio, chiamata "Orienteering", si è pensato potessi dare un contributo sulla base di tale pregressa esperienza. All'epoca l'obiettivo era creare un gruppo di utenti che avessero principalmente la necessità di socializzare, attraverso una conoscenza attiva delle risorse del proprio paese o quartiere di provenienza, ma senza di fatto seguire una specifica metodologia, per quanto l'esperienza sia risultata positiva nel suo complesso.

Tale gruppo, era costituito da 7/8 utenti e aveva un duplice mandato: da una parte quello di stare insieme, incontrarsi, confrontarsi, dall'altra conoscere meglio il proprio territorio di provenienza attraverso una sperimentazione grupppale attiva.

Si alternavano momenti di gruppo, più di tipo organizzativo, in cui veniva utilizzata una cartina geografica, sulla quale venivano individuate le varie zone abitative di riferimento per ciascun partecipante, i rispettivi

¹ Educatrice professionale, Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili, Brescia.

luoghi di aggregazione, di interesse culturale, di intrattenimento, di culto, di arte, ecc..

Un aspetto socializzante degno di nota, è stato quello di aver previsto un incontro di gruppo presso il domicilio, a turno e a discrezione, di ciascun partecipante. Si partiva tutti insieme dal Servizio per poi raggiungere con i mezzi pubblici l'abitazione di uno dei partecipanti: ognuno di essi, a seconda delle singole possibilità, non ha mancato di ospitarci con calore, offrendoci cibi preparati da loro stessi, in un caso anche legati alla cultura di origine, talvolta alla presenza di parenti dell'utente, in un clima sereno di scambio reciproco.

Per molti utenti, questa esperienza di accoglienza del gruppo in casa propria, ha significato riprendere la cura dei propri spazi di vita, anche solo per l'occasione, riassaporare il piacere di cucinare o di tirare fuori una vecchia tovaglia del "servizio buono"; per altri invece, questa esperienza casalinga, è stata significativa per lo sforzo e il superamento di aspetti di rigidità, di chiusura e di solitudine, divenuti stili di vita a causa del disagio psichico.

Nessuno dei partecipanti si è tirato indietro, dando prova di fidarsi del gruppo, di non temerne il giudizio, di essere compreso nelle mancanze, con dignità.

Una volta terminato il momento conviviale, ci si spostava con il gruppo Orienteering presso un luogo vicino, di interesse culturale, ricreativo, sportivo, o sulla base della conoscenza dell'utente, abitante in quel quartiere, o sulla base di una fase di documentazione avvenuta in sede con il gruppo intero. Cartina alla mano, si cercava di identificare i luoghi incontrati lungo la passeggiata, cercando di definirne le peculiarità: se si trattava di luoghi pubblici o privati, luoghi di incontro, di aggregazione, per giovani o anziani, facilmente raggiungibili, se incontravano l'interesse di qualcuno dei partecipanti in particolare, ecc.

Se capitava, è successo di visitare mostre il cui accesso era libero, di entrare in Parrocchia e parlare con il curato della storia di una certa Chiesa, incontrare una bibliotecaria pronta a informarci sugli eventi di tipo culturale, partecipare a convegni il cui tema era la salute mentale, partecipare di notte a una ciaspolata sulla neve in montagna, e tante altre significative esperienze ancora.

L'incontro successivo a queste uscite prevedeva un rientro di gruppo in sede, con la finalità di fare un punto su tali esperienze, valutarne l'utilità, l'efficacia, rilevarne gli aspetti positivi o le criticità, aprire un confronto o discussione sul ruolo attivo o meno di ognuno, considerare le eventuali situazioni di difficoltà o di disagio del singolo.

L'aspetto organizzativo si è rivelato nel tempo estremamente prezioso e utile, anche attraverso l'abitudine di consultare un quotidiano, al fine di ricercarne le opportunità territoriali, ben specificate e descritte, inducendo i presenti ad approfondirne alcuni aspetti, magari recandosi presso Servizi menzionati, molto vicini alla propria abitazione; in questo caso si è rivelato utile invitare i partecipanti del gruppo Orienteering, a turno, ad assumersi l'onere di recuperare del materiale o presso la propria Biblioteca di riferimento o la Parrocchia, o altro luogo, da presentare successivamente al gruppo, con la duplice finalità di incentivarne l'autonomia e rafforzarne l'autostima.

In considerazione dell'esigenza manifestata dagli utenti del gruppo Orienteering di occupare il proprio tempo, soprattutto nel fine settimana, si era ritenuto utile individuare uno spazio settimanale presso il Centro Diurno, dedicato ai soli utenti, in autogestione, con lo scopo di mettere a frutto in qualche modo le competenze acquisite nel corso dell'esperienza dell'Orienteering, spazio che gli utenti avevano chiamato simpaticamente "Gruppo delle aquile esploratrici".

Questo gruppo prevedeva in realtà una piccola supervisione da parte degli operatori, i quali intervenivano soprattutto nei momenti di maggior difficoltà, riguardanti per lo più aspetti economici che un'uscita richiedeva (costo dei mezzi pubblici, accessi ai musei, pranzi o cene, ecc.), ma anche aspetti di fatica "emotiva" dei pazienti; in questa fase risultava complicato mediare tra i gusti e le esigenze personali di ognuno, talvolta molto diverse e lontane fra loro. Gli aspetti di difficoltà nel gestire le relazioni, alcuni piccoli conflitti dettati talvolta da fraintendimenti, l'inerzia e l'incapacità di attivarsi in autonomia di alcuni, hanno indotto i partecipanti a capitolare.

Dopo un breve periodo, le nostre Aquile Esploratrici non sono riuscite a "spiccare il volo". Non è stata una sconfitta, ma un'ulteriore consapevolezza della fragile condizione di autonomia esercitata e vissuta in prima persona dai più. Ricordo di essermi interrogata più volte, dopo tale esperienza: ero proprio sicura di non aver indotto in qualche modo, certa della mia esperienza professionale, una sorta di lieve "subordinazione" da parte dei pazienti verso il mio Servizio?

O meglio, nell'esercitare la mia funzione di conduttrice di attività riabilitative, che hanno tra i propri obiettivi quello di stimolare i pazienti sul piano socializzante, favorendone l'incontro con altri, con lo scopo di migliorarne la salute, ero davvero certa di essere pienamente riuscita a considerare e a "vedere" la complessità di quella loro parte di vita vissuta fuori dai servizi, talvolta in una condizione di solitudine, di non inclusività sociale, di difficoltà e alienazione?

Forse il motivo per il quale ho accettato con interesse, se pur con incertezza, di dedicarmi a un'azione del Progetto Recovery.net chiamata "Mappatura dinamica", stava nel bisogno di dare una forma, un senso e una concretezza a tali interrogativi.

Al primo incontro con le docenti dell'Università di Milano-Bicocca, responsabili per il progetto di Mappatura dinamica delle risorse, ricordo di aver trovato interessante la loro metodologia. Mi colpirono molto alcune fotografie mostrate dalle stesse, scattate dagli operatori di un altro Servizio, non ricordo quale, ad alcune persone intervistate, nella fase di conoscenza di una risorsa. Una fotografia in particolare attirò la mia attenzione: ritraeva un uomo seduto a una scrivania, con un atteggiamento accogliente e rassicurante e sembrava dicesse: "Il mio Servizio è un buon posto dove stare".

Ed ebbi la sensazione che quell'espressione ritraesse uno stato d'animo, uno stile di lavoro, una motivazione, il senso dell'aver accettato di essere fotografato. E pur non sapendo o vedendo nulla del lavoro svolto dai "mappatori" in questione, quella fotografia traduceva in qualche modo uno spirito di gruppo, un'idea, un'intenzione, un impegno, un percorso.

Gli elementi di creatività descritti dalle docenti, in qualche modo hanno acceso la mia curiosità. Mappare il territorio non significava occuparsi di un qualcosa di statico, meccanico, didattico. Nel corso del loro contributo penso di non aver compreso ogni passaggio con precisione, a tratti mi pareva un po' complesso, ma ciò che ho compreso fin dall'inizio è questo: si poteva essere "liberi" di muoversi con gli strumenti più variegati, che era possibile progredire nel percorso ed era possibile tornare in qualche modo "indietro", qualora ve ne fosse necessità, che si potevano trovare strategie di ricerca sul territorio, adottando tecniche diverse, personalizzate, a seconda degli interessi dei partecipanti, si poteva "spaziare" utilizzando un po' di fantasia e questo mi ha resa nel tempo più rilassata e meno sotto pressione.

L'idea che si potesse intraprendere una strada non necessariamente unica per tutti, ma che potesse subire variazioni e deviazioni significative, sulla base dello "spirito" di un gruppo e delle proprie peculiarità, tenendosi sempre ben orientati sugli obiettivi, mi ha indotta a mantenere viva la mia curiosità su quelle strade non facilmente percorribili ma dai percorsi vivaci e dai "paesaggi" talvolta più suggestivi.

Ricordo che prima di individuare le due pazienti che, da subito, mi affiancarono nella prima fase del lavoro di Mappatura, mi sono confrontata con i colleghi: a chi poteva essere utile, tra i nostri pazienti, intraprendere un percorso di questo tipo e con quale finalità? Poteva essere la Mappatura

uno strumento grazie al quale far raggiungere alcuni obiettivi previsti e concordati con essi?

Le persone individuate furono due donne: T. ed E.

Alle pazienti presentai il progetto, vale a dire che cosa dovevamo indagare: il territorio e le sue opportunità. Dissi chiaramente che anch'io non avevo molto chiaro quali fossero le tappe di questa ricerca, o meglio, pur avendone un'idea non mi era chiaro come strutturarne precisamente il percorso. Ricordo di aver dichiarato che potevamo "inventarci" gli strumenti di indagine, che era un progetto e un processo da pensare insieme, che ero aperta a qualsiasi suggerimento e idea e che rispetto alle "strategie" di ricerca mi affidavo ai loro pensieri.

Con le pazienti si decise di indagare il loro paese di provenienza: Borgosatollo.

Cercammo di ragionare su come organizzarci, vale a dire cosa sarebbe stato più funzionale consultare, quindi quali strumenti adottare, quali mappe, cartine, stradario, e poi, per cercare cosa?

Questa fu la fase, a mio parere, più interessante, perché discutemmo a lungo sul motivo per cui cercassimo una cosa piuttosto che un'altra e soprattutto riflettere sull'utilità di tale ricerca. A chi poteva essere utile conoscere l'esistenza di un Servizio o di un luogo preciso, sulla base di quale bisogno era più utile indagare un certo tipo di luogo, piuttosto che un altro. Arrivammo a una prima conclusione: per scoprirlo in maniera approfondita era certamente utile recarsi sul posto e valutarne l'esistenza in maniera diretta.

Decidemmo fosse utile ritagliarci uno spazio fisso, in cui alternare un momento di scelta e di riflessione, nonché di ricerca, a uno più operativo sul posto.

Ci accordammo di trovarci in un certo luogo a Borgosatollo, in cui prima incontravo T. e poi raggiungevamo l'abitazione di E. per avvicinarci al centro storico del paese. Fu piacevole per tutte questo appuntamento fisso, bere un caffè da E., sempre gentilissima e ospitale, fare due chiacchiere e rivedere insieme i luoghi da conoscere per quella giornata. T. era l'elemento di "ordine" e di "austerità" : se si era deciso di vedere un certo numero di luoghi, non era possibile transigere, la sua frase tipica era "andiamo" o "stiamo perdendo tempo".

Questa sua caratteristica, così metodica e puntuale, ha sicuramente permesso a me e a E., di non "divagare" troppo, considerando il nostro atteggiamento certamente più dispersivo. Ma nel corso del tempo anche T. ha potuto comprendere che osservare uno scorcio di un vicolo suggestivo, gustarne la bellezza, fare due chiacchiere su una panchina, guardare le cose

osservandole con calma, guardarsi intorno e vedere il paesaggio nel suo complesso, poteva risultare molto utile nella valutazione e considerazione di un certo luogo. Allo stesso modo, anche E. ed io avevamo compreso l'importanza di darci delle scadenze, di essere più metodiche e precise. Dovevamo "calarci" dentro un contesto, con attenzione, sensibilità, motivazione.

Era un viaggio in mare aperto: era chiaro che io avessi le mani sul "timone" del progetto, ma si poteva procedere spedite, solo grazie alle "vele" issate dalle pazienti con competenza e puntualità.

Le pazienti decisero che poteva essere utile fare sempre prima un sopralluogo generale: recandoci sul posto a piedi, individuare i servizi incontrati sulla mappa, scattare una foto, recuperare un numero di telefono affisso su un'eventuale targhetta all'ingresso, valutare i mezzi di trasporto pubblico. Si rivelò altrettanto utile presentarsi direttamente presso la sede individuata: così capitò per la sede degli Alpini, in un'Associazione presso la quale si vendevano abiti usati e si fornivano generi alimentari alle famiglie del paese in difficoltà, in un Centro sportivo. È stato utilissimo in alcuni casi entrare direttamente in contatto con alcune realtà in maniera informale, facendo una tranquilla e interessante chiacchierata e poi, sul finire, presentarci e avanzare il Progetto di Mappatura, lasciando un volantino sul progetto Recovery.net. In realtà, grazie a questo interloquire, si procedeva alla stesura del modulo intervista,⁵ perché di fatto riuscimmo talvolta a raccogliere tutte le informazioni possibili anche senza appuntamenti o incontri più formali. Nel tempo divenimmo abili nel valutare la disponibilità degli interlocutori, nell'interagire in maniera non invasiva, nel comprendere se non era il momento proficuo e nel valutare che una situazione più formale sarebbe stata preferita.

L'intervista veniva condotta per lo più dalle pazienti, considerando che inizialmente ritenni fosse utile fare una "simulata" tra noi, quale preparazione più approfondita delle domande, affinché venisse condotta con maggior disinvoltura, evitando situazioni di disagio o tensione a T. ed E.; ma anche per meglio comprendere il senso e il significato di ogni domanda: se erano chiare e utili per noi, lo sarebbero state anche per i nostri interlocutori.

L'incontro che ricordo come più utile per E., è stato recarci presso il Comune di Borgosatollo e precisamente presso il Servizio Sociale. Ad accoglierci, dopo contatto via mail, fu l'Assistente Sociale: una persona molto disponibile a informarci sul Servizio in questione, ad approfondire alcune nostre domande, cercando di comprendere al meglio le nostre intenzioni. E. cominciò a farle domande per avere ulteriori specificazioni e

approfondimenti, in particolare in tema di volontariato e lavoro. Ho trovato importante che E. sia riuscita a sostenere un'intervista molto articolata e approfondita e a cogliere un'opportunità come questa, per orientare alcune domande su tematiche per lei importanti. Quel giorno ebbi come l'impressione che E. riprendesse contatto con la realtà a lei circostante con maggior determinazione e che qualcosa dentro di sé avesse ripreso "fiato".

Io compresi che le era utile prendersi dello spazio, senza intervenire, per "deragliare" in maniera consapevole e funzionale, adattandoci a un cambio di direzione repentina, acquisendo in qualche modo una maggior elasticità nello stile delle nostre successive interviste.

Conseguentemente a questo incontro, ci pervenne un invito molto gradito dall'Assistente Sociale: partecipare a un Convegno in Biblioteca, alla presenza del Sindaco di Borgosatollo e di altre autorità, dal titolo "Borgosatollo e le donne: il bilancio di genere". Dopo un breve confronto, ritenemmo importante parteciparvi, sia per l'argomento attuale e importante, sia per accogliere un invito tanto gradito, rivolto con sensibilità e attenzione nei nostri confronti.

Puntualmente, io ed E., ci presentammo all'incontro e non appena varcammo la porta della sala, ci venne incontro l'Assistente Sociale: riconoscendoci con piacere, ci presentò ad alcune persone, accennando brevemente al nostro tipo di indagine e nel corso del Convegno, in cui vennero insignite di un premio alcune signore attive sul territorio da molti anni, referenti per altro di Associazioni o Servizi privati in Borgosatollo, riconoscemmo un paio di signore con cui avevamo parlato anche noi nel corso delle nostre perlustrazioni in paese. Inutile dire che fu un incontro molto piacevole, interessante, in quanto, per certi aspetti, ci aiutò a sentirci parte di un insieme, di un gruppo, di una cittadinanza, approfondendo aspetti non ancora conosciuti e molto funzionali alla strada che stavamo percorrendo.

Prendere contatto direttamente con il Servizio Sociale del Comune di Borgosatollo, ha significato molto per E., le ha aperto lo sguardo sulla funzione di quello specifico Servizio in relazione al territorio, sulle possibili strade da percorrere, su qualcosa che ora diventava ai suoi occhi tangibile e accessibile. Per E., dopo tanto tempo di incertezze, era giunto il momento di cogliere la "sua" opportunità, che con coraggio e intraprendenza ha saputo puntualmente riconoscere e valutare, dandole un senso.

Nel corso del tempo, dopo questo incontro, per E. ci furono altre occasioni di colloqui individuali con l'Assistente Sociale, in cui la paziente è riuscita a individuare dapprima uno spazio di volontariato nell'area

handicap attraverso il quale prodigarsi (per un periodo ha svolto tale attività come assistente ai disabili sui loro mezzi di trasporto) e per poi successivamente essere orientata verso l'iscrizione a un Corso come Assistente agli anziani, superato tra l'altro brillantemente, grazie al quale attualmente lavora presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) (vedi *Box. La storia di Enrica*, p. 107).

Ho rivisto recentemente E. presso il mio servizio, ci siamo per caso ritrovate a parlare dei nostri "tour" per Borgosatollo e mi ha detto con un'espressione serena: "quell'opportunità è stata perfetta per il mio momento perfetto". Mi ha informata che i suoi contatti con il mio servizio si sarebbero diradati, grazie al suo stato di benessere. È uscita dalla porta sorridendo, senza voltarsi indietro.

L'incontro più proficuo per T. fu quello con un Centro privato specializzato, in Borgosatollo, per lezioni individuali, aiuto compiti, corsi vari, traduzioni, incontri a tema (anche rivolti alle famiglie). L'intervista condotta da T., con il supporto mio e di E., rivolta alle due giovani responsabili, ex insegnanti, fu molto interessante e stimolante. Si entrava nel mondo didattico, culturale, dell'insegnamento, del sapere. Il mondo più vicino a quello di T.: fresca di laurea in Giurisprudenza e pronta a intraprendere l'esame di abilitazione all'avvocatura, dimostrò un vivo interesse nel rivolgere domande e nell'approfondire tematiche. Fu una di quelle volte in cui la paziente interagì con maggior disinvoltura, con sicurezza e consapevolezza nell'addentrarsi in un territorio certamente più vicino alle sue corde. Fu molto divertente quando, a un certo punto dell'intervista, forse grazie al buon clima che si era instaurato, cordiale e accogliente, T. avanzò con una certa ironia la possibilità di essere lei stessa "consulente" di un corso, magari inerente al tema della legalità. Ricordo che ridemmo tutte per questa "uscita" così spontanea e intraprendente di T., anche se ebbi proprio la piacevole sensazione che dietro si celasse una voglia di riscatto, di autodeterminazione, di riprendere il controllo della propria esistenza. Mi piace pensare che anche per T. il percorso di Mappatura, abbia contribuito, in qualche modo, a consolidarne l'autostima e la fiducia nelle sue capacità.

Anche questa Risorsa, in seguito all'intervista, si rivelò attenta e sensibile al concetto di "collaborazione", in quanto fummo invitate dalle due responsabili al primo incontro di una bellissima rassegna cinematografica serale, presso la Biblioteca Comunale di Borgosatollo, aperta alla cittadinanza, alla quale partecipammo con piacere; in questa occasione conoscemmo un noto critico cinematografico, conduttore della serata, che seppe coinvolgere con molta abilità anche i partecipanti, dimostrando molta

sensibilità rivolta ad alcuni temi; questa serata fu molto piacevole, sia per me che per E., ricca di spunti di riflessione e, grazie all'abilità di questo professionista, i partecipanti riuscirono a interloquire, confrontandosi con i temi emersi dalla visione del film. Grazie a questa esperienza, mi venne in mente che questa sarebbe stata una bella proposta da avanzare ai nostri pazienti: coinvolgere direttamente questa persona, al fine di costruire insieme un progetto sulla visione di film (selezionati sulla base di temi specifici, per es., riguardanti la salute mentale), guidati e raccontati da un occhio esperto e sensibile.

Questo a dimostrazione che la fase di contatto con una risorsa del territorio, ha indotto sempre di più noi operatori, nel corso dell'esperienza, ad acquisire un atteggiamento "lungimirante", proiettato al futuro: gli obiettivi e le caratteristiche di un certo Servizio o luogo mappato avrebbero potuto costituire un "ponte" per realizzare opportunità, iniziative, rendere possibili preziose collaborazioni in ambito di salute mentale. Diversi contatti ottenuti attraverso il canale della Mappatura, hanno reso possibile una diretta collaborazione con alcune persone di riferimento di alcuni Servizi, divenuti coconduttori (insieme a operatore referente per Recovery.net e paziente "facilitatore") di alcune corsi, all'interno del programma FOR, organizzati dal progetto Recovery.net, rivolti a pazienti, familiari, operatori e alla cittadinanza (si veda cap. 6, p. 126).

Nel giro di breve tempo, eravamo riusciti a mantenere due incontri settimanali per rendere più efficace il lavoro di Mappatura. Nel primo, ci si fermava in sede per organizzare, rielaborare e compilare il modulo dell'intervista, contattare le risorse, consultare mappe, indagare e individuare la risorsa da conoscere; oppure questo spazio veniva utilizzato per uscire direttamente a conoscere quella tale risorsa, attraverso l'intervista, previo accordo con una figura di riferimento.

Nel secondo appuntamento ci si incontrava regolarmente con un gruppo che, col passare del tempo, divenne un po' più numeroso: due familiari, di cui uno quasi sempre presente, quattro o cinque pazienti, alcuni dei quali si univano a noi per curiosità, magari anche solo per un paio di incontri. Alcuni pazienti sono transitati perché inviati dal medico, per dare un loro contributo o avanzare delle idee, qualcuno è stato invitato a "curiosare", anche sulla spinta di un bisogno personale, su sollecitazione di altri operatori.

A tal proposito vorrei citare il caso di L., la quale è subentrata su invito di una collega, sua operatrice di riferimento, avanzando un suo bisogno personale: trovare qualcosa da fare, nel suo tempo libero, essendo che lamentava un poco di solitudine, non avendo significativi contatti col paese di provenienza: Molinetto di Mazzano. I partecipanti al gruppo furono

molto lieti di darle una mano, cercando di indagare i suoi interessi, valutando la zona di provenienza, il tempo che aveva a disposizione, accogliendo un suo disagio. Il gruppo si mosse bene, con disinvoltura, comprendendo chiaramente le esigenze di L.: tutti insieme attivarono le proprie conoscenze, una metodologia consolidata, una certa dimestichezza nell'orientare il suo bisogno verso una reale opportunità.

Per valorizzare alcune sue conoscenze, si decise di contattare insieme a lei una figura di riferimento del suo paese, un volontario dedito all'organizzazione delle attività culturali e ludiche della Parrocchia e referente di un gruppo di volontari attivi nella produzione di casoncelli, ceduti alla Parrocchia stessa. Insieme a L., e a M., incontrammo il volontario, raccogliendo molte informazioni interessanti e utili; questo contatto consolidò in qualche modo la conoscenza tra L. e questa persona, considerando che i due si conoscevano per lo più di vista.

Per L. fu importante questa esperienza di scoperta di un contesto abitativo accessibile, inclusivo, sentendosi coinvolta e responsabilizzata nel superamento della propria solitudine: fu molto contenta di partecipare alla produzione di casoncelli, presso l'abitazione di questo volontario, ben accolta all'interno di un nutrito gruppo di persone. In seguito, L. fu in procinto, dopo varie ricerche condotte insieme, di attivarsi all'interno del Bar della Parrocchia come volontaria, ma purtroppo poco dopo subentrò il problema della pandemia da Covid-19 che ne interruppe il decorso.

Nel corso della nostra indagine riguardante Borgosatollo, si unì al gruppo Mappatura un paziente di questa zona, M.

Con M. fummo accolti, presso la Biblioteca Comunale, previo contatto mail, con l'Assessore alla Cultura. Appena iniziò l'intervista con l'Assessore, molto disponibile e gentile, M. dimostrò di essere molto partecipe al dialogo, approfondendo alcune sue risposte; mi sorprese molto quando entrambi avanzarono, in sinergia, la proposta di organizzare un incontro serale aperto alla cittadinanza, sempre in Biblioteca, il cui tema poteva riguardare la salute mentale, lo stigma, la sensibilizzazione sul disagio psichico, magari aprendo un dibattito con i cittadini e alcuni nostri esperti; inoltre, M. propose di far seguire all'incontro uno spettacolo teatrale di Teatro 19 (partner del Progetto), in collaborazione con i nostri pazienti. L'Assessore rispose che le ipotesi avanzate da M. erano molto interessanti, ma anche molto utili, considerando le tematiche estremamente importanti, di cui bisognava efficacemente preoccuparsi anche in termini preventivi. Fu molto entusiasta anche della proposta teatrale e avanzò l'ipotesi di occupare il piano superiore della Biblioteca, spazioso e più adatto.

Ce ne andammo soddisfatti, con tanto materiale raccolto da condividere con il resto del gruppo. Ciò che più mi colpì fu l'atteggiamento particolarmente adeguato di M., la sua attenzione e i suoi interessanti interventi. Ebbi la piacevole sensazione che gli fu molto utile provarsi in una dimensione nuova, in un luogo stimolante, investito di un certo ruolo, consapevole dell'utilità di questa indagine sul territorio: lo vidi coinvolto in qualcosa a cui teneva, capace di argomentare e dissuadere. Mi spiace pensare di non essere riusciti a portare avanti tutte queste belle ipotesi, causa Covid-19, in cui M. avrebbe svolto senza ombra di dubbio, la sua parte.

L'esperienza mi permise di "vedere" cose nuove in M., aspetti del paziente che non avevo mai avuto occasione di rilevare, delle risorse relazionali adeguate e funzionali, la sua capacità comunicativa, argomentando con interesse e motivazione, l'essere stato diretto e delicato nel presentarsi come paziente e avanzando richieste e idee relative al disagio mentale, in maniera efficace e convincente. Forse, grazie all'uscire sul territorio, "fuori" con lui, ho compreso meglio ciò che "dentro" avesse da dire M., riconoscendo in lui non solo la parte bisognosa di un sostegno sanitario e terapeutico, ma anche la sua parte di cittadino attivo, facente parte di un contesto abitativo, calato in una realtà quotidiana, alla quale tornava, una volta uscito dai nostri Servizi.

All'interno del gruppo Mappatura, si decise fosse utile indagare il mondo delle Biblioteche della zona di S. Polo: ci sembrava utile valutare quale tipo di risorsa ognuna di esse rappresentasse all'interno del proprio contesto di quartiere, attraverso la conoscenza delle opportunità di tipo culturale offerte dalle stesse. Sul finire di ogni incontro organizzativo, si decideva chi fosse disponibile e interessato a presenziare e condurre l'intervista. Un familiare, per interesse e comodità, in quanto abitante molto vicino a tale sede, decise di entrare in Biblioteca per prendere un primo contatto.

Il familiare, sempre presente ai nostri incontri e molto motivato a dare il proprio contributo, spiegò brevemente alla persona di riferimento l'obiettivo dell'incontro, citando il progetto Recovery.net, lasciando il recapito del mio servizio.

Qualche giorno dopo ricevetti una telefonata, la persona in questione chiamava dalla Biblioteca e faceva presente che fosse necessario informare il signore, passato giorni prima, che "non avevano posti di lavoro per nessuno". Ovviamente cercai di comprendere di che parlasse, con l'intenzione di capire ciò che era senza dubbio stato frainteso, considerando che il signore in questione era senza dubbio il nostro familiare. Ebbi l'impressione di non essere stata efficace nelle risposte ad alcune domande, ma nonostante tutto mi fissò un incontro per l'intervista.

Quella mattina ci recammo presso questa Biblioteca, insieme a G., una paziente, e al familiare passato tempo prima e ci accolsero due signore, responsabili della Biblioteca. Il clima non era dei migliori, si percepiva una certa diffidenza e tensione: mentre ci si presentava in maniera informale, avanzando sorrisi e disponibilità al dialogo, trovammo un muro. Ci comunicarono che non intendevano "tenere" nessun ragazzo all'interno della Biblioteca. Preso atto che forse non ci stavamo spiegando, chiarimmo che non avevamo altre intenzioni se non quelle di far loro conoscere il nostro progetto, di conoscere il loro funzionamento e le loro iniziative della Biblioteca e di valutare se ci fossero margini di collaborazione, affinché anche noi potessimo fungere da risorsa per le loro iniziative. A un certo punto le signore furono più esplicite: erano reduci da un'esperienza difficile e mal coordinata da parte di un altro Servizio, in cui venne inviato in Biblioteca un ragazzo con disabilità che, a detta loro, non fu seguito in maniera adeguata, creando nel loro interno non poche difficoltà.

Una volta compresa la situazione e in qualche modo giustificata la loro diffidenza, cercammo tutti di comprendere le loro passate vicende, dimostrando un reale interesse e mantenendo un atteggiamento di ascolto. A un certo punto, G., l'utente che ci aveva accompagnato, si rivolse a una delle due signore con tono confidenziale: era la sua vicina di casa e le chiedeva notizie sulla nipotina appena nata. Questa apertura personale, permise di allentare una sottile tensione tra i presenti, permettendoci di riportare un poco di piacevolezza a questo incontro.

L'esperienza sopra descritta, riportata in sede di gruppo di Mappatura, ci indusse a fare una serie di riflessioni a mio avviso significative: la risorsa individuata che andiamo a conoscere ha una sua storia, ha dei trascorsi dal punto di vista esperienziale, ha le proprie peculiarità, viene gestita da persone che hanno un proprio modo di approcciarsi alle novità e al cambiamento, nonché al territorio circostante, ma sempre sulla base di un susseguirsi di eventi significativi nel proprio interno. È stato importante non ricondurre e banalizzare l'intervista alla sola delusione provata nei confronti delle due responsabili, alla loro simpatia o antipatia, riconducendo il tutto a questioni personalistiche ed emotive. Ragionare insieme anche sulle motivazioni che hanno indotto queste due persone a interagire con noi in un certo modo piuttosto che in un altro, permettendoci comunque di affiggere in Biblioteca alcune nostre locandine riguardanti il progetto, è risultato utile. La complessità di un servizio andava compresa, conosciuta, "ascoltata" e non giudicata.

A un certo punto del nostro percorso di Mappatura, vi partecipò l'operatrice della Comunità "Rondine" (partner del Progetto Recovery-net),

presenziando insieme ad alcuni utenti che avevano bisogno di informazioni sul progetto Mappatura. Su richiesta dell'educatrice, di essere un poco supportata nella fase informativa sul nostro percorso, anche dal punto di vista metodologico, esprimemmo l'intenzione di partecipare a un incontro presso la Comunità, in compagnia di una delegazione di utenti facenti parte del gruppo Mappatura.

Fu interessante ragionare nel nostro interno per comprendere, sulla base di una tale richiesta, come si poteva essere chiari ed efficaci in questa fase informativa. Se fossimo stati troppo "didattici", vale a dire fornendo da subito del materiale da leggere e condividere, forse rischiavamo di essere troppo poco "interessanti", rendendo complicato un percorso che dovevamo invece presentare e tradurre come fattibile, chiaro, fruibile per gli stessi mappatori ma anche divenire opportunità per altri.

Ci venne in mente un gioco che avevamo inventato in passato con due pazienti del gruppo Mappatura, che avevamo chiamato "il gioco dei luoghi": su un grande cartellone venivano tracciati quattro spazi, attraverso l'utilizzo di linee verticali, ognuno di questi spazi riportava in alto una dicitura in cui veniva trascritto rispettivamente il nome del partecipante, "se io fossi un luogo", il "perché" della scelta, i luoghi "del cuore". Insieme ragionammo su come condurre questo gioco, definendone alcuni obiettivi, iniziando a riflettere sul concetto di "luogo": il perché identificarsi con un luogo invece di un altro, che cosa deve avere in sé un luogo perché lo si possa identificare come "bello", che cosa deve offrire, l'importanza di chi frequenta un certo luogo o lo gestisce, che cosa contiene in sé un luogo perché lo si possa denominare "del cuore". Ma principalmente, ciò che ci premeva era creare un'atmosfera piacevole, di confronto, di gioco, affinché vi fosse uno scambio diretto tra tutti i partecipanti, prima di addentrarci nello specifico sul processo metodologico.

Una nostra numerosa delegazione si spostò presso la Comunità "La Rondine" e dopo un giro di saluti e presentazioni, iniziammo il gioco. I nostri pazienti, con un familiare, cercarono di interagire partecipandovi attivamente. I pazienti della Comunità, si fecero conoscere individualmente, grazie ai loro contributi molto personali, grazie ai quali potemmo raggiungere una riflessione comune: ai luoghi tendiamo ad attribuire sentimenti di piacevolezza o rifiuto, stati d'animo, desideri e nostalgie. Di seguito, insieme all'Educatrice e ai pazienti, decidemmo di utilizzare un altro grande cartellone, sopra al quale venne abbozzata una sorta di mappa, disegnando i luoghi conosciuti o frequentati dai pazienti intorno alla Comunità.

L'esperienza si rivelò proficua, in quanto poterono sperimentare sul campo cosa significasse ricercare luoghi potenzialmente utili per loro, o per

aspetti di socialità, o per intraprendere un'attività, o semplicemente per avere maggior consapevolezza della propria realtà di quartiere, venendo a conoscenza delle sue iniziative e opportunità.

Fu molto utile anche per i nostri pazienti lasciarsi coinvolgere in questa collaborazione, certi di aver contribuito in qualche modo a "passare" un'esperienza vissuta da loro stessi ad altri: sentirsi protagonisti, più "esperti", valorizzati, è stato certamente molto gratificante per ognuno di essi.

Da quel momento in poi, l'Educatrice collaborò ancora con noi, sia partecipando direttamente all'interno del gruppo Mappatura con alcuni pazienti, sia per contribuire alla realizzazione di un'intervista.

L'esperienza di Mappatura è stata una delle più interessanti esperienze lavorative della mia vita professionale: mi ha dato la possibilità di uscire dai servizi, di guardare "al di là", di guardare "oltre". E andare "oltre" ha significato incontrare il paziente nella sua "interezza". Fuori dai servizi, alcuni pazienti hanno dato prova di sentirsi capaci di osare, di tentare, di scoprire; per altri, allo stesso tempo, la Mappatura ha rappresentato un'opportunità per divenire maggiormente consapevoli delle proprie potenzialità, nel tentativo del superamento dei propri limiti, delle proprie resistenze, delle proprie fatiche. Come operatore ho sperimentato l'andare "verso" il territorio, interagendo con i suoi variegati attori e protagonisti, comprendendo in maniera più significativa il prezioso valore di "inclusione sociale", che riguarda ognuno di noi, traducendolo in azioni. Ho compreso che il paziente vive una piccola parte di sé all'interno dei nostri servizi, quasi marginale, se pur significativa, ma che è "fuori" che i nostri pazienti passano la maggior parte del proprio tempo, e di cui noi professionisti sanitari sappiamo sempre troppo poco.

Un grazie agli operatori con cui ho collaborato, che stimo immensamente.

Di seguito riportiamo alcuni stralci dell'intervista fatta a Gabriella Bolis che "arricchiscono", grazie alla spontaneità e alla vivacità che solo il racconto parlato ci può restituire, il capitolo appena letto.

MC: Sì, Gabriella, quando lei è arrivata ai primi incontri di mappatura con noi cosa ha pensato? Che effetto le hanno fatto all'inizio?

GB: *Mah, sinceramente io mi sono un po', come dire, non spaventata, non è il termine adatto, però mi sono un attimino detta: "Oh signur, non so se so farla" ecco. Pur avendo una esperienza pregressa sulle spalle, mi è parsa una cosa estremamente complicata, non so per quale ragione ma mi è parsa proprio una cosa molto articolata, strutturata, verificata, un po' troppo articolata se devo essere sincera. In realtà poi come in tutte le cose dalla teoria si passa alla pratica non è così difficile, non è così complicato. È stato utile formare il gruppo, per me la cosa utile è stata individuare una giornata che fosse fissa, cioè quello è il giorno della mappatura, la parte interessante è stata coinvolgere i pazienti, quindi identificare anche i pazienti che potessero essere anche quelli giusti grazie al percorso diciamo anche riabilitativo che all'interno dei servizi stavano facendo e che quindi questo potesse essere aggiuntivo, un percorso aggiuntivo già a un percorso riabilitativo che era già stato messo in atto dagli utenti e dagli operatori per ciascuno di questi utenti.*

MC: Mi potrebbe dire che tipo di reazioni hanno avuto gli utenti quando lei ha proposto, avendoli in qualche modo scelti, di lavorare alla mappatura?

GB: *Sì, sì, sì. I pazienti proprio all'inizio – perché poi il gruppo è andato trasformandosi, qualcuno è uscito, è entrato, è rientrato, è tornato, qualcuno ha partecipato alle riunioni di mappatura solo alcune volte con un obiettivo specifico per esempio – ma all'inizio ecco, io sono sincera, ho trovato pazienti molto disponibili, molto molto carichi di voglia di fare, di interessarsi al proprio territorio. Ci sono state volte in cui gli operatori hanno parlato molto poco all'interno di questi gruppi ed erano più che altro i pazienti a collaborare con noi, cioè a proporre delle cose, a valutare anche tra di loro se era concreta la loro idea, se non lo fosse, per me è stata una esperienza, ripeto, dove ho visto questa incertezza costruttiva e mi permetto di dire anche creativa, c'è stata, come dire, una sorta di creatività legata al non sapere bene da che parte partire e come muoverci, ribadisco, con quali strumenti, dandoci quali tempi, andando in un certo luogo, perché, a chi interessava, quale era il motivo per cui dovevamo andare a parlare*

con l'assistente sociale di Borgosatollo piuttosto che non andare a parlare con gli alpini, perché, quale era la differenza tra una cosa e l'altra, l'obiettivo era più importante il primo, meglio il secondo.

MC: E invece per quanto riguarda gli altri operatori, lei come ha visto la mappatura essere accolta o rifiutata o gestita, con difficoltà o no.

GB: *Allora io devo dire che rispetto per esempio alla collaborazione con altri servizi – perché all'interno del mio servizio è sempre stata ben vista questa mappatura, i miei collaboratori sono stati estremamente preziosi e si è lavorato in un clima molto rilassato, ribadisco anche divertente perché secondo me se al paziente fai passare che è una cosa molto piacevole la fa anche più volentieri – e io quindi devo dire che grosse difficoltà con gli operatori non ne ho avute. E anche nella misura in cui siamo stati ospitati da una cooperativa, tra l'altro partner del progetto 'Recovery.net', giustamente gli operatori non sapevano bene cosa fosse la mappatura, io e una collega abbiamo preso una delegazione di utenti della mappatura, siamo andati all'interno del loro servizio, abbiamo fatto un gioco che ci siamo preparati prima ovviamente all'interno del gruppo mappatura, un gioco sui luoghi, abbiamo giocato insieme per far capire agli utenti di questa cooperativa, di questa comunità residenziale che cosa volesse dire mappare, quale era l'obiettivo, tutti gli utenti hanno aiutato gli operatori, è stata una giornata giocosa... (...) Ci siamo divertiti e la cosa anche importante è stato che alla fine l'ultima mezz'oretta con loro abbiamo preso un grosso cartellone, lo abbiamo messo su un tavolone gigante, ci siamo messi tutti intorno e ai pazienti della comunità abbiamo chiesto: "Allora ragazzi quali sono luoghi che voi conoscete esistere qui intorno? Può essere il tabaccaio dove uno va a prendere le sigarette tutti i giorni, può essere il negozio preferito". E lì c'è stato un mappamento pazzesco, una roba... sapevano miliardi di luoghi, l'operatore della Rondine impazziva perché: "Aspettate che lo segno, un momento". E hanno fatto una specie di mappatura, chiaramente un po' casalinga, sui luoghi vicini a loro. E scoprire che i pazienti sapevano tante cose sul loro territorio e scoprire anche che alcuni di loro sapevano poco è stato comunque uno stimolo per l'operatore della Rondine che ha cominciato a mappare. La prima mappatura sono andata io, per caso eh, "Va be' vengo io" e con l'operatrice della Rondine e un loro utente e un mio utente siamo andati al dormitorio qui in città, di via Volta a fare un'intervista, inte-*

ressantissima, bellissimo, ah, io avevo anche un'altra utente, bravissima, è stata una bella esperienza. Una volta aiutati – mi piace usare questo termine perché dico sempre agli utenti che sono venuti quella volta: “Li avete aiutati a imparare come si fa un'intervista, come è l'approccio, che deve essere colloquiale, il sorriso, il ringraziare, anche l'atteggiamento è importante. E se glielo abbiamo insegnato siamo stati bravi”. E poi questa ragazza, l'educatrice tra l'altro partecipa ancora alla mappatura, ci si vede una volta al mese, ed è bravissima, è andata avanti a mappare, devo dire bravissima.

MC: E oltre all'esperienza di Borgosatollo c'è qualche altra esperienza che ha voglia di raccontarci? Sia che sia stata positiva ma anche che abbia avuto più difficoltà.

GB: *Sì, allora diciamo che in linea generale ci sono state interviste, anche qui a Brescia nel nostro territorio voglio dire, ci sono state interviste molto formali e molto, come dire, cioè l'obiettivo lo abbiamo raggiunto, abbiamo mappato questo luogo però magari dall'altra parte non abbiamo sentito una grande voglia di conoscerci di più, di collaborare ma questo poi facendo tante mappature affini un po' il naso, cioè affini un po' quella capacità del percepire che forse lì ci si potrà tentare ma... Oppure invece ci sono state situazioni e luoghi estremamente accoglienti, estremamente accoglienti che a me personalmente hanno, insomma, fatto anche piacere. Ci sono state delle situazioni di porte aperte ecco, dove i pazienti hanno avuto modo anche con estrema tranquillità – ecco io una premessa che ho fatto con i pazienti è: “Non volete dire di essere utenti, dite il vostro nome e buonanotte. Siamo tutti collaboratori, stiamo seguendo un percorso. Non abbiate paura. Se ve la sentite...”. Ecco io ho lasciato in maniera estremamente tranquilla questa cosa. “Se vuoi dire ‘Sono un utente’ bene, non lo vuoi dire, è uguale. Sentiti tu” – La cosa che mi ha fatto piacere è un'utente, che non mi sembra che abbiate intervistato, è venuta con me a fare delle interviste in cui ha sempre detto di essere un'utente del CPS e a me ha fatto molto piacere nel senso che ancora oggi io quando so che può venire a fare un'intervista con me sono molto contenta perché questa persona si è rivelata una risorsa generosa.*

MC: mi piacerebbe che raccontasse anche non so motivi, punti difficili per lei o per gli utenti, punti meno positivi che magari...

GB: *Allora, diciamo che le difficoltà come operatore che ho trovato io nella gestione di alcuni gruppi, ma anche di alcune uscite, è stato il malessere di alcuni utenti che non essendo molto in forma, quindi momenti in cui stavano attraversando periodi un po' bui della loro vita, comunque volevano venire con me o volevano venire al gruppo mappatura. Ecco la difficoltà è stata, per esempio, finché è all'interno del gruppo la gestione ci siamo abituati, è il nostro lavoro, la gestione diciamo viene un po' da sé, sull'onda dell'esperienza. Uscire invece con uno o due pazienti che desiderano tanto venire con te ma consapevolmente valutano di non essere in forma, la cosa è stata fatta comunque, per decisione che abbiamo preso anche tra colleghi, però ecco l'intervista è stata un po', come dire, più gestita da me, in quelle situazioni è stata più gestita da me e loro, ecco, non essendo in formissima stavano comunque in silenzio. È vero anche che era un silenzio partecipato perché nella misura in cui la volta dopo ci si trovava nel gruppo mappatura ricordavano nel dettaglio ogni cosa che ci si era detti e quindi questo mi fa capire che – anche lì è stata una riflessione interessante come operatore dire: “Non è vero che quando un paziente...”*

MC: Erano comunque presenti, erano comunque presenti attivamente nell'ascolto.

GB: *Erano presenti, ascoltavano con interesse, nonostante non fosse proprio o un momento depressivo magari anche importante o un momento di chiusura estremamente critico, però ho potuto verificare che nonostante visibilmente chiusi e silenziosi la volta dopo erano in grado di dire a me che cosa ci avevano detto. Io qualche passaggio magari lo avevo dimenticato, loro invece no. Questo per dire che non va mai sottovalutata l'attenzione anche di un utente che non è in formissima, ecco.*

9. *Leggere, attivare, percorrere, osservare le opportunità del territorio in tempo di Covid-19*

di Sabrina Bianchetti¹

In questo capitolo è descritto come in tempo di Covid-19 sia stato possibile mantenere attiva l'azione di mappatura dinamica delle risorse, una nuova sfida tra le tante che nel tempo hanno visto modificarsi i significati e le pratiche riabilitative.

1. Il gruppo mappatura

Entrare a far parte del gruppo mappatura, costituito da utenti e operatori dei servizi, al tempo del Covid-19, e quindi utilizzando di necessità la modalità on line anziché ritrovarsi in presenza, non è stata cosa facile, sia dal punto di vista tecnico che umano. Anzi le questioni tecniche di cui andrò a dire fra poco, hanno assediato e messo a dura prova la tenuta delle relazioni anche se, alla fine del lockdown, quelle stesse relazioni si sono rafforzate e oggi sono nel ricordo, qualcosa d'indelebile, unico e straordinario.

Io e Alice, ribattezzateci con i nomi di “Irina e Svletana” per via di alcuni tratti somatici che richiamano le donne del Est e di quel biondo nordico, conseguenza di una tinta fai da te al tempo del Covid-19, reso quasi fluorescente dal neon puntato sulla testa quando entravamo in collegamento in videochiamata, ci siamo trovate a dover fronteggiare considerevoli problemi di connessione: spesso si partiva con un buon collegamento alla rete Wi-Fi che poi a singhiozzo cadeva, obbligandoci a un continuo entrare e uscire dalla riunione virtuale di Google Meet. A volte ci è stato suggerito di togliere lo schermo, per rimanere connesse almeno con l'audio e così hanno fatto anche altri utenti ma parlare a distanza, in gruppo e non visibili, ha messo a dura prova i nostri nervi.

¹ Educatrice professionale ASST Spedali Civili, Brescia.

Qualche volta non c'era nemmeno un luogo fisico in cui stare, considerato che al CPS, la scrivente non ha un proprio studio e non esiste una saletta multifunzione.

Per fronteggiare questo problema abbiamo adoperato un tablet personale utilizzabile in ogni luogo... anche all'aperto! Dovevamo scongiurare di far saltare gli appuntamenti presi, per intervistare le persone che generosamente ci regalavano il loro tempo e la loro esperienza.

Abbiamo intervistato un docente ed ex Direttore di una scuola di musica che si occupa anche di tante iniziative musicali e culturali nella città di Brescia e che alla prima occasione andremo di certo a sentire; ed eccola già qui l'occasione di " fare rete " che è obiettivo della stessa mappatura: conoscere per fruire, conoscere per divulgare, conoscere per far abbracciare le informazioni con le relazioni.

Abbiamo intervistato la segretaria di una scuola di danza che ci ha raccontato tante esperienze di inclusione di ragazzi fragili con la danza e le attività motorie in generale e anche qui il messaggio prezioso: il disagio non vive solo di servizi e nei servizi ma vive nella Comunità perché ne è parte.

Abbiamo intervistato il responsabile di attività educative rivolte ai più giovani e ci si è aperto un mondo di iniziative che riportate nel gruppo in sede plenaria si è arricchito di altri contributi derivanti da altre interviste nel medesimo campo.

Conoscere il territorio senza calpestarlo ma attraverso la relazione con l'altro, seppur mediata da uno schermo, ci ha permesso di fare un'esperienza straordinaria e proprio al tempo del Covid-19, del lockdown, il tempo della solitudine dei singoli ma anche dei servizi, è diventato il tempo della gratitudine per le tante cose belle che la Comunità in cui siamo immersi, ci offre.

2. Il presente

Passata la Pandemia o meglio imparato a convivere con le regole che ci hanno permesso di ritornare a vivere luoghi e relazioni in modo pressoché normale e che coincide con il tempo in cui sto scrivendo queste parole, penso che la gratitudine verso la Comunità, non possa prescindere dalla sua conoscenza e dalla riflessione su cosa significhi riabilitare e quali siano stati gli interventi in ambito psichiatrico prima della pratica riabilitativa.

Apprendere delle capacità sociali e relazionali dipende dal contesto in cui siamo immersi, per questo a volte, le abilità acquisite in luoghi come gli

ospedali, le comunità o i centri diurni con difficoltà vengono trasferite nel contesto residenziale.

Ecco che allora gli interventi riabilitativi devono essere calati possibilmente nei territori di appartenenza degli utenti. Possiamo pensare ai servizi citati sopra, come luoghi dai quali partire, una sorta di stazione di servizio in cui fare rifornimento di energie (stabilizzazione clinica) per poi riprendere il proprio progetto esistenziale.

È innegabile che sia il contesto socio ambientale in cui vive la persona a tradurre più facilmente nuovi apprendimenti.

Se curare ha più a che fare con il trattamento/cura nella logica della riparazione, il prendersi cura si propone obiettivi di crescita, centrati sulla prevenzione e sulla promozione del benessere e sulla piena realizzazione del soggetto.

Mi piace pensare che gli operatori dei servizi psichiatrici sappiano curare ma soprattutto sappiano prendersi cura delle persone più fragili, portatrici di bisogni complessi che rendono necessario conoscere il territorio di appartenenza affinché si faccia risorsa utile al progetto di vita.

Fra le nuove sfide che gli operatori si trovano ad affrontare direi che centrale è la capacità di agire come facilitatori di reti relazionali, agendo nell'interfaccia tra gli Enti e i servizi a cui appartengono e le Comunità di vita.

Occorre promuovere una nuova consapevolezza che ci porta a capire che i problemi non sono solo delle singole persone e delle famiglie ma della Comunità intera.

Questo significa in altre parole, saper collegare costantemente i servizi psichiatrici alle reti formali e informali della Comunità: associazioni di volontariato, associazioni di utenti, familiari e gruppi di auto mutuo aiuto.

Promuovere la socialità attraverso il lavoro di rete, significa promuovere benessere per l'uomo poiché quando viene privato dei contatti interpersonali, perde parte della sua forza interiore e della sua stessa umanità.

Recuperare una progettualità esistenziale al di fuori dei servizi di ricovero, significa anche aiutare la persona a scegliere, secondo modi e tempi che rispettano la sua unicità e le sue eventuali difese conseguenti alla malattia.

Il lavoro di mappatura dinamica del territorio rappresenta dunque il prerequisito per attuare il lavoro di rete e con esso realizzare percorsi riabilitativi/educativi finalizzati alla socializzazione e alla costruzione del proprio progetto esistenziale e occupazionale.

3. Il passato

Lavoro nei servizi psichiatrici dalla prima metà degli anni '80 e devo dire che davvero tanta acqua è passata sotto i ponti. Dalla condizione di segregazione in cui vivevano i pazienti all'interno dell'Istituzione manicomiale, alla legge n.180 di Basaglia del '78 che ne aveva denunciato il carattere violento e coercitivo e aveva fatto tanto per far uscire la maggior parte degli internati affrancandoli da quella condizione così terribile e annichilente investendo e aprendo nuovi servizi sul territorio. Va ricordato che una quota importante di persone, rimaneva, ed è rimasta nel tempo, in quelle realtà cosiddette residuali che cercavano di cambiare, spesso inefficacemente perché il cambiamento non passava attraverso un autentico ripensamento delle intenzioni del proprio operato ma attraverso una bella operazione che potremmo dire di maquillage: cambiavano i nomi dei reparti non più legati ai numeri (padiglione 1 padiglione 2, ecc.) a loro volta legati alla presunta pericolosità del paziente, si riducevano i letti per camerata e si tiravano su tramezze per realizzare stanze a due letti, si evitava la contenzione fisica di routine, intendo dire che veniva evitato di mettere "gambini", "braccialetti" e "cinturoni" pratica seguita più per abitudine che per necessità, comparivano quadri alle pareti e si iniziavano a servire le pietanze in piatti di ceramica e con le posate al completo.

Molto lontani ancora dal lavoro riabilitativo, direi che questa prima parte, che io stessa ho vissuto allora ventenne, aveva introdotto lentamente un principio sacrosanto, quello dell'umanizzazione della cura che avrebbe dovuto già caratterizzare quegli ambienti spesso diretti anche da personale religioso.

Di certo nell'ottica manicomiale e in tutto ciò che potrebbe ricordarla anche oggi (il mio professore di Pedagogia ricordava di fare attenzione ai "terricomi" ovvero a quei servizi territoriali organizzati e gestiti in un'ottica meramente assistenziale e custodialistica) ogni dibattito culturale, scientifico non è possibile proprio perché l'irrecuperabilità dell'altro, è data dall'ambiente che lo circonda.

Gli anni '80 e '90 esprimevano per quel che riguarda la mia esperienza, una grande contraddizione: i servizi territoriali aperti alle novità, alla creatività, alla messa in atto di interventi mai prima esperiti, e i servizi dentro a ciò che rimaneva della grande Istituzione, ancora agganciati al vecchio modo di operare anche a ragione del fatto che la maggior parte del personale operante non era disponibile al cambiamento che avrebbe comportato maggiore impegno ma avrebbe dato senso al proprio agire professionale.

Tuttavia anche l'apertura dei servizi territoriali ha avuto successivamente agli anni creativi un' inversione di tendenza. Sono stati anni che io ho definito di "burocratizzazione della pratica riabilitativa" che di fatto la invalidava sin dall'inizio poiché non è possibile pensare a un progetto riabilitativo/educativo senza conoscere l'utente a cui è destinato o che ricada in modo standardizzato su un gruppo di persone. Il progetto educativo/riabilitativo richiede flessibilità, riformulazione e un fare che costantemente fa i conti con la complessità del protagonista.

Ma questo è, come titola questo sotto paragrafo il passato, sappiamo quanto la storia sia fatta di corsi e ricorsi e oggi sappiamo che la conoscenza del territorio è necessaria come lo è la conoscenza dell'utente, dei suoi limiti, delle sue risorse e del suo potere contrattuale; conoscenze che hanno invertito nuovamente la rotta: le risorse del territorio si coniugano con quelle personali.

Il mio auspicio è che questa rotta interessante venga mantenuta per conoscere nuovi approdi che la storia dei servizi di salute mentale ci documenterà.

10. *“Con parole tue”. I partecipanti raccontano la propria esperienza della mappatura*

In questo capitolo sono riportate alcune narrazioni di operatori e di utenti protagonisti della mappatura dinamica delle risorse, e con le loro parole ripercorriamo il percorso in pratica della mappatura stessa. Dalle narrazioni emergono le potenzialità e le criticità del processo di mappatura, e, a tratti, anche le implicanze per il sistema organizzativo dei servizi di riferimento.

Subito dopo l’inizio della pandemia, quindi a metà circa del triennio del progetto, abbiamo intervistato nell’arco di qualche mese **alcuni degli utenti e degli operatori che** avevano partecipato direttamente alla mappatura, chiedendo loro di raccontarci la propria esperienza e le proprie valutazioni.

Le interviste ci hanno consegnato resoconti, vissuti, aneddoti di grande interesse per ricostruire il “dietro le quinte” di un processo innovativo assai complesso da comprendere, accettare, praticare da parte di operatori e pazienti. L’espedito di chiedere a ciascun intervistato un racconto strettamente personale dell’esperienza, espresso con l’immediatezza e la vivacità dell’espressione parlata, ci hanno non solo interessato, ma spesso avvinto. Per questo proponiamo qui di seguito alcuni estratti dalle interviste, affinché chi legge possa partecipare della loro ricchezza nel merito delle questioni trattate e della piacevolezza dell’esposizione orale.

Attraverso le loro parole ecco come è iniziato il processo di mappatura, con gli entusiasmi e le diffidenze suscitate da una proposta nuova e non subito chiara, quali sono state le implicanze e gli effetti del processo di mappatura dal loro punto di vista sui singoli servizi e sugli operatori, proprio per evidenziare che qualsiasi tipo di progetto nuovo produce squilibri e ricomposizioni in nuovi equilibri che non possono essere lasciati in secondo piano, al fine di rendere utile l’esperienza di mappatura e darle continuità,

come di fatto è successo nel nostro caso, dove pian piano la mappatura dinamica delle risorse è diventata pratica operativa dei servizi.

I loro racconti fanno riferimento sia al periodo precedente sia a quello successivo alle restrizioni imposte col lockdown per fronteggiare il Covid-19. Per una miglior comprensione delle citazioni, qui di seguito ecco una sintesi delle fasi più significative dell'azione di mappatura delle risorse:

2018 ottobre: inizio formale del progetto Recovery.net.

2019 gennaio: inizio operativo dell'azione Mappatura con le prime uscite sul territorio, formazione dei piccoli gruppi e designazione dei referenti territoriali- attribuzione ai piccoli gruppi delle zone da mappare – resoconto delle attività negli incontri di supervisione.

2019 settembre: si ravvisa la necessità di un coordinamento generale con cadenza settimanale, in cui pazienti e operatori fanno le proposte di uscita e si creano ad hoc i piccoli gruppi che si recheranno nel territorio dove sono state individuate risorse giudicate interessanti.

2020 marzo: le restrizioni dovute al Covid-19 richiedono una riprogrammazione: la mappatura delle risorse riprende le attività online, e il Coordinamento si svolge regolarmente ma con riunioni su piattaforma.

2020 giugno: si allentano le restrizioni e si consente la ripresa di riunioni in presenza, mantenendo comunque le attività online. Articolazione delle aree territoriali in tre gruppi mappatura distinti con supervisione e sostegno da parte del coordinamento generale.

2021 maggio: trasferimento del Gruppo Mappatura presso il CoLab.

A seguire, raccolti per temi organizzati in tre principali raggruppamenti, “ascoltiamo” attraverso le parole degli intervistati cosa è stato e cosa ha rappresentato per ciascuno di loro, nel periodo in cui si sono verificate le loro visite, il processo di mappatura.

1. Come descriverebbe ad altri cos'è la mappatura dinamica delle risorse

Le narrazioni di questo paragrafo rimandano ad una immagine molto personale e “profana” di come può essere definito il processo di mappatura sperimentato sul campo.

MT: Se dovesse dire che cos'è la mappatura dinamica, che cosa direbbe?

GB: *Allora, la mappatura dinamica è un percorso di conoscenza dei servizi che si fa prima di tutto attraverso la strutturazione di un buon gruppo perché se non c'è questa premessa non si fa nulla. Se si struttura un buon gruppo e lo si motiva, lo si sollecita, lo si prepara un pochino facendo passare, ribadisco il concetto, che ogni partecipante, ogni utente, ogni operatore è risorsa per quel gruppo, da lì si parte, ecco. È un percorso di conoscenza dei servizi, delle opportunità sul territorio, affinché riescano in qualche modo a divenire nel tempo, grazie a questo lavoro, fruibili per operatori, familiari e soprattutto gli utenti direi (Gabriella Bolis – operatrice Centro Diurno, Brescia).*

MT: Se lei dovesse spiegare a qualchedun altro che cos'è il processo di mappatura, come glielo spiegherebbe?

E: *Oh dio, questa è una domanda un pochino difficile da spiegare, ma no, difficile no perché forse è più facile da vivere che da spiegare. Io comincerei forse a raccontare non tutta la mia storia che adesso ho raccontato a voi, però farei questo esempio sull'opportunità che è stata data a me, dal volontariato al capire realmente quello che... la strada che voglio comunque intraprendere, Io inizierei così a spiegare che cos'è la mappatura, che cosa sono questi servizi, queste opportunità che un utente può avere bisogno una volta che ha iniziato, tra virgolette, a camminare un pochino con le sue gambe. Perché io glielo dicevo anche a un incontro che abbiamo avuto questa settimana, che per arrivare a questi servizi c'è sempre comunque un percorso che l'operatore deve fare con l'utente perché è difficile che l'utente decida quale opportunità prendere. Difatti gli ho detto a Gianpaolo: "Voi operatori giustamente dovete essere bravi, insieme alla psicologa, alla psichiatra, a capire a che livello è arrivato l'utente e da lì proporgli, ma però dovete capire che cosa è predisposto questa persona a fare" perché che sia l'utente che di sua iniziativa va a spulciare in queste app che vogliono essere messe a disposizione per trovare queste opportunità, non lo so se un utente arriva da solo. Il mio consiglio è stato quello, proprio che deve partire un pochino da loro conoscendo l'utente e allora puoi indirizzarlo in qualcosa. È stata... non l'ho spiegata molto bene, però io partirei più che altro sulla mia esperienza (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).*

MC: Come presenterebbe la mappatura a colleghi e a utenti che non hanno partecipato precedentemente a questo lavoro?

R: *Sicuramente come una opportunità di maggiore conoscenza della realtà locale, a volte andiamo a cercare delle realtà fuori dal nostro territorio e non conosciamo quelle che abbiamo qui vicino. Che è stata un po' la scoperta che ho fatto anche io pur lavorando già da 10 anni qui e frequentando comunque il territorio, faccio un esempio, di Carpenedolo, alcune realtà non le conoscevo, conoscevo la biblioteca ma alcune realtà tipo il Centro Graziotti che abbiamo mappato con Davide è una realtà che non conoscevo. Sicuramente gliela presenterei nei termini di 'possiamo conoscere delle cose che diamo per scontate che possano esistere ma in realtà non le conosciamo'. Quindi sicuramente una opportunità di conoscenza, una opportunità anche per i nostri utenti di valorizzare quelli che sono anche i propri interessi e le proprie risorse. Mi viene in mente come è stata utile e produttiva per una paziente la mappatura del gattile. Quando siamo andati al gattile, era presente anche Ilaria, questa persona che era interessata alla realtà – appunto lei ha due gatti – per lei è stata una cosa significativa e importante, poi va be' la distanza non consentiva comunque un coinvolgimento all'interno di questa esperienza però ha detto: "Se il mio gatto non sta bene so che esiste qualcosa, so che esiste qualcosa per gli altri gatti, che ci sono delle persone che si interessano e si occupano di questo". E sicuramente nel percorso terapeutico e riabilitativo di una persona sicuramente questo diventa fondamentale. Sicuramente la presenterei come una possibilità di conoscere il territorio ma anche di andare a rendere il più possibile completo l'intervento che viene fatto con la persona. E opportunità anche di sperimentarsi in contesti rispetto ai quali magari so che esistono, e mi piacerebbe ma per delle difficoltà magari anche personali non riesco a contattarli, per cui sicuramente una sorta di facilitatore, nel ruolo anche dell'operatore, di facilitatore nel contatto del paziente con la realtà esterna, sicuramente questo. Poi altri aspetti legati magari allo spostare maggiormente il focus appunto sull'esterno come risorsa nel percorso terapeutico-riabilitativo delle persone, quindi non lo so, ecco, se sono stato esauriente rispetto a questa richiesta (Roberto – operatore CPS, Montichiari).*

MT: Se dovesse dire a un suo collega che cos'è la mappatura dinamica delle risorse, che cosa gli direbbe?

GV: *Allora, partirei comunque da un discorso molto di pancia. Proprio stamattina la collega dove lavoro adesso mi dice: "Cosa vai a fare?". Quindi le ho spiegato brevemente cos'è la mappatura dicendo appunto – che poi neanche a farlo apposta comunque è il mio stile, perché anche lì dove sono adesso sono già andata a contattare l'oratorio, sono andata a contattare le istituzioni o comunque le risorse che ci sono vicine per fare da ponte per i nostri pazienti. Quindi io spiego che è fondamentale sapere quali risorse ci sono nel nostro territorio per dare delle opportunità ai nostri pazienti affinché al di fuori degli orari dei servizi si possano rivolgere a delle realtà accoglienti per loro. Mi viene da dire che oggi, alla luce del Covid, dove i servizi sono limitati nell'offerta di accoglienza, per ovvi motivi sanitari e di numeri, a maggior ragione poter indirizzare i nostri pazienti su altre realtà credo che sia davvero importantissimo. Se prima era 'Vieni qui tutti i giorni però no il sabato e la domenica' o piuttosto che 'incontri delle persone affini con le quali puoi avere degli interessi, riscoprire degli interessi, in questo ambiente piuttosto che nell'altro', oggi alla luce di tutta, purtroppo, l'esperienza che stiamo vivendo credo che una rete di supporto per i nostri pazienti sia ancora più importante (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).*

2. A quali condizioni la mappatura può essere utile ai pazienti e agli operatori, e quali sono i primi effetti sui servizi

I brani di intervista riportati esemplificano chiaramente dal punto di vista dei protagonisti della mappatura dinamica delle risorse quali sono le potenzialità e le criticità anche sul piano organizzativo di questo processo, i relativi riverberi sui servizi e sulla loro organizzazione. Le implicanze organizzative del processo di mappatura non hanno rappresentato un aspetto di analisi specifico del progetto in atto, ma riteniamo utile evidenziare alcune criticità che hanno investito il sistema organizzativo nel suo complesso affinché coloro che eventualmente vorranno implementare tale attività anche nei propri servizi sappiano a priori che potranno presentarsi delle criticità di tipo organizzativo che è bene avere presente da subito onde evitare di minare il processo.

MC: Lei ci ha detto delle cose importanti, per esempio che secondo lei la mappatura può essere utile per un utente ma solo se dietro c'è un percorso; quali sono i consigli che lei darebbe per proseguire questo lavoro all'interno dei servizi?

E: *Sì, io difatti l'ho già detto a un incontro che abbiamo fatto, che per poter arrivare, perché io difatti quando ho fatto l'esempio 'certo voi operatori dovete capire a che livello è arrivato l'utente' tramite la psicologa, su quello che potrà comunque dire perché giustamente la psicologa non può raccontare tutto quello che viene detto, però ti può dire: "Sì, ok, i primi due gradini li ha superati, adesso è al terzo". Ma mi hanno detto che tanti utenti non hanno fatto un percorso psicologico, con la psicologa, perciò la cosa è ancora più difficile perché potrebbe essere che loro sono lì ancora che navigano nel loro tunnel e non sono ancora usciti da questo tunnel, perciò il mio percorso è stato fatto così e mi ha portato dove sono arrivata oggi, se non c'è un percorso psicologico non lo so se la cosa è così veloce da arrivare. Però se non viene fatto il percorso prima è difficile che uno possa essere predisposto ad andare a mappare perché non... che poi io ho solo questa persona di riferimento che usciva con me, l'altra utente, io altri utenti non so come si sono comportati mentre stavano facendo la mappatura, se per loro è stata una opportunità, se è stato un modo per uscire e fare quattro passi e lasciavano parlare solo l'operatore e loro non interagivano con nessuna domanda, con nessun... quello che le posso dire io è che comunque ogni tappa va fatta prima di arrivare alla mappatura e poi in un secondo momento usufruire di queste opportunità (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).*

MT: Quindi il progetto in sé ha portato dei cambiamenti all'interno del servizio o nell'operatività?

GV: *Allora, la gestione del progetto sicuramente sì nel senso che si sono introdotte delle azioni nuove. Paradossalmente se io devo imporre la mappatura in pazienti della CRA che ancora sono in una fase clinica più egocentrica non serve a niente, non serve a niente, siamo fuori fase perché sto facendo allora un'azione finalizzata al progetto ma che non è assolutamente efficace per i pazienti (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).*

MC: Ecco, volevo capire allora, questo modo, questo tipo di intervento che tipo di effetti, secondo lei, ha avuto sugli utenti coinvolti e poi anche in generale sulla Comunità, sugli altri, sul suo contesto di lavoro? Se ne ha avuti.

F: *Secondo me siamo proprio in una... il nostro percorso di mappatura è proprio all'inizio. Quindi se ci sono stati degli effetti, secondo me, è più sul paziente stesso che è venuto a fare l'intervista più che sull'intero servizio della nostra Comunità. Quindi nel caso di C. per esempio per lui è stato un bel momento di confronto venire all'intervista ed è stato un bel momento di socializzazione. Per L., anche se comunque è stata un'esperienza non così positiva la mappatura, però L. è venuta sempre agli incontri anche della mappatura in CPS e sono stati dei momenti per sentirsi un po' reintegrata nel territorio visto che lei viene da un periodo proprio di isolamento per sintomatologia sua e la mappatura per lei è un'occasione proprio – sempre comunque con il supporto dell'operatore perché ha tanto bisogno dell'operatore vicino comunque – però sono dei momenti in cui lei viene stimolata a sentirsi ancora parte di una società, stimolata alla relazione soprattutto, quindi gli effetti sono stati proprio un po' più limitati a questo. Secondo me abbiamo bisogno proprio di mappare più realtà, di entrare molto più nel meccanismo della mappatura anche per far sentire tutto il nostro servizio coinvolto perché poi io durante le equipe del nostro servizio ho sempre riportato ciò che abbiamo fatto in mappatura, però ecco è comunque difficile riuscire a coinvolgere tutti gli operatori e tutti i pazienti, quindi... anche i miei colleghi sanno che io mi occupo di mappatura però forse sono molto più presi dalla quotidianità del nostro servizio e da tutte le altre esigenze che ci sono, forse perché siamo ancora in una fase iniziale, ripeto, nel momento in cui finalmente mapperemo più risorse, presumo io, diventerà una cosa un po' più di interesse, ecco (Silvia Filippini, operatrice Comunità La Rondine, Brescia).*

MT: Lei ha parlato di cambiamenti organizzativi determinati dal progetto più in generale. Ecco volevo capire se la mappatura ha determinato dei cambiamenti specifici.

S. *Credo che sia in atto un cambiamento di pensare le cose. Puntiamo molto sulla condivisione, sul dirci le cose, sull'aver un passaggio di informazioni più preciso. La metodologia appunto che mi spiegava*

Silvia, perché io poi non ho mappato niente di preciso, la cosa che mi riportava Silvia e che mi riportavano poi anche persone che lavoravano con lei all'interno del gruppo è che spesso avere una buona metodologia, un buon metodo è molto di aiuto perché ti permette di tenere un po' sotto controllo quelle che sono le variabili. Praticamente con le schede che loro hanno utilizzato la prima volta in mappatura con i colleghi del CPS, poi credo abbiano fatto anche una mappatura o due in autonomia, hanno utilizzato un metodo e il metodo lo hanno sentito loro, cioè non lo hanno sentito come una cosa calata dall'alto, come una cosa imposta ma come una cosa funzionale all'obiettivo che dovevano raggiungere (Simonetta Migliorati, coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MT: E sul piano personale, sul suo piano che cosa ha comportato questo lavoro di mappatura? Ha modificato qualcosa?

F: *Sul piano personale? Sì, da un punto di vista comunque lavorativo mi ha dato più energia e più carica perché anche per me come operatore avere la possibilità di uscire di più dalla Comunità con i pazienti mi ha stimolata in modo positivo, nel farmi sentire anche più creativa proprio all'interno anche dei progetti stessi dei pazienti – perché poi il tutto viene integrato con i progetti individualizzati dei pazienti – quindi mi ha fatto sentire più creativa, più stimolata e con più speranza ecco, come se attraverso la mappatura potessi anch'io dare più speranza ai pazienti nel loro progetto, nel loro percorso proprio di recovery, quindi anche di reinserimento nella società. Sostanzialmente questo, perché spesso poi si rimane chiusi nella solita routine all'interno della Comunità e ci si preclude un sacco di opportunità che invece ci sono sul territorio e che possono andare a integrare il progetto individuale della persona, quindi magari come possibilità riabilitativa non esistono solo le attività all'interno della Comunità che sono, non so, arteterapia, i diversi gruppi riabilitativi che facciamo all'interno della Comunità, anzi, il territorio forse ci aiuta ancora di più nella riabilitazione, quindi in questo senso mi ha aiutata positivamente. E poi anche interagire di più personalmente con gli operatori del CPS che magari all'inizio, tempo addietro incontravo solo per fare delle verifiche per i progetti dei pazienti, invece ci si conosce maggiormente con coloro che hanno in carico i nostri pazienti, quindi la*

rete proprio anche all'interno del servizio territoriale psichiatrico si rafforza, quindi mi ha aiutato positivamente in questo (Silvia Filippini, operatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MC: Se ci può appunto parlare nei dettagli di questi riflessi nell'organizzazione che ha avuto la mappatura.

R. *Allora parto dalla presenza della risorsa Marta all'interno dell'organizzazione del servizio con l'obiettivo specifico del lavoro sul progetto 'Recovery.net', che è stata accolta nei termini di: "Abbiamo qui una persona rispetto alla quale possiamo rivolgerci per chiedere informazioni, avere aggiornamenti rispetto all'andamento del progetto", quindi è stata una presenza importante per questo anche perché il vissuto iniziale un po' di tutti era stato 'Montichiari è là in fondo, lontano. Il vissuto è stato probabilmente determinato, credo, forse da una situazione un po' di non avere la possibilità di essere lì, di essere lì intendo essere lì in via Romiglia a Brescia, essere lì e lì essere maggiormente aggiornati, coinvolti, dall'altra parte dalla difficoltà un po' nostra anche, e anche mia di contattare loro e di chiedere loro aggiornamenti. Il fatto che si sia molto focalizzato su via Romiglia, il vissuto a volte di Monti-chiari era stato un po' quello di abbandono, di autoreferenzialità, non so se mi sono spiegato, un po' di difficoltà, insomma, c'erano delle difficoltà all'inizio rispetto a questo e quindi la presenza di un operatore qui è stato un grosso cambiamento rispetto anche a questo vissuto e quindi adesso io percepisco una maggiore, anche da parte dei colleghi con i quali lavoro quotidianamente, un maggiore investimento, una maggiore partecipazione, un maggiore chiarimento, una maggiore sicurezza anche rispetto a quelle che possono essere le richieste che arrivano dal progetto e dall'azione 'Mappatura'. Rispetto a come ha inciso l'azione 'Mappatura', sicuramente l'azione 'Mappatura', come dicevo anche prima, ha favorito anche alcune attività che erano già in essere e che sono ripartite dopo il lockdown. Dopo il lockdown noi abbiamo avuto da luglio, fine luglio, ad adesso la possibilità di riattivare solo i SAR, (Socializzazioni in Ambiente Reale), non abbiamo attivato... e poi va be' i percorsi individuali delle persone che vediamo qui in servizio o comunque tramite WhatsApp con il dispositivo che abbiamo a disposizione adesso e facciamo dei colloqui più che altro individuali in questo momento. L'attività di biblioteca, l'attività di arteterapia, queste attività che*

erano anche specifiche del servizio e che hanno connotato le attività riabilitative del servizio, in questo momento non ci sono, sono state sospese, non so neanche se poi riprenderanno. Di fatto però le attività di SAR sono riprese, tra l'altro con una notevole richiesta da parte degli utenti del territorio e da parte anche dei colleghi psichiatri che ci dicono: "È importante che anche per questa persona iniziamo a riattivare i percorsi di SAR". E la mappatura è stata una risorsa anche in questo senso, a darci una conoscenza in più di quelle che potevano essere le realtà che potevamo comunque coinvolgere per vedere la loro disponibilità ad attivare dei percorsi di questo tipo (Roberto – operatore CPS, Montichiari).

MT: L'attività di mappatura ha modificato un po' il suo ruolo all'interno? Come conciliava l'attività nella CRA con questa nuova attività?

GV: *Relativamente, nel senso che comunque mi era stato dedicato del tempo da dedicare, come dire. Io ne ho parlato con i miei pazienti perché comunque il progetto ricadeva all'interno della CRA coinvolgendo... facevo un piccolo gruppo per pazienti che potevano così anche loro imparare a stare nel loro territorio, quindi avevo provato, facevo... e le riunioni, per esempio, anche quelle più plenarie le facevamo all'interno della sala da pranzo della CRA. E questo serviva proprio perché anche i pazienti ricoverati che magari nella fase di malattia che loro vivono non sono così interessati alla mappatura, perché in quella fase lì c'è più bisogno di ritrovare una certa dimensione, una certa tranquillità anzi meno si esce o comunque non si esce da soli perché scattano delle paure. Però mi piaceva l'idea che loro vedessero che si stava comunque facendo qualcosa che in una fase magari successiva del loro stare avrebbe potuto essere utile anche a loro. Ricordo per esempio di avere coinvolto un paio di persone che potevano essere quelle che già per esempio andavano a casa da sole o che magari avevano i permessi sul sabato e la domenica alle quali spiegavo un pochettino come potevano fare e cosa facevamo affinché anche loro in qualche modo potessero trovare spunto o attivare delle curiosità su cosa fare il sabato e la domenica invece di starsene sul divano tutto il giorno perché è un po' quello che succede per i pazienti di una residenzialità: 'Vado a casa però cosa faccio? Sto in casa chiuso a guardare la tele tutto il giorno'. Ecco allora la mappatura era comunque uno strumento che indirettamente diventava uno stimolo anche per*

loro, ecco. Sicuramente non li ha coinvolti in modo attivo ma questi messaggi secondo me gli sono arrivati, ecco, sì (Giovanna Villa – operatrice - ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).

MT: Sottolineava come ci fosse stata una forte flessibilità organizzativa intorno alla mappatura.

GB: *Sì, fortunatamente, fortunatamente noi, a discapito di altri servizi che so per certo che non sono tanto riusciti a farlo, potevamo identificare in maniera continuativa un pomeriggio a settimana, che è sempre stato dall'inizio il mercoledì pomeriggio, e da lì non ci siamo mai schiodati, quindi abbiamo garantito questa continuità. C'è stata sempre molta flessibilità nel senso che l'organizzazione da parte mia era sull'onda del: "Ho dei gruppi da gestire al Centro Diurno e quegli spazi che mi sono concessi per fare dei progetti individualizzati, colloqui individualizzati, me li organizzavo per potermi ritagliare degli spazi di uscita. E così ho fatto. **Il mio coordinatore mi ha sempre lasciato andare assolutamente tranquillo.** E così ho fatto, ecco. Flessibilità sì, sicuramente, ce n'è stata molta (Gabiella Bolis – operatrice Centro Diurno, Brescia).*

3. Come si è arrivati a occuparsi della mappatura

Attraverso le narrazioni dirette dei protagonisti della mappatura dinamica descriviamo come gli utenti e gli operatori si sono o sono stati ingaggiati nel processo di mappatura dinamica. Anche in questo caso emergono le molte differenze e gli entusiasmi o le preoccupazioni di inserirsi in un nuovo processo i cui esiti non sono chiari da subito, così come non è chiara la mole di lavoro necessaria e come questa attività si sommerà alle altre. Preoccupazioni legittime che però nella maggior parte dei casi sono venute meno nel momento in cui ci si è lasciati ingaggiare o si è voluto sperimentare questa ulteriore novità. Così come sono stati messi in discussione alcuni pre-giudizi rispetto alla attività che si immaginava di dover svolgere.

Gli utenti:

... il 25 di aprile, per me è una data memorabile. Una mia amica mi chiama, mi chiede: “Come stai?” e mi dice: “Enrica, hai voglia di fare un giro al parco?”. Senza esitazione io le ho detto sì. Per me lì è stata la mia prima grande uscita, all’aria aperta, in mezzo comunque a quella poca gente che c’era al parco. E niente, dopo... va be’ nei giorni seguenti ho iniziato a fare i vari incontri per sapere quale percorso iniziare....

Quando rientro a settembre – ah, nel frattempo io ho perso il lavoro perché giustamente dopo tanta malattia io ho perso il lavoro – e rientro a settembre e mi rendo conto che sì, questi incontri mi piacciono però sto apprezzando anche la mia vita esterna, perciò vado avanti ancora con tutti gli incontri, i vari corsi che ho partecipato e poi arriva il momento che giustamente mi propongono di fare la mappatura e io accetto, accetto e difatti esco con una operatrice e un’altra utente (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).

MC: Il progetto le sembrava interessante all’inizio oppure era solo curiosa di sapere di cosa si trattava?

T: *Mi è stato proposto da una operatrice del Centro Diurno perché io mi sono sempre attivata diciamo per quanto mi è possibile anche per aiutare gli altri perché comunque ho visto che quando si condivide un’esperienza insieme si è più forti e ce la si può fare meglio a uscire dalla situazione. Allora mi ha contattata e mi ha coinvolta in questo progetto.(...). Sinceramente all’inizio avevo avuto la curiosità e ovviamente la speranza di poter dare il mio contributo. Poi dopo man mano mi sono trovata coinvolta anche in una situazione piacevole di collaborazione, anche di amicizia extra tipo andare a bersi un caffè, fare due chiacchiere anche con altri partecipanti al recovery, anche con la stessa operatrice, così (T.A. – utente Centro Diurno, Brescia).*

MC: Come è arrivato alla mappatura?

DP: *Nella mappatura sono stato coinvolto tramite Roberto che fa parte del Centro Psico-Sociale di Montichiari che è un operatore e praticamente ricordo che serviva vedere che tipo di posti ci fossero all’interno del mio paese per mapparli praticamente.(...)*

Io subito ho pensato a posti culturali o anche sportivi e da lì ho iniziato, come dire, a vedere in internet quali fossero i possibili posti e mi

sono stati dati dei fogli sui quali poi si scriveva come raggiungere questi eventuali posti e in cosa il posto consisteva, per esempio non so la società calcistica dove si faceva calcio, oppure la biblioteca o anche la piscina, o vari posti che potevano essere dal punto di vista, diciamo così, consoni per essere raggiunti, per passare inizialmente un po' il tempo, diciamo così.....

Io anche lavorando mi ero preso, diciamo così, questo impegno perché sentivo che per me era una cosa giusta, una cosa che serviva sia a me che anche a Roberto. E quindi anche se lavoravo, comunque anche facendo questa commissione, diciamo così a me dava molta soddisfazione ecco, mi interessava.(...)

Sin dall'inizio ho pensato che fosse una cosa interessante. Ho pensato che comunque mappare i posti fosse una buona idea perché sarebbe stato più facile da raggiungere questi posti qua, ecco, diciamo così.

E poi mi sentivo più impegnato per il mio paese, per il paese in cui abito, capire quali posti potevano essere interessanti da raggiungere (D.P. – utente CPS, Montichiari).

Gli operatori:

MC: Come ha saputo della mappatura e come ci è finita dentro.

GB: *Allora, la premessa è questa: praticamente il mio coordinatore, Gabriele, mi ha, ci ha coinvolto tutti noi operatori all'interno del pacchetto progetto 'Recovery.net', all'interno del quale tra le varie azioni c'era anche questa famosa mappatura, e in maniera secondo me estremamente democratica ha fatto presente che qualcuno se ne dovesse preoccupare, ecco quindi qualcuno di noi doveva essere coinvolto in questo percorso. Effettivamente lui ha chiesto direttamente a me nei termini: "Sarebbe opportuno te ne preoccupassi tu". perché io ho di fatto svolto una attività simile 6 - 7 anni fa insieme a un collega educatore del CPS e da questa collaborazione è nato un gruppo che noi avevamo così originariamente chiamato 'Orienteering' perché avevamo organizzato un gruppo di 7/8 utenti con un obiettivo prettamente risocializzante, quindi l'obiettivo era stare insieme e fare qualcosa insieme, quindi incentivare la relazione tra i partecipanti. Perché 'Orienteering'? Perché praticamente tra i vari obiettivi, tra cui appunto, ribadisco, la risocializzazione, c'era l'andare un po' a setacciare in maniera non eccessivamente approfondita eh, ma, partendo*

dal presupposto che si faceva una passeggiata, si andava un pochettino a individuare il territorio di provenienza di ognuno dei partecipanti al gruppo. Quindi questo, diciamo, di fatto è stato fatto e mantenuto per, secondo me, 3 anni con un discreto successo nel senso che i pazienti hanno avuto modo di conoscere in maniera un pochettino più anche funzionale il proprio servizio. E io riporto sempre l'esempio che uno dei nostri utenti una volta, insieme al gruppo ha visto l'oratorio, parlato con il parroco, ecc. e nel giro di brevissimo tempo è diventato un aiuto compiti all'interno di un servizio CAG della parrocchia quindi come sostegno ai compiti pomeridiano. Ecco, questo è un esempio per dire che anche all'epoca queste uscite avevano anche l'obiettivo di fare in modo che i pazienti conoscessero, non in maniera particolarmente approfondita, però la parrocchia, un cinema, un teatro di riferimento, un luogo dove facessero dei corsi, dalla pittura alla musica, e di fatto qualche movimento noi lo abbiamo anche ottenuto nel tempo (Gabiella Bolis – operatrice Centro Diurno, Brescia).

MC: Ci racconta un po' la storia della sua presenza nella mappatura?

S: *Va bene. Allora la cooperativa 'La Rondine' partner del progetto proprio dall'inizio, ancora nella fase di progettazione, quando io ancora ufficialmente non ero di questo servizio, io sono arrivata a maggio del 2018 quando poi è partito il progetto, cioè tutta la fase di programmazione era già comunque avviata... Sono la coordinatrice della Comunità e dei servizi residenziali dell'area della salute mentale, e appunto con Ruggero Radici ci eravamo un attimino suddivisi quelli che erano gli ambiti un po' di competenza, e per la mia professionalità e per il ruolo che ricopro, il gruppo mappatura era stato assegnato a me, appunto si era condiviso che era un'area della quale avrei potuto occuparmi io. Quindi ho partecipato alle prime riunioni fatte per il gruppo mappatura, vi ho visto proprio forse era anche la prima volta che arrivavate a Brescia, quindi ho seguito tutto il discorso. Poi abbiamo iniziato a collaborare ai gruppi successivi che sono stati fatti e all'interno della Comunità è stato evidenziato un gruppo di persone, di ospiti, che avrebbero potuto occuparsi di questa cosa e abbiamo fatto tutta la fase preliminare quando ancora c'è stato lo studio di quelle che poi sarebbero diventate le schede di raccolta dei dati delle realtà mappate. Successivamente, grazie a Dio, mi è rientrata la Silvia dalla maternità, quindi io avevo già cominciato a seguire anche altri*

aspetti del progetto, tra cui laboratori di scrittura, la biblioteca dei libri viventi e quindi, anche in base alle competenze che appunto abbiamo condiviso con la Silvia, la Silvia è stata identificata come l'operatore referente di questa parte del progetto. Questo per rendere più snella la parte proprio operativa e per coinvolgere appunto più persone all'interno dell'equipe di lavoro, perché io sono una persona che pensa che più si condivide più si produce, nel senso che più teste funzionano meglio di una testa sola, quindi anche attraverso il confronto ho cercato, abbiamo cercato di coinvolgere anche gli operatori che poi sono stati inseriti, per esempio, nei 'Percorsi', nella mappatura, in varie azioni del progetto (Simonetta Migliorati – coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MC: Come è arrivato alla mappatura e se si ricorda anche quando ha cominciato, come era stato anche l'inizio.

R: *Sì, allora l'inizio era stato, coincideva proprio con la presentazione da parte del dott. Lucchi di questo tipo di progetto. Quindi tutto è iniziato da lì, mi ricordo che avevo assistito a una conferenza, un incontro che aveva tenuto appunto la prof.ssa Tognetti, che era un incontro plenario dove davano appunto informazioni rispetto a quell'azione che era l'azione 'Mappatura'. Il coinvolgimento è sicuramente nato da un interesse personale ma anche dal tipo di attività che dal mio punto di vista diventa fondamentale all'interno di una organizzazione quale il CPS. Noi siamo collocati all'interno dell'ospedale, come ambulatori, però il lavoro che è stato fatto è sempre stato fatto in collegamento con l'esterno per cui avevamo e abbiamo ancora, anzi grazie a questo intervento della mappatura li abbiamo anche costantemente mantenuti e anche ulteriormente sviluppati, i rapporti con il territorio. Però proprio perché eravamo all'interno del territorio, il tipo di proposte anche riabilitative, tese comunque a una riabilitazione psico-sociale ci portava molto a contattare l'esterno per cui l'interesse e la disponibilità da parte mia a dire: "Ok, mi interessa questo aspetto, voglio approfondirlo, voglio essere all'interno di questo tipo di realtà" nasceva proprio da questo anche perché secondo me diventa fondamentale il rapporto con il territorio nel processo e nell'attività del nostro servizio, quindi quello che il nostro servizio come il CPS vuole offrire alle persone, quindi non solo l'ambito strettamente clinico ma anche l'aspetto sanitario nel territorio (Roberto – operatore CPS, Montichiari).*

MC: Ci può raccontare come è arrivata alla mappatura, Giovanna?

GV: *Sì, molto volentieri, vi ringrazio. Dunque io partecipavo da anni alle azioni legate alla ‘recovery’ come operatore della CRA, quindi del servizio residenziale. Mi sono sempre interessata alla recovery da quando è stata introdotta nell’Unità Operativa, facevo parte dell’equipe trasversale che era coordinata dal dott. Lucchi. Personalmente come educatore ho sempre pensato che il reinserimento nel territorio per i nostri pazienti sia una grandissima opportunità. Quindi questa azione nello specifico mi ha vista particolarmente coinvolta e motivata, interessata perché è una caratteristica che ho un po’ da anni quella di attenzionare, pensare che il territorio sia, e offra peraltro, grandi opportunità per il reinserimento dei nostri pazienti. Credo che la psichiatria si faccia sul territorio e quindi tanto più riusciamo a tenere le persone nel loro contesto sociale tanto più le persone possono stare bene. Va bene afferire ai servizi ma i servizi devono essere un po’ un ponte di nuovo verso la vita reale. E quindi ho sposato volentieri il progetto, l’azione della mappatura perché ci credo. (...) spesso i nostri pazienti hanno vergogna oppure sono i primi a essere giudicanti verso l’esterno, verso l’ambiente quotidiano e riuscire ad alimentare di nuovo in loro la fiducia di poterci stare nel contesto normale per me era veramente un fattore rilevante. Acquisire per loro un metodo, poi che fossimo a Brescia, che fossimo a Borgosatollo, che fossimo in qualunque altro comune non era importante, era per me importante passare loro il messaggio che il territorio ti può nuovamente accogliere perché è lì che tu devi vivere. Mi è piaciuto molto come esperienza, poi voglio dire non discuto e anzi per me è stato un momento di formazione scoprire il metodo per la mappatura, avere i vostri input, avere i vostri riferimenti anche sulla selezione, piuttosto che sui criteri da applicare per fare mappatura. Ma umanamente quello che mi ha portato è la vicinanza con i pazienti per aiutarli a stare nel mondo reale (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).*

MT: Lei nel gruppo mappatura è entrata spontaneamente o è stata individuata come educatore abile alla mappatura?

GV: *Mah, direi che sono stata individuata, ma perché il dott. Lucchi sapeva che quella roba qua è anni che mi batto, ecco, diciamo che la mappatura è da anni che io dico: “Dobbiamo fare una banca dati, dob-*

biamo fare un punto di smistamento informazioni”, per cui credo che poi il dott. Lucchi sapesse, sapeva sicuro che sapeva, che io su questo argomento sono stata sempre molto così motivata, calda ecco, perché ritengo davvero che sia una opportunità per i nostri pazienti, perché li vedo tante volte, li vedo prima, bene o male sono tutti in difficoltà nel riavvicinarsi al mondo, a occupare i loro tempi (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).

4. Le uscite sul territorio

In questa parte del testo, descriviamo, sempre ricorrendo alle parole dirette degli **utenti** come si sono svolte le uscite, la loro preparazione, la costruzione dei piccoli gruppi, i contatti con le risorse individuate. Passaggi semplici a volte anche ripetitivi che però nel momento in cui diventano patrimonio operativo assumeranno grande potenzialità dando vigore al processo di mappatura.

Appare poi evidente la voglia e la capacità degli utenti di mettersi in gioco, di essere loro i protagonisti degli incontri. Non solo pensano alle risorse sulla base degli interessi personali ma pensano anche a quale utilità potrà trarne il gruppo. Così come si sentono molto soddisfatti se nel corso degli incontri non vengono stigmatizzati come pazienti psichiatrici. Una capacità e un'autonomia che la frequenza dei servizi aveva sopito.

La preparazione delle uscite

MT: Ecco, avete fatto degli incontri, che cosa avete fatto all'inizio prima di cominciare ad andare in giro a mappare le risorse?

E: *No, be' abbiamo iniziato, ci hanno un po' spiegato quello che loro intendevano per mappatura perché anche per me era una cosa nuova e ci hanno spiegato che queste risorse che noi saremmo andati a trovare potevano essere una opportunità per utenti, come potevo essere stata io, per un indomani, non nel momento che c'è una malattia perché questo passaggio lo puoi fare solo quando hai cominciato a prendere*

un po' fiducia in te stessa perché prima non lo puoi fare. E questo era stato quello che ci hanno spiegato e dopo ogni mercoledì noi ci incontravamo per magari scegliere 2 o 3 posti da poter passare, farci conoscere e raccontare...(...) esco con una operatrice e un'altra utente, iniziamo un po' a fare l'elenco di tutte le opportunità che ci possono essere a Borgosatollo, varie associazioni, ci facciamo tutta questa lista e cominciamo a spuntare quello che poteva essere utile al nostro discorso (...) tramite il dott. Lucchi ci dice di andare a conoscere l'assistente sociale del Comune qua di Borgosatollo. Noi andiamo a conoscerla, giustamente ci presentiamo in quello che stavamo facendo e quant'altro (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).

MT: In cosa è consistita la sua attività di mappatura ?

DP: All'inizio ho guardato in internet e praticamente con i fogli che mi erano stati dati da Roberto ho iniziato a impegnarmi a compilarli. E praticamente vedendo in internet il numero di telefono, i contatti del referente, la via, così, ho iniziato a compilare i fogli che mi erano stati dati da Roberto e da lì prima ho fatto del mio paese che è Carpenedolo, ho fatto i vari posti, tipo la bocciofila e ho compilato questi fogli, dopo li ho consegnati a Roberto. Da lì dopo non mi ricordo se ho fatto anche dei paesini limitrofi, sì Novagli, Tolmezzo, sempre tramite internet (D.P. – utente CPS, Montichiari).



L'edificio che ospita il CoLab – quartiere San Polo Brescia

Le visite e i contatti con le risorse da parte degli utenti

MT: E come li sceglievate questi posti da mappare?

E: *Avevamo fatto tutta una lista, cioè tramite internet avevano scaricato tutte le varie associazioni che ci possono essere a Borgosatollo, era una lista abbastanza lunga, abbiamo iniziato giustamente dal Comune perché c'era questa conoscenza del dott. Lucchi, poi siamo andati all'associazione 'Il Falò' dove facevano tanti corsi, poi a un 'Equo solidale' dove c'è la raccolta degli indumenti e questa associazione dava anche pacchi alle persone bisognose. Dopo va be' i vari laghetti che c'erano, il Centro Sportivo, però li abbiamo scelti da questa lista che avevamo scaricato tramite internet (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).*

MT: Quindi eravate voi che suggerivate quali risorse scegliere?

E: *Sì sì, sì perché poi l'operatrice qua di Borgosatollo, eravamo due, tutte e due di Borgosatollo perciò bene o male qualcosa già conoscevamo e perciò siamo andate su quelle che prima conoscevamo noi e poi siamo andate in quelle che non sapevamo quello che facevano* (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).

L. : *La prima volta. Carmen stava già uscendo a fare le visite. Con lei mi sono trovata subito, perché siamo tutte e due attive, empatiche. Ultimamente Carmen è uscita dalla mappatura perché è diventata una attività troppo organizzata, lei non si trova nelle riunioni del mercoledì, preferisce essere autonoma. La prima uscita oltre a me e a Carmen c'era Giovanna del CPS. Siamo andate in via Cremona, a Brescia, camminavamo per la strada e se trovavamo qualcosa di interessante ci fermavamo, la Parrocchia, la Caritas.... Mi è piaciuto tantissimo.... Per essere una che non usciva di casa e non vedeva nessuno* (Lucia – utente Centro Diurno, Brescia).

MT: Come sceglieva questi posti? Sulla base di quali elementi decideva di individuare un posto piuttosto che un altro?

DP: *Ma io li ho scelti più che altro quelli sportivi e quelli culturali, come la biblioteca, anche dove c'era lo sport ho scelto. E dove c'era un po' di arte e cultura* (D.P. – utente CPS, Montichiari).

MT: Perché ha fatto questa scelta?

DP: *È stato un po' così, perché pensavo che lo sport e la cultura comunque fossero positivi, ho pensato così. Dopo non mi ricordo, comunque sì principalmente queste due tipologie. Quindi la pallavolo* (D.P. – utente CPS, Montichiari).

MC: Cosa c'era lì di interessante che pensava poteva essere utile, mi faccia qualche esempio magari di qualche posto che le è rimasto più impresso.

DP: *Ma non so, la biblioteca, ad esempio, perché è un luogo dove ci sono... dove comunque è un luogo tranquillo e dove si può apprendere attraverso la lettura, attraverso i libri. Perché comunque a me la biblioteca che avevo frequentato con Roberto aveva dato molto. E tuttora sta*

dando molto nel senso che con i libri o con il cinema, con i dvd riesco un po' a crescere, diciamo così, a stare meglio.

E da lì dopo è succeduta l'intervista, l'intervista che è avvenuta prima contattando la biblioteca di Carpenedolo e poi un gruppo artistico che si chiama 'Gruppo Artistico Graziotti' che si trova sempre a Carpenedolo e abbiamo fatto due interviste, una con la biblioteca di Carpenedolo, una con il 'Gruppo Artistico Graziotti'. Le interviste le abbiamo tutte sottoscritte all'interno dei fogli che ci erano stati da voi dell'Università, penso, non so. E dopo dovevamo fare un'intervista alle piscine di Carpenedolo e dopo è successa la pandemia e ci siamo bloccati (D.P. – utente CPS, Montichiari).

MC: Ci può raccontare come è avvenuto il contatto, il colloquio con i responsabili della biblioteca? Siete andati in due, lei con Roberto?

DP: *Inizialmente a chiedere il colloquio ero andato solo io e avevo praticamente chiesto a una bibliotecaria dicendole che c'era il progetto che adesso non mi ricordo quale era, che era collegato anche con Mantova, e dopo ho messo in contatto la bibliotecaria con Roberto e se non sbaglio... Con Roberto dopo abbiamo fatto anche l'intervista con l'assessore dello sport e della cultura. Dopo abbiamo fatto l'intervista. Però l'intervista siccome era la prima e non me la sentivo molto di andare da solo e siamo andati io e Roberto e quindi la prima intervista che era quella della biblioteca siamo andati in due (D.P. – utente CPS, Montichiari).*

MC: E come è andata questa intervista?

DP: *Bene, nel senso che avevamo delle domande da seguire, tra l'altro forse dovrei averle qua, non mi ricordo e quindi abbiamo seguito le domande. E quindi è stata interessante perché sono venute fuori delle cose diverse e anche nuove. Ci ha raccontato un po' la storia della biblioteca di Carpenedolo e quindi dopo abbiamo mappato meglio anche la biblioteca di Carpenedolo. E ad esempio si chiedeva se era disponibile a collaborare con progetti dell'Ospedale, del Centro Psico-Sociale e la biblioteca aveva detto di sì, insomma, e che aveva avuto esperienza anche con persone che avevano avuto difficoltà, cioè avevano già avuto esperienze precedenti, insomma, e ci aveva raccontato un po' questa esperienza qua brevemente, adesso non mi ricordo di preciso (D.P. – utente CPS, Montichiari).*

MC: E quindi lei ha ritenuto che fosse stata una bella esperienza per lei, l'ha vissuta bene?

DP: *Sì, l'ho vissuta bene, l'esperienza della biblioteca mi ha aiutato molto. E credo che permene tuttora, insomma, questa esperienza qua. Io quando non ho molto da fare per esempio prendo un libro e leggo oppure prendo un DVD di film anche un po' culturali e mi acculturo in questo modo, ecco, personalmente (D.P. – utente CPS, Montichiari).*

MC: Volevo chiederle: questo lavoro di mappatura, lei lo ha fatto solo con Roberto oppure lo ha fatto poi anche con qualche altro utente, con qualche altro operatore o anche da solo.

DP: *Le (visite) ho fatte anche da solo. Inizialmente la mappatura in internet voleva solo, ad esempio il posto come si chiamava, ad esempio non so prendiamo la biblioteca c'era da compilare dei fogli e quindi potevo farlo solo tramite internet vedendo le informazioni tipo la via, il numero di telefono, il referente, in internet. E mi sono anche spostato da solo nel senso che andando a chiedere alla bibliotecaria se poteva fare una intervista mi sono spostato da solo e ho chiesto io da solo. Poi anche tramite il gruppo artistico Graziotti ho chiesto tramite una mia conoscenza che faceva parte del gruppo artistico, ho chiesto tramite ad esempio il social network, Facebook per dire ad esempio (D.P. – utente CPS, Montichiari).*

MC: E quindi si è dato anche molto da fare, si è impegnato molto.

DP: *Abbastanza, sì. Mi sono, non so come dire, mi sono sentito di impegnarmi. Magari qualche altro utente poteva dire, e probabilmente ha anche detto, che non voleva farlo, che non voleva impegnarsi. A differenza io mi sono sentito di impegnarmi e di metterci del mio, ecco. Magari avrei potuto dire: "No, non me la sento, lavoro, non voglio farlo", invece mi sono sentito di adoperarmi, di impegnarmi comunque perché comunque la scelta era libera (D.P. – utente CPS, Montichiari).*

MC: Le è sembrato interessante per lei personalmente o anche per il servizio quindi gli altri utenti?

T: *Se devo essere sincera tutti e due perché avendo io studiato legge, allora ho detto 'magari posso trovare qualche discorso di collaborazione o quant'altro'. E poi anche per i nostri utenti i quali potrebbero*

comunque rivolgersi tramite loro e trovare magari qualche attività di volontariato suggerita dallo stesso servizio sociale, così (T.A. – utente Centro Diurno, Brescia).

MT: Ci può raccontare questo primo incontro, con l'assistente sociale, come è iniziato, come siete stati accolti, chi parlava?

E: *No be', ha parlato comunque l'operatrice, si è presentata, ci ha presentato anche noi come sue collaboratrici. Non ci ha detto: "Queste sono due utenti del CPS", no, ci ha presentato come sue collaboratrici, ha spiegato un po' quello che poteva essere il discorso mappatura, l'aiuto a persone comunque bisognose dopo un percorso fatto chi in ospedale chi in Comunità, se c'era qualche realtà, qualche opportunità per poterli aiutare a uscire di nuovo in una realtà diversa da quella che può essere l'ospedale o la Comunità, le ha spiegato un po' questo. (..) perciò lei è stata molto disponibilissima a darci comunque delle informazioni e poi alla fine, eravamo quasi al momento di salutarci, le chiedo: "Posso chiederle un appuntamento per me in privato, quando è possibile?". E difatti lei mi dà l'appuntamento di lì a due giorni e io le spiego un po' la situazione, cioè giustamente non andando nei particolari, però le stavo dicendo che io stavo cercando comunque un lavoro, se lei poteva aiutarmi, in quel momento lì. Però l'unica cosa che mi propone in quel momento lì è di fare del volontariato, un'ora la settimana, io lo facevo il giovedì pomeriggio, andavamo a prendere queste tre signore all'Anfass e le portavamo a casa. Il primo giorno che io entro in quell'istituto lì mi sono presa quasi un colpo perché sono quelle realtà che riesci a capire, a vedere solo nel momento che entri perché intanto che ne senti solo parlare non riesci a farti un'idea veramente di quello che c'è in queste istituzioni.*

Però già la seconda volta che io sono andata la cosa è migliorata, aspettavo il giovedì per poter andare, erano comunque tre persone con diverse patologie, però comunque mi piaceva, mi piaceva passare questo ritorno San Polo-Borgosatollo in loro compagnia.

Tornando indietro un passo io ho sempre avuto diciamo questo sogno nel cassetto di poter aiutare gli altri. E in quel momento lì io ho capito quello che volevo fare, ma proprio dalla opportunità che l'assistente sociale mi ha dato facendo questo volontariato un'ora alla settimana. E comunque nel frattempo io vado avanti con la mappatura con l'operatrice e l'altra utente, andiamo comunque a mappare altre as-

sociazioni, abbiamo sempre comunque trovato persone molto disponibili ad ascoltarci. E poi eravamo andati in questo laghetto dove la proprietaria ci aveva detto che c'erano già dei ragazzi comunque che venivano, insieme a uno o due operatori, e uscivano da questa comunità e loro andavano lì a pescare perciò lei bene o male aveva anche un buon rapporto con questi ragazzi perché li ha visti con le loro patologie e quant'altro, però ragazzi che in quelle due ore che stavano lì a pescare stavano bene, era quello che a lei più premeva (Enrica – utente Centro Diurno - Brescia).

MT: Ok.

F: *Mentre poi siamo andati a mappare, a inizio febbraio, un servizio per cani che si chiama 'Dog's Sporting Academy'. Invece lì l'esperienza non è stata proprio, a parer mio, delle migliori. Forse venivo proprio dalla prima mappatura che per me era stata un'esperienza molto positiva e invece qua siamo stati accolti in modo molto sbrigativo, quasi non ci facevano neanche sedere nel momento in cui siamo entrati nonostante io comunque prima di andare a mappare li avevo sentiti telefonicamente, per mail avevo mandato anche la presentazione del progetto però chiaramente non era stata letta e approfondita con una lettura, ecco. E quindi è stato difficile proprio fare le domande e registrare delle risposte perché non c'era chiaramente disponibilità, quindi figuriamoci poi nel chiedere una futura collaborazione. È stato molto difficile. E poi abbiamo capito da questa ultima mappatura che probabilmente anche in questo servizio 'Dog's Academy' ci fosse un po' di ignoranza verso l'area della salute mentale perché nel momento in cui abbiamo parlato anche di persone con disturbi psichici si capiva nettamente che non conoscessero bene l'utenza psichiatrica, ecco (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).*

MT: Chi aveva scelto di mappare questa risorsa? Come siete arrivati a questa risorsa, a individuarla?

F: *Siamo arrivati a questa risorsa partendo dai bisogni di alcune pazienti sempre della nostra Comunità pensando che magari all'interno di questa Accademia per cani si potesse fare qualche esperienza o di pet therapy o comunque qualche attività piacevole con i cani oppure anche qualche attività di volontariato, di SAR, per esempio nel lavaggio dei cani, rendersi disponibili in questo senso, quindi avere un rapporto con gli animali piacevole e di sostegno poi all'equipe*

dell'Accademia. E infatti sono andata con una paziente, anche lei è rimasta un po' delusa. Infatti siamo andati poi a partecipare al gruppo mappatura del CPS, a condividere l'esperienza anche per ricevere dei suggerimenti, magari anche noi abbiamo sbagliato qualcosa nell'approccio, cioè abbiamo chiesto un po'. Il gruppo ci ha ritornato che probabilmente, sicuramente loro non erano delle persone disponibili e interessate al progetto, sicuramente non conoscono bene l'area della salute mentale e però magari anche noi abbiamo accolto il suggerimento del gruppo di specificare prima, quando andiamo a fare l'intervista, o attraverso la chiamata telefonica o attraverso la mail, anche più o meno anche la durata dell'intervista in modo tale che dall'altro canto ci deve essere una disponibilità per almeno non so una mezz'oretta (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).

Avvio della mappatura

In questa parte del testo è invece attraverso le **parole degli operatori** che ci arriva la descrizione di come concretamente sono avvenute le visite sul territorio, quali difficoltà si sono incontrate, le possibili resistenze, ma anche gli entusiasmi sia degli utenti che dei familiari.

S: Devo dire che Silvia si è subito prestata con grande entusiasmo a questo aspetto e quindi lo ha fatto con una autonomia che appunto le compete, perché comunque oltre alle competenze professionali ha anche delle ottime competenze personali, e quindi con tre ospiti della Comunità ha iniziato a fare proprio il lavoro di mappatura e hanno fatto, se non ricordo male, la mappatura di tre realtà all'interno del quartiere nel quale la Comunità è situata.

La nostra Comunità è proprio in un territorio fuori dalla competenza del secondo CPS, quindi all'inizio c'è stata un pochino questa magari anche poca chiarezza da parte mia (siccome all'inizio ero io sul progetto) di non comprendere bene quale fosse il territorio. E infatti poi avevamo avuto l'indicazione di mappare alcune zone della città che però non eravamo riusciti ad attivarci sulla cosa perché erano fisicamente per noi scomode da raggiungere. Poi la struttura dove lavoro io ha un mezzo di trasporto, quindi abbiamo solo una macchina e impe-

gnare magari la macchina per tre ore di mappatura diventava difficoltoso, poi gli operatori fanno i turni e quindi è diventato un po' macchinoso. Abbiamo risolto parte dei nostri problemi appunto con il coinvolgimento della Silvia su questa cosa, e questo comunque ha dato anche continuità alla partecipazione alle riunioni, alle riunioni all'interno della Comunità con gli ospiti, per cui una migliore organizzazione nostra, nel senso che ci siamo proprio detti 'se serve quello spazio per fare quella cosa, l'operatrice che fa quella cosa cambia anche il turno se serve', non so se riesco a spiegarmi, cioè abbiamo dato priorità a questa cosa, ovviamente senza trascurare le altre cose che ci competono, però ecco abbiamo voluto investire questa azione di una importanza che comunque meritava. Quindi è stata proprio una lenta evoluzione la nostra, da me che all'inizio non sapevo neanche da che parte girarmi così, quindi raccolte le prime informazioni, definito meglio poi... perché poi c'è stata anche un'evoluzione all'interno del gruppo mappatura, cioè ci sono stati dei cambiamenti, anche le schede da utilizzare, la formazione che è stata fatta al gruppo della cooperativa della Comunità 'La Rondine' da parte, adesso mi sfugge il nome, di quella con i capelli ricci che ha sostituito la Giovanna. Ecco, è venuta 2 o 3 volte a presentare la mappatura all'interno della nostra Comunità, quindi l'ha presentata a tutti gli ospiti, alcuni ospiti hanno dato la disponibilità e quindi da quel momento possiamo dire che siamo partiti anche noi in linea con la mappatura. Prima è tutto un pochino nebuloso ma me ne attribuisco la colpa nel senso che ho fatto proprio fatica all'inizio a gestire e coordinare questa cosa. Poi, appunto, con le indicazioni di Ruggero Radici che questa era una parte che per la nostra cooperativa assumeva una importanza molto significativa, non dico che tutto il resto si è organizzato su questa cosa però questa cosa è diventata un'attività alla quale abbiamo dato un'importanza anche a livello organizzativo all'interno del nostro servizio (Simonetta Migliorati – coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MT: Ci ha raccontato di queste due visite e del suo intervento come operatore di fronte a delle resistenze delle risorse. Ma ci dice concretamente che cosa ha fatto, quali sono stati gli step e i passaggi che ha fatto, sia nelle uscite che prima delle uscite, quali erano le attività che faceva con gli utenti, con i familiari, con gli altri colleghi?

GV: Allora, abbiamo fatto delle riunioni dove abbiamo identificato quali risorse andare a interpellare, andare a contattare. Dopo di che io lascio andare a fare il sopralluogo logistico e organizzativo, quindi sapere che orario, cosa c'era di apertura, lo faccio fare alle pazienti perché così prendessero appunto un po' di confidenza con lo spazio che andavamo a visitare. E devo dire che lì si sono mosse veramente bene. Magari hanno fatto anche un po' di più di quello che avevamo concordato, però ben venga, ecco, nel senso che non ci sono state delle ricadute poi negative. Dopo di che si fissava il giorno dell'uscita, concordavamo anche chi doveva dire che cosa, proprio anche per la tipologia di signore, per la capacità di interagire delle signore, per esempio Francesca è un po' più timida, sto pensando a loro due, mentre Daniela è più esuberante, quindi sicuramente più capace di rompere il ghiaccio. Francesca magari era un po' più tecnica e quindi riusciva a dire quelle cose in modo un po' più formale. Poi insieme, era un po' l'insieme, però diciamo facevamo una sorta di simulata di chi doveva dire che cosa in modo tale che questo aspetto comunque un po' dell'improvvisazione potesse essere un po' controllato. Dopo di che ci si presentava e lì io anche fisicamente stavo per ultima, quindi entrava prima Francesca, prima Daniela e io arrivavo per ultima. Anche seduta, per esempio, ricordo che io mi sedevo in parte, intervenivo, sono intervenuta laddove vedevo che c'era per esempio un po' di impazienza da parte del don oppure un po' di "Sì, sì non c'è niente da fare" da parte dei volontari. Una volta che ho visto che loro si sono mosse, che dalla parte di là c'era bisogno un po', mi viene da dire, di una rassicurazione, di una presentazione meno aggressiva, mettiamola così, allora sono intervenuta, ecco, ma lasciando molto spazio a loro. Addirittura poi anche durante... poi di solito, sto pensando a entrambe le situazioni, io me ne sono andata prima. Cioè una volta che ci hanno passato in parrocchia, per esempio poi il don ci ha congedato e ci ha affidato a un volontario che ci ha fatto vedere tutta la struttura, la palestra, le stanze, tutto, lì io mi sono defilata, perché a quel punto non c'era più bisogno che io rimanessi, ma le signore erano assolutamente in grado, avevano come dire un interlocutore che già le riconosceva perché c'era stata una presentazione e quindi non c'era bisogno che io restassi lì e quindi hanno chiuso poi loro la visita. E poi sono tornate in struttura e abbiamo condiviso l'esperienza, ecco (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).

MC: Ce la può raccontare, dal punto di vista della sua esperienza personale, professionale ma anche personale, la mappatura con il gruppetto che ha fatto la visita a Borgosatollo?

GB: *Sì, allora secondo me è stata una esperienza, ribadisco, estremamente costruttiva ma anche illuminante per certi aspetti. Perché il gruppetto di Borgosatollo era un gruppo molto diverso, cioè costituito da pazienti con caratteristiche estremamente diverse. Ed è stato molto interessante vedere quanto sia stato funzionale avere una persona all'interno del gruppo, un'utente, piuttosto rigida e piuttosto quadrata, quindi: "Si va a fare quella cosa, punto stop". E anche una paziente, un'altra paziente sempre di Borgosatollo, che so che avete anche intervistato, la quale molto sull'onda: "Andiamo a vedere e vediamo cosa succede".*

E quindi quest'altra paziente molto più, diciamo, intraprendente: "Andiamo lì, parliamo là, facciamo così, facciamo così", estremamente su due poli differenti ma entrambe molto funzionali al percorso di mappatura a Borgosatollo. Perché? Perché la persona più quadrata ci ha aiutato a definire degli obiettivi che fossero quelli e verso i quali dovevamo comunque mantenere uno sguardo, ed è stato estremamente utile. E la ringrazio ancora perché grazie alla sua fermezza siamo riusciti ad arrivare a quegli obiettivi. L'altra persona, ribadisco, più sull'onda "Vediamo come butta. Ma sì, chiediamo lo stesso, anche se c'è chiuso noi telefoniamo lo stesso", quindi quell'intraprendenza un po' più 'dilettanti allo sbaraglio', messe insieme queste due persone si sono rivelate proprio grazie alla loro collaborazione, alla nostra collaborazione, delle risorse eccezionali, una per un modo e l'altra per altre caratteristiche. Io che ero in mezzo dovevo... (Gabriella Bolis – operatrice Centro Diurno, Brescia).

MC: Un cocktail che ha funzionato.

GB: *Fantastico! Fantastico! È stato un cocktail molto, molto veramente importante. Si è aggiunta poi un'altra persona, sempre di Borgosatollo, un ragazzo, un uomo che io ho potuto vedere – ed è questa la riflessione che a me è servita molto e che ritengo interessante – una persona piuttosto compromessa che mi ha seguito in un paio di interviste, che ho cercato di fargli un po' gestire in autonomia, quindi io facevo un po' la premessa alla persona intervistata e poi la gestione delle domande la lasciavo a questo utente. Devo dire che, e da qui*

partirei con la mia riflessione, che all'interno dei servizi, non so per quale strana ragione – sarebbe interessante poterla approfondire, ma io personalmente non l'ho mai fatto molto, però sono giunta a questa riflessione – non so per quale ragione gli utenti rispondano un po', all'interno dei nostri servizi, delle nostre attività, un po' alle nostre aspettative, cioè è come se riproponessero un loro cliché comportamentale più per venire incontro alle nostre aspettative che non perché abbiano ben capito la ragione per la quale loro debbano un pochino cambiare. e ho visto anche, soprattutto nel caso di questo utente maschio, una intraprendenza e una capacità propositiva molto funzionale devo dire, con delle uscite estremamente intelligenti che hanno permesso anche una sorta di passaggio, come dire, di aspetti anche emotivi. Questa persona non ha avuto problemi a dire: "Sono un utente, un utente psichiatrico, frequento il CPS di Brescia", "Ah, sa, io l'ho ancora vista sul giornale" la persona in questione era l'assessore alla cultura e tempo libero di Borgosatollo, e ha creato con questo assessore un feeling molto, a mio avviso, molto umano, non mi viene un altro termine, molto umano, molto sincero, autentico, vero, pulito, cioè nel senso... avanzando anche delle proposte che l'assessore ha accettato, dicendo: "Che bella idea, che bella idea, perché no?". E quindi io ho visto in questi utenti, ma non solo in loro, mi creda, anche in tanti altri utenti, questa capacità di funzionare meglio fuori che non dentro, non so se mi sono spiegata (Gabiella Bolis – operatrice Centro Diurno, Brescia).

S: Sì, quindi Silvia è rientrata appunto dalla maternità, l'abbiamo fatta partecipare ad alcuni incontri, abbiamo visto come potevamo conciliare quelle che erano le esigenze del servizio, le esigenze del progetto, partirei dalle esigenze delle persone però, perché poi tutto il resto viene un po' di conseguenza, non è una classifica però abbiamo cercato di tenere conto di una serie di variabili che man mano si stavano presentando anche perché questo è un progetto molto grande, molto articolato e io ho fatto l'errore mentale mio di avere la presunzione di capirlo tutto, mentre invece poi ho fatto un passo indietro e ho detto: 'Devo capirne un pezzo alla volta' perché veramente è molto articolato, io non ho... io ho lavorato per 26 anni in un CPS, ho fatto diversi progetti su diverse iniziative ma un progetto così articolato io non l'avevo mai visto e quindi all'inizio c'è stato proprio anche un po' di

spaesamento nel senso che non riuscivamo a valutare che tipo di richiesta a livello di risorse ci stava chiedendo, tenendo conto che nell'azione di coinvolgimento dei pazienti io ho un tempo non determinato nel senso che su alcune persone, per alcune azioni il passaggio è stato molto immediato, presentato il progetto, presentati gli obiettivi e c'è stata da parte dell'utente un'adesione immediata. Su altre persone invece abbiamo dovuto proprio fare anche un lavoro di semplificazione ma non perché ci sia un problema cognitivo ma perché il progetto è talmente ampio che mettere insieme tutti i tasselli ci ha richiesto parecchio tempo, ma anche a noi operatori, per comprenderlo. Quindi in una Comunità piccola come la nostra dove gli operatori sono sempre il minimo sindacale, trovare degli spazi e legittimare questi spazi a questa cosa ha richiesto un po' di tempo. Magari qualcun altro avrebbe fatto in modo diverso. Con Ruggero abbiamo convenuto che come noi diciamo che gli ospiti hanno bisogno di tempo per assimilare alcune cose, io penso che la persona in genere abbia bisogno di tempo per assimilare quello che è un cambiamento, perché poi gli esiti di questa cosa hanno portato dei cambiamenti anche all'interno della nostra struttura e non sono cambiamenti di poco significato, anzi (Simonetta Migliorati – coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).

R: Per cui è nato da lì, da quell'incontro è nato questo interesse, mi sono confrontato all'interno della mia équipe e si sono individuate delle persone che potevano essere interessate e disponibili a fare questo tipo di esperienza, quindi io e altri due colleghi. E la metodologia poi dopo prevedeva comunque di seguire determinate fasi e abbiamo cercato il più possibile di rispettare quelle che sono state le fasi inserite nella metodologia e quindi il coinvolgimento di utenti e di familiari e quindi la presentazione a utenti e familiari di questo tipo di esperienza, ci siamo riuniti insieme, ci siamo suddivisi un po' i compiti rispetto a quello che è stato... Allora inizialmente abbiamo fatto questi incontri dove ci eravamo un po' suddivisi in base alla appartenenza territoriale dell'operatore piuttosto che dell'utente e ci eravamo un po' divisi i compiti, per cui c'era chi diceva: "A me interessa, sono di quel paese, sono di Remedello, mi interessa approfondire la conoscenza della realtà del territorio di Remedello per cui sono disponibile a fare questa ricerca su questo territorio". L'altra persona: "Io sono di Montichiari quindi mi occupo io di individuare, di fare una ricerca sul

territorio rispetto a quelle che possono essere le realtà culturali, aggregative". È stato fatto tutto un lavoro inizialmente, ma molto corposo, di contatti con... A casa le persone andavano in internet e cercavano i riferimenti. Per cui inizialmente è stato quello e mi ricordo che abbiamo fatto tra l'altro un lavoro molto lungo rispetto a questo, di raccolta, che è diventato solo ed esclusivamente una raccolta in quel momento di riferimenti, quindi di realtà, di associazioni, con i recapiti telefonici, le persone referenti di quella realtà, così. In quella fase eravamo un po' in difficoltà nel senso che l'unica risposta che riuscivamo a dare era questa, non c'era un coinvolgimento maggiormente attivo rispetto a 'subito individuiamo la risorsa, andiamo, facciamo l'intervista, l'approfondiamo, conosciamo di più la risorsa andando concretamente all'interno della risorsa e quindi creando delle relazioni subito con le persone'. In questa prima fase non c'è stato questo, abbiamo avuto un po' difficoltà a strutturare questa cosa. Nel tempo però poi è venuta, è venuta questa cosa, è venuta grazie, secondo me, un po' anche all'esperienza di Brescia (Roberto – operatore CPS, Montichiari).



Sala riunioni del gruppo Mappatura al CoLab di Brescia

Le riunioni settimanali e gli aggiustamenti metodologici sulla mappatura

MC: Allora mi stava dicendo che lei la prima riunione che aveva fatto con noi aveva capito poco, non tutto. Dopodiché con il gruppo mappatura interno invece ha cominciato a orientarsi meglio. Bene, e che cosa ha pensato all'inizio di questo lavoro?

F: *Sicuramente molto interessante, mi ha entusiasmata subito. Ero un po' titubante più che altro a far aderire i nostri utenti della nostra Comunità per la tipologia di utenti che sono e soprattutto perché proprio in quella riunione, nella prima riunione a cui appunto io ho partecipato si sottolineava il fatto che bisognasse partire dai bisogni degli utenti per andare a mappare le risorse sul territorio e quindi in quel momento c'era stata un po' la mia titubanza nel riuscire a coinvolgere nel modo più ottimale possibile i nostri pazienti. Quindi ho chiesto supporto al secondo CPS i quali sono venuti, secondo me è stata una bella esperienza perché sono venuti proprio nella nostra Comunità, alcuni rappresentanti del gruppo mappatura del secondo CPS, sono venuti nella nostra Comunità e hanno lanciato diciamo l'azione mappatura spiegandocela in termini anche poi non così pesanti ma attraverso dei giochi e un'attività con dei cartelloni. Ce l'hanno presentata e da lì poi noi siamo partiti, abbiamo raccolto un po' di bisogni e abbiamo individuato due/tre realtà per iniziare a mappare rimanendo però sul territorio – noi siamo nel quartiere Primo Maggio di Brescia – e quindi abbiamo deciso di partire un po' dai dintorni della nostra Comunità, cioè quindi andare a mappare servizi che potessero essere il più accessibili possibile ai nostri utenti anche raggiungendoli a piedi o con i mezzi pubblici, ecco, qua nel quartiere Primo Maggio o limitrofi (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).*

MT: oltre alla riunione fatta con noi all'inizio, lei ha avuto delle altre occasioni in cui ha discusso o ha potuto parlare del processo di mappatura con gli operatori, cioè c'è stata una fase di socializzazione sulla metodologia?

F: *Sì, allora diciamo dopo il lancio che loro hanno fatto presso la nostra Comunità abbiamo deciso che almeno una volta al mese saremmo andati alla loro riunione settimanale, che loro fanno settimanalmente*

presso il CPS, loro se non sbaglio tutti i mercoledì pomeriggio si trovavano un paio di ore proprio in questo gruppo mappatura in cui si confrontavano sulle esperienze vissute in mappatura oppure era un momento in cui anche venivano messi su un piatto tutti quei servizi e quelle risorse che erano state mappate in modo tale che anch'io ritornando in comunità potessi proporli e metterli a disposizione dei miei pazienti. Quindi abbiamo deciso di andare al CPS in questo gruppo del mercoledì pomeriggio e così abbiamo fatto, forse anche più di una volta al mese siamo andati (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MC: Io ricordo benissimo i vostri faldoni gonfi quando siete venuti, e avevate fatto tutto quel lavoro incredibile. Ecco, volevo capire questo, il fatto di non avere proceduto sul territorio con visite, contatti, ecc. a partire dal lavoro fatto su faldoni da che cosa dipendeva ?, dall'organizzazione dei servizi, dall'aver pensato che fosse bene fare così, cioè fare degli step molto differenziati... Volevo capire il perché era difficile fare questo passaggio.

R: *Sì, allora, la difficoltà di questo passaggio è nata proprio, dal mio punto di vista, dalla difficoltà un po' a integrare quella che era in quel momento l'attività richiesta dal nostro servizio, quindi dall'approccio che il nostro servizio ha nel rispondere ai bisogni, e la possibilità di spostarsi e di uscire, non era all'inizio così ben chiara e ben definita all'interno dell'organizzazione nostra del servizio. Per questo il lavoro è stato fatto poche volte insieme ma molto a livello individuale di restituzione, quindi tutti quei faldoni sono il frutto di un lavoro che è stato fatto prevalentemente individuale, non così, tra virgolette, 'collettivo'. È stata questa la ragione per cui poi dopo non abbiamo dato in quella fase continuità a questo tipo di possibilità, non abbiamo utilizzato questa possibilità. C'è stato un momento in cui sollecitati, secondo me, un po' da Brescia e soprattutto nel momento in cui Marta, Eleonora e Ilaria sono entrate maggiormente, proprio fisicamente anche, all'interno del lavoro, lì secondo me c'è stato un cambiamento anche da parte della percezione degli operatori, colleghi e quindi anche del servizio rispetto anche al maggiore significato che aveva anche il progetto stesso perché inizialmente non era stato così valorizzato questo contatto e approfondimento di ricerca all'interno del territo-*

rio. Questo, va be', è il mio punto di vista, quindi probabilmente determinato anche da delle resistenze dovute un po' al cambiamento (Roberto – operatore CPS, Montichiari).

MC: E quindi dopo che sono intervenute Marta, Ilaria e il gruppo del mercoledì come è proseguito per Montichiari il lavoro di mappatura?

R: *Ecco, il lavoro di mappatura si è interrotto nel momento in cui c'è stato il lockdown quindi praticamente da febbraio, marzo quando c'è stato quel periodo lì, il lavoro di mappatura si è interrotto. L'utilizzo del lavoro di mappatura che era stato fatto precedentemente è stato comunque utilizzato dal servizio nel senso che nel momento in cui noi abbiamo dovuto pensare alla riattivazione di alcuni percorsi di socializzazione in ambiente reale (SAR) abbiamo fatto riferimento alle realtà, ad alcune delle realtà che sono state mappate, per cui la presenza è stata in questo senso. Ci sono state due utenti però, ecco, due utenti non 2 operatori, ma 2 utenti che hanno dato continuità in remoto alla sbobinatura delle interviste che erano state fatte, due utenti che hanno dato continuità così a questa esperienza in collaborazione con 'Il chiaro del bosco'. Quindi è stato così (Roberto – operatore CPS, Montichiari).*

5. Covid-19: sospensioni e riorganizzazione delle attività di mappatura

L'arrivo della pandemia da Covid-19 ha richiesto di ripensare a tutto il processo e come procedere in particolare per la parte relativa al contatto con le risorse e alla manutenzione del gruppo mappatura onde evitare di perdere l'entusiasmo ma anche l'expertise acquisita. Sono gli operatori, e gli utenti, a raccontarci direttamente gli aggiustamenti messi in atto.

MT: Riesce sinteticamente a dirci come vi siete riorganizzati col lavoro rispetto a questa fase?

S: *Allora so che la Silvia, e se non riesce la Silvia lo sta facendo Andrea se non ricordo male, partecipano comunque agli incontri di mappatura fatti sulla piattaforma GotoMeeting, facciamo un uso abbastanza*

significativo delle nuove tecnologie, per me nuove, e quindi anche la partecipazione ai gruppi proposti dal CPS la facciamo tramite il computer e tutto il resto. Adesso so che la Silvia ha organizzato la mappatura, se non ricordo male, di due servizi e la farà via telefonica perché appunto nell'ultimo incontro hanno concordato questa cosa, e lentamente ci stiamo riappropriando della non paura all'uscire perché per alcuni ospiti adesso si sta facendo anche un lavoro di rieducazione all'uscita perché la Comunità è protettiva, in tutti i sensi, e quindi stiamo facendo anche con alcune persone di cui un'ospite, che faceva parte proprio del gruppo mappatura, che ha vissuto un periodo di isolamento molto significativo, con lei stiamo proprio facendo un lavoro di tutti i giorni, usciamo 10 minuti per fare una passeggiata perché c'era stato proprio da parte dell'utente il rifiuto di uscire. Quindi ci stiamo proprio un po' riorganizzando. Abbiamo dei tempi diversi nel senso che sono molto più dilatati, sono molto più a misura di persona sotto certi punti di vista però non proprio a misura di struttura nel senso che la struttura poi ha anche dei tempi da rispettare e da gestire e quindi diventa... c'è un po' questa cosa, un po' di difficoltà in questo senso. Ci stiamo riorganizzando (Simonetta Migliorati – coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MT: E adesso cosa state facendo in questo periodo con i pazienti?

F: *Per quanto riguarda la mappatura niente di particolare se non che mi sono incontrata appunto con un utente perché per ora per la mappatura io sono riuscita a coinvolgere sostanzialmente due pazienti, una di questi pazienti in questo periodo è stata ricoverata in ospedale quindi non è nemmeno presente in struttura e c'era solo un paziente coinvolto nella mappatura con il quale appunto mi sono trovata per fare quell'attività che mi è stata chiesta di scrivere su un foglio word l'ultima esperienza in programma di mappatura, e punti positivi e punti negativi della mappatura e cosa è per noi risorsa in questo periodo, ecco abbiamo fatto questa attività insieme, poi non abbiamo fatto nient'altro (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).*

R: *Queste sono le difficoltà di prima. In questo momento la priorità è il contenimento dell'infezione da Covid-19. Anche nella riattivazione di tutti i SAR le procedure che ci sono state date sono state procedure*

abbastanza impegnative che ci hanno coinvolto nel discorso del dare informazioni al paziente su che cosa, quali sono i comportamenti da attivare, far avere tutta una serie di documenti prima di far riprendere l'esperienza, queste hanno rallentato sicuramente un po' tutto (Roberto – operatore CPS, Montichiari).

MC: Siamo tutti un po' in sospeso e rallentati da questa vicenda.

R: *Però credo che il rallentamento ci sta, la sospensione boh, non lo so, penso sia qualcosa di diverso, nel senso che il rallentamento però mi consente comunque di raggiungere degli obiettivi, la sospensione mi sembra qualcosa che faccia riferimento a qualcosa di 'stacco e non faccio niente', non lo so eh, sono delle riflessioni che mi vengono in mente così adesso, perché nel rallentamento si sta procedendo comunque in qualcosa di utile, pure con dei tempi che sono sicuramente diversi rispetto a quei tempi che si avevano a disposizione prima (Roberto – operatore CPS, Montichiari).*

MT: Certo, quindi gli aspetti positivi del Covid sono anche questi.

T: *Ecco per cui diciamo che non tutti i mali vengono per nuocere perché magari un po' così distaccandosi dal Centro uno si coinvolge nel coltivare le situazioni quotidiane della vita propria, per vedere un po' come può andare avanti nella vita, insomma. Non tutti i mali vengono per nuocere (T.A., utente Centro Diurno, Brescia).*

Covid-19: la mappatura si riorganizza



18 marzo 2020 – Alessandro con il Lego “ha aperto posti in terapia intensiva”.

Qui di seguito le indicazioni su come si passa dalle modalità di mappatura in presenza alle modalità a distanza, descritte con chiarezza e precisione dalle Coordinatrici del Gruppo di Mappatura subito dopo le restrizioni dovute alla pandemia.

Evoluzione delle modalità di intervista di mappatura dinamica

di *Ilaria Liscidini e Marta Consolini*

Da marzo 2020 gli incontri del Gruppo Mappatura si sono svolti in modalità online, tramite piattaforma Gotomeeting, coinvolgendo familiari, utenti dei servizi e operatori di Brescia.

Il coinvolgimento è stato facilitato dall'invio a ogni persona di una mail per ricordare l'appuntamento e le modalità di connessione.

Durante queste occasioni di confronto il gruppo ha lavorato sia sull'individuazione di risorse da intervistare che sulla coproduzione e pubblicazione del video di mappatura dinamica, creato in stretta collaborazione con Compagnia Metamorfofi (laboratorio condotto all'interno dei servizi di salute mentale da Teatro 19, partner di progetto del territorio bresciano).

Nel lavoro di individuazione delle risorse, si sono cercate delle strategie nuove per poter fare l'intervista, partendo dalla riflessione su quali potessero essere, in un periodo pieno di difficoltà e di pensieri, i candidati ai quali poter chiedere del tempo per incontrarci. Si è ipotizzato che sarebbe stato più facile ottenere la disponibilità da parte di realtà con cui vi fosse già una stretta collaborazione e che conoscessero il progetto Recovery.net, piuttosto che proporre un'intervista on-line a realtà con le quali non ci fosse alcun rapporto. Tutto il gruppo si è mostrato concorde su questa idea.

Come avveniva quindi nel Gruppo Mappatura in presenza, così anche nel Gruppo Mappatura on-line sono state raccolte, per ogni singola intervista, le disponibilità delle persone a partecipare alle interviste on-line. Le persone del Gruppo Mappatura che hanno partecipato alle interviste on-line, avevano già svolto interviste in presenza, pertanto conoscevano la struttura della scheda intervista e della scheda risorsa.

Una volta creato il sottogruppo di lavoro che avrebbe poi svolto l'intervista, un operatore contattava -telefonicamente o tramite mail- il referente della risorsa da mappare, specificando che l'intervista si sarebbe svolta on-line; fissata la data, quest'ultima veniva poi condivisa con l'utente o il familiare che avevano dato la loro disponibilità.

Il sottogruppo operatore-utente si dava appuntamento on-line circa mezz'ora prima dell'orario stabilito per l'intervista, in modo da rivedere -tramite la condivisione dello schermo - la scheda intervista, individuare eventuali altre domande da fare alla persona e risolvere eventuali problemi tecnologici.

Prima di iniziare l'intervista veniva chiesto e registrato il consenso alla registrazione direttamente sulla piattaforma, e veniva fatta una breve pre-

sentazione del progetto Recovery.net, della mappatura dinamica e del motivo dell'intervista.

Si procedeva poi con la condivisione dello schermo con tutti i partecipanti dove veniva replicata la scheda intervista.

Questa strategia ha facilitato lo svolgimento ed è stata di supporto in un'occasione in cui per problemi tecnici l'operatore non è potuto rimanere presente in tutta l'intervista; infatti, proprio grazie alla condivisione dello schermo, l'utente ha potuto proseguire in autonomia.

La condivisione dello schermo è stata inoltre utile sia per gli intervistatori, per avere sott'occhio tutte le parti della scheda intervista, sia per l'intervistato, che, vedendo la domanda scritta, ha potuto anche rileggerla.

Al termine dell'intervista, la registrazione veniva scaricata e passata al Gruppo Redazione del centro diurno, che si occupa della sbobinatura dei diversi audio raccolti.

Le interviste di aprile e maggio si sono svolte come sinora descritto.

Dal mese di giugno, grazie alla possibilità per alcuni operatori del Gruppo Mappatura di poter lavorare in presenza nei servizi, l'organizzazione del lavoro è cambiata leggermente.

Innanzitutto, per quanto riguarda il Gruppo Mappatura, vi è stata la possibilità di creare un gruppo in presenza; 3 utenti e 1 operatore si collegano quindi alla piattaforma dal centro diurno, mentre le altre persone si collegano dal proprio domicilio, come in precedenza.

L'appuntamento del gruppo mappatura ha ripreso a essere settimanale, ogni mercoledì pomeriggio, a differenza dei mesi precedenti nei quali si svolgeva ogni due settimane.

Si è invece mantenuta l'idea di intervistare persone vicine al servizio o comunque già a conoscenza del progetto Recovery.net, come anche la registrazione dell'intervista da sbobinare a cura del Gruppo Redazione del centro diurno.

In un paio di occasioni si è sperimentata la modalità dell'intervista di gruppo, ossia svolta da tutti i partecipanti al Gruppo Mappatura, parte in presenza al centro diurno, parte collegati dal proprio domicilio.

Effetti positivi dell'intervista di gruppo sono stati sicuramente la condivisione delle informazioni raccolte e l'azione di coproduzione dell'intervista, alla quale ha partecipato ogni persona con libera possibilità di intervento. Nelle interviste di gruppo non è stata utilizzata la modalità di condivisione dello schermo, in quanto essendo presente il piccolo gruppo al Centro Diurno l'intervista veniva condotta dalle persone in presenza che avevano con sé la scheda intervista cartacea. Questo ha permesso di responsabilizzare gli utenti nello svolgere l'intervista quasi in autonomia. So-

no stati riscontrati anche aspetti negativi, in particolare è stato difficile coinvolgere le persone collegate on-line, poiché che le domande erano poste soltanto dagli utenti presenti nel piccolo gruppo del centro diurno. Si è poi ragionato all'interno del Gruppo Mappatura su altre difficoltà legate a questa modalità, ed è emerso che non tutti gli intervistati potrebbero trovarsi a loro agio con tante persone presenti, che possono fare domande e che le ascoltano.

Dopo aver condiviso e discusso nel Gruppo Mappatura tutti i vantaggi e i limiti delle interviste di gruppo, si è deciso all'unanimità di riprendere a svolgere le interviste on-line in un piccolo gruppo di persone, replicando la modalità di svolgimento delle interviste in presenza.

È importante sottolineare come le interviste, indipendentemente dalla modalità di svolgimento, sono sempre state seguite da un momento di condivisione all'interno del Gruppo Mappatura settimanale, per potersi confrontare rispetto alle informazioni raccolte, esprimere osservazioni, commenti, eventuali criticità o punti di forza rilevati.

A oggi (novembre 2020) la modalità di lavoro del Gruppo Mappatura è quella delle interviste on-line in piccolo gruppo; rimane comunque aperta la possibilità, se i partecipanti lo ritengono opportuno, di svolgere delle interviste on-line in gruppo come fatto in precedenza.

Gli operatori del gruppo mappatura hanno condiviso alcune riflessioni riguardo le interviste durante il gruppo mappatura di mercoledì 18 novembre. La maggior parte delle persone ha espresso la propria difficoltà con il mezzo informatico, in quanto crea per loro “un muro”. Durante le interviste svolte online è mancata la comunicazione non verbale, questa per il gruppo è stata una mancanza molto sentita. Un'altra riflessione che è emersa riguardo le interviste in modalità online è che permettono di raggiungere in sicurezza e evitando qualsiasi rischio persone difficilmente contattabili in presenza, questo genera nuovi stimoli e nuove occasioni di conoscenza e approfondimento.

6. La valutazione della mappatura

Esemplifichiamo attraverso la voce degli utenti e degli operatori gli aspetti di positività, ma anche le difficoltà che essi hanno incontrato nel processo di mappatura dinamica. Per alcuni utenti la mappatura è stata una vera e propria sfida per altri invece l'idea di aiutare gli altri li ha spinti a impegnarsi.

La mappatura: elementi di criticità

MC: Vorrei tornare ancora alla sua esperienza di mappatura. prima le chiedo una esperienza positiva. c'è stata invece qualche visita o qualche momento che lei ha vissuto con disagio, con difficoltà, come problema?

T: *Questo assolutamente no. C'è stata un'esperienza che invece per quanto riguarda un utente che io ho subito riferito anche alla Gabriella. Quando noi abbiamo presentato la mappatura a un gruppetto di utenti, un utente ha detto, mentre noi spiegavamo e gli chiedevamo dove ci fosse nel suo paese un bar piuttosto che una biblioteca, il suo commento alla fine è stato: "Ma tanto a me non me ne frega niente". E io sono rimasta un po' basita da questo commento perché è sempre positivo per noi adoperarsi in prima persona per la nostra salute. Per cui un commento del genere mi ha fatto un po' riflettere sul malessere di quel paziente* (T.A. – utente Centro Diurno, Brescia).

MC: Ma quindi dal suo punto di vista la mappatura è stata una esperienza soprattutto positiva?

T: *Per quanto mi riguarda personalmente sì. Poi dopo bisogna vedere se anche gli altri utenti siano volenterosi, capaci, propensi a cogliere aspetti positivi* (T.A. – utente Centro Diurno, Brescia).

MC: Lei nelle riunioni che ha fatto con gli altri utenti, oltre a questo che un po' l'ha lasciata stupefatta, ha sentito altri pareri magari qualcuno di critica, qualcuno di diffidenza, qualcuno invece di soddisfazione?

T: *Ma soddisfazione sì, principalmente che il Centro fosse vicino agli utenti. Però critica può essere che alla fine se l'utente non è determinato o non è capace o non è in grado di interessarsi in una seconda battuta ai servizi che offre la comunità, questo nostro lavoro è un po' inutile, cioè nel senso si disperde, perde di efficacia* (T.A. – utente Centro Diurno, Brescia).

MC: Volevo capire, lei che faceva un po' anche da supervisione di tutto il gruppo, c'erano delle resistenze sia da parte degli utenti che degli altri operatori che ha voglia un po' di raccontarci perché le sembra interessante farle sapere.

GV: Tutte le novità smuovono delle resistenze e delle critiche. Io credo che tutte, tutte le novità sono state importate con un certo entusiasmo. Quello che io ho sentito e che ho sempre un po', come dire, criticato – anche in modo magari polemico, per carità non lo escludo, il mio metodo è... che io penso che da parte degli operatori far parte di un progetto significa essere entusiasti del progetto ma anche obiettivi rispetto allo sviluppo nel contesto reale che il progetto stesso può avere. Mi spiego: io di avere per forza dei dati, mi rendo conto che il progetto ha degli step che vanno rispettati, mi rendo anche conto però che, e questa secondo me è una valutazione che deve essere fatta da chi stende il progetto, che non si può pensare di stendere un progetto che poi debba governare dei servizi, secondo me il progetto è una coperta che salva (?) i servizi ma non li può schiacciare, non li può schiacciare imponendo un ritmo diverso da quella che è la realtà perché a quel punto chi ne fa le spese siamo tutti, sono gli operatori perché sono stressati e quindi di riflesso si oppongono al progetto o se ne disinteressano, non bisogna secondo me trovare per forza i pazienti che devono aderire, dovrebbe essere il contrario, io ho dei pazienti che vogliono aderire perché sono incuriositi e capiscono l'opportunità che gli viene offerta. Io ricordo che questo era un aspetto che a me, ma in generale eh, mi dà fastidio, non è solo per il progetto Recovery o mappatura, quello che è. Io credo che i progetti devono nascere e va bene che nascono dalla realtà. Ecco, questo sicuramente è un dato critico che ho sempre rilevato, consapevole che io faccio un po' fatica a stare nei ritmi che mi danno gli altri. Questo sicuramente se devo dire come ricordo di supervisione, questo aspetto qua ricordo che veniva fuori spesso, ecco (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).

MC: E invece di aspetti problematici o negativi, diciamo, del progetto mappatura, cose su cui magari si potrebbe fare meglio, se dovessimo andare avanti o ricominciare?

GV: Io ricordo un aspetto che mi creava un po' di ansia anche emotivamente che era 'il troppo', lo vedevo particolarmente... insomma mi sarei concentrata, io come approccio che avrei avuto io, sarebbe stato quello un pochettino più a contenitori perché mappare dei territori così ampi, come possono essere dei comuni piuttosto che, insomma secondo me era troppo ampio. Io, ma forse probabilmente per come so-

no fatta io, avevo bisogno piuttosto di lavorare per temi. 'Andiamo a mappare le palestre, andiamo a mappare i circoli ricreativi, andiamo a mappare gli oratori, andiamo a mappare i circoli del...', ecco un po' più per settori perché Magari era un mio disagio di troppo, di troppo e noi eravamo poco, veramente una sensazione personale. Però mi viene da dire, e forse l'avevo anche sollecitato qualche volta, avrei avuto bisogno, e secondo me poteva essere di aiuto anche, procedere un po' più per item, ecco, una guida maggiore, non una cosa così espansa, così varia anche se è vero... forse perché i nostri pazienti sono così vari loro, non lo so. Io lì ho fatto un po' fatica nel capire che cosa scegliere di mappare, all'inizio e poi, perché comunque nei comuni c'è tanto, decidere le associazioni di volontariato, ecco, magari darsi dei temi e darsi dei tempi perché il rischio poi è di andare a perdere tempo ad andare a identificare delle non risorse che... per carità non si perde mai tempo, si fa un'analisi, si dice 'quella lì anche no', però, ecco, non lo so. Io lì ho avuto un po' di confusione, sono sincera, tutto questo mare magnum mi ha un po' creato un po' di ansia, di disorientamento insomma.... (Giovanna Villa – operatrice - ex CRA ora in altro servizio no recovery, Brescia).

La mappatura: valutazioni positive

E certo, non so se sono stata l'unica o se c'è stato qualcun altro che ha preso questa opportunità, però per me veramente è stata subito un'opportunità, di inizio perché alla fin delle finite è stata una opportunità di inizio (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).

MT: Ma la mappatura serve a questo.

E: *Quando io l'ho raccontato comunque a una riunione, perché io proprio ho voluto raccontarla questa cosa, perché per me era la cosa più bella che poteva capitarmi in quel momento lì era trovare subito un'opportunità per il mio di percorso, ho voluto veramente fare partecipi tutti di questa mia opportunità.(...)*

Spero di essere riuscita a trasmettere nel mio racconto che ho fatto, di essere riuscita a trasmettere comunque tutta la mia positività che ho

trovato in tutto questo percorso che ho fatto dall'inizio alla fine perché alla fine a tutti devo un ringraziamento (Enrica – utente Centro Diurno, Brescia).

D.P. Io non l'ho trovato impegnativo. Più che impegnativo, organizzativo nel senso che ho pensato io ho pensato dal mio punto di vista, lavoro, faccio questo faccio quello magari non ce la faccio dal punto di vista di organizzazione. Dopo comunque mi sono cimentato e ho visto che comunque nell'organizzazione riuscivo comunque a ritagliare un po' di tempo anche per questo progetto. Ho detto: "È un buon progetto" e ho proseguito. Certo che se dopo diventa ancora molto molto grosso bisogna vedere se ci si può organizzare comunque. Ma io comunque ho sempre pensato che un po' di tempo lo si trova, ecco, non ho buttato i remi in barca subito. Ho detto: "Vediamo se riesco a organizzarmi", questa è stata la cosa.(...)

Ma io posso concludere dicendo che sarebbe un peccato lasciarlo, io lo farei, questa è la mia sensazione e basta. Cioè nel senso che mi dispiacerebbe se finisse, ecco, penso che sia un buon progetto (D.P. utente CPS, Montichiari).

GV: Sì, allora il progetto è stato appunto una opportunità per dedicare del tempo a queste azioni, quindi uscire sul territorio e andare a questo punto non solo a osservare ma a contattare alcune realtà. È stata una esperienza assolutamente positiva perché è stata l'opportunità per dedicare, come dicevo, del tempo ma è stata una esperienza positiva proprio perché uscire con i pazienti per aiutarli a vedere sul territorio, sul loro territorio di vita, delle realtà attive di cui paradossalmente loro erano a conoscenza ma che non sono abituati a osservare a cogliere, a vedere, secondo me questo è stato proprio un aiuto, per chi ha collaborato ovviamente, per le poche persone che hanno provato la mappatura, per far capire loro che la realtà, il territorio sono una risorsa e che basta guardarli con occhi meno critici, meno diffidenti. Perché di gente positiva ce n'è, di gente accogliente ce n'è. Bisogna andare con i giusti modi senza prepotenza, senza rabbia, senza aspettative ma con una presentazione adeguata e con l'umiltà di avere bisogno di aiuto. Credo che questa sia stata l'esperienza, secondo me, positiva al di fuori poi di quante realtà abbiamo mappato e tutto il resto (Giovanna Villa – operatrice, ex CRA ora in altro servizio no recovery - Brescia).

MT: Dal punto di vista invece di critiche, di insomma appesantimenti di un lavoro così, le è arrivato niente?

S: *Allora chi ha partecipato più attivamente di me al progetto non ha portato particolari pesantezze della cosa. Poi in questo particolare momento storico era anche una cosa che facevano molto volentieri perché non avevano altre cose da fare. I SAR, le socializzazioni in ambiente reale sono sospese, le palestre sono sospese, quindi abbiamo avuto modo di poterci concentrare su quello che era un pochino il progetto nel suo specifico. Come tutte le cose non tutti i giorni sono uguali, quindi magari un giorno la cosa veniva fatta con un entusiasmo maggiore e a volte veniva fatta con un entusiasmo un pochino più forzato. Però ecco il messaggio che abbiamo cercato di far passare era che nella vita non facciamo sempre e solo le cose che ci piacciono ma se ci prendiamo un impegno dobbiamo avere anche la volontà, perché a volte è volontà, a volte sono altre cose ecco però quando la persona non sta bene siamo noi i primi che magari diciamo: “Guarda, prenditi magari... non farlo oggi, lo facciamo un'altra volta”, però anche lavorare sul senso di responsabilità delle persone. Quindi non ho ricevuto particolari lamentele sulle cose che sono state fatte, sugli incontri, adesso tra l'altro abbiamo attivato con un paio di ospiti anche la partecipazione ai corsi FOR, quindi come stimolo è arrivato forte e accolto positivamente (Simonetta Migliorati – coordinatrice Comunità La Rondine, Brescia).*

MC: Può raccontarci anche qualche elemento di difficoltà o qualche critica che lei si sente di fare alla mappatura in generale, a come l'ha vissuta ?

F: *No, allora critica, no, in questo momento non mi viene. Magari dubbi. Dubbi sul, come dire, sul riuscire a proseguire la collaborazione con i servizi mappati, nel senso che poi i servizi mappati diventano sempre di più e riuscire a mantenere una collaborazione, una conoscenza più che altro, reciproca continua risulta un po' difficile secondo me, nel senso che non so, per esempio, siamo andati a mappare il dormitorio e d'accordo con quelli del CPS abbiamo detto: “Dai, una sera andiamo lì, prepariamo noi la cena per tutti, facciamo questo oppure quando facciamo un evento chiamiamoli così almeno rimaniamo in contatto e la conoscenza cresce”. Rimanere in contatto continuo con tutte queste realtà a parer mio risulta un attimino difficile per questioni di tempo, di organizzazione anche all'interno dei miei turni e di disponibilità*

anche da parte dei nostri pazienti. Questa è l'unica cosa che un po' a me risulta difficile. E poi... (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).

MC: È come per il coronavirus che comincia a pensare alla fase due. Dopo averli contattati, adesso come procediamo?

F: *Esatto. Quella fase lì è molto difficile secondo me. E poi anche noto che i pazienti mi chiedono spesso, tutte le volte: “Ma qual è l'obiettivo? Qual è l'obiettivo? Ma poi verrà fatta un'applicazione in modo tale che noi potremo capire cosa c'è sul territorio?”, cioè secondo me una difficoltà è riuscire a, come dire, dare soddisfazione ai loro bisogni, e a volte in realtà anche raccogliere i loro bisogni. Cioè allora, diciamo, in partenza la difficoltà è stata raccogliere i loro bisogni perché sono persone, almeno queste che sono qua in Comunità, sono persone che stanno lavorando molto ancora sulle loro abilità di base, quindi figuriamoci lavorare su aspetti relazionali all'esterno della Comunità non per tutti qua è facile, e quindi raccogliere da loro dei bisogni che li proiettino all'esterno della Comunità è stato molto difficile e comunque sia Cesare che Luigina hanno riportato un po' di resistenze prima di andare a mappare e quindi si cerca di spronarli, di stimolarli ma allo stesso tempo bisogna anche lasciarli comunque liberi e rispettarli nelle loro difficoltà e nello loro resistenze. Quindi questa è stata un po' la prima difficoltà. E poi la difficoltà nel riuscire a fargli capire che il progetto è proprio un progetto grande e capire tutto tutto di questo progetto... neanche per me che sono un operatore, e poi ecco riuscire a mantenere una collaborazione continua con questi servizi mappati. Sì, ripeto, la difficoltà è proprio nel riuscire a coinvolgere il paziente che vive proprio ogni giorno con difficoltà relazionali significative e quindi è veramente difficile, cioè nel senso può essere che si renda disponibile ma poi dopo 10 minuti dica: “No, guarda che non ce la faccio, non ce la faccio”...(…) È un continuo supportarli nelle loro difficoltà relazionali e anche spronarli comunque a non arrendersi, ad andare avanti e quindi è questa la difficoltà proprio quotidiana e quindi a volte non vorrei essere io come operatrice da sola che porta avanti questo interesse di reciprocità con il dormitorio senza comunque avere l'ospite in prima linea con me, ecco è questo che intendo. Forse è un po' difficile questo, forse va be' siamo una Comunità ad Alta Assistenza dove i nostri ospiti non sono come quelli*

non so, del Centro Diurno o del CPS di via Romiglia, hanno difficoltà croniche un attimino più dure, ecco (Silvia Filippini – operatrice Comunità La Rondine, Brescia).

R: La difficoltà che il paziente aveva fatto presente era comunque il discorso della distanza, essendo lui di Carpenedolo e avendo comunque un lavoro, dovendo lavorare comunque a 20 km da Carpenedolo in un'altra direzione, non in direzione di Brescia, diventava poi dopo difficile per lui riuscire a conciliare comunque tutti questi aspetti, l'aspetto lavorativo con l'aspetto... pur essendo stato sempre molto interessato, cioè le volte adesso che ci si vede chiede: "Come sta andando la mappatura, sta proseguendo, non sta proseguendo, cosa state facendo, siete in un momento di stand by?" Sì, in questo momento siamo fermi. Però sempre molto interessato. Con lui eravamo andati anche a mappare la risorsa a Carpendolo, una risorsa a Carpendolo, e lui era stato anche testimone aveva portato la propria esperienza poi dopo all'interno del gruppo quando poi ci eravamo riincontrati una seconda volta.

Rispetto agli operatori sì, ci sono delle difficoltà, ma legate proprio a degli aspetti più organizzativi, di maggiore coinvolgimento, non c'è un non riconoscimento del valore di questa esperienza però dall'altra parte c'è una difficoltà però a offrire, a dare il loro... non c'è il tempo per riuscire da parte di qualcuno a essere presenti in questa esperienza pur non disconoscendola (Roberto – operatore CPS, Montichiari).

MT: Volevo sentire le difficoltà che ha incontrato all'inizio rispetto al processo di mappatura?

R: Sì, dunque allora la difficoltà più grossa è stata trovare uno spazio anche all'interno del servizio di incontro, di possibilità di incontro, essendo noi un servizio prevalentemente ambulatoriale, e quindi svolgere anche delle attività che sono attività, secondo me, importanti ma che potrebbero essere più facilmente svolte all'interno di un Centro Diurno, questa sicuramente è stata una difficoltà, non essendo un Centro Diurno, anche questa è stata una difficoltà essendo un ambulatorio, questo un po'. Poi una difficoltà, secondo me, un po' più grossa è stata quella proprio di... è stata interessante la domanda di prima quando mi chiedeva appunto che cosa direi ai miei colleghi, a volte è proprio questa difficoltà del pensare che il cambiamento diventa una

risorsa, quindi la difficoltà a lasciare indietro quelle che sono le sicurezze, tra virgolette, consolidate nel tempo e si pensa che possano essere solo queste o comunque hanno una buona incidenza queste nell'aiuto e nell'intervento nei confronti della persona e lasciare un po' indietro queste e buttarsi comunque nelle esperienze nuove, per cui le difficoltà che sono determinate dalle resistenze al cambiamento, a volte. Ho percepito questo. In me, per quanto riguarda me il desiderio di voler provare a fare delle esperienze nuove, sicuramente a me il lavoro di mappatura ha sempre interessato, ci credo e voglio ancora sostenerlo, nei limiti, come si diceva prima, nei limiti di quella che è l'organizzazione del servizio in questo momento. Io vorrei, mi piacerebbe istituire, strutturare un momento come c'è a Brescia il mercoledì qui (Roberto – operatore CPS, Montichiari).

11. La mappatura dinamica come fattore di radicamento territoriale e di lavoro di rete

di *Ruggero Radici*¹

Questo capitolo descrive il processo di disseminazione e di isomorfismo attivato nel territorio e fra le diverse agenzie del territorio in cui è stata sviluppata l'azione di mappatura dinamica delle risorse.

La partecipazione della cooperativa sociale La Rondine al progetto “Recovery.net: laboratori per una psichiatria di comunità” ha rappresentato il coronamento di una lunga serie di investimenti personali e professionali che nel corso di almeno quindici anni ha visto i servizi residenziali psichiatrici gestiti dalla cooperativa – una comunità protetta da alta assistenza, diversi programmi di residenzialità leggera e svariati servizi domiciliari - allinearsi sempre di più ai modelli rappresentati dalla recovery e dalla coproduzione, in virtù del loro contenere significative coincidenze tra questi modelli e alcuni elementi fondanti l'azione della cooperazione sociale: democraticità, equità, responsabilità, orientamento alla persona, coinvolgimento dell'utenza nella produzione dei servizi, modalità capacitanti dell'individualità soggettiva degli utenti dei servizi. Nel corso della progettazione iniziale, e ancor più nel lungo dispiegarsi della realizzazione del progetto, è apparso evidente come la presenza, tra le azioni del progetto, di attività, strumenti e metodi assai variegati ma sempre orientati a consentire la più ampia partecipazione degli utenti dei servizi a tutte le fasi di erogazione dei servizi stessi, avrebbe permesso alla cooperativa di perfezionare il proprio orientamento a recovery e coproduzione, diversificare gli strumenti di lavoro e identificare obiettivi di miglioramento.

¹ Vice Presidente e Responsabile dell'Area Salute mentale, Cooperativa La Rondine-

Tra le pratiche e le attività proposte e sperimentate all'interno del progetto, certamente la mappatura dinamica ha rivestito e riveste una particolare importanza, per alcuni ordini di motivi, tre noti preventivamente già in sede di progettazione e almeno un quarto, emerso poi nel percorso progettuale.

Le motivazioni già ipotizzabili anche prima della messa in atto dell'azione della mappatura dinamica sono le seguenti:

- la puntuale conoscenza delle risorse attivabili per il singolo progetto individualizzato è il presupposto per la realizzazione di una migliore qualità della vita;
- il coinvolgimento attivo della persona nel reperimento di risorse territoriali consente di migliorare l'identificazione degli obiettivi, ampliando la capacità di scelta basata sulla conoscenza di risorse disponibili;
- la mappatura dinamica consente al servizio di perfezionare partnership già in atto e individuare strategie diversificate per consentire alle risorse individuate per i singoli progetti individuali di rendersi disponibili per tutti gli utenti assistiti.

La motivazione aggiuntiva, emersa nel corso della sperimentazione, è legata alla spendibilità che lo strumento – e il processo a esso collegato – presentano come valore aggiunto rispetto ad almeno due ambiti di connessioni con altri sistemi.

Il primo è legato ai rapporti locali con la rete delle associazioni del quartiere cittadino “I Maggio”, all'interno del quale si colloca la struttura residenziale coinvolta nel progetto, rete coordinata da un funzionario Assistente Sociale del Comune con ampia delega a governare il territorio del quartiere con la metodologia del lavoro di rete. Infatti l'azione della mappatura dinamica si è incrociata con analoga, ma profondamente diversa, mappatura realizzata nel corso dei precedenti cinque anni sul territorio del capoluogo, in un confronto che ha generato alcune riflessioni in merito all'opportunità di integrare le due diverse metodologie per moltiplicarne il rispettivo valore.

Il secondo ambito di connessione è stato identificato con le cooperative sociali associate nell'accordo di rete con personalità giuridica “Coontatto”, e pertiene più in generale alla possibilità di utilizzare lo strumento della mappatura dinamica in diversi progetti sviluppati e da sviluppare su altri territori della provincia di Brescia.

Il mio ruolo all'interno della cooperativa sociale La Rondine è quello di Vice Presidente e Responsabile dell'Area Salute mentale, e nell'ambito del

progetto ho svolto il ruolo di supervisore e coordinatore delle attività del progetto; per quanto riguarda le attività di mappatura dinamica ho supervisionato il gruppo di lavoro stabile costituito dalla coordinatrice della struttura, un Terapista della Riabilitazione Psichiatrica con funzioni di referente di servizio per le attività di mappatura e coinvolgimento degli ospiti, e tre ospiti; ai partecipanti di questo gruppo si aggiungevano di volta in volta altri ospiti e operatori, coinvolti nel processo a seconda dei bisogni e delle opportunità.

La mappatura dinamica, come impostata nel progetto, ha da subito mostrato grandi potenzialità per la realizzazione dei progetti individualizzati degli ospiti della comunità. Ogni attività realizzata nel servizio residenziale, ogni modalità relazionale adottata dal personale, ogni costruito organizzativo hanno – o dovrebbero avere - come unico e prioritario obiettivo quello di essere orientati a facilitare agli ospiti il raggiungimento di sempre maggiori livelli di qualità della vita, attraverso la scelta degli obiettivi riabilitativi, scelta il più possibile consapevole e coerente con le proprie aspirazioni, la propria storia di vita e le abilità possedute o ancora da acquisire. Tra questi obiettivi riabilitativi, quelli orientati alla socializzazione rivestono un interesse particolare - al pari e quasi più di quelli legati alle autonomie personali o strumentali alle autonomie abitative - per il semplice fatto che si realizzano, si monitorano e si implementano nell'ambiente sociale esterno e non più nella struttura residenziale, che, per quanto connotata dalle caratteristiche classiche di ogni struttura residenziale intermedia (supporto, permissività, non conferma delle aspettative devianti (Spivak, 1987)) resta un luogo fortemente artificiale, se paragonato al contesto di vita naturale delle persone, non fosse altro che per il limite temporale della permanenza della persona, che deve poi spendere e mantenere nella realtà sociale esterna i risultati riabilitativi raggiunti. Il lavoro di mappatura dinamica, e il conseguente reperimento di risorse locali per moltiplicare le occasioni di messa alla prova delle abilità personali e sociali in contesti esterni, rappresenta e ha rappresentato dunque, per la progettazione individuale, uno straordinario grimaldello per scardinare quell'autoreferenzialità che spesso anima le migliori intenzioni dei riabilitatori che cercano di attrezzare, nel "vitro" delle quattro mura costituite dalla struttura residenziale, magnifiche autonomie spesso poi destinate ad appiattirsi, quando non a scomparire, alla difficile realtà della prova "in vivo".

Tra le caratteristiche della mappatura dinamica, certamente la più interessante, e la più coerente con gli assunti del modello sottostante – recovery e coproduzione – è quella del costante e continuo coinvolgimento dell'ospite in tutte le fasi della mappatura stessa: se appunto non ci si pote-

va attendere diversamente da un modello che fa della coproduzione l'elemento qualificante del rapporto tra servizi e utenza, nel nostro servizio residenziale questa caratteristica ha messo in luce quanto questa tensione verso l'obiettivo della mappatura dinamica - rappresentato dal reperimento "di risorse utili, a partire dai bisogni ma anche dai desideri dei singoli pazienti, di attivare percorsi di socializzazione e confronto delle conoscenze per valorizzare le buone pratiche, le esperienze e le sperimentazioni in una prospettiva di recovery" (Cacioppo, Tognetti 2019) - fosse coerente con la tensione di ogni ospite verso la creazione di luoghi, tempi e occasioni di vera vita e con la responsabilizzazione della persona sul suo progetto di vita, del quale egli è e deve diventare il protagonista assoluto. Particolare valore assumeva poi l'essere operatori e ospiti inseriti in un servizio residenziale a copertura di presenza professionale sulle 24 ore, dove dunque la compresenza era quotidiana e costante, traducendosi in maggiori possibilità di interagire e confrontare insieme opzioni e possibilità.

Al gruppo di lavoro poi è apparso subito chiaro come lo sforzo che ogni ospite e ogni operatore produceva nel lavoro di mappatura dinamica rappresentava un valore e una risorsa non solo per colui che la mappava, spesso scelto per consonanza con l'oggetto e l'attività specifica della risorsa, ma per tutti gli altri ospiti e per il servizio stesso, come vedremo presto, in un processo di condivisione e messa a disposizione delle opportunità che nel percorso comunitario rappresenta forse uno dei risultati più preziosi, per quello che insegna non tanto e non solo agli ospiti, ma soprattutto agli operatori.

Il gruppo di mappatura dinamica si è attivato nel corso della seconda annualità del progetto, e ha dunque incrociato sulla sua strada l'emergenza pandemica che, analogamente a quanto avvenuto nei gruppi di altri territori, ha causato l'interruzione forzata delle attività. Sono state complessivamente mappate quattro realtà, un numero relativamente limitato di risorse, ma nelle fasi di pianificazione delle realtà da mappare sono emerse numerose altre opportunità. Alcune sono scaturite da precedenti esperienze progettuali di quartiere: la cooperativa, prima della sosta forzata rappresentata dalla pandemia, era partner di "Avviciniamoci", un progetto di prossimità finanziato dalla locale Fondazione della Comunità Bresciana e promosso dalla Circo-scrizione; esso prevedeva l'avvicinamento tra anziani soli del territorio e ospiti della comunità, che avrebbero dato la loro disponibilità a consegnare prodotti da fornitori locali e facilitare l'accesso degli anziani a servizi di alcune realtà di quartiere, che sono così rientrate nell'elenco delle possibili risorse da mappare all'interno del progetto. Altre risorse erano invece state individuate autonomamente tra quelle da agganciare e mappare (Centro

Diurno per anziani, Consorzio Sol.Co Brescia, un gattile cittadino, l'oratorio, la parrocchia del quartiere e il centro commerciale Freccia Rossa). La limitatezza numerica delle risorse mappate viene controbilanciata dallo sfruttamento intensivo delle stesse in termini di coinvolgimento della risorsa stessa o nel progetto individuale dell'ospite o in altre collaborazioni con il servizio. Questo è avvenuto in un paio di casi, nei quali uno o più ospiti hanno iniziato un percorso di avvicinamento che si ipotizza possa portare nel medio periodo a un'attività di volontariato presso alcune di queste risorse, valorizzando così un circolo virtuoso di potenzialità e opportunità reciproche tra persona e contesto, foriero di vantaggi per entrambi. Inoltre l'intensità del coinvolgimento attivo dell'ospite in tutte le fasi del processo, anche e soprattutto grazie all'affiancamento costante da parte dell'operatore, sempre presente in struttura, ha consentito di utilizzare i tempi in cui operatore e ospite affrontavano insieme le diverse attività previste dal modello per mettere a fuoco le abilità necessarie ai vari compiti, valutarne il possesso o meno da parte dell'ospite e programmarne il percorso di apprendimento, nel caso fossero mancanti e potenzialmente raggiungibili dall'ospite.

Le diverse fasi del processo si prestano a un loro utilizzo privilegiato in ordine alle necessità individuali dell'ospite. La fase della mappatura in sé, sequenziabile nelle diverse attività di contatto preliminare con la stessa, intervista e decisione definitiva sull'attribuzione della qualità di risorsa, chiama in causa un ampio ventaglio di abilità e competenze diversificate, cognitive, relazionali e di *problem solving* e richiede anche la capacità di assumere decisioni condivise, coprodotte, specialmente nella fase finale di attribuzione dello status di risorsa, molto importante in quanto esito di un percorso di acquisizione collettiva di consapevolezza e di corresponsabilità tra operatore e ospite/utente. Tutte queste complesse abilità, presenti o da implementare, possono essere oggetto di valutazione e apprendimento selettivo.

Ma un rilievo particolare assume la fase preliminare a ogni processo di mappatura dinamica: la selezione delle risorse da mappare. Questa fase, nell'applicazione alla realtà del servizio residenziale, ci è apparsa particolarmente preziosa e propedeutica alla mappatura dinamica vera e propria in quanto ha richiesto al gruppo di lavoro uno sforzo di ricognizione del territorio e del quartiere, basato sulle conoscenze ed esperienze personali ma necessariamente orientato a individuare proprio quelle risorse anche informali che potrebbero sfuggire a un occhio professionale, tradizionalmente orientato a privilegiare uno sguardo istituzionale, ma che meno facilmente potrebbero essere trascurate dagli ospiti di un servizio residenziale psichia-

trico, se accompagnati dal processo di mappatura dinamica a indagare non solo i propri bisogni ma anche i propri desideri.

A ben considerare, la mappatura dinamica si è dunque mostrata un'inconsueta ma utilissima attività riabilitativa, al pari di altre utilizzate nel servizio, più canoniche ma anche per questo forse più scontate e meno appetibili, sia per gli ospiti che per gli operatori.

Anche altri servizi della cooperativa sono stati coinvolti nel lavoro di mappatura dinamica delle relative zone: gli utenti del servizio di residenzialità leggera di Montichiari sono stati ingaggiati per un analogo lavoro da svolgere sul territorio di riferimento, per ora rimasto a livello di semplice individuazione di risorse locali da mappare, ma che sarà ben presto ripreso e non mancherà di generare le efficaci ricadute già sperimentate sul suolo cittadino.

La forzata sosta pandemica, tra i pochi vantaggi prodotti, può vantare quello di aver messo a disposizione molto tempo per ospiti e operatori confinati tra le mura comunitarie, sfruttato dal gruppo mappatura per attivare una sorta di valutazione di impatto interno sugli elementi di soddisfazione e insoddisfazione identificati lungo il processo. Tra gli elementi positivi identificati dagli ospiti vi sono la reciproca conoscenza con i “vicini di casa”, il senso di integrazione con il territorio, la meraviglia e senso di ricchezza nell'apprendere dell'esistenza di realtà e iniziative utili anche per “gli ultimi” della società e da ultimo l'opportunità di far conoscere l'utilità della Recovery nella salute mentale. Tra gli elementi di insoddisfazione identificati dal gruppo troviamo invece la difficoltà di mantenere il contatto o avere una continuità con i servizi mappati, il rischio di essere percepito come “elemosinanti” e la non sempre evidente connessione tra la risorsa e il vero interesse dell'ospite.

Il gruppo di mappatura ha anche provato a dichiarare e condividere cosa si intendeva per “risorsa”, replicando analoghe esperienze realizzate dal team di progetto² ; la lista emersa, che contiene evidenti riferimenti alla connotazione della parola risorsa con la condizione pandemica nei contesti di residenzialità in lockdown, annovera quanto segue: le telefonate o i messaggi con amici, la ristorazione a domicilio, la disponibilità di una rete Internet, la semplice opportunità costituita dal poter risiedere in una struttura residenziale con personale di supporto, la terapia farmacologica – presenza

² Cacioppo, M., Tognetti M., (2019b), “L'attivazione dei pazienti con disagio psichico: la mappatura dinamica delle risorse territoriali in una logica di Recovery”, *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, (ISSN 0392-2278), 1, 127- 146.

<https://www.recoverynet.it/wp-content/uploads/2020/09/cacioppotognettiMappatura2019.pdf> cit., pp. 136-7.

non scontata e in qualche modo sorprendente – la possibilità di mantenersi attivi in piccole mansioni di comunità, l’aver una famiglia e infine la disponibilità di momenti quotidiani di preghiera / meditazione/ riflessione favoriti dalla possibilità di accedere sui social a video condotti da figure religiose e non.

Come anticipato, il lavoro di mappatura dinamica non ha avuto come unico output l’utilità per la progettazione individuale, sia essa messa a disposizione e focalizzata per il singolo progetto individuale sia invece aggiunta a una miscela di proposte che un servizio residenziale presenta come potenziali opportunità a tutti gli ospiti del servizio. La seconda interessante funzione che la mappatura dinamica ha assunto nella nostra esperienza è relativa alle politiche e alle strategie che il servizio e la cooperativa si prefiggono di realizzare sui territori che abitano mediante attività di connessione a rete e sinergie con gli enti, le associazioni e le risorse formali e informali che compongono le reti territoriali e che in qualche modo rappresentano i potenziali portatori di interesse per la salute mentale di un territorio. La mappatura dinamica può diventare agente di conoscenza capillare del territorio e delle sue risorse, di confronto con altre iniziative territoriali, di valorizzazione delle competenze. Questo lavoro di territorio, che si rifà al modello del Community Building (Barsanti Longo 2021), nella sua costante tessitura di sinergie di rete in cooperazione con gli enti di territorio può essere generato anche da “porte” puntiformi come la mappatura dinamica; inoltre presentare la mappatura dinamica come connotata dai concetti connessi con la salute mentale potrebbe consentire in qualche caso di affrontare lo stigma connesso con la salute mentale, fornendo esempi concreti e pratici di come e quanto il disagio psichico non solo può essere affrontabile ma appunto può diventare risorsa per il territorio e per le persone.

Nella nostra esperienza la principale connessione identificata sul territorio del quartiere è quella realizzata con il sistema di mappatura delle risorse realizzato alcuni anni fa sul territorio bresciano nell’ambito del progetto “Brescia città del noi” finanziato dalla Fondazione Cariplo al Comune di Brescia sul Bando “Welfare in Azione”. Uno degli obiettivi del progetto, basato sul decentramento nei quartieri di alcune funzioni dei servizi sociali e sulla creazione di Punti Comunità, attivatori di risorse locali e catalizzatori di un lavoro di rete, era proprio quella di realizzare una mappatura sistematica delle risorse del welfare cittadino. La mappatura, realizzata nel 2017 dal Centro Studi Socialis (Biazzi Chiaf 2017), aveva l’obiettivo di creare consapevolezza circa la ricchezza di risorse comunitarie cittadine e fornire ad amministrazione comunale, operatori dei servizi, associazioni, cooperative sociali e singoli cittadini uno strumento operativo verso un welfare par-

tecipato. I risultati di questa mappatura, filtrati per quartiere, hanno costituito la base per la redazione di un elenco sintetico delle risorse presenti sui diversi territori, mantenuta poi periodicamente aggiornata mediante richiesta alle varie risorse di un invio di una scheda recante le informazioni di base per i contatti con la risorsa stessa.

Le differenze, sia rispetto agli obiettivi sia alle modalità operative, tra questo tipo di mappatura e la mappatura dinamica sono evidenti, soprattutto per quanto più volte qui rappresentato circa il ruolo di costante e profonda attivazione dell'utenza, decisivo ai fini riabilitativi individuali e alla *customisation* del concetto di risorsa. La mappatura cittadina si caratterizza per modalità di mappatura tradizionali, per quanto qualitativamente elevate, che partono infatti da una revisione sistematica di diverse banche dati, successivamente validata con un sistema di scremature per tipologia di attività (sono presenti solamente attività di welfare ed escluse dunque le attività del tempo libero, dello sport, formative ecc.) e per tipologia di destinatari (prima infanzia, minori/famiglie, minori in tutela, giovani, adulti con disagio, disabili, lavoro/inserimento lavorativo, multiarea). Il risultato è stato poi sottoposto al vaglio dei singoli territori, che hanno proceduto a controllare la lista e cancellare o aggiungere in base alla effettiva operatività locale. Ogni territorio ha poi modificato questa lista, adattandola alle proprie specifiche esigenze: il quartiere I maggio ha ulteriormente semplificato gli elementi presenti nella scheda di ogni risorsa (da 15 tipologie di informazioni alle essenziali categoria, nome, indirizzo, attività, riferimento mail e cellulare) e ha incluso anche altre tipologie di attività (parrocchie, associazioni sportive), realizzando un prodotto che, aggiornato ogni anno nei suoi essenziali elementi, utilizza come base informativa per i cittadini e per il lavoro di rete tra le associazioni.

I possibili incroci con la mappatura dinamica - che ricordiamo avere ha come principali, evidenti peculiarità la creazione dal basso, la partecipazione dell'utente a tutte le fasi, la dinamicità delle stesse, la non esaustività delle risorse mappate, la valorizzazione di risorse informali o non istituzionalizzate - sono con ogni evidenza ipotizzabili in una prospettiva di integrazione tra le due diverse ottiche e filosofie di fondo. Una mappatura locale, diremmo localizzata, ad esempio su un limitato quartiere bresciano come quello del I maggio, che presenti due livelli, uno a partire dai database già esistenti, magari quello semplificato e utilizzato come semplice lista di reperimento risorse, e un secondo che parta dal primo per individuare quelle risorse da mappare in profondità secondo il modello della mappatura dinamica avrebbe a nostro avviso grandi potenzialità. In primo luogo consentirebbe agli utilizzatori di entrambi i sistemi l'accesso a risorse che separa-

tamente potrebbero passare inosservate, con chiare positive ricadute in termini di completezza di indagine. In secondo luogo il processo partecipato della mappatura dinamica potrebbe rappresentare uno stimolo per applicarne il metodo anche ad altre categorie di bisogno: pensiamo al coinvolgimento nel percorso di anziani volontari delle associazioni, che potrebbero trovare nelle azioni di mappatura, sotto il coordinamento dei Punti Comunità, risorse presso cui prestare la propria opera o da aiutare, mettendo a loro disposizione la propria *expertise*, a orientare meglio la rispettiva offerta; o pensiamo a una possibile sperimentazione del modello negli istituti scolastici, per fare emergere e trasformare in apprendimento e formazione sociale la tensione positiva espressa dal modello dinamico verso il protagonismo dei mappatori, l'orientamento alla relazione personale come fonte di conoscenza di opportunità, l'implementazione del senso di appartenenza a un gruppo, un luogo, una comunità. In terzo luogo, la possibile costituzione di un team di mappatura composito, che mixasse le diverse anime dei due modelli di mappatura - uno basato sul puntuale scandaglio dei database e l'altro sull'accurata conoscenza consentita dall'indagine sul campo e sull'aspetto dinamico garantito dalle modalità ad alta intensità relazionale - potrebbe portare a una moltiplicazione delle opportunità di indagine. Sono solo alcuni spunti, ma crediamo che un ulteriore approfondimento teorico e pratico non mancherebbe di portare altri risultati. A oggi non vi sono stati che brevi confronti iniziali con i coordinatori e responsabili del lavoro di rete sul quartiere, ma l'esistenza di un coordinamento stabile e di qualità delle associazioni consente di nutrire qualche speranza di futuri sviluppi.

Un'ulteriore opportunità è rappresentata dalla possibile intersezione dell'azione della mappatura dinamica con altre azioni del progetto Recovery.net, e particolarmente con l'azione 5, denominata Governance partecipata della salute mentale di un territorio. Il prodotto principale di tale area è rappresentato da EnCoRe (Engagement, Coproduzione e Recovery) uno strumento di autovalutazione dell'orientamento dei servizi a queste tre caratteristiche chiave del progetto e della sua filosofia di fondo. Lo strumento, nell'indagare sette diverse caratteristiche dei servizi - la valorizzazione del sapere esperienziale, il coinvolgimento degli utenti, la politica dell'organizzazione, la formazione e il sapere professionale, il benessere degli operatori, la governance inclusiva di una comunità locale per la salute mentale, la gestione del rischio e delle opportunità - si prefigge di portare il focus dall'interno dei servizi all'esterno del territorio e delle reti locali e territoriali, mediante il coinvolgimento delle azioni di autovalutazione di rappresentanti della rete esterna e grazie alla vocazione e allo sforzo dello strumento di proiettare ognuna delle sette caratteristiche - e le potenzialità a

esse collegate - in una dimensione di apertura dei servizi psichiatrici al palcoscenico della vita reale. Per consentire un migliore ancoraggio delle autovalutazioni alla il più possibile oggettiva condizione del servizio, si sono identificate alcune buone prassi in grado di orientare i punteggi, e ovviamente una di queste è rappresentata dalla mappatura dinamica, nella ipotesi che un servizio che affronti il proprio rapporto con il territorio nel quale è inserito con una strategia che preveda l'utilizzo di questo strumento possa a buon diritto dichiararsi *recovery oriented*. Per la dirigenza di un servizio residenziale psichiatrico porsi in un'ottica di effettuare la mappatura dinamica significa attivare una strategia che lotta contro il pericolo di autoreferenzialità – o se si preferisce quello di essere una istituzione totale – pericoli di cui non sempre si è consapevoli; significa perseguire obiettivi di miglioramento della qualità della vita degli ospiti, nella consapevolezza che a costituirne le fondamenta – non solo di quella degli ospiti ma di tutti noi - è la disponibilità qualitativamente e quantitativamente elevata di relazioni umane, civili e professionali; significa infine mettere a disposizione degli ospiti un utensile atto non solamente a recuperare appoggi per il proprio vivere civile ma utile a sperimentare un modo e un'abitudine a fare da sé, in cooperazione con l'altro.

Nell'ambito dei progetti attivati dalla cooperativa, anche in collaborazione con la rete bresciana delle cooperative sociali, non si è mancato di osservare quale preziosa opportunità possa costituire la mappatura dinamica, nelle direzioni più volte evidenziate nel presente lavoro.

Un primo progetto gestito dalla cooperativa la Rondine, denominato “Il Maglio del Chiese”, vede azioni di attivazione del territorio in Valle Sabbia mediante apertura di un Co-Lab, un altro interessante prodotto del progetto Recovery.net, uno spazio sperimentale laboratoriale, formativo e al contempo operativo che, a integrazione delle pratiche tradizionali, si configura come ponte tra i soggetti istituzionali e la comunità locale e offre alla cittadinanza – e coproduce insieme a essa - attività informative, formative, di supporto, culturali. La mappatura dinamica è qui prevista come strumento di attivazione di risorse locali e consentirà di confrontarne l'efficacia e la spendibilità in un contesto geografico, culturale e sociale radicalmente diverso da quello cittadino come quello rappresentato da una piccola valle bresciana.

Una seconda progettualità, ancora in fase evolutiva, coinvolge le dieci cooperative bresciane attive in salute mentale, appartenenti all'accordo di rete con personalità giuridica denominato “Coontatto”, che ha come obiettivo generale la progettazione e realizzazione di iniziative imprenditoriali condivise nei servizi alla persona nell'area della salute mentale, con parti-

colare riferimento a nuovi modelli di residenzialità. La rete intende proporre nuove forme di abitare sociale (*Housing First*) (Tsemberis 2010) che superino l'attuale modello dell'accreditamento uscendo dal circuito istituzionale, valorizzino l'autodeterminazione e la cittadinanza attiva e competente della persona con disagio psichico, interagiscano con le reti territoriali patrimonializzando le relazioni delle singole cooperative e costruendo una infrastruttura sociale, ancora una volta secondo il modello della *Community Building*. In questo disegno, l'esperienza e la metodologia della mappatura dinamica, importata nell'accordo di rete e messa a disposizione delle cooperative retiste dal partner Rondine, che si candida ad affiancarne e monitorarne le realizzazioni locali, appaiono elementi in grado di moltiplicare le opportunità di costruire, attorno alle nuove forme dell'abitare sociale, intelaiature di relazioni a supporto della vita autonoma e di qualità della persona con disagio psichico, che personalizza l'utilizzo e massimizza l'impatto di questa nuova residenzialità grazie alla propria competenza generata dalla partecipazione al processo dinamico di mappatura.

In sintetica conclusione, quanto esposto rende evidente l'importanza rivestita dall'esperienza attivata nei servizi della cooperativa La Rondine, essenzialmente in tre direzioni.

La coproduzione della mappatura dinamica a opera di utenti dei servizi di salute mentale, in tutte le sue diverse fasi, aumenta l'efficienza della mappatura stessa nell'individuare quelle risorse che possono essere realmente utili alla realizzazione sociale e personale della persona; questa scelta orienta la metodologia, gli strumenti utilizzati e la tipologia di risorse ricercate, e in qualche caso può consentire di affrontare lo stigma che in alcune realtà contraddistingue ancora la salute mentale.

Il dinamismo della mappatura, legato non solo e non tanto all'aggiornamento dei dati acquisiti, pur molto importante, ma soprattutto al processo di coinvolgimento della risorsa, produce ordinariamente contatti e relazioni tra il mappatore e la risorsa, in un rapporto dialogico che già consente di "spendere" la risorsa e finalizzarne la registrazione al vero cambiamento.

La natura relazionale e dinamica della mappatura, nel metodo e nel percorso, ne fa un prezioso strumento che consente ai servizi che accompagnano l'utente nelle azioni di mappatura di riconsiderare risorse già conosciute, ridisegnare le mappe delle opportunità e trovare nuovi spazi di condivisione sui territori, rappresentando di fatto uno dei possibili strumenti per la *Community Building*.

12. L'esperienza della mappatura dinamica delle risorse nella narrazione dei protagonisti: sfide e opportunità

di Graziella Civenti¹

Questo capitolo propone alcune osservazioni e riflessioni sull'azione di mappatura dinamica delle risorse da parte di una esperta esterna al progetto, a partire dalle narrazioni di utenti e operatori coinvolti.

Nel corso del 2020 e del 2021 sono state condotte dalle ricercatrici dell'Università di Milano Bicocca, Maria Cacioppo e Mara Tognetti, diverse interviste con operatori, in prevalenza, e utenti che in qualche misura avevano partecipato all'azione di mappatura. L'obiettivo delle interviste, realizzate da remoto a causa delle restrizioni legate alle misure di contenimento della pandemia da Covid-19, era principalmente quello di raccogliere l'esperienza diretta delle persone coinvolte nel progetto e, in particolare, le loro valutazioni in merito all'impatto dell'azione sull'attività dei servizi.

La maggior parte delle interviste effettuate è stata registrata, cosa che ha permesso di documentare e conservare memoria delle esperienze descritte dagli intervistati. L'ascolto e la trascrizione puntuale di tali registrazioni ha consentito, anche a chi come me non aveva partecipato alle fasi precedenti del lavoro, di cogliere in maniera molto chiara come l'attività di mappatura abbia svolto un ruolo fondamentale nel rendere visibili – e quindi suscettibili di diventare oggetto di dibattito – sia gli elementi di forza (già presenti nelle pratiche quotidiane degli operatori o evidenziati proprio dalla mappatura come direzioni verso cui tendere) sia le criticità e i nodi con cui i servizi devono confrontarsi quotidianamente nonché le sfide che oggi si pongono a una psichiatria che voglia dirsi territoriale.

¹ Assistente sociale, già funzionaria della Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Il presente contributo intende proporre alla discussione alcuni dei temi riscontrati e senza pretesa di esaustività – considerata la ricchezza dei materiali emersi – provare a darne una lettura il più possibile complessiva e organica.

Le riflessioni di seguito proposte avranno un carattere generale e non entreranno nel merito delle specifiche azioni o problematiche per l'analisi delle quali si rimanda alle altre sezioni del volume in cui analogamente verrà affrontato e discusso anche l'impatto, qui non tematizzato, della pandemia da Covid-19 sulle attività previste dal progetto.

1. Fuochi di attenzione

Un primo elemento che le interviste hanno messo in evidenza è come il processo di mappatura abbia riportato l'attenzione sulla **proiezione sul fuori**, su ciò che c'è all'esterno dei servizi, sulle risorse a cui possono fare riferimento i cittadini di un determinato territorio e, dunque, gli utenti dei servizi stessi e i loro familiari.

“Ciò che è importante” dice Laura “è quello che di fatto ci porta fuori sul territorio, perché diversamente continueremmo a restare chiusi all'interno delle nostre quattro mura a dare ricette, a decidere noi al posto degli altri... a cantarcela e suonarla da soli”. Perché, aggiunge Nora, *“la vita non è in Comunità, non è in struttura, la vita è fuori. È un pezzo del percorso degli utenti quello di essere in Comunità, di poter accedere a dei servizi però in realtà questo deve essere un momento di passaggio per il fuori”.* E, come ricorda Giovanna, *“la psichiatria si fa sul territorio e quindi tanto più riusciamo a tenere le persone nel loro contesto sociale tanto più le persone possono stare bene. Va bene afferire ai servizi ma i servizi devono essere un po' un ponte di nuovo verso la vita reale”.* Di conseguenza Roberto evidenzia l'importanza di *“spostare maggiormente il focus sull'esterno come risorsa nel percorso terapeutico-riabilitativo delle persone”.* E, ribadisce convintamente Daniela, *“nella gestione dei problemi dei nostri utenti è fondamentale, fondamentale, per costruire progetti adeguati insieme a loro, conoscere il territorio e far tornare queste persone sul loro territorio, utilizzando risorse a loro favorevoli”.* Non solo perché ciò costituisce, come osserva ancora Giovanna, *“una carta necessaria da giocare nel processo di recovery”* ma anche perché solo in questo modo, cioè *“stando sul territorio e riconoscendolo come opportunità”*, può avvenire un *“processo di riappropriazione della propria vita da parte dei pazienti”.*

Questa proiezione all'esterno è preconditione per costruire rapporti di conoscenza/collaborazione con soggetti che non appartengono al mondo della salute mentale, per rendere più permeabili e attraversabili i confini tra servizi e comunità (contribuendo in questo modo anche alla lotta al pregiudizio e allo stigma) e di conseguenza per promuovere il reale inserimento, o reinserimento, sociale degli utenti.

Inclusa in questa nozione quella di rete e di costruzione della rete. Non a caso Laura la individua come questione cruciale: Se si vuole “*uscire dalla torre eburnea degli operatori, il lavoro da fare è quello di costruzione della rete*”.

A prima vista queste considerazioni potrebbero apparire scontate e/o datate. Di lavoro di rete e lavoro di comunità, infatti, nel mondo dei servizi di salute mentale e dei servizi sociali, si parla ormai da diversi decenni tanto da far apparire queste espressioni, spesso abusate, quasi retoriche².

A distanza di oltre 40 anni dalla L.180/78 sembra tuttavia ancora incompiuta la rivoluzione della cura comunitaria (Bulmer M., 1992) spesso identificata semplicemente con la *care in the community*, risultato certamente decisivo se confrontato con l'isolamento delle istituzioni manicomiali, ma ancora molto distante da quella *care by the community* che costituiva l'ambizioso auspicio del dettato legislativo e che vedeva la comunità non solo come sede dei servizi ma anche come luogo di scambi e attivazione di risorse complementari e integrative rispetto agli interventi messi in campo dal welfare istituzionale.

Analogamente per quanto riguarda il lavoro di rete, le pratiche che a esso si richiamano non sempre sembrano coerenti con le teorie e capaci di tradurle in processi concreti il potenziale di innovatività. Fare lavoro di rete spesso, infatti, significa semplicemente che, nello svolgersi dell'intervento professionale, gli operatori si raccordano – frequentemente all'interno di una definita divisione del lavoro – con altri professionisti dell'equipe, con colleghi di altri enti o con soggetti del terzo e del quarto settore per la gestione del 'caso'. Più raramente il raccordo ha l'obiettivo di costruire un tessuto stabile di reciproca conoscenza, sinergie, partnership,

² A titolo puramente esemplificativo, e assolutamente non esaustivo, tracce della riflessione che da tempo accomuna la nozione di rete a quella di lavoro sociale e di salute mentale possono essere trovate in: Curtis W.R., 1970; Dozier M., Harris M., Bergman H., 1987; Maguire L., 1987; Berzano L. *et al.*, 1989; Folgheraiter F., Donati P. (a cura di), 1991; Ferrario F., 1992; Folgheraiter F., 1994; Sanicola L., 1997; AAVV, 1999; Barnes M., 1999; Carabelli G., Cacioppo M., Grasso L., 1999; AAVV, 2004; Albanesi C., Migani C., 2004; Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., 2005; Folgheraiter F., 2006; Parton N., O' Byrne P., 2006; Sirchia H., 2006; Marangelli M.G., Morazzoni L., Re E., 2007.

progettazioni e azioni condivise (all'interno del settore formale e tra formale e informale) che prescindano dalla soluzione del singolo problema e che piuttosto pongano le premesse perché i problemi individuali possano trovare un contesto sociale disposto a riconoscerli come propri. *“La rete si fa”* sostiene Laura *“si deve fare cercando di capire come possiamo fare rete con i cittadini, con la comunità”*.

Perché è evidente che quanto più l'operatore conosce il territorio di riferimento e interagisce con le sue reti rendendole, come indica Giovanna, *“un po' più sensibili, un po' più attente, un po' più accoglienti”*, tanto più sarà in grado di formulare proposte non generate esclusivamente dalle tecniche ma derivanti dall'aggregazione e integrazione di saperi e disponibilità plurali ed eterogenei.

E questo processo, osserva Daniela, oltre a consentire di *“scoprire, o riscoprire, risorse che potrebbero essere utili ai progetti personali degli utenti, è utile già in sé in quanto aiuta l'utente a ritornare nel suo territorio”*, a socializzare (*“Per essere una che non usciva di casa e non vedeva nessuno”* dice Lucia *“mi è piaciuto tantissimo”*) e a costruire appartenenza e partecipazione: *“Ho pensato”* dice D. *“che mappare i posti fosse una buona idea per capire quali potevano essere interessanti da raggiungere. E poi in questo modo mi sentivo più impegnato per il mio paese, per il paese in cui abito”*. Un modo anche questo, come afferma Laura, *“di contribuire un po' al bene comune, ma comune non tanto mio e loro ma di tutti, perché oggi è capitato all'utente ma domani posso essere io l'utente, domani l'utente può essere mia mamma, per cui è la goccia nel mare, è provare comunque a promuovere un cambiamento”*.

È importante tenere presente che quando si parla di risorse non si fa riferimento necessariamente o esclusivamente a *“qualcosa di istituzionalizzato o di associazionistico. Risorsa”*, come afferma Francesco, *“può essere qualsiasi cosa”*. La risorsa, infatti, 'esiste' e si trasforma in opportunità, se e quando viene pensata come tale, se e quando acquista (essa stessa e la parte che la utilizza) consapevolezza della propria esistenza.

Uscire sul territorio diventa così, sia per gli operatori che per gli utenti, un modo non solo per *“conoscere delle cose che diamo per scontato che possano esistere ma che in realtà non conosciamo”* o per scoprire nella dimensione locale, nel proprio ambito di vita risorse di cui non si sospettava la presenza (*“magari si va a cercare delle realtà fuori dal nostro territorio e non conosciamo quelle che abbiamo qui vicino”*) come evidenzia Roberto, ma anche un'occasione per generare, a costo zero, condizioni nuove e impreviste, imprimendo così un effetto propulsivo e moltiplicativo alle azioni messe in campo.

Inoltre, come afferma Francesco, nel lavoro di mappatura le risorse assumono un risvolto *“più collaborativo, più comunitario”* in quanto *“quello che funziona come risorsa tua può diventare una risorsa anche per altri, altre persone, alcune delle quali potrebbero aver attraversato o stare attraversando difficoltà simili a quelle che stai attraversando o hai attraversato tu stesso”*.

Senza dimenticare che lo stesso gruppo mappatura ha rappresentato una risorsa.

In primo luogo per gli utenti che vi partecipano.

Il gruppo è, infatti, stato per molti un luogo, prezioso, di relazioni, un punto di partenza per scambi più ampi. Ricorda Giovanna: *“Il gruppo ha rappresentato una opportunità per gli utenti di incontrarsi e conoscersi al di fuori dei servizi. ‘Ci troviamo anche extra’ ci ha detto qualcuno e allora a quel punto il compito diventava il pretesto per trovarsi. E, secondo me, questo è il vero goal, la riuscita vera, che un compito diventa una opportunità per fare in modo che le persone si ritrovino”*.

Per altri utenti il gruppo ha costituito anche un luogo di supporto e di stimolo: *“È capitato un paio di volte”* ricorda al proposito Nora *“una situazione particolare in cui un utente descriveva un momento molto difficile per la sua vita personale, quindi il fatto che continuasse l’impegno della mappatura nonostante tutto ci ha fatto capire che questa attività è stata, è, una grande risorsa, perché comunque per alcuni utenti è anche vista come un momento in cui ‘ok, mi stacco dalla mia solita quotidianità e vedo fuori, vedo oltre, vedo oltre quello che possono essere le mie quattro mura di casa o la porta del CPS ”*. Sempre Nora ricorda che *“durante il gruppo in realtà chi magari era un po’ svogliato inizialmente, in realtà si vedeva che era interessato all’argomento e si proponeva anche per le uscite successive, perché nel gruppo si proponevano anche le uscite, si discuteva se poter andare a mappare una risorsa piuttosto che un’altra, il perché utile e il perché secondo noi meno utile, quindi in realtà dopo si intavolavano molti discorsi, in alcune occasioni anche molto sul personale... e alcuni utenti si sono molto aperti descrivendo le proprie difficoltà a relazionarsi, allo stare con gli altri e quindi da lì esprimendo il bisogno, le difficoltà, si cercava di tramutare questo bisogno in una opportunità, quindi l’opportunità di poter andare insieme a visitare un’associazione, piuttosto che un posto per dare una mano a questa persona”*.

Ma anche per gli operatori l’azione di mappatura (e le attività a essa connesse) ha costituito una risorsa importante. Essa ha infatti, tra l’altro, reso possibile misurare, con una evidenza che forse diversamente non si sa-

rebbe manifestata con la medesima chiarezza, la **necessità per gli operatori di ridefinire il proprio ruolo**.

Proprio perché il lavoro sul territorio – nella accezione ampia sopra richiamata – non può verosimilmente essere oggi considerato parte abituale delle prassi dei servizi, diversi operatori hanno ritenuto di sottolineare come, affinché esso possa realizzarsi e diffondersi, sia auspicabile un cambiamento nello sguardo con cui viene osservata la realtà, nelle modalità di relazionarsi agli utenti, nelle proposte formulate e nella metodologia adottata. In sintesi, come osserva Laura, si è rivelato necessario *“un percorso di recovery anche per i servizi”*.

Cosa significa per gli operatori ‘ridefinire il proprio ruolo’?

In primo luogo, si diceva, cambiare lo sguardo con cui ci si avvicina alla realtà. Per fare ciò è necessario essere disponibili a ‘vedere i propri modi di vedere’ (Watzlavick P., Weakland J.H., Fisch R., 1974), a non dare per scontate le routine organizzative e operative in cui si è inseriti, a interrogarsi sui significati delle azioni che si intraprendono e sul grado di condivisione tra i diversi attori – direttamente o indirettamente coinvolti – di tali significati accettando di discuterli e negoziarli.

Così come è necessario essere disponibili a fare i conti con ‘l’incompetenza’ che può nascondersi nell’eccessiva competenza propria dei *pattern* di azione abituali e consolidati (Lanzara G. F., 1993).

In una parola è necessario diventare professionisti riflessivi.

Scrive Schon al riguardo che “quando i professionisti sono inconsapevoli delle strutture che essi definiscono per ruoli o per problemi non avvertono l’esigenza di scegliere fra di esse. Essi non prestano attenzione ai modi in cui costruiscono la realtà nella quale agiscono, per loro si tratta semplicemente della realtà data...”. Ma “quando un professionista diventa consapevole delle strutture che ha definito, diventa anche consapevole di possibili modi alternativi di strutturare la realtà della sua pratica. Egli presta attenzione ai valori e alle norme ai quali ha dato priorità e a quelli ai quali ha attribuito minore importanza o che non ha considerato affatto”.

Naturalmente “la consapevolezza della struttura tende ad avere come seguito la consapevolezza dei dilemmi” (Schon D.A., 1993, p. 314) e alla maggiore libertà di scelta e di autodefinizione che ciò rende possibile possono accompagnarsi elementi di incertezza, di indeterminatezza, di rischio: *“Nell’attività di mappatura agli operatori viene richiesto di mettersi in gioco maggiormente”* considera Laura *“perché una cosa è l’attività classica strutturata guidata dall’operatore dove i rischi sono tutti sotto controllo, nel senso che le variabili sono tendenzialmente controllate dall’operatore ed è l’operatore che guida. Altra cosa è invece uscire sul territorio, con i*

pazienti essere in una dimensione di incontro con le realtà territoriali insieme all'utente".

È evidente, sintetizza Gabriella, che *"la mappatura richiede all'operatore un qualcosa che va oltre il mandato burocratico, il mandato oggettivo, istituzionale"*.

E in effetti *"il tipo di mandato"* ricevuto all'avvio del percorso *"era curioso e completamente nuovo"*. Ciò creava, osserva Daniela, *"incertezza perché in fondo il compito che veniva affidato non era un compito che gli operatori erano abituati a eseguire. Il paziente ha fatto meno difficoltà ma l'operatore chiamato a fare questa azione... hanno aderito tutti s'intende però certo mi hanno fatto un sacco di domande: 'E perché bisogna andare a quell'ora?' 'E perché dobbiamo fare la scheda?'. Perché sentivano una responsabilità diversa rispetto alle attività precedenti o routinarie che in genere venivano svolte nella settimana. Era ... la responsabilità sulla novità"*.

Conferma questo vissuto Roberto: *"Forse la difficoltà più grossa è stata quella di pensare che il cambiamento può diventare una risorsa, quindi la difficoltà a lasciare indietro le sicurezze consolidate nel tempo che si pensa possano essere le sole ad avere una buona incidenza nell'aiuto e nell'intervento nei confronti della persona"*.

Se si accetta di convivere con l'incertezza, e di riformularla come *"incertezza costruttiva e creativa"*, come la definisce Gabriella, le deviazioni dalle routine standard potranno in compenso consentire di cogliere e prestare attenzione ad aspetti delle situazioni che diversamente non sarebbero *"visti"*.

Innanzitutto proprio rispetto alla gestione del proprio ruolo. Osserva al riguardo Nora: *"Lavorando in una comunità ho sempre lavorato dentro i servizi, in un contesto chiuso dove comunque gli utenti avevano altre problematiche, erano in un'altra fase di malattia, quindi il fatto di poter lavorare con utenti che stanno facendo un percorso di recovery mi ha portato anche a poter ragionare su altre mie possibilità professionali. Prima mi vedevo solo in un certo contesto a fare determinate cose, questo progetto e l'attività di mappatura mi hanno aperto anche altre possibilità del mio ruolo professionale"*.

D'accordo Silvia, anche lei impegnata in una comunità residenziale: *"l'esperienza di mappatura mi ha dato più energia e più carica. Come operatore avere la possibilità di uscire di più dalla Comunità con i pazienti mi ha stimolata in modo positivo, mi ha fatto sentire più creativa e con più speranza ecco, come se attraverso la mappatura potessi anch'io dare più speranza ai pazienti nel loro progetto, nel loro percorso di recovery e di*

reinserimento nella società”. “Spesso” osserva “*si rimane chiusi nella solita routine all’interno della Comunità e ci si preclude un sacco di opportunità che invece ci sono sul territorio e che possono andare a integrare il progetto individuale della persona*” perché “*come possibilità riabilitativa non esistono solo le attività all’interno della Comunità che sono, non so, arteterapia o i diversi gruppi riabilitativi, anzi, il territorio forse ci aiuta ancora di più nella riabilitazione*”.

Strettamente legata a questo aspetto anche la possibilità, rilevata da Nora, “*di vedere i propri utenti in un altro contesto, che non sia un contesto comunitario o un contesto di ambulatorio, il vedere la persona, che si segue magari da tanti anni, cimentarsi in un tipo di attività nuova che non è né il solito gruppo di arte, né il solito gruppo cineforum*” e in questo modo cogliere bisogni e risorse che diversamente sarebbe stato più difficile intercettare. La mappatura “*è stata una opportunità per accompagnare gli utenti in esperienze nuove ed essere lì a fare un po’ da materasso se serve*” precisa Giovanna “*per vedere come si muovono, vedere la loro autonomia e capacità di stare nel reale. Un punto di osservazione arricchente pensando che si possono poi andare a valorizzare delle risorse che si percepiscono e che magari stando in un servizio non si vedono, mentre in questo modo si può andare a lavorare con la persona stessa valorizzando i suoi punti di forza*”.

Condivide queste considerazioni anche Francesco: il lavoro di mappatura, spiega nell’intervista, ha consentito di ‘scoprire’ che “*fuori dal servizio, fuori da quello che noi – in una maniera forse anche molto limitata – vediamo delle persone, queste hanno una vita, una serie di contatti, come dire indipendenti dal servizio che un po’ ti fanno pensare che effettivamente quello che vedi di una persona come professionisti, come tecnici, come istituzione, come servizio è veramente una piccola fetta. E quindi devi un po’ svuotarti del tuo punto di vista piuttosto limitato per riuscire a vederne degli altri, per vedere degli aspetti, dei lati della vita, delle parti che ti danno l’idea più completa, che ampliano la tua comprensione*”.

E spesso questo sguardo più largo ha riservato sorprese interessanti. Osserva Gabriella: “*Io sono giunta a questa riflessione che, non so per quale ragione, gli utenti all’interno dei nostri servizi, delle nostre attività, rispondano un po’ alle nostre aspettative. Questa premessa perché? Perché in tutti i pazienti coinvolti nella mappatura io ho visto un funzionamento migliore fuori dei servizi, li ho visti, mentre facevano questo lavoro di mappatura, molto più sciolti, molto più sicuri di loro stessi nella gestione dell’intervista, quindi nell’approccio con una persona mai vista prima, mostrando una capacità di funzionare meglio fuori che non dentro*”.

Ridefinire il proprio ruolo professionale comporta di conseguenza che cambi **la relazione con l'utente**.

Il rapporto operatore/utente nel processo di mappatura si fa più paritario: l'utente non è il beneficiario passivo di una prestazione erogata dall'operatore ma diventa un attore che a pieno titolo co-costruisce un processo e un prodotto insieme all'operatore.

Questo è reso possibile dal fatto che l'operatore, come ben testimoniato dalle parole sopra riportate, è disponibile a riconoscere all'utente delle competenze, delle capacità, delle autonomie.

Innanzitutto, ovviamente, sul piano esperienziale di conoscenza di sé. Conoscenza che messa a disposizione degli interlocutori si rivela risorsa preziosa. Racconta Silvia, per esempio, come durante la mappatura di una realtà del territorio, le volontarie che operavano al suo interno avessero espresso le difficoltà che a volte incontravano nel rapportarsi con persone con problemi psichiatrici che fruivano della struttura. E in quel caso sia l'utente che l'utente esperta³ presenti al colloquio avevano proposto la loro lettura della situazione e fornito dei suggerimenti utili su come gestirla. Ugualmente durante una mappatura a cui aveva partecipato Gabriella, l'utente, che si era presentata come utente del CPS, *“ha apportato anche delle riflessioni, in merito alle domande che stavamo facendo alle figure di riferimento, dal punto di vista del malessere, del disagio psichico. E in quelle situazioni ho proprio colto la generosità, la capacità di questa utente nel donarsi, cioè nel rendere funzionale il suo raccontare alcuni malesseri affinché l'altro comprendesse bene che cosa ci interessava sapere. E lì è nato, in queste situazioni, uno scambio molto più, come dire, emotivo, emozionante, di comprensione un po' più profonda tra i partecipanti”*. Perché, come dice Lucia, il fatto che *“le persone che hanno sperimentato il buio nell'animo non abbiano paura di raccontarlo è utile e importante sia per loro che per gli interlocutori 'normali'”*.

Il riconoscimento delle capacità degli utenti non riguarda tuttavia solo il piano esperienziale ma anche il piano delle competenze pratiche, sociali che nel corso dell'azione di mappatura si sono a volte manifestate in maniera o in misura inaspettata.

In qualche caso esse sono, infatti, apparse superiori a quelle della persona intervistata anche quando per ruolo e formazione tale persona avrebbe dovuto essere ben preparata all'ascolto e alla comunicazione con l'altro. Ricorda al proposito Giovanna: *“C'era un po' questa situazione paradossa-*

³ Relativamente al ruolo degli utenti esperti si veda: Kauffmann O.*et al.* (a cura di), 2017

le, le nostre due signore molto entusiaste, molto vivaci, di là questa persona un po' rigida, un po' algida, mentre paradossalmente avrebbe dovuto essere il contrario. Me lo ricordo perché sembrava un po' una scena da film, ecco, però è anche vero che me la ricordo perché le signore sono state bravissime, bravissime”.

In altri casi le competenze degli utenti sono risultate addirittura superiori a quelle dell'operatore. Racconta per esempio Nora come nella sua prima esperienza di mappatura “è stata lei, l'utente, che mi ha guidato in questo percorso perché comunque avvicinandomi per la prima volta – gli operatori mi avevano fatto vedere gli strumenti che c'erano, la scheda risorsa, ecc. – però ricordo che poi l'intervista, le domande è stata proprio molto autonoma l'utente, io ero lì quasi come osservatore si può dire. Questa utente aveva già avuto esperienza, quindi era anche molto orgogliosa nel suo ruolo, e io le avevo detto che era la mia prima uscita, e molto sinceramente le avevo chiesto di farmi un po' da guida in questo nuovo tipo di attività. Per me erano le prime volte che mi avvicinavo a degli utenti che avevano un certo grado di funzionamento, quindi molto autonomi e molto consapevoli, e questa è una cosa che mi ha molto colpito e, anche dal punto di vista personale, mi ha lasciato una buona sensazione, come il vedere l'altro lato della medaglia della salute mentale e la sensazione della giornata è stata molto positiva, perché avevamo fatto tutto assieme, anche il fatto di co-produrre, il tutto, proprio tutto il percorso dall'inizio alla fine e il fatto che lei abbia accettato il mio invito a supportarmi in questa cosa sentendoci alla pari”.

Queste competenze, a volte maturate proprio attraverso l'attività di mappatura, possono essere messe a disposizione anche di altri utenti: “C'è stata una utente che è venuta 4 o 5 volte per capire come il gruppo mappatura la potesse aiutare a trovare un luogo di risocializzazione vicino a casa perché lei si sentiva sola” ricorda Gabriella. “Ed è stato un pomeriggio a mio avviso veramente significativo per tanti motivi, perché ho visto gli utenti accogliere questa paziente come dei professionisti, professionisti cioè specializzati in conoscenza dei servizi, mi è piaciuto il modo con cui l'hanno accolta, mi è piaciuto il modo con cui sono andati a sondare quali fossero un tempo i suoi interessi e quale poteva essere oggi un interesse fruibile sul suo territorio e che tipo di servizi lei conosceva vicino a casa. Con questa paziente siamo andati a fare una mappatura presso un luogo dove lei poi è andata a svolgere un'attività di volontariato. Devo dire che mi è piaciuto moltissimo questo piccolo percorso che è durato qualche volta perché ho capito come fosse funzionale in maniera semplice, efficace,

veloce e le risorse sono state gli utenti, veramente loro sono stati delle risorse preziosissime”.

Riconoscere all’utente competenze, capacità, autonomie comporta anche, per gli operatori, dare valore alla lettura che della realtà e dei propri bisogni danno gli utenti stessi.

“In quel momento della sua storia personale l’utente stava attraversando delle difficoltà” ricorda Nora “e, durante il gruppo mappatura del mercoledì aveva osservato: ‘Caspita, noi andiamo a mappare servizi per gli animali quando in realtà servono anche per gli uomini questi servizi. Per esempio posti dove andare a fare la doccia, dove andare a mangiare la sera’. Da lì le nostre riflessioni sono state ‘forse potremmo anche dirigerci anche verso questo tipo di risorse’. Da lì l’idea di andare a mappare dei servizi in città che offrirono beni di prima necessità, come un dormitorio o un emporio solidale ...”.

Dare valore alla lettura che della realtà e dei propri bisogni danno gli utenti stessi significa anche per gli operatori essere disponibili a riconoscere e accettare visioni eventualmente differenti dalle proprie. Daniela osserva, per esempio, come nella definizione delle priorità nelle risorse da mappare le opinioni di utenti e operatori a volte non coincidessero: “I pazienti ritenevano che avremmo dovuto mappare per prime situazioni di socializzazione oppure opportunità lavorative. Sempre. Mentre noi operatori magari guardavamo ad altro, pensavamo che ci fossero altri bisogni. Come, per esempio, quello del benessere clinico, per cui ci orientavamo a cercare risorse che garantissero quell’aspetto, il benessere psicofisico”. In questi casi la soluzione non è stata trovata per via gerarchica considerando le diverse opzioni come se fossero alternative (aut aut) e scegliendo quella proposta dal soggetto con maggior potere nel *setting* relazionale ma muovendosi piuttosto in una logica inclusiva (et et) rendendosi alla fine conto, come osserva sempre Daniela, che *“sul territorio una cosa non esclude l’altra”*.

Adottare un approccio improntato a una maggiore orizzontalità comporta dunque anche modificare i processi decisionali⁴. Conferma Simonetta, che opera in una struttura residenziale: *“Nella nostra Comunità alcune cose devono essere fatte in un certo modo e su questo non abbiamo possibilità di discussione neanche con l’ospite, tipo io alle 10 devo chiudere la porta di ingresso perché per indicazione alle 10 devo avere i pazienti nelle camere. Però ci sono altre cose che io posso decidere e condividere con loro. Per fare un esempio, una cosa veramente molto molto banale relativa al numero di caffè da bere in Comunità: in questo periodo di coronavirus i bar*

⁴ In proposito si veda Deegan P., Drake R.E., 2006.

erano chiusi, quindi abbiamo fatto una riunione con gli ospiti spiegando che non si poteva andare al bar e chiedendo secondo loro quale era il numero giusto di caffè che noi come Comunità potevamo dare nell'arco di una giornata. Se teniamo conto che avevo degli ospiti che bevevano anche 15 caffè al giorno, risulta evidente che è stato necessario un lungo lavoro di mediazione. Lo so che è una banalità ma la quotidianità è fatta di tante piccole cose banali. Quindi anche far assumere all'ospite la responsabilità che la scelta che fai non ricade solo su te stesso ma ha delle ripercussioni sul gruppo con il quale vivi è stato un bel passaggio. Per cui tutte le volte che ci sono dei cambiamenti da fare che riguardano le persone, mentre l'operatore prima diceva: 'Questa cosa la facciamo così', il rimando che adesso abbiamo imparato tutti a dare è: 'Ok, questa sarebbe la cosa più logica da fare. Facciamo un passaggio in riunione con gli ospiti, ne parliamo anche con loro e vediamo se ci sono dei suggerimenti diversi'. E devo dire che la grande soddisfazione degli ospiti è stata che alcuni suggerimenti che loro hanno dato sono poi stati accolti dall'équipe".

Ciò che è importante sottolineare è che in ogni caso la diversità, anziché essere percepita come un ostacolo, è stata trattata come, ed è così risultata essere, una opportunità. Questo anche all'interno di singoli gruppi mappatura. "Il gruppo" racconta, per esempio, Gabriella "era costituito da pazienti con caratteristiche estremamente diverse. Ed è stato molto interessante vedere quanto sia stato funzionale avere all'interno del gruppo una persona piuttosto rigida e piuttosto quadrata, per cui: 'Si va a fare quella cosa, punto stop'. E un'altra molto più intraprendente, più del tipo: 'Andiamo a vedere e vediamo cosa succede'. Cioè su due poli estremamente differenti ma entrambe molto funzionali al percorso di mappatura. Perché? Perché la persona più quadrata ci ha aiutato a definire degli obiettivi che fossero quelli e verso i quali dovevamo comunque mantenere uno sguardo, ed è stato estremamente utile. E la ringrazio ancora perché grazie alla sua fermezza siamo riusciti ad arrivare a quegli obiettivi. L'altra persona, più sull'onda 'Vediamo come butta. Ma sì, chiediamo lo stesso, anche se c'è chiuso noi telefoniamo lo stesso', quindi una intraprendenza un po' più da 'dilettanti allo sbaraglio'. Messe insieme queste due persone si sono rivelate proprio grazie alle loro diversità, alla loro collaborazione, alla nostra collaborazione, delle risorse eccezionali, una per un modo e l'altra per un altro".

Così come, peraltro, anche le differenze (degli sguardi sui fenomeni e delle competenze) e le interdipendenze reciproche tra gli operatori impegnati nell'azione si sono spesso risolte in un arricchimento comune e, integrandosi all'interno di un registro cooperativo, hanno prodotto un risultato

(una squadra di lavoro) superiore alla semplice somma dei singoli contributi: “Avevamo creato” dice Nora “questa sinergia, che spero si riprenda appena possibile, in cui Gabriella era la parte più creativa, più spontanea, mentre io ero più la parte ‘informatica’, più precisa, per cui se serviva una informazione si chiedeva sempre a me, lei invece era quella più capace di inventiva... in questo modo si era creata una ‘squadra’. Che funzionava molto bene”.

La diversa modulazione del rapporto operatore/utente ha rappresentato per molti un aspetto importante del percorso avviato con la mappatura. Osserva Gabriella ricordando la fase iniziale del lavoro in cui il mandato non risultava ancora molto chiaro: “la cosa si è molto, come dire, semplificata nell’incontrare i pazienti, cioè la crescita è avvenuta insieme a loro, ci siamo chiariti le idee vicendevolmente, che cosa potevo aver compreso io, qualche utente è stato propositivo, già da subito, dicendo: ‘Ah, si potrebbe venire da me, nel mio territorio’, qualcuno già proponeva dei luoghi fisici da valutare, da conoscere. Ecco per me la parte molto interessante è stata quella della costruzione del gruppo in cui abbiamo avuto modo di crescere un po’ insieme, operatori e utenti hanno collaborato fin da subito, anche con delle incertezze però è stato un passaggio fondamentale. Quindi non è che gli operatori avevano le idee chiarissime per cui si è strutturato il classico gruppo in cui gli operatori sanno bene che cosa fare, dove andare, che obiettivo porsi e fungono un po’ da, come dire, da coloro che tirano le fila all’interno di un gruppo. Secondo me questo è stato un gruppo interessante perché è nato diversamente dagli altri, cioè la crescita è avvenuta insieme. Quindi non c’era l’esperto che dovesse dare agli altri delle indicazioni precise, eravamo tutti interessati e siamo partiti insieme dall’interesse per il lavoro di mappatura e il territorio, le risorse, le possibilità, le opportunità del territorio”. In questo processo “non è cioè accaduto, come capita spesso, che in qualche modo gli utenti si affidano – come per esempio succede all’interno delle attività del Centro Diurno dove c’è l’operatore che gestisce il gruppo e c’è un consulente che funge da tecnico, quindi c’è il musicista per il gruppo musica, c’è l’informatico per il gruppo computer e quindi percepisci che gli utenti un pochino si affidano al sapere dei cosiddetti esperti di quella determinata materia o tema – in questo caso, ripeto, a me è piaciuto molto il fatto che siamo partiti tutti un po’ con l’incertezza magari del non avere capito bene come muoversi, con quali strumenti, come organizzarsi, però eravamo tutti sullo stesso piano e i pazienti hanno avuto la percezione che stavamo facendo una cosa nuova anche noi e questo rapporto di collaborazione (cioè il loro sapere era preziosissimo per noi e il nostro modo di spronarli era estremamente prezioso per loro) per

cui il gruppo mappatura è stato un gruppo dove i ruoli non sono stati così definiti, cioè l'operatore era 'motore di' ma anche il paziente era 'motore di', cioè poteva essere lui protagonista in quel momento, in quella sessione, in quella giornata perché aveva delle idee estremamente interessanti".

In questo modo il percorso è "risultato vincente" racconta ancora Gabriella "perché ci siamo dati una mano tutti insieme, collaborando, ognuno impegnato a strutturare e definire un percorso che avesse un senso, con degli obiettivi definiti ma definiti insieme... E ognuno in quel percorso era una risorsa" perché, come osserva Simonetta, "più si condivide più si produce, nel senso che più teste funzionano meglio di una testa sola".

Questa diversa modulazione del rapporto operatore/utente ha consentito anche lo sviluppo di momenti informali che hanno ridisegnato, ampliandolo, il perimetro comunicativo e relazionale: "Io ero contenta per quello che avevo sperimentato con loro" dice Giovanna "anche perché questo mi consentiva di vedere loro in contesti naturali, prima siamo andate a berci il caffè, ci siamo concesse un piccolo gineceo di commenti e battute come fanno tre signore al bar, quindi le distanze professionali e di ruoli lì erano assolutamente cadute". E "queste occasioni non solo ti permettono di vedere i pazienti, ma, mi viene anche da dire, di farti conoscere da loro in una versione comunque meno distanziata, meno formale".

Allo stesso modo Gabriella ricordando un'uscita di mappatura: "l'utente molto ligia al dovere mi dava della lazzarona perché io dopo un po' che camminavo ero stanca ma lei doveva arrivare, 'se avevamo detto 5 servizi, 5 devono essere, punto', mentre l'altra utente diceva: 'Ma scusate ragazze, fermiamoci a bere un caffè'. E io naturalmente: 'Ma certo fermiamoci a bere il caffè'. Il caffè non mancava mai nel senso che secondo me è stata una esperienza anche di opportunità per l'operatore di una conoscenza, fuori dai servizi, più approfondita, più vera, senza filtri, senza infrastrutture e bere il caffè con loro era estremamente piacevole, io mi sono, posso dirlo, divertita a fare questa esperienza, mi sono molto divertita". Così l'invito da parte di una persona che era stata intervistata ad assistere a una proiezione cinematografica serale diventa, sempre nel racconto di Gabriella, una preziosa occasione di condivisione extra-istituzionale: "è stata una serata piacevolissima, tra l'altro sono passata io a prendere la paziente, mi ha offerto il caffè, ho potuto vedere anche dove abita, cogliendo degli aspetti anche un po' più approfonditi sulla vita di una persona che seguiamo all'interno dei servizi".

Tutto ciò ha favorito anche una modificazione del **linguaggio** utilizzato: "Una cosa che necessariamente deve essere cambiata" osserva Laura "non so se fosse già così prima, però sicuramente è una condizione necessaria

adesso, è anche il linguaggio che utilizza l'operatore perché nel momento in cui un operatore si ritrova a confrontarsi, a parlare di salute mentale con la presenza di utenti necessariamente bisogna che l'operatore impari a scegliere, a utilizzare dei termini che non siano stigmatizzanti, che non facciano sentire l'utente giudicato, che non lo espongano". E sempre Laura: *"Mi viene un esempio rispetto a questo: ero uscita a fare una mappatura, eravamo io e un'utente, e nel momento in cui siamo arrivate sul posto e abbiamo incontrato la persona che dovevamo intervistare, questa ci ha detto 'Scusate, magari è tanto che state aspettando' E io: 'No, guardi' le ho risposto 'nel frattempo chiacchieravo con la mia collega', insomma ho utilizzato il termine 'collega'. In un momento successivo, al termine della mappatura questa signora, l'utente, quando eravamo rimaste da sole ha riportato con piacere il fatto che avessi scelto di utilizzare questo termine e mi ha ringraziato nel senso che mi ha proprio detto: 'In quel momento quando tu mi hai chiamato 'collega' davanti alle persone mi sono sentita veramente alla pari in questa cosa e mi ha fatto molto piacere, nel senso che mi sono sentita valorizzata'. In quel caso le ho detto: 'Guarda, sinceramente avrei fatto fatica a utilizzare termini diversi nel senso che comunque eravamo lì insieme con un mandato, hai fatto più mappatura di me, di fatto non so come altro avrei potuto definirti'. E lei mi diceva: 'Va be', avresti potuto dire la paziente'. 'Ma no, sinceramente non mi sembrava il caso'. Per tanti motivi, per questioni di sensibilità, per questioni di privacy, per questioni di contesto, per tanti motivi, 'collega' mi è sembrato comunque il termine giusto".*

Esperienza condivisa anche da Enrica: *"L'operatrice si è presentata e ha presentato noi come sue collaboratrici. Non ha detto: 'Queste sono due utenti del CPS', no, ci ha presentato come sue collaboratrici".* E se è vero che le parole non solo descrivono e traducono ma contribuiscono a 'fare' le realtà sociali, a crearle, l'apertura del linguaggio qui richiamata sembra alludere a una analoga apertura e plasticità, identitaria e relazionale, che può essere considerata come un ulteriore vantaggio prodotto dall'esperienza di mappatura.

Il che non significa, ovviamente, annullare le differenze tra operatori e utenti quanto piuttosto impegnarsi, ogni qualvolta ciò sia possibile, per ridurre i dislivelli di potere che a tali differenze tendono ad accompagnarsi.

Senza temere che "cedere potere sia un cedimento di professionalità" in quanto cedere potere può rappresentare al contrario la premessa per lo sviluppo di un modo diverso, più sofisticato ed efficace, di intendere la professionalità, orientato a sostenere e potenziare le capacità di *agency* degli indi-

vidui e delle comunità più e oltre che alla erogazione di prestazioni ‘riparative’.

Il tutto in un equilibrio complesso in quanto il professionista *empowering*⁵ deve essere attento a non soffocare le possibili azioni degli altri attori “agendo al posto loro con il pretesto di fare meglio oppure semplicemente perché non si rende neppure conto che tali risorse ‘altre’ esistono o potrebbero esistere”. Ma ugualmente deve essere attento a “non lasciarle in balia di carichi pesanti e ingestibili, senza una adeguata riflessione di fronteggiamento” (Folgheraiter F., 2006, pp. 163-164).

Il che, detto in altri termini, significa che una diversa modulazione del rapporto operatore/utente non comporta per gli operatori abdicare alle responsabilità del proprio ruolo.

Giovanna lo evidenzia molto chiaramente: “*il ruolo dell’operatore è importante perché io non credo che dire: ‘Andate da soli perché siete in gamba, se viene l’operatore siete meno in gamba’, no, l’operatore ha proprio quel ruolo di stare dietro le righe, di permettere agli utenti di sperimentarsi, ma anche di proteggere nel momento in cui si percepiscono delle difficoltà.*”

Io non ho mai pensato di dover andare con le signore perché loro non erano in grado ma piuttosto per proteggerle davanti alla eventuale diffidenza di un contesto sociale ancora un po’ immaturo. Perché purtroppo lo stigma c’è, un po’ di pregiudizio c’è... e non sempre la società è pronta ad aprirsi se sente ‘Arrivo dalla psichiatria’. Se sente ‘Arrivo dalla psichiatria’ ed è presente un operatore – fosse anche il meno competente, il meno preparato – le cose, parliamoci chiaro, sono diverse, perché l’impatto sociale dei ruoli è ancora importante per rompere il ghiaccio e farsi conoscere”.

Questo ruolo di facilitatore nell’incontro con l’esterno può essere svolto dall’operatore anche in un altro modo. Può accadere, infatti, come ricorda Giovanna, che “*il paziente ci segnali delle situazioni nelle quali un po’ di desiderio di avvicinarsi c’è ma che magari non è in grado in modo autonomo di avvicinare spontaneamente. Quindi forse è un modo un po’ indiretto per dire: ‘Aiutatemi che voglio conoscere quella realtà lì perché mi piacerebbe approdarci’”.*

⁵ Sul tema dell’*empowerment*, e dell’*empowerment* nell’ambito della salute mentale, si vedano tra gli altri: Piccardo C., 1995; Bandura A., 2000; Barnes M., Bowl R., 2003; Dallago L., 2006; Straticò E. 2008; Buggiani C., Castagnoli S., Giaccherini S., 2009; Marcenaro M., 2013; Tambuyzer E., Pieters G., Van Audenhove C., 2014; Laverack G., 2018; Magliano L., 2019.

O in altri casi, con un discrimine che, come già accennato e come richiamato di seguito, deve essere di volta in volta ponderato, l'operatore può trovarsi, come osserva Tatjana, a dover *“un po' incentivare le persone perché se no la proposta si disperde, se no è come offrire a uno un'acqua che scorre, se tu non ti alzi a prenderla, può scorrere finché vuole”*.

Ovvero, come sintetizza Silvia, è necessario *“spronare gli utenti, stimolarli ma allo stesso tempo anche lasciarli comunque liberi e rispettarli nelle loro difficoltà e nelle loro resistenze”*. A questo cambio di passo si accompagna anche, di conseguenza, un cambiamento nelle proposte che vengono formulate non più agli utenti ma con gli utenti e che devono caratterizzarsi per flessibilità e personalizzazione (ciò che è utile a quell'utente in quel momento) anziché seguire percorsi standardizzati e predefiniti.

Osserva Nora al proposito: *“Potrebbe essere che uno stesso utente ha bisogno in un determinato momento del gruppo cineforum e in uno step più avanzato delle uscite di mappatura, questo probabilmente è il pensiero che gradualmente dovrebbe entrare anche negli operatori di salute mentale”*.

Conferma Enrica questa visione processuale: *“Be' è un percorso che bisogna fare, io ho dovuto farlo, per arrivare alla mappatura, cioè io non so, se non avessi avuto le basi prima, se sarei arrivata alla mappatura. Perché l'inizio del percorso è stato un modo per ridarmi di nuovo fiducia in me stessa, sapere che comunque ero in grado ancora di fare qualcosa, ero in grado ancora di stare in mezzo ad altre persone, in compagnia di altri utenti, conversare con altri utenti e poi è arrivata la mappatura. Però se non viene fatto il percorso prima è difficile che uno possa essere predisposto ad andare a mappare. Io non so come si sono comportati altri utenti mentre stavano facendo la mappatura, se per loro è stata una opportunità, se è stato un modo per uscire e fare quattro passi e lasciavano parlare solo l'operatore e loro non interagivano con nessuna domanda, non so... quello che posso dire sulla base della mia esperienza è che comunque ci sono diverse tappe da fare prima di arrivare alla mappatura e poi, in un secondo momento, usufruire delle opportunità che attraverso la mappatura vengono conosciute”*.

Dello stesso parere Roberto: *“Da parte degli utenti abbiamo assistito a una adesione soprattutto delle persone che avevano già avuto, come posso dire, un esito positivo degli interventi e del rapporto che avevano avuto con noi, nel senso che ho presente bene alcune situazioni, alcune esperienze, alcune evoluzioni che ci sono state nel percorso delle persone e che le hanno portate a essere sensibili rispetto a questo argomento, ad attivarsi per approfondire la risorsa e anche a pensare che questo lavoro potesse essere utile anche per le altre persone che afferiscono al servizio”*.

Con lo stesso intendimento Giovanna racconta di aver fatto le riunioni di mappatura all'interno della sala da pranzo della CRA⁶ perché *“questo serviva proprio anche ai pazienti che magari nella fase di malattia che stavano attraversando non erano interessati alla mappatura, perché avevano maggiormente bisogno di ritrovare una certa dimensione, una certa tranquillità per cui tendevano a uscire il meno possibile o comunque a farlo non da soli perché scattavano delle paure. Però mi piaceva l'idea che loro vedessero che si stava comunque facendo qualcosa che in una fase magari successiva del loro stare avrebbe potuto essere utile anche a loro”*.

L'attenzione ai bisogni degli utenti, la personalizzazione delle risposte deve prevalere anche sul desiderio degli operatori di proporre attività magari rilevanti e innovative ma non appropriate per quell'utente in quel momento. Osserva al riguardo Giovanna: *“Se il paziente non è pronto, è inutile che io gli insegni la mappatura. Se ha bisogno di stare rintanato perché è ancora in una fase scompensata o perché è ancora in una fase di fragilità, che senso ha? Solo perché devo sperimentare? Perché devo fare un'azione finalizzata al progetto? Ecco per me quello non è molto efficace per il paziente, e anche un po', professionalmente ed eticamente, poco corretto, da parte mia”*.

E aggiunge: *“Io penso che noi siamo lì per offrire degli stimoli ai pazienti in base alle necessità che hanno, in base al loro grado di recovery. Poi comprendo che nei progetti ci sono degli step obbligati perché ci sono delle scadenze e tutto, però bisogna anche saperli declinare negli ambienti giusti coi tempi giusti, rispettosi delle persone su cui ricadono poi gli effetti di certe azioni”*.

Un altro aspetto che evidenzia un cambio di direzione è dato dal fatto che la proposta veicolata attraverso la mappatura punta non tanto e non solo alla erogazione di una prestazione, ovvero alla realizzazione di un prodotto (una nuova attività riabilitativa o risocializzante), quanto anche e soprattutto alla attivazione di un processo. In questo senso centrale è la trasmissione di un approccio e di un **metodo** che l'utente potrà poi utilizzare anche in altri contesti. Osserva Simonetta: *“l'acquisizione di un modello operativo diventa poi generalizzabile per fare altre cose. Per esempio: ‘devo andare all'Ufficio delle Entrate per fare questa cosa’. ‘Ok, cosa avete fatto l'ultima volta?’ ‘Abbiamo cercato il numero su internet, abbiamo visto gli orari di apertura”*. Il processo avviato attraverso la mappatura *“ha dato metodo. Cioè, più e oltre che i vantaggi sulle realtà che abbiamo mappato,*

⁶ Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza.

è il metodo che abbiamo utilizzato per fare questo lavoro che ha dato degli strumenti alle persone”.

In questo senso esso ha anche ampliato l’orizzonte delle scelte possibili. Osserva sempre Simonetta: *“Con questa modalità mi sembra che le persone dicano: ‘Ho bisogno di una cosa. Posso fare così, così o così’. E questo non solo le persone che hanno direttamente partecipato all’azione, perché credo che esista anche una sorta di effetto domino. Stando qui tante ore al giorno, a volte sento, infatti, gli ospiti che parlano tra di loro: ‘Ma no, perché non provi a far così?’. Quindi ha dato più flessibilità mentale, operativamente e umanamente parlando. Cioè prima c’era un problema, si pensava una soluzione, adesso c’è un problema si pensano più possibili soluzioni. È come se avessimo dato degli strumenti per ampliare la capacità di problem solving”.*

Concorda Giovanna: *“Acquisire un metodo, questa era la cosa importante, poi che fossimo a Brescia, che fossimo a Borgosatollo, che fossimo in qualunque altro Comune non era rilevante. Per me era importante passare loro il messaggio che il territorio ti può nuovamente accogliere perché è lì che tu devi vivere ed è lì che bisogna trovare strategie e modalità efficaci di interazione”.*

Da non trascurare il fatto che anche in questo caso si è trattato di un processo di apprendimento che ha riguardato gli utenti ma prima ancora ha coinvolto gli operatori.

“A me personalmente” osserva Daniela *“è piaciuto molto questo aspetto: che c’era un metodo, un governo, una raccolta dei dati. Era un progetto formalizzato, non fatto tanto per, di cui poi non rimane traccia”.* *“Quello che riportavano le persone che lavoravano all’interno del gruppo è che spesso avere una buona metodologia, un buon metodo è molto di aiuto”* aggiunge Simonetta. *“Gli operatori hanno utilizzato un metodo e il metodo lo hanno sentito loro, cioè non lo hanno sentito come una cosa calata dall’alto, come una cosa imposta ma come una cosa funzionale all’obiettivo che dovevano raggiungere”.*

2. Criticità che il progetto ha incontrato nella sua realizzazione

Naturalmente gli aspetti positivi evidenziati non annullano le criticità che hanno accompagnato lo sviluppo dell’azione. Tra queste, più interviste hanno segnalato la presenza di un certo scollamento tra chi ha partecipato in prima persona al progetto, costruendolo attivamente durante il percorso, e chi ne è rimasto un po’ ai margini facendo fatica a cogliere che non si

trattava, per usare le parole di Laura, “di un progetto con finalità puramente accademiche” ma piuttosto di “un progetto che davvero mette a disposizione degli strumenti, davvero vuole produrre cambiamenti all’interno dei servizi, ma dei cambiamenti che non sono solo fatica per gli operatori ma sono anche vantaggio”. “Capita” aggiunge Laura “di sentire ancora operatori che dicono: ‘Ma io non capisco a che cosa serve questo progetto, non capisco che cosa mi dà’, operatori che lo vivono come una fatica, un peso, per cui questa secondo me è la parte critica, cioè il fatto che non si riesca a fare questo passaggio, per cui si fatica ancora a vedere i vantaggi che questo progetto, queste azioni possono dare agli utenti innanzitutto e, in seconda battuta, se volessimo proprio immaginare l’operatore che lavora diciamo al minimo regime, cioè quindi con la minima fatica, anche per quel tipo di operatore di fatto un progetto di questo genere non è solo un carico di lavoro in più ma anzi può essere vantaggioso proprio anche in termini di riduzione del carico di lavoro. Questo nel senso che comunque nel momento in cui gli obiettivi e gli strumenti vengono definiti insieme all’utente, di fatto il carico di lavoro per l’operatore diminuisce perché è vero che dedichi più tempo alla condivisione, alla coprogettazione, però poi il raggiungimento degli obiettivi per l’utente, con l’utente, comunque è facilitato perché essendo degli obiettivi suoi personali – e non degli obiettivi dell’operatore come a volte in realtà è – l’utente si trova nella condizione di attivare delle risorse personali, di avere un livello di motivazione diverso, di lavorare in un modo diverso perché di fatto sta lavorando per se stesso, per quello che gli interessa. Questi sono aspetti che gli operatori, alcuni operatori fanno ancora fatica a cogliere. Vedono il fatto che magari devono dedicare 40 minuti di colloquio per la stesura della Recovery Star, altri 40 per la definizione degli obiettivi e degli strumenti e magari uno spazio in più per partecipare a una riunione che sia di mappatura, che sia dei percorsi, che sia di un altro genere, vanno a quantificare quel tempo come un carico di lavoro in più mentre di fatto è tutto tempo che viene poi, parlando proprio in termini egoistici, risparmiato dall’operatore su periodi successivi e parlando invece in termini più etici mette l’utente nella condizione di riuscire a raggiungere degli obiettivi suoi personali di vita in un modo diverso rispetto al metodo classico nel quale è l’operatore che decide qual è l’obiettivo della persona, per cui nella realtà spesso l’obiettivo dopo anni continua a essere quello perché di fatto alla persona non interessa”.

Queste considerazioni mettono in luce come il problema sia duplice. Da un lato certamente un problema di risorse: “auto per spostamenti, risorse sulla tecnologia informatica”, sottolinea Francesco e soprattutto, come hanno evidenziato diversi operatori, risorse di tempo. Organici spesso ridot-

ti, incombenze, anche burocratiche, in aumento, carichi di lavoro elevati non facilitano l'assunzione di nuovi compiti e di nuovi approcci: *“Se devi seguire 30 o 40 pazienti ritagliarsi il tempo per uscire con una sola persona non è semplice”* osserva Nora. Conferma Roberto: *“da parte di qualcuno non c'è proprio il tempo per riuscire a essere presenti in questa esperienza pur riconoscendone il valore”*. Ciò ha comportato che per gestire i nuovi compiti si siano spesso dovute eliminare altre attività: *“Ho dovuto inserire la mappatura come nuova attività all'interno di un pacchetto che era standardizzato da anni e tutte le attività che si facevano erano, come dire, ripetitive”* dice Daniela *“e ho dovuto infilare, proprio infilare, questa togliendone delle altre”*. O, peggio ancora, che si sia dovuto aggiungere un tempo dedicato in un'agenda in cui le attività abituali non potevano essere modificate né tanto meno ridotte con il rischio, perlomeno nell'immediato, di un aumento non irrilevante del carico di lavoro.

Dall'altro lato però, non meno importante, un problema culturale: *“Punto critico è quello di motivare”* osserva Francesco *“trasmettere a più operatori l'utilità di questa azione. Non parlo di tutti, perché non ha senso generalizzare, diciamo che alcuni operatori sono più sensibili, altri ruotano a maggiore distanza da questo, come se il lavoro della mappatura fosse un impegno ulteriore, un aggravio ulteriore o fosse già tutto detto, già tutto conosciuto quando in realtà il portare la voce e far uscire queste risorse, le risorse dagli utenti stessi ci offre un mondo di cose che probabilmente non abbiamo visto o non vediamo in maniera completa”*.

Sarebbe cioè necessario, conferma Silvia, *“far sentire tutto il servizio coinvolto”*, cosa che ancora non è: *“Anche se durante le équipes del nostro servizio ho sempre riportato ciò che abbiamo fatto in mappatura, resta comunque difficile riuscire a coinvolgere tutti gli operatori”*.

Le criticità di questo processo di disseminazione culturale sono, o possono essere, anche legate a vissuti di impotenza, di rassegnazione che, come nota Francesco, *“a volte si respirano nei servizi”* e che si traducono in *“un discorso sull'impossibilità di cambiare le cose che ritorna spesso e che si esprime in: ‘Tanto, va be’, rimane tutto uguale”*.

O al fatto che a volte progetti, anche potenzialmente trasformativi, risultano un po' calati dall'alto: *“Io credo”* afferma Giovanna *“che i progetti devono essere una coperta non un macigno che cade su una quotidianità operativa che comunque è già complessa perché dire che non è complessa non è vero. Dire che bisogna starci dentro è altrettanto faticoso perché alla fine non si lavora più sulla motivazione e allora davvero penso che il cambiamento sia più difficile da attivare perché si finisce con il lavorare sul ‘dobbiamo farlo per forza perché altrimenti non arrivano i soldi, non si rispet-*

tano gli step e tutto il resto'. Sì, ma se il paziente non è pronto, se l'equipe non è pronta, diamoci delle opportunità, facciamola nostra questa nuova modalità operativa perché altrimenti il rischio secondo me, e non so come è a questo livello ad oggi, è che si fa per dare dei dati, non perché si crede nell'utilità di quello che si sta facendo, perché si sta educando a un nuovo modo di vivere".

O ancora le criticità possono essere legate, come rileva Francesco, alla *"difficoltà a crederci da parte dell'istituzione più ampia, il credere, sì, che si possa fare la differenza, con questa azione e con il progetto"*.

E al fatto che l'esito dei processi che queste azioni innescano non è immediatamente visibile perché, come dice Nora, si tratta di *"un processo molto lento, come tanti altri processi all'interno della salute mentale, che non è come l'antibiotico che ti fa passare la febbre e l'infezione"*.

3. Sfide per il futuro

Il passaggio che attende ora il progetto è in primo luogo quello di riuscire a capitalizzare quanto prodotto finora. Ciò significa dare seguito all'azione e, compatibilmente con i limiti e i vincoli imposti dalla pandemia, diffondere i risultati (le mappature delle diverse realtà territoriali) e promuovere la fruizione da parte di utenti, operatori, familiari delle risorse individuate.

Secondariamente sarà necessario lavorare alla manutenzione e alla cura delle reti attivate.

Proprio perché le risorse non sono qualcosa di fisso e immutabile, dato una volta per tutte, e in considerazione del fatto che il capitale sociale è un bene che, se non mantenuto e alimentato attraverso un'azione condivisa e intenzionale, può disperdersi e/o estinguersi, è importante un aggiornamento costante che verifichi il funzionamento delle reti, le supporti e, se necessario o opportuno, ne riattivi le congiunzioni, ne ricucia gli strappi. O, al contrario, qualora le reti, o alcuni dei loro nodi, non fossero più disponibili o funzionali agli obiettivi individuati, indichi il cambiamento intervenuto nella mappa delle risorse così da garantire che questa sia sempre corrispondente alla effettiva offerta di opportunità presenti sui territori.

In questo senso la fotografia dell'esistente ottenuta grazie al lavoro di mappatura è certamente un punto di arrivo e un risultato in sé ma al tempo stesso è anche solo la premessa necessaria perché si sviluppi e si mantenga nel tempo una interazione flessibile e generativa con l'ambiente.

Da ultimo, ma in realtà condizione primaria, la sfida cruciale che il progetto (come peraltro sempre ogni progetto innovativo, ogni sperimentazione) dovrà affrontare sta nella capacità che dimostrerà, o meno, di durare – ed evolvere – oltre la durata programmata e finanziata con risorse (anche in termini di personale dedicato) ad hoc.

Saranno sufficienti per raggiungere questo esito gli apprendimenti sperimentati da coloro che hanno partecipato all'azione?

Sappiamo che i cambiamenti che restano confinati nell'ambito dell'esperienza del singolo, o di pochi, sono volatili, e di per sé non necessariamente si radicano nell'organizzazione diventando patrimonio di quest'ultima.

Perché questo accada è indispensabile che le acquisizioni personali e professionali dei singoli individui agiscano come ponti e sappiano innestare nelle routine quotidiane il frutto delle esplorazioni condotte in territori diversi da quelli consueti (Bifulco L., 2002).

Processo per nulla scontato: non sempre le voci hanno pari accesso al discorso organizzativo (alcune, per esempio per motivi gerarchici, possono infatti essere dominanti) e chi esplora ambiti poco frequentati o poco rivendicati/riconosciuti potrebbe rimanere inascoltato o non riuscire a contrastare le eventuali inerzie e resistenze al cambiamento dei sistemi al cui interno opera.

Non solo, potrebbe essere richiesto alle nuove attività che si vuole importare nel regime ordinario e rendere strutturali di documentare la loro 'efficacia nella pratica'.

In una sanità managerializzata la capacità di rendicontare l'uso che viene fatto delle risorse e di dimostrare la vantaggiosità, in termini costi/benefici, delle strategie operative adottate è particolarmente pressante per servizi, quali quelli psichiatrici, 'deboli' sotto il profilo produttivo, che devono pertanto convincere le direzioni, regionali e aziendali, a spostare fondi a loro favore senza poter utilizzare come argomento la mera convenienza economica delle allocazioni.

Fanno parte, infine, della capacità di durare ed evolvere oltre la durata programmata anche altre due condizioni che rientrano nel *set* di requisiti identificativi delle 'buone pratiche' (ISFOL, 2004; Carrà Mittini, 2008) alle quali ci sembra che l'azione di mappatura possa decisamente essere ricondotta, ovvero: la riproducibilità, riferita alla potenzialità degli interventi di essere replicati in contesti analoghi (cioè in altri ambiti territoriali dei DSMD⁷ coinvolti o in altri DSMD) e la trasferibilità, riferita alla potenziali-

⁷ Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.

tà degli interventi di essere replicati in contesti diversi, cioè non solo in altri DSMD, regionali e non, che non hanno partecipato al progetto ma anche in ambiti completamente differenti. Si pensi, al riguardo, alla scarsa conoscenza, testimoniata da numerose ricerche⁸, che le persone anziane hanno delle risorse, formali e informali, presenti nei loro contesti di vita. Un'azione analoga a quella qui descritta potrebbe rendere tali risorse visibili e fruibili e in tal modo migliorare la risposta ai bisogni della popolazione o, sul versante opposto, rendere evidenti le carenze di un determinato territorio. Non solo, essa potrebbe anche accrescere le risorse disponibili integrandole con le competenze di cui molti anziani sono portatori, raggiungendo in questo modo il duplice scopo di incrementare i beni collettivi e di agire in funzione preventiva rispetto ai rischi di isolamento dal circuito vitale della società a cui gli anziani, così come gli utenti dei servizi psichiatrici, possono andare incontro.

Si tratta evidentemente di sfide impegnative e di lungo corso. *“Io non vedrò la fine di questo processo, nel senso che siamo all'avvio di un processo, vediamo anche la legge Basaglia quanti anni ha e siamo ancora comunque qua...”* considera una delle operatrici intervistate riferendosi al cambio di prospettiva auspicato.

Ma, come afferma l'intervistatrice: *“Forse non bastano i tempi del progetto, però intanto si semina”*.

Senza scordare che, in fondo, niente è più basagliano, come ricorda Saraceno (2017, p. 52) di un lavoro di *“trasformazione instancabile della realtà”* che *“non cristallizzi il discorso in un modello operativo di semplice ingegneria istituzionale ma accetti di impegnarsi nel progetto di una civitas (di una cittadinanza, di una civiltà) in costante mutazione”*.

⁸ Tra le più recenti: Pasquinelli S., Assirelli G., 2021; Civalenti G., 2021; Pasquinelli S., Assirelli G., Pozzoli F., 2022.

Conclusioni e prospettive

di Maria Cacioppo e Mara Tognetti

Da una intervista condotta nel 2020, a circa metà del percorso:

MT: Lei ha mai immaginato, pensato al processo di mappatura a progetto finito ?

L: *Penso che l'obiettivo di questo progetto sia comunque quello di fornire degli strumenti, che entrino poi nella routine del servizio, dei servizi. Per cui di fatto poi dipende sempre, secondo me, da come riusciamo a far passare all'interno del servizio, appunto è un po' il discorso che facevo prima, cioè non stiamo facendo le mappature perché ce lo dice il progetto, stiamo facendo le mappature perché lo riteniamo uno strumento utile e quindi continueremo a utilizzarlo. Probabilmente, secondo me, per quello che ho condiviso con alcuni operatori, alcuni operatori che stanno facendo le mappature continueranno a farlo alla fine del progetto ma perché lo hanno sperimentato e lo ritengono uno strumento comunque utile e importante che va a risolvere alcuni problemi che prima potevamo incontrare e va a semplificare comunque. L'obiettivo sarebbe, dal mio punto di vista, riuscire a far sì che comunque tutti gli operatori lo colgano in questo senso. E quindi, ecco, la mappatura, secondo me, appunto questo è uno strumento che alcuni operatori continueranno a usare come usano altri strumenti che ritengono utili e di fatto così dovrebbe essere, che entri nella routine.*

Una delle questioni che si è posta fin da subito nella progettazione della mappatura dinamica delle risorse è stata quella della sua continuità a progetto finito. L'obiettivo di adottare metodologie e strumenti leggeri era strettamente legato al fatto che solo attività condivise, piacevoli e semplici

nella loro procedura avrebbero potuto essere incorporate nella pratica quotidiana.

Certamente anche l'utilità di una attività per gli operatori e per gli utenti costituiva un elemento importante per la continuità del processo ma solo se il suo meccanismo di gestione non avesse richiesto pratiche e procedure onerose e aggiuntive agli operatori.

Alla fine di questo lavoro di descrizione e ricostruzione del processo di mappatura dinamica prima, durante e dopo il Covid-19 ci sembra dunque importante sottolineare come tale processo sia stato nel suo declinarsi molto legato, oltre alla metodologia leggera e flessibile, alle ulteriori generatività create dall'agire degli operatori, dei familiari e degli utenti, ma anche alla sensibilità stessa delle risorse sul territorio a farsi coinvolgere e a mettersi in gioco.

Un processo quello della mappatura dinamica delle risorse che è stato alimentato e arricchito anche con prodotti non ipotizzati in partenza, video, interviste a distanza, sistema di archiviazione delle opportunità, anche in risposta alla pandemia che oltre a richiedere un riposizionamento dei servizi e del loro operare ha comportato una riflessione continua su come procedere nel processo di mappatura ma anche di manutenzione delle opportunità oltre ovviamente a come tenere attivi i gruppi di mappatura.

Ci pare di poter sottolineare che la mappatura dinamica delle risorse ha consentito di liberare quella capacità creativa dei diversi attori che solitamente è controllata da una procedura operativa forse eccessivamente standardizzata in salute mentale.

Un ulteriore elemento di riflessione in sede di conclusioni è dato dal fatto che "altri tipi di mappatura" hanno finalità solo apparentemente simili alla *mappatura dinamica delle risorse* ma ciò che è completamente diverso oltre al tipo di processo che la mappatura dinamica delle risorse richiede vi è quella dell'attivazione dei pazienti. Aspetto ben colto e descritto nei capitoli (Bolis e Ruggeri *ivi*) in cui alcuni operatori riferiscono di come in precedenza si erano trovati a sperimentare "altri tipi di mappatura". Così come risulta fondamentale la manutenzione dell'opportunità affinché sia una risorsa che oltre a essere usata al presente da quel particolare utente, sia una risorsa che resta a disposizione per altre occasioni senza perdere le sue valenze positive anche se in standby.

E infine ci pare utile sottolineare che ciò che abbiamo sperimentato e applicato in salute mentale è una metodologia ampiamente esportabile in altri ambiti e ci auguriamo che questo testo favorisca proprio un processo osmotico verso altri ambiti. Molti altri gli aspetti e le potenzialità attivate dalla mappatura dinamica delle risorse (si veda i capitoli 10 e 11 *ivi*) ma anche

le criticità che una sperimentazione pur innovativa, coinvolgente, incontra nel momento in cui essa diventa un'attività in più per gli operatori all'interno dello stesso orario lavorativo e dovendo rispettare tutti i carichi operativi e organizzativi già in carico¹.

Crediamo che in prospettiva la mappatura dinamica delle risorse sia un'attività che meglio risponde ai bisogni di aspirazione, protagonismo, autonomia e di gestione del proprio tempo per gli utenti, ma solo se questa attività la si inserisce da subito nel processo di presa in carico dei pazienti da parte dei servizi. Così come può diventare strategica se essa va a collocarsi nel progetto personalizzato di quello specifico utente e non come accessorio che ogni tanto può essere attivato.

Radicalamento e prospettive

Il processo di mappatura dinamica delle risorse che abbiamo descritto in questo testo non è stato solo un bell'esperimento progettuale ma ha trovato una sua concretezza e una sua continuità come attività specifica, fra le altre, all'interno del CoLab di Brescia (Spedali Civili) finanziato dalla Regione Lombardia.

¹ La ricostruzione di questa esperienza ha consentito naturalmente di cogliere elementi di rigidità, di difficoltà, oltre che di potenzialità, all'interno dei servizi; elementi che in modo deliberato abbiamo scelto di non tematizzare per lasciare tutto lo spazio di riflessione sul processo di mappatura dinamica delle risorse.



Vista sull'esterno dalla stanza del Gruppo Mappatura – CoLab di Brescia

Non solo l'attività prosegue con un suo spazio fisico dedicato in cui continuano a ritrovarsi alcuni utenti e alcuni operatori che hanno partecipato ai tre anni di sperimentazione della mappatura², ma altre attività si sono innestate e generate da essa:

- la programmazione di un corso ECM sulla metodologia della mappatura dinamica in salute mentale,
- le risorse mappate e attivate nel corso del triennio hanno contribuito a costruire il nuovo catalogo dei corsi FOR che l'equipe di salute mentale ha programmato per il prossimo anno
- con alcune risorse mappate e attivate, gli operatori del servizio di salute mentale hanno partecipato a bandi competitivi per nuovi progetti: le risorse e il servizio sono diventati partner in una nuova "avventura"-

Infine un utente, che ha voce all'interno di questo volume ha recentemente partecipato al convegno CoPro 2022 in Canada (presso McMaster

² A chiusura del progetto (marzo 2022), quindi al termine del triennio, le risorse mappate e attivate erano 61, cui a settembre 2022 se ne erano aggiunte altre quattro.

University -Co-Design VP Hub, <https://codesign.mcmaster.ca/copro-2022/introduction-to-copro-2022/>) in cui ha presentato la sua esperienza.

Un processo dunque che non solo continua ma amplia la sua forza di attivazione delle risorse, sempre mantenendo come obiettivi prioritari il coinvolgimento di operatori e servizi affinché nuovi pazienti possano riconoscersi nelle proposte offerte dalla mappatura, e la convinzione che il luogo fisico necessario e auspicabile per la coprogettazione (il CoLab a Brescia, altri luoghi e tavoli nelle realtà locali), sia soprattutto un punto di partenza per i territori di vita dei pazienti.

Bibliografia di riferimento

- AAVV (1999), “La partnership nel lavoro sociale”, *Quaderni di Animazione e Formazione*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- AAVV (2004), *Interventi di rete nel servizio sociale territoriale. Percorsi di rete e formazione*. Formazione e Servizi – Quaderno n. 7, Provincia di Brescia, Assessorato ai Servizi Sociali.
- Aked J., Marks N., Cordon C., Thompson S., (2008), *Connect, be active, take notice, keep learning, give... Five ways to wellbeing*, Centre for well-being, NEF (New Economics Foundation).
- Albanesi C., Migani C. (2004), *Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale*, Carocci, Roma.
- Aldridge, J.(2014), *Participatory Research: Working with Vulnerable Groups in Social Research*, SAGE Publications Limited, London.
- Altpeter M. MSW, MPA, Schopler J. H. MSW, PhD., Galinsky M. J MSW, PhD & Pennell J. MSW, PhD (1999), “Participatory Research as Social Work Practice. When Is It Viable ?”, *Journal of Progressive Human Services*,10:2, 31-53, DOI:10.1300/J059v10n02_04.
- Aluffi Pentini A.,(2001) *La ricerca-azione, motore di sinergia tra teoria e prassi*, Pitagora, Bologna.
- American Psychiatric Association (2005), *Position Statement on the use of the concept of recovery*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Antonovsky A. (1996), “The salutogenic model as a theory to guide health promotion”, *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Anthony, W., (1993), “Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s”, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- APS (2020), *Sviluppare pensieri per apprendere dall’esperienza*, in Studio APS, <http://www.studioaps.it/ricerche-anno-2020/279-individui-gruppi-e-organizzazioni-di-fronte-all-emergenza.html> (consultato 14-6-22).
- Asquini G.(a cura di) (2018), *La Ricerca-Formazione. Temi, esperienze e prospettive*, FrancoAngeli, Milano.
- Bandura A. (2000), *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento.

- Barnes M. (1999), *Utenti, carer e cittadinanza attiva. Politiche sociali oltre il welfare state* Erickson, Trento.
- Barnes M., Bowl R. (2003), *Empowerment e salute mentale*, Erickson, Trento.
- Barsanti S., Longo F., (2021), *Community building: logiche e strumenti di management, Comunità, reti sociali e salute*, Egea, Milano, (open access).
- Bertini M., (2008), Atti XII Conferenza Rete Italiana HPH, Milano, 16-18 Ottobre.
- Bertolo et al. (2009), *Disagio psichico, servizi e comunità. Racconti e riflessioni da una ricerca empirica*, Rapporto di ricerca. Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. onlus, http://musei.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=e778076e-c50f-498a-92db-4509a6ec9515&groupId=10793 (consultato il 14-6-22).
- Berzano L., Cottino S., Dormetta D., Moreggia U., Valletti M. (1989), “Reti sociali e disagio psichico. Indagine sulle caratteristiche di “social networks” di utenti dei servizi psichiatrici torinesi”, *Psichiatria Informazione*, n. 2.
- Biazzi G., Chiaf E. (2017), *La mappatura dell’offerta di welfare della città*, Documento a cura dell’Agenzia Conoscenza e Innovazione – Progetto “Welfare – Città del Noi”, consultabile on line <https://www.slideshare.net/BSdelNOI/come-mappare-il-welfare-di-una-citt> (consultato il 14-6-22).
- Bifulco L. (2002), *Che cos’è una organizzazione*, Carocci, Roma.
- Bortoli B., Folgheraiter F., (sd), “Empowerment”, voce di Dizionario in *Lavoro sociale, Quadrimestrale di metodologia e culture professionali*, Appunti e Idee Documentazione scientifica per la formazione degli Educatori dei Centri di ascolto, <https://rifugiati politici.wordpress.com/parole-chiave/empowerment/> (consultato 14-6-2022).
- Bortoletto N. (2016), “Participatory action research in local development: an opportunity for social work”, *European Journal of Social Work*, DOI:10.1080/13691457.2016.1188770.
- Bourdieu P. (1980), *Questions de sociologie*, Editions de Minuit, Paris, France.
- Bourdieu P.(1986), “The forms of capital”, in Richardson J. (Ed.), *The Handbook of Theory: Research for the Sociology of Education*, Greenwood Press, 1986, pp. 241-258, New York.
- Brunod M., (2004), “Aspetti metodologici nella progettazione partecipata”, *Animazione sociale*, supplemento al n 1, poi in *Spunti* n. 9 – Studio APS Analisi PsicoSociologica.
- Buggiani C., Castagnoli S., Giaccherini S. (2009), “Riduzione dello stigma e promozione dell’empowerment nella salute mentale. Una indagine qualitativa”, *Psicologia di comunità*, 2, pp. 23-35.
- Bulmer M., (1992), *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Erickson, Trento.
- Busacca M., Da Roit B., (2021), “Investire e innovare in un welfare state debole: l’esperienza dei vecchi e dei nuovi operatori sociali”, (doi: 10.1447/102652) *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 3, dicembre 2021 pp 531 -551.
- Cacioppo M., Tognetti M. (2019a), Rapporto di valutazione 1 anno-capitolo 3: l’idea di risorsa nei pazienti, negli operatori, nei familiari - risorse mappate al

- 30/5/2019 <https://www.recoverynet.it/wp-content/uploads/2020/09/Mappatura-dinamica-delle-risorse-Primo-report-di-valutazione-giugno-2019.pdf> (consultato 14-6-22).
- Cacioppo, M., Tognetti M. (2019b), “L’attivazione dei pazienti con disagio psichico: la mappatura dinamica delle risorse territoriali in una logica di Recovery”, *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 1, 127- 146.
- Capecchi V. (2012), “I tre paradigmi della ricerca sociologica”, *Quaderni di Sociologia*, 62, pp. 39-54.
- Carabelli G., Cacioppo M., Grasso L. (1999), *Reti di cura in psichiatria. Strumenti di lettura e d’intervento*, FrancoAngeli, Milano.
- Cardano M. (2011), *La ricerca qualitativa*, il Mulino, Bologna.
- Care Services Improvement Partnership, R.C.O.P. (2007), *A common purpose: Recovery in future mental health services*, Care Services Improvement Partnership, Leeds, UK.
- Carozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, FrancoAngeli, Milano.
- Carpiniello B. (2020), “I Servizi di salute mentale al tempo del Covid-19” *Noos*; Settembre-Dicembre 2020, Vol. 26, N. 3 26(3):153-170, <https://www.e-noos.com/archivio/3567/articoli/35483/> (consultato 14-6-22).
- Carrà Mittini E., (2008), *Buone pratiche e capitale sociale. Servizi alla persona pubblici e di privato sociale a confronto*, Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto, Milano.
- Civenti G., (2021), “Vivere da soli in una grande città durante il Covid-19. Esiti di una ricerca condotta a Milano”, *Welfare e Ergonomia*, 1, pp.174-190.
- Coleman J.,(1988),“Social capital in the creation of human capital”, *American Journal of Sociology*, 94, pp. 95-120.
- College of Occupational Therapists, (2006), *Recovering ordinary lives: the strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017. Results from service user and carer focus groups*, College of Occupational Therapists, London, UK, <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/ROL-results-update.pdf> (14-06-22).
- Cooke A., Basset T., Bentall R., Boyle M., Cupitt P. & J. Dillon (2014), *Understanding psychosis and schizophrenia*, British Psychological Society, London, UK.
- Curtis W.R., (1970), *The future use of social networks in mental health*, Social Matrix Inc., Boston.
- Dallago L. (2006), *Che cos’è l’empowerment?*, Carocci, Roma.
- Davidson et. al. (2012), *Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, Trento.
- Deegan P., Drake R.E.,(2006), “Shared decision making and medication management in the recovery process”, *Psychiatric Services*, 57, 11, pp. 1636-1639.
- De Leonardis O., Deriu M. (2012), “La capacità di aspirare come ponte tra quotidiano e futuro”, in de Leonardis O., Deriu M.(a cura di), *Il futuro nel quotidiano. Studi sociologici sulla capacità di aspirare*, EGEA, Milano.

- Diener E. (1984), "Subjective wellbeing", *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Donabedian, A. (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Mi, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Dozier M., Harris M., Bergman H. (1987), "Social network density and rehospitalization among young adult patients", *Hospital & Community Psychiatry*, 38, pp. 61-65.
- Drake R.E., Baker D.R., Clarke R.E., Meuser T.K. (1999), "Research on the individual placement and support model of supported employment", *Psychiatry Quarterly*, 70(4), 289-301.
- Engel G. L.(1977), "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, 196(4286):129-136.
- Eriksen K., Arman M. & L. Davidson (2014), "Challenges in relating to mental health professionals. Perspectives of persons with severe mental illness", *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 110-117.
- Fabbri L., Bianchi F. (2018), *Fare ricerca collaborativa. Vita quotidiana, cura, lavoro*, Carocci ed, Roma
- Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A. (2005), *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e Carte di rete in psichiatria di comunità*, CLEUP, Padova.
- Ferrario F. (1992), *Il lavoro di rete nel servizio sociale. Gli operatori tra solidarietà e istituzione* NIS, Roma.
- Fioritti A., Berardi D. (a cura di) (2017), *Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali*, Bononia University Press, Bologna.
- Fleming J., Beresford P., Bewley C., Croft S., Branfield F., Postle K. & Turner M. (2013), "Working together—innovative collaboration in social care research", *Qualitative Social Work*, Vol. 13, n. 5, pp. 706-722.
- Folgheraiter F., Donati P. (a cura di) (1991), *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (1994), *Interventi di rete e comunità locali* Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Erickson, Trento.
- Funk M., Bold N.D. (2020), "WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health", *Health Hum Rights*, 22(1):69-75.
- Gastaldi F.(2003), "Capitale sociale territoriale e promozione dello sviluppo locale", in Gastaldi F., Milanese E. (a cura di), *Capitale sociale e territorio. Risorse per l'azione locale*, FrancoAngeli, pp. 15-29, Milano,
- Gatti F. M., Scerri S. (2015), "Psichiatria e Residenzialità Leggera in Provincia di Lecco: ricerca-azione partecipata in una prospettiva inter-organizzativa", *Nuova Rassegna di Studi psichiatrici*, vol.12, <http://www.nuovassegnastudipsichiatrici.it/numeri-precedenti/vol-12-29-dicembre-2015> (consultato 14-6-22)

- GIMBE (2009), “Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie”, Position Statement, https://www.gimbe.org/pubblicazioni/gimbe/position_statement/governo_clinico/PS-II_Governo_Clinico_nelle_Aziende_Sanitarie_1.4.pdf (consultato 14-6-22).
- Gostin L.O., Moon S., & Meyer B.M. (2020), Reimagining Global Health Governance in the age of Covid-19, *American Journal of Public Health* 110, 615-619, https://www.researchgate.net/publication/344711801_Reimagining_Global_Health_Governance_in_the_Age_of_COVID-19 (consultato 14-6-22).
- Graffigna G., Barello S., Riva G., Bosio A.C. (2014), “Patient Engagement: The Key to Redesign the Exchange Between the Demand and Supply for Healthcare in the Era of Active Ageing”, *Studies in Health Technology and Informatics*, 203, pp. 85-95.
- Heller A. (1989), “From Hermeneutics in Social Science Toward a Hermeneutics of Social Science”, *Theory and Society*, XVIII, 3, pp. 291-322.
- Hufty, M. (2011), “Investigating policy processes: The governance analytical framework (GAF)”, in U. Wiesmann & H. Hurni (Eds.), *Research for sustainable development: Foundations, experiences, and perspectives* (pp. 403-424), Geographica Bernensia, Bern.
- Hyman H.H. (1980), *Disegno della ricerca e analisi sociologica*, Marsilio, Venezia.
- ISFOL (2004), *La metodologia ISFOL per l'individuazione e l'analisi delle buone pratiche in ambito FSE*, Area Interventi comunitari.
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., Day R., Bertelsen A. (1992), “Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study”, *Psychological Medicine Monograph*, Suppl. 20, pp. 1-97.
- Jahoda M. (1958), *Current concepts of positive mental health*. Basic Books, New York, NY.
- Jeste D.V., Palmer P. W., Rettew D. C., Boardman S. (2015), “Positive Psychiatry: its time has come”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 675-683.
- Jull J, Giles A, Graham Id., (2017), “Ricerca partecipativa a livello di comunità e traduzione integrata della conoscenza: far progredire la co-creazione della conoscenza”, *Aggiornamenti in medicina*, 19 dicembre 2017, <https://www.aggiornamentimedicina.it/ricerca-partecipativa-livello-comunita-traduzione-integrata-conoscenza/#CR28> (consultato 14-6-22).
- Kauffmann O., Motto D.M., Borghetti S., Mastroeni A. (a cura di) (2017), *ESP in cammino. L'Esperto in supporto tra pari in salute mentale tra conoscenza di sé e comprensione dell'altro* FrancoAngeli, Milano.
- Kazepov Y. (2009), (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Keyes, C.L.M. (1998), “Social wellbeing”, *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.

- Keyes C.L.M. (2005), "Mental illness and/ or mental health? Investigating axioms of the complete state of health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes C.L.M. (2007), "Promoting and protecting mental health as flourishing. A Complementary strategy for improving national mental health", *American Psychologist*, 62, 2, 95-108.
- Kimberlee R. (2015), "What is social prescribing? Advances" *Social Sciences Research Journal*, 2 (1).
- Lanzara G.F. (1993), *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna
- Laurence J., Henderson S., Howitt P.J., Matar M., Al Kuwari H., Edgman-Levitan S., Darzi A. (2014), "Patient Engagement: Four Case Studies That Highlight the Potential For Improved Health Outcomes And Reduce Costs", *Health Affairs*, 33:9, pp. 1627-1634.
- Laverack G. (2018), *Salute pubblica, potere, empowerment e pratica professionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Law, H., A.P. Morrison (2014), "Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience", *Schizophrenia Bulletin*, 40 (6), 1347-55.
- Lazzeroni M., Meini m.(2018), "Dinamiche migratorie e capitale sociale territoriale: aspetti teorici e metodologici", Working Paper n.1, MIUR-PRIN 2015, *L'Italia degli altri. Geografie e governance dell'immigrazione tra radicamento territoriale e reti transnazionali*.
- Lazzeroni M., Meini M. (2019), "Il contributo delle comunità migranti al capitale sociale territoriale: modelli di analisi e casi di studio nel territorio italiano", in Cerutti S., Tadini M. (a cura di), *Mosaico/Mosaic*, Società di studi geografici. Memorie geografiche NS 17, pp. 105-112, <http://www.societastudigeografici.it/memorie-geografiche-vol-xvii-mosaico/> (consultato 14-6-22).
- Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., M. Slade (2011), "A conceptual framework for personal Recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis", *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Lieberman, R. P., A. Kopelowitz (2002). "Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century", *International Review of Psychiatry*, 14, 242-255.
- Longo F., Barsanti S. (a cura di) (2021), *Community building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute*, EGEA, Milano.
- Lucchi F. (a cura di) (2017), *Coproduzione e recovery - Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, ed. Erickson, Trento.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., (2014), *Service- dominant logic: Premises, perspectives, possibilities*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Magliano L. et al. (2008), "Views of Persons With Schizophrenia on Their Own Disorder: An Italian Participatory Study", in <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2008.59.7.795> (consultato 14-6-22).

- Magliano L. (2019), “Realizzare programmi riabilitativi empowerment-oriented nelle strutture residenziali psichiatriche: considerazioni ed esempi”, *Psichiatria e psicoterapia*, 3.
- Maguire L. (1987), *Il lavoro sociale di rete. L'operatore sociale come mobilizzatore di risorse*, Erickson, Trento.
- Mantovani, S.(a cura di) (1998), *La ricerca sul campo in educazione: Gli strumenti qualitativi*, Bruno Mondadori, Milano.
- Maone A., D'Avanzo B.(2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Marangelli M.G., Morazzoni L., Re E. (2007), *Reti sociali naturali e disagio psichico. Manuale per l'attivazione di facilitatori naturali*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Marcenaro M. (2013) “Empowerment e competenza individuale delle risorse umane in politica sanitaria per la salute mentale”, *POL.It Psychiatry On Line Italia*, 9 gennaio <http://www.psychiatryonline.it/node/1205> (consultato 14-6-22).
- Marin I., Bon S., (2012), *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, ed. Alpha Beta Verlag, Merano.
- Mastroeni A. (2009), *Atti XIII Conferenza Nazionale Rete Italiana HPH*, Reggio Emilia, 24-26 Settembre 2009.
- Melucci, A.(1998), *Verso una sociologia riflessiva*, il Mulino, Bologna.
- Mental Health Commission of Canada (2012), *Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada*, Mental Health Commission of Canada, Calgary, Alberta.
- Mental Health Foundation of New Zealand (2015), *Five Ways to Wellbeing A best practice guide*, Mental Health Foundation.
- Mezzina R., Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Sells D. (2006), “The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice”, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, pp. 63-80.
- Mezzina et al. (2015), “Costruirsi una vita al di là della malattia mentale. La recovery nella salute mentale”, inserto del mese in *Animazione Sociale* n.290 seconda serie, anno 45, marzo 2015, pag 36-82.
- Miller W.R., Rollnick S., (2014), *Il colloquio motivazionale*, ed. Erickson, Trento.
- New Freedom Commission on Mental Health (2003), *Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report*, Department of Health and Human Services, Rockville, MD.
- Oades, L.G., Crowe, T.P. (2008), *Life Journey enhancement tools*, Illawarra Institute for Mental Health, University of Wollongong, Wollongong, Australia.
- Olij, I. & E. De Haan (2009), *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap* (restoring dignity and equal citizenship), GZZ Nederland, Amsterdam, the Netherlands.
- Olson, M., Seikkula, J., D. Ziedonis (2014), *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: Fidelity criteria*, The University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA.
- Panciroli, C. (2019), *La ricerca partecipativa nello studio della povertà. Lo sguardo del Social Work*, Erickson, Trento
- Parton N., O' Byrne P. (2006), *Costruire soluzioni sociali*, Erickson, Trento.

- Pasquinelli S., Assirelli G. (2021), “L’Italia che chiede aiuto ai servizi”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, pp.7-8.
- Pasquinelli S., Assirelli G., Pozzoli F. (2022), *Più fragili dopo la tempesta?*, Ricerca sugli anziani in Lombardia: bisogni, desideri, risorse, Ricerca promossa dalle sezioni lombarde di SPI CGIL, FNP CISL e UILP UIL e realizzata in collaborazione con ARS – Associazione per la Ricerca Sociale di Milano all’avvio dell’Osservatorio regionale sulla terza età.
- Piccardo C. (1995), *Empowerment*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Polizzi E. (2021), “L’innovazione sociale mimetica. La diffusione dei modelli filantropici di welfare”, (doi: 10.1447/102649), in *Autonomie locali e servizi sociali* (ISSN 0392-2278), Fascicolo 3, dicembre 2021, pp. 477-492.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente C.C. (1982), “Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change”, *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Putnam R. (1993), *Making Democracy Work*, Princeton University Press, Princeton
- Ralph, R.O. & Corrigan P.W. (2005) *Recovery in mental illness. Broadening our understanding of wellness*, American Psychological Association, Washington DC.
- Ratanà F., (2005), *Metodologia di ricerca partecipata*, Provincia autonoma di Trento-Università di Trento.
- Repper, J., & Carter, T. (2011), “A review of the literature on peer support in mental health services”, *Journal of mental health*, 20(4), 392-411.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. & R. A., Rosenhenk (2005), “An empirical conceptualization of Recovery orientation”, *Schizophrenia Research*, 75, 119-128.
- Ryff, C.D. (1989), “Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sanicola L. (1997), *La salute mentale e il servizio sociale*, Liguori, Napoli.
- Saraceno B. (2017), *Sulla povertà della psichiatria*, Derive Approdi, Roma.
- Sarri, R. C., & Sarri, C. M. (1992), “Organizational and community change through participatory action research”, *Journal of Administration in Social Work*, 16(3-4), 99-122.
- Schon D.A. (1993), *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari.
- Seligman, M. E. P. (2012), *Flourishing: a visionary new understanding of happiness and wellbeing*, Simon and Shuster, New York, NY.
- Sen A., (2010), *La disegualianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna.
- Sirchia H. (2006), “La programmazione della rete e la progettazione multiattoriale”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXVI n. 10-11.
- Slade Mike (2011), *Personal Recovery - Teoria e pratica della guarigione personale*, Il Pensiero Scientifico, Milano.
- South J., Stansfield J., (2018), *Health Matters, community centred approaches for health and wellbeing*, UK health Security Agency., <https://ukhsa.blog.gov.uk/2018/02/28/health-matters-community-centred-approaches-for-health-and-wellbeing/> (consultato 14-6-22).

- Spivak M. (1987), “Introduzione alla riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento”, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXI -N. 3 - pp. 522-574.
- Starace F. (2011), *Manuale per l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci Editore, Roma.
- Stent A., Studdart J. (2018), “The community Paradigm: why public services need radical change and how it can be achieved”, New Local Government Network, London <https://www.newlocal.org.uk/publications/the-community-paradigm/> (consultato 14-6-22).
- Straticò E. (2008), *L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Tambuyzer E., Pieters G., Van Audenhove C. (2014), Patient involvement in mental health care: one size does not fit all, *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17, 1, pp. 138-150.
- Thakur R., Weiss T.G. (2014), “Framing Global Governance, Five Gaps”, in Steger, M., ed., *The Global Studies Reader*, Oxford University Press, New York.
- Tsemberis S.J. (2010), *Housing first. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders*, Dartmouth PRC – Hazelden.
- Università di Trieste, Corso di Psicologia di Comunità 2017-18, 9.Com_Ricerca_Azione_2018.pdf, <https://moodle2.units.it/mod/resource/view.php?id=80887> (consultato 14-6-2022).
- Van Os J., Guloksuz S., Willem Vijn T., Hafkenheid A., Delespaul P. (2021), “Nuove strategie per i disturbi mentali”, in Nicolò G, Pompili E., a cura di, *Psichiatria Territoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Vargiu A. (2008), “Le diversità nella ricerca-azione partecipata: alcune implicazioni metodologiche e procedurali”, *Studi di Sociologia*, Anno 46, Fasc. 2 (Aprile-Giugno 2008), pp. 205-232.
- Watzlavick P., Weakland J.H., Fisch R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.
- Webber M., Treacy S., Carr S., Clark M., G. Parker (2014), “The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: A systematic review”, *Journal of Mental Health*, 23: 146–155.
- WHO (1946), “Constitution of the World Health Organization”, Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (consultato 14-6-22).
- WHO (2004), Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: Summary report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organisation, <https://kdehub.ca/resources/promoting-mental-health-concepts-emerging-evidence-practice/> (consultato 14-6-22).
- WHO Regional Office for Europe (2005), Dichiarazione e piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa “Affrontare le sfide, costruire le soluzioni”. Confe-

- renza Ministeriale Europea OMS sulla Salute Mentale, Helsinki, versione italiana in https://www.epicentro.iss.it/mentale/pdf/Dichiarazione_IT.pdf (consultato 14-6-22).
- WHO (2007), “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Geneva: World Health Organisation.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), L empowerment dell’utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell’Ufficio Regionale per l’Europa dell’O.M.S., Traduzione curata dalla Associazione Riabilita di Siena per conto del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale, <http://www.coordinamentotoscanosalutementale.it/wp-content/uploads/2017/10/Empowerment.pdf> (consultato 14-6-22).
- Withley, R. & R. Drake (2010) “Recovery: a dimensional approach”, *Psychiatric services*, 61, 1248-1250.
- Withley, R., Shepeherd, G. & M. Slade (2019), “Recovery colleges as a mental health innovation”, *World Psychiatry*, 18(2): 141–142.
- Woodall J., Trigell J., Bunyan A.M., Raine G., Eaton J., Hancock L., Cunningham M., Wilkinson S. (2018), “Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis”, *BMC Health Service Research*, 18, 604.

Postfazione

di Paolo Cacciani* e Antonio Vita**

Il contenuto di questa pubblicazione racconta di come un progetto sperimentale, realizzato con l'importante contributo di Fondazione Cariplo, abbia saputo mettere radici concrete e generare nuove iniziative all'interno di un territorio. L'esperienza della *Mappatura dinamica delle risorse* costituisce un impegno condiviso fra operatori, utenti e familiari che si sono messi in gioco in prima persona per offrire opportunità a favore dei percorsi individuali di cura. Sviluppata con il supporto scientifico e metodologico delle docenti dell'Università Bicocca di Milano, l'idea di rendere responsabili e attive le stesse persone che vivono con un disturbo psichico nella ricerca delle risorse del territorio è parsa da subito molto interessante ed innovativa; gli esiti che si sono osservati e che sono raccontati in queste pagine testimoniano l'efficacia di questa sperimentazione che ora potrà trovare spazio nell'ordinarietà dei progetti individuali proposti ai pazienti dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).

Il DSMD dell'ASST Spedali Civili di Brescia, promotore del Progetto Recovery.Net, ha ritenuto importante dare una continuità a ciò che si era positivamente sperimentato, cercando di trovare strumenti adeguati per dare sostenibilità alle azioni che si sono mostrate più promettenti. Grazie a questa volontà è stato riconosciuto da Regione Lombardia il *Progetto CoLab Torre Cimabue* come "Progetto innovativo di psichiatria", con il sostegno inoltre del Comune di Brescia, all'interno del quale trova uno spazio naturale l'esperienza della Mappatura Dinamica. Ad oggi il "Gruppo mappatura" si incontra regolarmente presso il CoLab operando al fine di cercare opportunità sul territorio, proponendosi come strumento a sostegno dei percorsi individuali.

* Direttore UO Psichiatria n. 23.

** Direttore DSMD, ASST Spedali Civili di Brescia.

Ringraziamo le docenti dell'Università Bicocca che hanno proposto un metodo che si è arricchito, modificato e consolidato in questi anni di sperimentazione. Ringraziamo operatori e pazienti che hanno saputo mettersi in gioco e con entusiasmo hanno colto la sfida di sperimentarsi insieme nella ricerca di opportunità del territorio.

L'impegno di costruire una psichiatria di comunità, che sappia fare rete e riconoscere l'importanza dell'apporto di ciascuno (servizi specialistici, Comune, utenti, familiari, soggetti del terzo settore, comunità locale, ecc.), può passare anche attraverso modi nuovi di immaginare il coinvolgimento attivo ed il protagonismo dei pazienti, uno dei quali è ben raccontato in queste pagine.

Gli autori

Hanno collaborato con i loro scritti o rispondendo alle interviste:

Alice V., Davide, Enrica, Fabio, Lucia, Tatjana, utenti dei servizi di salute mentale.

Roberto Battaglia: educatore professionale, Centro Psico Sociale Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili, Brescia.

Francesco Benelli, psicologo, Centro Psico Sociale ASST Carlo Poma, Mantova.

Sabrina Bianchetti, educatrice professionale, ASST Spedali Civili di Brescia.

Gabriella Bolis, educatrice professionale, Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili, Brescia.

Maria Cacioppo, sociologa, Dipartimento Sociologia e Ricerca sociale Università Milano-Bicocca, metodologa dell'azione Mappatura dinamica delle risorse.

Graziella Civenti, assistente sociale, già funzionaria della Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Marta Consolini, tecnico della riabilitazione psichiatrica, consulente Progetto Recovery.net, ASST Spedali Civili di Brescia.

Silvia Filippini, tecnico della riabilitazione psichiatrica, Cooperativa La Rondine, Brescia.

Ilaria Liscidini, community manager Progetto Recovery.net.

Fabio Lucchi, psichiatra e responsabile scientifico del progetto Recovery.net.

Simonetta Migliorati, educatrice professionale e coordinatrice, Cooperativa La Rondine, Brescia.

Ruggero Radici, vice presidente e responsabile dell'Area Salute Mentale, Cooperativa La Rondine.

Gianpaolo Scarsato, educatore professionale, Coordinatore operativo generale del progetto Recovery.net.

Daniela Slaviero, coordinatrice Struttura Residenziale Psichiatrica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili, Brescia.

Mara Tognetti, professore ordinario di Sociologia generale, responsabile dell'azione di Mappatura per conto dell'Università di Milano-Bicocca.

Giovanna Villa, educatrice professionale, Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili, Brescia.

La mappatura dinamica ha coinvolto e impegnato altre persone, che non sono presenti in questo elenco, ma sono state presenti e attive nel contribuire alla sua realizzazione.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

<https://www.francoangeli.it/autori/21>

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Il territorio, con i soggetti attivi e interessati che ne fanno parte, sia individui sia organizzazioni, costituisce almeno a partire dalla legge 180/78 un punto di riferimento importante per l'inserimento sociale degli individui con disagio psichico. Nel tempo però tale centralità sembra essersi persa a causa di "altre urgenze e nuove problematiche" (risorse finanziarie sempre più ridotte, servizi con carenza di personale, ecc.).

La mappatura dinamica delle risorse, di cui questo volume tratta, rappresenta uno strumento e l'occasione per rimettere al centro della salute mentale l'individuo con il suo disagio psichico (il paziente) e il suo territorio di appartenenza. Uno strumento, e una metodologia, pensato per attivare i pazienti, per valorizzare le loro aspirazioni, ma allo stesso tempo utile all'operatore per decentrarsi da sé e dal servizio di appartenenza.

Il volume, frutto di un lavoro collettivo, ha visto impegnarsi e sperimentarsi fianco a fianco pazienti, operatori, ricercatori ed è stato pensato per tutti coloro che fanno della salute mentale il loro campo di interesse. L'obiettivo è quello di offrire uno strumento che valorizzi le potenzialità dei territori, delle sue risorse formali e informali, per una salute mentale orientata alla recovery.

Maria Cacioppo, sociologa, ha insegnato presso la Scuola per Operatori Sociali del Comune di Milano e nei Corsi di laurea di Servizio sociale e di Programmazione delle politiche e dei servizi sociali dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Ha svolto attività di ricerca sugli interventi e le professioni nel settore dei servizi sociali e sanitari.

Marco Terraneo, ricercatore di sociologia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, insegna Sociologia della salute e si occupa di disuguaglianze sociali.

Mara Tognetti Bordogna, professore ordinario di sociologia, insegna Politiche integrate per il benessere presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II e dirige la rivista *Welfare e Ergonomia*. Da sempre si è occupata, fra gli altri, dei temi relativi alla salute mentale.