

NATURA E
DIVERSE ABILITÀ

“Natura e diverse abilità”

Atti del Convegno



Con il contributo della Regione Veneto

“Natura e diverse abilità”

Atti del Convegno

*Verona, Sala incontri “Marani”
domenica 16 novembre 2003*

PRESENTAZIONE

Il progetto “Natura e diverse abilità” è stato pensato, primariamente, come sperimentazione e verifica di un interessante impianto metodologico di riabilitazione psicosociale attraverso il lavoro agricolo. Il presupposto sperimentale era costituito dalla convinzione che ogni individuo disabile abbia sempre “diverse abilità” da acquisire o riacquisire oppure da sviluppare o incrementare.

Il lavoro a contatto con la natura e la seria applicazione di un metodo riabilitativo poteva senz'altro dimostrare la validità e la concreta fattibilità dell'ipotesi iniziale. Pertanto sono stati scelti alcuni ospiti, con problematiche di natura psichiatrica, presso due comunità alloggio della attuale Fondazione GAV (allora Associazione GAV) e sono stati inseriti nel progetto non come pazienti in terapia occupazionale (attività protetta e strutturata in base alle possibilità e ai bisogni dell'utente), ma come soggetti responsabili in attività lavorative vere e proprie, che richiedevano impegno quotidiano, sacrificio personale e scadenze da rispettare.

È doveroso sottolineare, inoltre, che il progetto “Natura e diverse abilità” si basa essenzialmente sulla continuità culturale che esiste tra concetto di attività di volontariato e attività di utilizzazione armonica e rispettosa delle risorse naturali.

Infatti entrambi i concetti insistono sul fondamento ideologico del bisogno sostanziale di equilibrio e compensazione dinamica e continua delle realtà umane e ambientali, intese come contesto indispensabile per ogni forma di vita. L'idea portante è quella di coniugare una attività agricola di tipo biologico con il recupero di persone con disagio psichico, attraverso la sperimentazione di metodologie operative adeguate ed efficaci sia nel settore agricolo che nel settore psicoriabilitativo.

Infine, attraverso questa iniziativa, si vorrebbe anche istituire un vincolo ideale tra il mondo del no-profit e l'agricoltura biologica, vale a dire tra modelli di vita e di economia sempre più necessari per la sostenibilità del nostro futuro.

Don Marino Pigozzi

Verona, 19 marzo 2004

ILLUSTRAZIONE DEL PROGETTO

Rag. Francesco Albertini

Un breve cenno alla struttura organizzativa. Il gruppo è formato dall'Associazione G.A.V. Giovani Amici Veronesi ONLUS, organizzazione di volontariato, capofila e capostipite del gruppo. Entro il 2004, dopo una lunga preparazione, l'Associazione GAV si trasformerà in Fondazione. L'Associazione inizia la sua attività nel 1962 e trae origine da un'esperienza comunitaria di un gruppo di giovani, raccolti intorno alla figura carismatica di don Marino Pigozzi.

Seguono poi la Cooperativa Sociale GAV ONLUS che coordina gli interventi socioassistenziali e gestisce i centri di accoglienza oggi attivi e la Cooperativa Sociale "La Mano2" che si occupa del reinserimento lavorativo, dell'organizzazione dei laboratori e della manutenzione degli immobili.

Detto questo, il mio intervento si limiterà a ripercorre brevemente le tappe del progetto "Natura e diverse abilità", dall'idea iniziale, al suo concreto svolgimento. Saranno poi gli esperti ad entrare più in dettaglio nei vari aspetti tecnici e ad illustrarvi la rilevanza dei risultati ottenuti.

Il progetto "Natura e diverse abilità" è nato da una collaborazione ormai consolidata tra l'Associazione GAV che da anni è impegnata nell'accoglienza e reinserimento di persone disagiate e la Confederazione Italiana Agricoltori di Verona nelle persone di Luciano Zanferrari e Giambattista Polo.

Per l'elaborazione del progetto, ci si è basati essenzialmente sulla convinzione che esiste una contiguità culturale tra concetto di attività di volonta-

riato e sfruttamento corretto e non intensivo delle risorse naturali. L'idea sostanziale è scaturita dal tentativo di coniugare un'attività di tipo biologico con il reinserimento sociale e lavorativo di persone con disagio psichico, convinti che esista un vincolo ideale del no-profit con l'agricoltura di tipo biologico, vale a dire tra modelli di vita e di economia necessari per la sostenibilità del nostro futuro.

Nel corso della pluriennale esperienza nella riabilitazione, gli operatori del GAV hanno notato che i ragazzi affetti da disabilità psichica manifestano nei confronti di attività a contatto con la natura una particolare predisposizione e propensione. È certo che l'atmosfera della campagna risulta importante per creare un legame forte con gli operatori e i volontari e quindi favorire lo scambio comunicativo e facilitare il programma riabilitativo.

Da queste premesse, dopo un'attenta elaborazione, è nato il progetto "Natura e diverse abilità", grazie anche ad un finanziamento del Fondo Speciale Regionale per il Volontariato. Il progetto, ha occupato 10 utenti e 8 fra operatori e volontari, svolgendosi in varie fasi nell'arco di un anno.

Colgo l'occasione per ringraziare il Centro di Servizio per il Volontariato di Verona e la Regione Veneto - Assessorato ai Servizi Sociali per la fiducia accordataci nel finanziare l'iniziativa e per ricordare che è nostra intenzione proseguire l'attività intrapresa. Allo scopo è già stato presentato il progetto "Natura e diverse abilità parte seconda".

Entrando nel merito dello svolgimento del progetto, la prima fase è consistita nell'organizzazione di un corso di formazione che è stato seguito da tutti i partecipanti al progetto, tenuto da esperti della Confederazione Italiana Agricoltori e basato sui vari aspetti dell'agricoltura di tipo biologico. A seguito del corso teorico, si sono svolte delle esercitazioni di tipo pratico riguardanti l'impianto di fragoletto in coltura protetta.

Si è quindi dato avvio alle attività di coltivazione e raccolta dei prodotti biologici e in particolare alla coltivazione di fragole e peperoni in tunnel freddi. Il lavoro, effettuato in collaborazione fra operatori, volontari e ragazzi presso i fondi di Ponte dell'Ebreo (Oppeano) si è svolto sempre sotto la guida di esperti e consulenti CIA.

Nel frattempo si è provveduto a studiare il marchio che ha accompagnato tutte le nostre produzioni.

Si è inoltre avviato il sito *naturaediverseabilità.com*, che illustra il progetto, le sue fasi realizzative, i suoi risultati e che in futuro potrà essere utilizzato per pubblicizzare l'attività e per la commercializza-



zione dei prodotti ottenuti. Mi preme far presente che a tutte le fasi dell'attività, sia della coltivazione che della commercializzazione sono stati presenti attivamente i nostri ragazzi, che si sono impegnati nella preparazione dei campi, nella coltivazione e nella raccolta, ma anche nell'imballaggio e nella consegna, presso il Centro Agro Alimentare di Verona, dei prodotti ottenuti.

E' ovvio che l'impegno orario giornaliero era limitato, ma è stato comunque sufficiente a far capire che l'attività svolta non era una vera e propria terapia occupazionale, che presuppone una protezione importante, ma si avvicinava di più a un vero e proprio lavoro che necessita di impegno, sacrificio e scadenze da rispettare. In tal modo l'efficacia dell'intervento riabilitativo si è notata in molti dei nostri ragazzi.

Non pretendiamo di aver risolto un problema che assilla molte delle strutture pubbliche e private che si occupano del disagio psichico e cioè il passaggio dalla fase di accoglienza e assistenza alla fase di reinserimento, ma pensiamo che questa sia una possibilità concreta in più.

La prima fase sperimentale perciò avrà certamente un seguito. Come ho accennato in precedenza, abbiamo già presentato infatti al

ministero del Welfare il progetto “Natura e diverse abilità” Parte Seconda, che prevede un incremento graduale delle coltivazioni ed un tentativo, speriamo non velleitario, di vendita diretta dei nostri prodotti. Per concludere vorrei sottolineare che molti degli obiettivi prefissati sono stati raggiunti. Sì, certo, siamo solo all’inizio di un cammino lungo e difficile. Dal punto di vista organizzativo ci sono ancora molte cose da fare e molte attività da migliorare, ma permettetemi una piccola soddisfazione nell’affermare che i nostri ragazzi e i nostri operatori hanno dato il meglio di loro.

Possiamo certamente dire che:

- si è sviluppato fra operatori e utenti un forte senso di gruppo attraverso l’attività lavorativa;
- si è favorita l’autonomia ed il reinserimento attraverso la sperimentazione di un processo lavorativo;
- si è contribuito alla conoscenza delle problematiche sociali tra addetti del terzo settore, della produzione e della distribuzione;
- si è ottenuto un ricavo che se da un lato consente di sviluppare e maturare il disegno progettuale tracciato, dall’altro è uno degli obiettivi fondamentali che ci stanno a cuore, e cioè quello di sviluppare un’attività riabilitativa che riesca in gran parte ad autofinanziarsi, senza essere legata a sovvenzioni pubbliche o private.

Un grazie per la pazienza e un invito a tutti voi a rendervi attivi per partecipare e contribuire all’attività del Centro Cooperativo Agricolo di Ponte dell’Ebreo.

Potrete acquistare i nostri prodotti, e se qualcuno ha del tempo libero, competenze o anche solo passione, saremo ben felici di accoglierlo come volontario per dare una mano al proseguimento del progetto.

ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI.
UN MODELLO DA ESPORTARE
Dott. Giovanni De Vita

Una delle maggiori difficoltà che si presentano a chi viene in contatto con “persone etichettate”, è l’erronea credenza che l’etichetta, spesso chiamata o comunque considerata una “diagnosi”, sia loro utile. Questa abitudine, che deriva dal modello medico sviluppato per trattare i problemi fisici è di scarso valore per capire gli utenti psichiatrici, ed è spesso di utilità ancora minore quanto ad indicare interventi terapeutici-riabilitativi.

Prima di tutto, il termine o etichetta “schizofrenia”, per esempio, di per sé fornisce scarsa informazione sull’efficienza sociale del paziente cui l’etichetta è apposta. E’ ben noto che individui con diagnosi di schizofrenia cronica presentano una gamma molto ampia di comportamenti e di storie cliniche. Alcuni con questa diagnosi possono non essere mai stati, ad esempio, ospedalizzati e possono ricoprire ruoli lavorativi di responsabilità abbastanza importanti ed espletarli in modo tutto sommato accettabili.

Possono essere ben adattati in un ruolo adeguato e funzionale all’interno delle loro famiglie e nella comunità. D’altra parte, individui con la stessa diagnosi possono essere stati, o possono essere tuttora, in ospedale per lunghi periodi di tempo, emarginati dai ruoli funzionali relazionali con le proprie famiglie e con la comunità, ed esibire comportamenti bizzarri e grossolanamente disfunzionali, così, l’etichetta non descrive in alcun modo specifico l’efficienza sociale del paziente.

In secondo luogo, l'etichetta di per sé non indica all'operatore le ragioni possibili per cui quel paziente è stato portato alla sua situazione. Molto spesso, il paziente ha sviluppato nel corso degli anni uno stile di vita abbastanza stabile e gli eventi che hanno precipitato il suo arrivo all'attenzione degli stessi operatori derivano più dalla relazione dell'ambiente alla persona, che non del suo "essere schizofrenico". La "schizofrenia" non si è sviluppata improvvisamente, nella maggior parte dei casi l'adattamento marginale del paziente è stato rotto da fattori come: l'arrivo di nuovi vicini, che possono aver percepito il paziente come una minaccia ambientale; l'incapacità di quelli che si occupano di lui, ad esempio i genitori, di continuare la loro vecchia funzione a causa di sconcerto, stanchezza, di una malattia o dell'avanzare dell'età; il trasferimento in un'abitazione più piccola o comunque diversa; il riemergere di sintomatologia manifesta, come rispondere a voce alta a voci e visioni che solo il paziente percepisce; l'incappare in guai con la giustizia; in generale essere visto come un disturbo verso gli altri attorno a lui. Perciò, l'etichetta non fornisce informazioni importanti sulle ragioni per cui il paziente è stato portato all'attenzione del servizio psichiatrico.

In terzo luogo, l'etichetta diagnostica, di per sé, non fornisce alcuna informazione su quali dovrebbero essere gli obiettivi del trattamento. L'etichetta non indica una sindrome di sintomi o comportamenti invariabili tra gli individui; non indica quali comportamenti dovrebbero essere sviluppati o quali dovrebbero essere eliminati; né indica l'enorme varietà di abilità o competenze sociali che dovrebbero essere sviluppate per aiutare il paziente a cavarsela, più efficientemente, nella vita; non indica poi l'area di funzionamento: l'ospedale oppure il luogo sul territorio, esempio la propria casa, in cui si spera che il paziente possa essere dimesso. Perciò, l'etichetta diagnostica fornisce poche informazioni su come impegnare il paziente in interazioni efficaci per cambiare il suo comportamento.

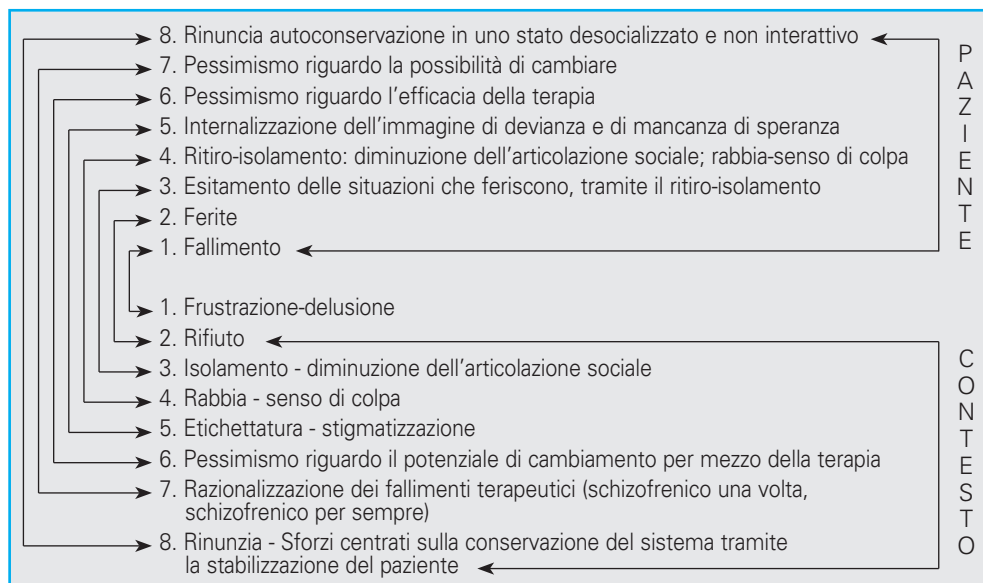
Lasciamo quindi il compito di categorizzare ed etichettare ai testi specialistici come manuali di psichiatria o i vari classificatori patologici (es. DSM IV). Ciò che interessa maggiormente in pedagogia speciale è invece capire quali sono le potenzialità dei cosiddetti pazienti psichici, l'entrare in relazione con loro, capire i loro comportamenti in certi contesti e, nello specifico, capire quanto e come le risposte che ricevono dai loro familiari possono incidere sui loro comportamenti.

Con i pazienti psichiatrici si possono affermare due cose:

1. tutti questi soggetti possono essere definiti come persone che,

FIG. 1

I percorsi dello sviluppo della desocializzazione attraverso l'allontanamento reciproco



Elaborazione da: M. Spivak, *Introduzione alla riabilitazione sociale*, Riv. Sper. Fren., vol. CXI, 1987, tab. 1, p. 532.

secondo le norme sociali correnti dell'ambito in cui vivono, hanno seri problemi nell'esistenza;

2. la vita di tutti questi individui può essere descritta come una successione di fallimenti, personali e sociali, nel soddisfare le richieste e i bisogni propri e di coloro con cui interagiscono.

Tali problemi nell'esistenza, e i relativi fallimenti, si accompagnano a conflitti, isolamento nell'ambito della collettività, allontanamento dalla collettività e graduale allontanamento e ritiro reciproci da parte del paziente e di quelli attorno a lui (fig. 1).

Questo processo si risolve in una progressiva desocializzazione attraverso l'allontanamento dell'individuo dal rapporto sociale e la conseguente diminuzione della sua articolazione sociale. A differenza di molte altre formulazioni, la concettualizzazione presentata qui asserisce che questo è un processo reciproco fra il paziente e i propri familiari. Le azioni dell'uno sono influenzate dinamicamente da quelle dell'altro. Così i nostri assunti generali sono: il paziente è un individuo con seri problemi nell'esistenza, associati a gravi incompetenze personali e sociali e a lunghe storie di fallimenti personali e sociali. Da ciò postuliamo che i fallimenti da parte del paziente risultino in una concomitante frustrazione e disappunto da parte di quelli nel suo ambiente che sono in relazione funzionale con lui.

Questo assunto non ha bisogno di argomenti ulteriori riguardo la natura del fallimento, come teorie biochimiche, ipotesi genetiche o la creazione di costrutti teorici ipotetici.

Questo primo stadio, come i successivi di questo processo, ha a che fare con un fenomeno più generale e non è limitato a casi specifici, come il ritardo mentale o le patologie psichiatriche.

Ripetuti episodi di fallimento, frustrazione, disappunto, comportano spesso il rifiuto dell'individuo che fallisce, da parte di quelli intorno a lui. Questa reazione è di natura funzionale, la maggior parte delle volte non è motivata da cattive intenzioni, ma, serve a facilitare il proprio funzionamento. Nondimeno a seguito del rifiuto degli altri, l'individuo si sente ferito e prova una sensazione di fallimento. La ferita deriva sia dalla pubblica definizione delle sue azioni, od omissioni, come fallimenti, che dal successivo rifiuto.

Una maniera comune di reagire a ripetute ferite, associate a ripetuti fallimenti e a ripetuti rifiuti, è quella di trovare le maniere per eludere le situazioni che feriscono ritirandosi dai compiti che hanno provocato il fallimento e dall'interazione con le persone collegate al rifiuto. Ciò avviene spesso per mezzo del comportamento di isolamento dagli altri, o auto-isolamento, evitando la relazione con gli altri e l'esecuzione di compiti esposti al giudizio degli altri o di se stesso. Perciò il fenomeno comune di un paziente che sembra non rispondere alle aspettative e alle opinioni degli altri può essere interpretato ora come una reazione autodifensiva per evitare il fallimento e il rifiuto. In concomitanza al ritiro del paziente, le altre persone del suo ambiente incominciano ad isolarlo allontanandolo dalle situazioni in cui può fallire.

La gamma delle manovre di isolamento è molto ampia e va dal semplice allontanamento dell'individuo dai compiti elementari di tutti i giorni, come partecipare alla faccende domestiche, a tenerlo lontano dalle funzioni familiari (cfr. testimonianze), al legittimare il ruolo deviante di essere disoccupato, all'esimerlo dal conformarsi agli standard normativi di comportamento etichettandolo come "infantile", "diverso", "malato", relegandolo a ruoli ed ambienti fisici dove il comportamento deviante non disturberà seriamente gli altri, fino all'allontanamento finale dalla famiglia e dalla comunità.

Questo comportamento di isolamento si risolve in una diminuzione dell'articolazione sociale che il graduale restringimento dell'ambiente fisico e sociale a disposizione del paziente.

Al processo di isolamento si accompagnano, da parte delle persone nell'ambiente del paziente, sentimenti di rabbia contro di lui,

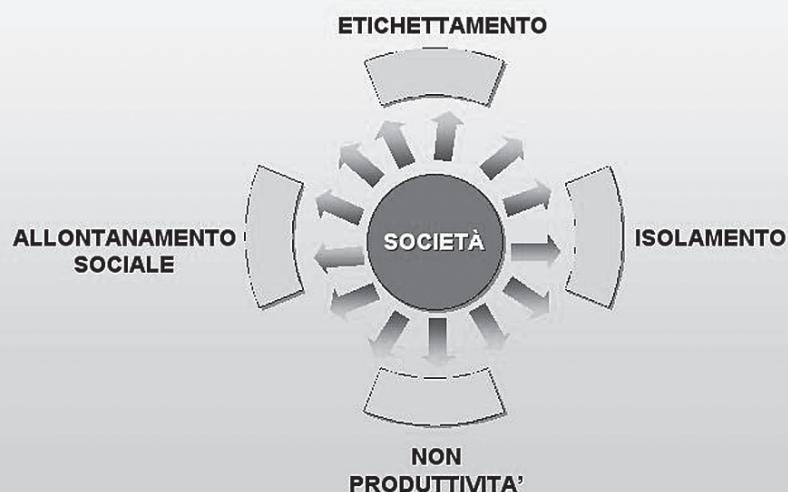
determinati dal suo venire meno a ruoli previsti e dal carico loro imposto dal doversi confrontare col comportamento deviante. Questa rabbia spesso si accompagna a sentimenti di colpa per aver mancato di soddisfare i bisogni del paziente, ad idee di aver concorso a causare i problemi e a sensi di colpa per la propria rabbia. Questi sensi di colpa da parte delle persone significative attorno al paziente, si accompagnano spesso a rabbia e sensi di colpa provati da paziente.

La rabbia nasce spesso come reazione del paziente alle azioni di isolamento degli altri e alle restrizioni impostegli. I sensi di colpa spesso originano da sentimenti di inadeguatezza per aver fallito nel prendersi cura delle persone amate, all'interno della famiglia, per essere venuto meno ai ruoli prescritti e per aver causato delusioni così evidenti. Questi sensi di colpa sono anche spesso inaspriti dal fatto che il paziente diventa il capro espiatorio e gli viene fatto avvertire che è responsabile della disfunzione della famiglia.

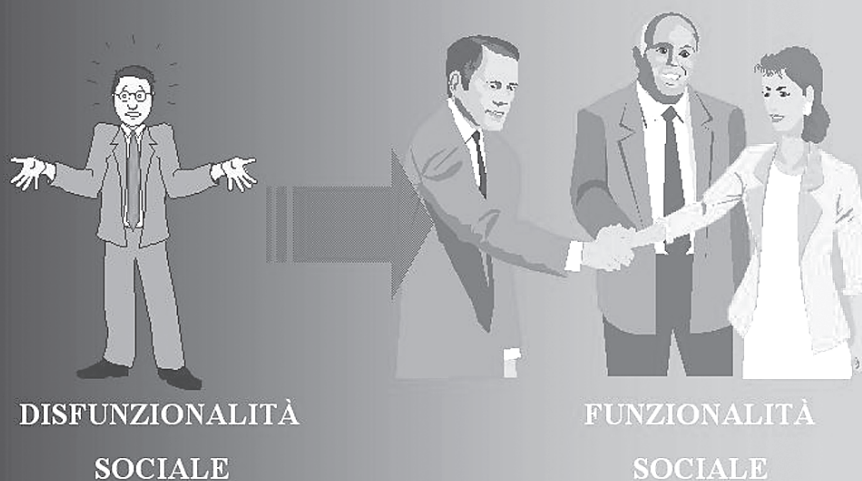
Rabbia collera e colpa spesso impongono alle persone carichi insostenibili che portano ad un cronico allontanamento sociale ed alla emarginazione definitiva. E' necessario, quindi, combattere questo allontanamento sociale attraverso un percorso di integrazione, utilizzando una rete sociale varia e modulabile, coinvolgendo realtà operative presenti sul territorio, anche con finalità diverse dalla sola assistenza specialistica.

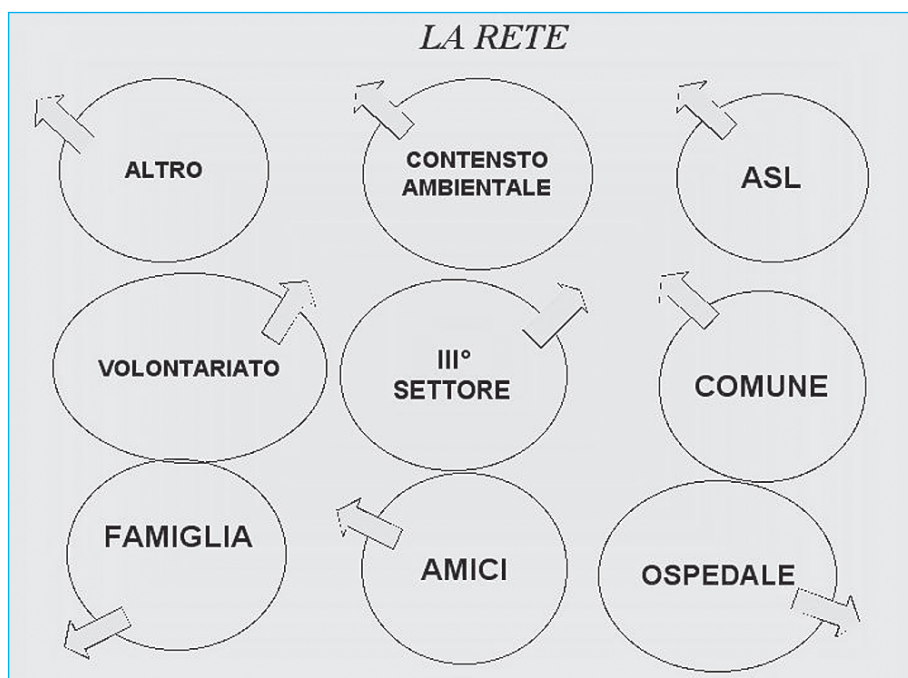
Questo modello dovrebbe essere sviluppato, approfondito e possibilmente sperimentato in molteplici contesti regionali e interregionali.

"Allontanamento sociale"



QUALE PERCORSO DI INTEGRAZIONE ?





LA TEORIA DI “Pasquale”

OGNI SINGOLO GIOCATORE PRESO DA SOLO
RIMANE UN SINGOLO GIOCATORE



LA SOMMATORIA È MAGGIORE DEL
NUMERO DEI SINGOLI

INTEGRAZIONE... NON E'

1. Un "comando"...

... Da oggi ... vi ordino ... integriamoci tutti appassionatamente!

2. Stare tutti attorno a un tavolo

una volta all'anno ... alla cena di reparto ...

3. Un atto formale di documenti

... Da oggi abbiamo ... la cartella clinica integrata ...

INTEGRAZIONE... E'

1. Una risorsa che rende umani

2. Un processo culturale

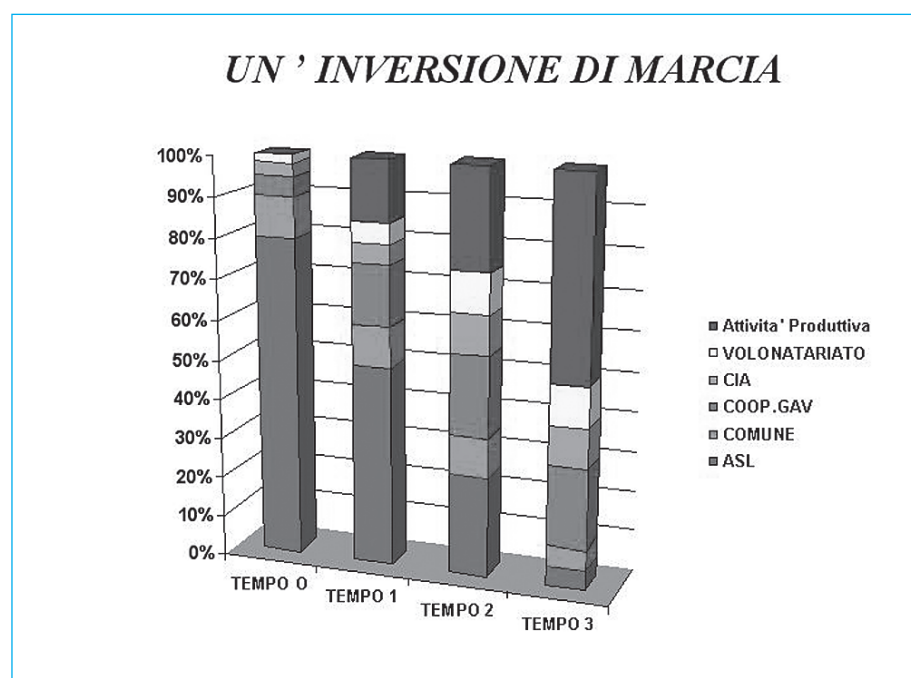
3. Una rivoluzione organizzativa

ri - conoscere che l'altro esiste(PERSONA E/O Servizio) che esiste come professionista che ha una sua identità una specificità professionale



UN MODELLO DA ESPORTARE

- ***RICONOSCIMENTO DELLA PERSONA***
- ***RISCOPERTA “DEL TEMPO A DIMENSIONE UOMO”***
- ***RIENTRO NEL CICLO PRODUTTIVO***



PROGETTO FORMATIVO E SUCCESSIVE APPLICAZIONI PRATICHE DELLE COLTIVAZIONI CON METODI BIOLOGICI

Dott. Giambattista Polo

Il Fondo Agricolo dove si è attuato il progetto è quello appartenuto alla dott.ssa Paola Gambaro, scomparsa nel 1996. A seguito di sua esplicita volontà testamentaria, il fondo è stato donato all'Associazione GAV. Mi ha stuzzicato il desiderio di approfondire la motivazione che spinge una persona a donare la parte più importante dei suoi beni ad una Comunità che si occupa di assistere, riabilitare e reinserire disabili psichici.

Questo curiosità mi ha portato inevitabilmente a considerare con attenzione i vari aspetti inerenti alla vita e all'opera della dott.ssa Gambaro. E' stato così che sono venuto a conoscenza che aveva conseguito prima la laurea in scienze naturali e, in seguito, una seconda laurea in medicina e chirurgia. I suoi interessi scientifici si sono indirizzati con determinazione nel campo dell'entomologia nel periodo che va dal 1947 al 1995, quindi, in sostanza, per l'intera vita.

Le ricerche da lei effettuate nella sua azienda di Negrar, dove venivano coltivati viti e olivi, si sono allargate in seguito nell'azienda di Raldon, acquisita dopo il matrimonio con Mario Ivancich. Apprendere di che cosa si occupavano le ricerche della dott.ssa Gambaro ha costituito un esito inaspettato.

Le potremmo riassumere così: essa si occupava delle rotture, spesso irreparabili, che avvengono nell'ecosistema. Non va dimenticato che erano anni in cui la forte chimizzazione dell'agricoltura comprometteva gli equilibri biologici nell'ambiente. L'effetto di questa rottura andava ad innescare un circuito perverso, provocato dall'uso massiccio della chimica che induceva la selezione di ceppi di parassiti più resistenti. La conseguenza era quella che gli agricoltori, su consiglio dei tecnici e delle istituzioni preposte, o aumentavano le dosi o dovevano far ricorso a pesticidi ancora più tossici.

Spesso insetti innocui diventavano, a causa delle mutazioni indotte dalla chimica, parassiti delle piante o di altri insetti utili. L'incauta chimizzazione, dunque, provocava tra le varie conseguenze lo sterminio di antagonisti naturali dei parassiti che attaccavano le piante. Il risultato più immediato di questa situazione era una semplificazione biologica, che l'uomo non poteva dominare oltre un certo limite, se non a danno della propria salute.

La dott.ssa Gambaro si pose il problema, non certo semplice, di come ripristinare l'equilibrio perduto, o meglio, date le mutate condizioni, come ricreare un nuovo equilibrio. Va detto che essa lavorò in solitudine perché, in quegli anni, il mondo della scienza era impegnato nell'applicazione, nelle diverse forme, della chimica in agricoltura. Non erano pochi i tecnici e i ricercatori, anche inseriti nelle Pubbliche Istituzioni, che aderivano alle spinte dell'industria chimica. Sarebbe interessante, anche alla luce della nuova consapevolezza di oggi, verificare quanti sono stati i finanziamenti elargiti al mondo della ricerca per favorire l'utilizzo dei pesticidi nell'agricoltura.

La discriminante, tra operatori del settore, era tra innovatori e conservatori e, poiché nessuno voleva figurare tra i conservatori, quasi tutti si adoperarono per l'introduzione di qualsiasi ritrovato chimico, sia che fosse diserbo, anticrittogamico o antiparassitario.

La Gambaro, per prima, dimostrò, non senza scontri infuocati con il mondo accademico, che alcuni anticrittogamici di sintesi favorivano lo sviluppo di acari che danneggiavano le piante coltivate.

Va detto, tuttavia, che il mondo accademico ha una virtù che non gli si può contestare: quella di riconoscere il valore dei ricercatori quando questi sono già defunti.

Paola Gambaro individuò e selezionò delle specie di fitoseidi (parassiti dei parassiti) che resistendo agli anti-parassitari potevano moltiplicarsi e contenere gli insetti nocivi. Questi fitoseidi si erano selezionati in alcune situazioni ambientali, nonostante gli anti-parassitari. La loro scoperta è il frutto di centinaia di osservazioni fatte in campo

dalla ricercatrice. La dott.ssa Gambaro aveva così trovato la chiave per ripristinare un equilibrio spezzato dall'insipienza dell'uomo e dalla sua brama di profitto, non sulle basi di partenza, perché queste non esistevano più, ma su un nuovo presupposto, che era pur sempre un equilibrio. Paola Gambaro era andata oltre le enunciazioni, che oggi facciamo nostre quando parliamo di "un cambio culturale e radicale del rapporto uomo – ecosistema".

Lei aveva operato in un segmento, piccolissimo, per un vita intera, riuscendo a determinare un risultato. Un segmento, tuttavia, che consentiva di appropriarsi della chiave che apriva su un più vasto universo. Aveva, in sostanza, concretizzato una ricerca dalle conseguenze generali per reinterpretare l'equilibrio uomo-ambiente.

Oggi noi sappiamo che non si può parlare di ecosistema se non lo consideriamo un unicum, dove ogni parte è relazionata con le altre come in un reticolo in cui non esiste il centro. E' all'interno di questo reticolo che sta l'uomo ed è in questo unicum che deve agire per garantire le condizioni di un futuro migliore, per sé e per le generazioni che verranno.

Il motivo della donazione dei propri beni da parte di Paola Gambaro a Don Marino e alla sua Associazione "GAV" mi è, dunque, apparso più chiaro. Il passaggio di un testimone perché altri continuino a lavorare su altri aspetti, magari sull'uomo e sempre, comunque, sugli equilibri spezzati per ritrovarne di nuovi.

Esiti essenziali del progetto

Gli obiettivi che avevamo stabilito nel progetto erano:

- a) diffondere tra i disabili psichici conoscenze, con particolare riferimento agli aspetti biologici, chimici, fisici e produttivi dell'attività agricola e del suo rapporto con l'ecosistema.
 - b) offrire successivamente, attraverso un'attività che cementava lo spirito di gruppo pratico, la possibilità di riscontro di quanto illustrato in sede teorica.
- In ciò stimolando ed evidenziando ciò che il lavoro agricolo, e dunque il rapporto con la natura, può suscitare in termini di emozioni e di sentimenti, oltre che la sollecitazione a percepire l'attività agricola fortemente connessa con la natura in termini di tutela, conservazione, promozione e vendita delle risorse agroambientali.
- c) un implemento qualitativo deciso alla cooperativa "La Mano2", che attualmente ha in conduzione i terreni, concretizzandone il ruolo di eco-impresa per l'ottenimento di produzioni biologiche da certificare successivamente.

Principali risultati dell'esperienza

Oltre agli aspetti di riabilitazione, formazione e inserimento lavorativo, va segnalato il coinvolgimento di operatori appartenenti a mondi e discipline non proprio contigue. E' un coinvolgimento appena improntato che andrebbe completato con gestori di aziende biologiche, rappresentanti di organizzazioni ambientaliste, associazioni dei familiari dei disabili psichici e scuole di diverso ordine e grado.

Tutto ciò su una base stabile e non episodica, prevedendo un'estensione del progetto al fine di accentuarne il carattere sperimentale e di riferimento. Un altro risultato è la spinta che è venuta per il consolidamento dell'attività della cooperativa "La Mano2", quale impresa sociale, in una funzione che non è solo produttiva, ma soprattutto di inserimento di lavoratori provenienti dall'attività di riabilitazione.

I punti da rafforzare nella prosecuzione dell'attività sono:

- a) la formazione di figure professionali di tipo ecoimprenditoriale, tarate sulle caratteristiche delle figure da reinserire;
- b) la formazione operativa, che deve adeguare le modalità didattiche per i disabili psichici con il coinvolgimento delle professionalità presenti nel gruppo di operatori e ricorrendo, per quanto non presente, al rapporto con esercenti delle attività produttive.

Valorizzazione dei prodotti agricoli ottenuti nelle aziende

Va premesso che l'agricoltura è sempre più soggetta ad una valutazione sociale. Ciò è dovuto al fatto che i cittadini europei contribuiscono in forma diretta al sostegno dell'agricoltura.

Ed è, dunque, in ragione di ciò che i cittadini, in relazione alla propria cultura e identità, chiedono che l'agricoltura:

- produca cibi più sani (con meno chimica) e originari e originali (che siano espressione del territorio da cui provengono);
- che assuma pienamente il vincolo del contenuto paesaggistico e delle tradizioni;
- ed infine, ed è l'aspetto che ci riguarda direttamente, che assolva ad una funzione etica.

Per questa ragione, se nel produrre si evidenziano contenuti che, assumendo il concetto di sviluppo alla luce del limite, rispettano l'ambiente, accanto ai contenuti etici, non mancheranno le occasioni e i circuiti di valorizzazione dei prodotti ottenuti dalla nostra attività. E ciò, si badi bene, non in un mercato particolare o parallelo, ma a pieno titolo nel mercato generalmente inteso, proprio in virtù di quella valutazione sociale di cui abbiamo parlato.

OBIETTIVI E RISULTATI DEL PIANO TERAPEUTICO RIABILITATIVO DEL PROGETTO “NATURA E DIVERSE ABILITÀ”

Dott.ssa Ilenia Pagliarello

Premessa

“Natura e diverse abilità” è un’iniziativa nata per far acquisire e accrescere ad un gruppo di pazienti psichiatrici, ospiti presso due strutture dell’Associazione G.A.V., il centro “S. Giuseppe” e il centro “Gambaro Ivancich”, alcune competenze attraverso il lavoro agricolo.

Il progetto si basa sulla premessa che ciascun partecipante abbia “diverse” capacità da potenziare e al tempo stesso difficoltà da superare.

Non si tratta di una terapia occupazionale, la quale presuppone che l’attività sia protetta e strutturata in base alle possibilità e ai bisogni di chi ne usufruisce, ma di un vero e proprio lavoro che necessita di impegno, sacrificio e scadenze da dover rispettare.

Infatti l’attività lavorativa comprende: la semina, la raccolta del prodotto (fragole e peperoni), il confezionamento e la vendita al mercato. Per affrontare il lavoro nel migliore dei modi, gli ospiti hanno partecipato ad un corso organizzato dalla C.I.A. (Confederazione Italiana Agricoltori) che spiegava le basi dell’agronomia e varie tecniche di coltivazione biologica.

Obiettivi

Prima di iniziare il progetto, per ogni ospite che avrebbe partecipato all’attività, si è steso un “Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato”

in base al modello di M. Spivak. Esso si basa sull'individuazione dei Comportamenti Socialmente Competenti e di quelli Socialmente Incompetenti che riguardano, nel caso specifico, l'area del lavoro lasciando da parte le altre componenti dell'Articolazione Sociale, ossia la cura personale, l'abitazione, l'ambiente familiare e quello socio-ri-creativo.

I Comportamenti Socialmente Competenti sono quei comportamenti che, secondo M. Spivak, consentono all'individuo di:

- portare a termine un compito (competenze strumentali),
- costruire e mantenere una relazione (competenze interpersonali),
- individuare ed interpretare sentimenti e opinioni proprie e altrui nei modi che soddisfino le aspettative personali e sociali, nelle principali aree del suo spazio vitale (competenze intrapersonali),
- conoscere, imparare ed elaborare i dati provenienti dalla realtà interna ed esterna (competenze cognitive).

I Comportamenti Socialmente Incompetenti sono invece “quelli che perpetuando il fallimento della persona e le aspettative negative presenti nel contesto nei suoi confronti, mantengono la sua condizione di isolamento e desocializzazione”. Nel caso specifico sono state osservate dagli operatori che hanno seguito l'attività le competenze strumentali necessarie per iniziare e portare a termine il lavoro.

Se ne sono individuate e misurate cinque:

TAB. 1
Risultati Competenze rilevate nel luglio 2002

Competenze Ospiti	Orario	Abiti	Mansioni	Iniziative	Lavoro di squadra
T.M.			✓	✓	✓
M.S.	✓		✓	✓	
V.M.	✓	✓			
G.P.		✓			
J.B.	✓	✓			
L.M.	✓	✓			
D.B.	✓	✓			
B.M.	✓		✓		
A.P.		✓			
D.Z.	✓				
Legenda:  = Csi;  = Csc 2002					

- 1) il rispetto dell'orario di inizio dell'attività lavorativa
- 2) l'utilizzo di un abbigliamento decoroso e adeguato
- 3) la capacità di svolgere una serie di mansioni (per es. seminare, raccogliere i prodotti, confezionare, ecc.)
- 4) saper prendere delle iniziative appropriate
- 5) essere in grado di lavorare in squadra.

La prima misurazione è stata effettuata nel luglio del 2002, la seconda nel luglio del 2003. Il numero degli ospiti che ha iniziato e che ancora continua il lavoro è 10 mentre 3 hanno incominciato e dopo poco smesso l'attività.

È molto basso l'indice di abbandono perché sono stati preventivamente selezionati i pazienti molto motivati che avrebbero potuto poi continuare l'impegno preso. Le tabelle 1 e 2 rappresentano i dati emersi all'inizio del progetto e dopo un anno. Da quanto si può vedere dalla tabella 1 le competenze presenti all'inizio sono:

- arrivare in orario nel 70% dei casi,
- l'uso di vestiti adatti alla situazione nel 60%,
- essere in grado di svolgere le varie mansioni nel 30%,
- la capacità di prendere iniziative nel 20%
- riuscire a lavorare in squadra nel 10%.

La spiegazione del fatto che sia la puntualità che la capacità di utilizzare un abbigliamento adeguato, abbiano una percentuale così

TAB. 2
Risultati Competenze rilevate nel luglio 2003

Ospiti \ Competenze	Orario	Abiti	Mansioni	Iniziative	Lavoro di squadra
T.M.	✗	✗	✓	✓	✓
M.S.	✓	✗	✓	✓	✗
V.M.	✓	✓	✗		
G.P.		✓	✗	✗	✗
J.B.	✓	✓		✗	✗
L.M.	✓	✓	✗		
D.B.	✓	✓			✗
B.M.	✓	✗	✓	✗	
A.P.	✗	✓	✗		
D.Z.	✓			✗	✗
Legenda:  = Csi;  = Csc 2002;  = Csc 2003					

alta è dovuta al fatto che gli ospiti sono abituati da diversi anni alla sveglia mattutina della comunità e a vestirsi dignitosamente. Infatti tali competenze fanno parte del regolamento da rispettare nelle diverse strutture dell'Associazione G.A.V.

La tabella 2 mette in evidenza che:

- il rispetto dell'orario passa dal 70% al 90% con un incremento del 20%,
- l'utilizzo di un abbigliamento adeguato dal 60% al 90% con un incremento del 30%,
- la capacità di eseguire varie operazioni tecniche dal 30% al 70% con un incremento del 40%,
- la competenza di prendere delle iniziative adeguate dal 20% al 60% con un incremento del 40%,
- l'abilità di lavorare in squadra dal 10% al 60% con un incremento del 50%.

Si è così passati da una media di competenze per ciascun ospite di 1,9 ad una di 3,7; ciò significa che ciascun paziente ha raddoppiato le proprie abilità nel campo lavorativo. In particolar modo è importante sottolineare il fatto che vi è stato un incremento maggiore delle ultime tre competenze. Questo, come ho spiegato precedentemente, è dovuto al fatto che le prime due fossero già state acquisite dalla maggior parte degli ospiti inseriti in comunità.

Conclusioni

Una riflessione a parte va fatta per i risultati ottenuti dagli ospiti per le capacità di: riuscire a svolgere le varie mansioni, proporre iniziative adeguate e lavorare in squadra. Riguardo la prima si può dire che la ripetizione di varie attività ha migliorato la manualità di molti partecipanti che sono anche diventati più veloci e precisi nella tecnica della semina, del raccolto, del confezionamento, ecc.

L'incremento della capacità di svolgere delle mansioni senza che siano richieste o di proporre soluzioni alternative, per rendere più veloce il lavoro, sta ad indicare che una buona parte degli ospiti è diventata più sicura delle proprie capacità e ha acquisito maggior dimestichezza con le tecniche utilizzate.

Infine, per quanto riguarda il lavoro di squadra, si è visto che i partecipanti hanno formato un gruppo affiatato il quale è riuscito a coordinare le varie attività. Dall'osservazione fatta dagli operatori ciò è avvenuto anche sul piano relazionale. Infatti all'interno del gruppo si sono formati: ruoli specifici, rapporti privilegiati, simpatie, contrasti, ecc. Per es. T.M. ha assunto il ruolo di "leader carismatico" che



riesce a stimolare e coinvolgere il resto del gruppo con il suo grande entusiasmo; M.S. quello di aiuto-operatore perché fin dall'inizio era in grado di svolgere le mansioni in maniera precisa e adeguata.

Si sono poi consolidate relazioni che già fin dall'inizio erano privilegiate come quelle tra B.M. e A.P. ma, com'è naturale che accada, vi sono stati anche dei piccoli contrasti risolti però molto velocemente. Inoltre è significativo sottolineare che ciascun sottogruppo, appartenente uno al centro "S. Giuseppe" e l'altro alla comunità "Gambaro Ivancich", è diventato più coeso e unito nella propria organizzazione interna, ma non rigido e comunque disposto a collaborare con l'altro.

Concludendo si può dire quindi che il lavoro non ha soltanto aiutato gli ospiti a sviluppare capacità di tipo strumentale ma anche di tipo interpersonale.

UTILIZZO DEL METODO SPIVAK.
QUALITÀ DELL'INTERVENTO PSICO-RIABILITATIVO
Dott. Massimiliano Gelmetti

Perché il metodo Spivak?

Abbiamo sentito parlare di comportamenti socialmente competenti, di comportamenti socialmente incompetenti, di articolazione sociale, di de-socializzazione, di competenze strumentali, interpersonali, intrapersonali, cognitive, di spazio vitale, di isolamento, ecc.

Ebbene tutti questi termini fanno riferimento alla terminologia specifica del metodo riabilitativo elaborato e sperimentato da Mark Spivak (psicologo americano di origine ebraica, scomparso nel 1998, che ha lasciato, anche in Italia, una significativa e feconda esperienza di approfondimento teorico e di training operativo nel campo della riabilitazione psicosociale).

In questo modello riabilitativo teoria e pratica sono fortemente collegate e interdipendenti e danno la possibilità a tutti gli operatori di valutare i risultati con gli utenti e il loro impegno e professionalità nel complesso e articolato lavoro riabilitativo attraverso la puntuale verifica dei successi e degli insuccessi rispetto agli obiettivi formulati nei vari piani di trattamento riabilitativo individualizzati.

Essendo questi due aspetti, vale a dire la pregnante componente pratico-esperienziale e la disponibilità di uno strumento di lavoro relativamen-

te semplice e comprensibile, dimensioni caratterizzanti la prassi operativa, in atto da parecchi anni, presso le strutture terapeutico-riabilitative dell'associazione GAV, è stato quasi tecnicamente doveroso scegliere la strada dell'applicazione del metodo Spivak, ritenuto anche dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale uno dei modelli riabilitativi più interessanti ed efficaci, qualora applicato in modo corretto e coerente.

Principi generali del metodo Spivak

A questo punto è utile accennare ai principi generali del metodo Spivak. Cosa vuol dire riabilitare, cioè qual è l'obiettivo, lo strumento e il modo della riabilitazione psicosociale?

Secondo Mark Spivak:

- l'obiettivo fondamentale della Riabilitazione Psicosociale è quello di neutralizzare invertendolo il processo di cronicizzazione, che partendo dal ripetuto fallimento nei rapporti sociali porta all'isolamento, alla perdita progressiva delle competenze sociali, all'impoverimento del linguaggio, al degrado dei ruoli sociali, all'ostilità, all'evitamento emotivo e alla rassegnazione devitalizzante, in altre parole, alla desocializzazione graduale, attraverso la rarefazione dell'articolazione sociale, vale a dire della capacità di rispondere ai bisogni propri e alle richieste altrui nelle diverse aree del proprio spazio vitale, che sono:

- 1) la cura di sé,
- 2) il proprio alloggio,
- 3) la famiglia e gli amici,
- 4) l'ambiente lavorativo,
- 5) la dimensione sociale e ricreativa;

- lo strumento fondamentale della Riabilitazione Psicosociale è costituito dalla relazione interpersonale (detta anche interazione socializzante), i cui presupposti sono:

- a) la disponibilità,
- b) l'osservazione,
- c) la pazienza,
- d) la creatività,

e che si attua operativamente attraverso quattro dimensioni (atteggiamenti interiori e relative modalità d'azione), che sono:

- 1) azione di supporto (comunicare al paziente la consapevolezza della difficoltà a partecipare ad una relazione umana);

- 2) espressione di permissività (comunicare al paziente che gli standard di comportamento della comunità sono meno rigidi e intransigenti rispetto a quelli della collettività esterna, fatti salvi i comportamenti che costituiscono una grave minaccia a sé o agli altri);
- 3) disconferma delle aspettative del passato (comunicare al paziente che può esserci un altro modo di entrare in relazione con gli altri, più vantaggioso nelle conseguenze sociali: accettazione, conferma di un ruolo, incidere nelle scelte, ecc.);
- 4) gratificazione delle competenze acquisite o recuperate (fornire al paziente gratificazioni per i csc appresi, facendo attenzione a non premiare comportamenti desocializzati o inseriti in una relazione operatore-utente disfunzionale).

Il metodo (= modo prestabilito nell'operare) consiste nell'elaborare un preciso piano di trattamento riabilitativo individualizzato (ptri), in cui l'équipe riabilitativa formula una dettagliata diagnosi dell'handicap sociale (non diagnosi psichiatrica) analizzando ogni area dello spazio di vita, allo scopo di individuare le competenze (csc) o le incompetenze (csi) sociali dell'individuo disabile, che dovranno essere potenziate o eliminate in un dato tempo (vedi: verifiche periodiche) e in un dato contesto (vedi: attività di gruppo).

Lo sviluppo di determinati csc o l'eliminazione graduale dei csi saranno gli obiettivi del pttri, che attraverso la verifica periodica potranno essere ridisegnati o focalizzati, in un ambiente strutturale-relazionale adatto al raggiungimento di questi traguardi vitalizzanti.

Questo ambiente, che potrà essere:

- la comunità,
- l'appartamento protetto,
- il centro diurno,

utilizzerà l'interazione socializzante operatore-utente, mediata, all'occorrenza, dalle attività di gruppo (standard o specifiche) per incrementare e migliorare l'articolazione sociale povera o deficitaria, invertendo, alla fine, il processo di desocializzazione (isolamento-sofferenza-rassegnazione-disperazione) permettendo un inserimento sociale più sereno e gratificante per tutti.

Qualità dell'intervento psicoriabilitativo

La qualità dell'intervento psicoriabilitativo si deve valutare innanzitutto nei riguardi degli utenti: abbiamo visto, nella relazione precedente come nell'area vitale dell'ambiente lavorativo ci siano stati

significativi incrementi di alcuni csc (comportamenti socialmente competenti) collegati non solo allo sviluppo di abilità o capacità di tipo strumentale (compiere azioni concrete in un successione finalistica), ma anche di tipo interpersonale (relazionarsi con altre persone in modo congruo e adeguato).

La tabella 2 della precedente relazione però mostra ancora spazi vuoti, vale a dire ancora csi (comportamenti socialmente incompetenti), significa che il lavoro riabilitativo non è ancora terminato, ma siamo sicuramente a buon punto.

Non si deve dimenticare inoltre che la qualità dell'intervento psicoriabilitativo si può misurare anche dalla sensazione di soddisfazione e gratificazione che l'operatore trae dal proprio lavoro riabilitativo: l'aver fornito uno strumento di lavoro semplificato e accessibile sia sotto l'aspetto pratico che teorico (dopo qualche iniziale perplessità terminologica) può senz'altro contribuire in maniera efficace al raggiungimento di una meta importante nell'attività assistenziale: vale a dire la lotta al burn-out degli operatori addetti alla riabilitazione.

Infine, nel considerare la qualità dell'intervento, bisogna riferirsi anche alla committenza istituzionale, la quale chiede un intervento "appropriato", come prescrive la normativa vigente.

Diminuire la sofferenza individuale, favorire il reale inserimento sociale, alleviare il peso della gestione della malattia nell'ambito familiare, incrementare la consapevolezza della efficacia del vero intervento riabilitativo, produrre merci commercialmente valide, utilizzare al meglio le risorse disponibili, tutto questo penso si debba ritenere un intervento appropriato.

INTERVENTO

Dott. Carlo Furlan

Il dott. Furlan, nell'introdurre il suo intervento sottolinea l'importanza dell'ambiente nel processo di sviluppo umano ed inserisce il concetto di ambientalismo, inteso come centralità dell'ambiente in un contesto di interazione tra uomo e ambiente ma, soprattutto, tra uomo e uomo.

Parlando della sua esperienza come presidente del centro servizi di volontariato di Verona, il dott. Furlan parla di volontariato come risorsa, una risorsa fondamentale. La legge che regola questo settore è la 266, la quale, prevede che una parte delle risorse a disposizione delle fondazioni attive nel cosiddetto terzo settore, venga reinvestito e redistribuito nei progetti portati avanti dalle diverse realtà associative presenti sul territorio.

La 266 rappresenta inoltre il punto di incontro tra pubblico e privato, infatti, la regione stanziava dei fondi che vengono dati ai centri servizi di volontariato delle varie province, questi a loro volta hanno l'onere di distribuirli in modo da finanziare le associazioni e i progetti attivi nelle province di competenza.

Con questa legge, la repubblica italiana, riconosce i movimenti di volontariato, essi tuttavia non sono nati con essa, infatti, la realtà del volontariato e di quello che oggi chiamiamo terzo settore è attiva già da diverso tempo. Ben vengano quindi iniziative, come questa, in quanto potranno produrre solo benefici sia a livello individuale che sociale.

BIBLIOGRAFIA

- L. BURTI, *Riabilitazione in psichiatria: note introduttive*, in La riabilitazione del malato mentale, CLUEB-Bologna, 1988.
- L. BURTI, Commento all'articolo di M. Spivak, *Il piano di trattamento secondo il metodo Spivak*, Riv. Sper. Fren., vol. CXXI, n. 1, 1997, pp. 26-40.
- M. SPIVAK, H.OMER, *Un modello interpersonale per capire e neutralizzare i processi cronici nei pazienti psichiatrici*, Riv. Sper. Fren., vol. CXVI, n. 2, 1992, pp. 179-202.
- M. SPIVAK, *Introduzione alla riabilitazione sociale*, Riv. Sper. Fren., vol. CXI, n. 3, 1987, pp. 522-574.
- M. SPIVAK, *Il piano di trattamento secondo il metodo Spivak*, Riv. Sper. Fren., vol. CXXI, n. 1, 1997, pp. 522-574.
- M. SPIVAK, *Verso una sistematzzazione dell'approccio alla riabilitazione per le competenze sociali. Teoria e definizione*, Il vaso di Pandora, vol. IV, n. 4, 1996, pp.15-24.
- J.V. VACCARO, G.H. CLARK, M. BASSI, *Manuale di psichiatria territoriale*, Cortina, Milano 1999.
- P. CAROZZA, *Centri diurni e approccio ai processi cronici in psichiatria*, Franco Angeli, Milano 2000.
- M. DONATELLO, P. MICHIELIN, *Lavoro e oltre*, McGraw Hill, Milano 2002.
- P. IVANCICH GAMBARO, *L'Amblyseius andersoni Chant (acarina: phytosei-*

dae): *biologia, ecologia, selezioni di popolazioni resistenti agli esteri fosforici*, Atti del convegno “Influenza degli antiparassitari sulla fauna utile in frutticoltura”, Verona-Venezia, maggio 1985.

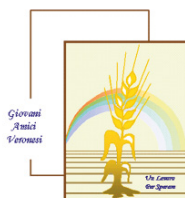
- P. IVANCICH GAMBARO, *Validità del trasporto di popolazioni di Amblyseius andersoni Chant (acarina: phytoseiidae) OP resistenti su meli infestati da Pannonychus ulmi*, L'Informatore Agrario, Verona, vol. XLII, 1986.

- P. IVANCICH GAMBARO, *La diapausa in Amblyseius andersoni Chant nella pianura padana*, Boll. Zool. Agr. Bachic., ser. II, 22, 1990, pp. 31-41.

INDICE

Presentazione	3
Illustrazione del progetto	5
Esperienza di integrazione tra servizi pubblici e privati. Un modello da esportare	9
Progetto formativo e successive applicazioni pratiche delle coltivazioni con metodi biologici	19
Obiettivi e risultati del piano terapeutico riabilitativo del progetto “Natura e diverse abilità”	23
Utilizzo del metodo Spivak. Qualità dell’intervento psico-riabilitativo	28

*Stampato a Negrar (VR)
nel mese di aprile 2004
presso la tipografia della cooperativa sociale "La Mano2"
per conto della Fondazione GAV*



CSV
CENTRO
SERVIZIO
PER IL
VOLONTARIATO
della Provincia di Verona
