

Articolo esploratorio

**L'applicazione dell'esperienza artigianale ed artistica alla riabilitazione: il valore della tessitura a telaio**

Di Enrico Marchi<sup>\*1</sup> ed Emiliano Tognetti<sup>\*\*2</sup> Pubblicato [online] – 28 ottobre 2020

**Abstract:**

*The aim of this explanatory article is to provide mental health care providers that deal with artistic mediation rehabilitation activities with a theoretical framework that can offer theoretical and practical perspectives for finding clues in order to assess the impact of these activities on patients with disabilities. This is carried out by synthesizing the contribution of various authors and offering as a reference the experience of weaving activities, which the association "Archimede" and "La Tela di Penelope" perform with the users in the field of Mental Health in Lucca.*

L'intento di questo articolo espositivo è quello di offrire agli operatori della salute mentale che si occupano di attività riabilitative a mediazione artistica, un quadro teorico di riferimento, che possa fornire degli spunti teorici e pratici per cercare indici che permettano la valutazione dell'impatto di queste attività sui pazienti disabili. Questo viene fatto sintetizzando il contributo di vari autori ed offrendo come ambito di riferimento, l'esperienza delle attività a telaio, che "Archimede" e "La Tela di Penelope" svolgono con l'utenza della Salute Mentale a Lucca.

**Introduzione:**

Come già riportato in un precedente lavoro<sup>3</sup>, il processo di presa in carico di un paziente in Salute Mentale, può essere idealmente diviso "in varie fasi":

- a. l'arrivo del paziente all'attenzione dei servizi sociosanitari, tramite un contatto diretto del soggetto, dei familiari, del Medico di Famiglia o di altri enti territoriali,
- b. il procedimento di assessment, la diagnosi iniziale e la presa in carico del paziente sono l'inizio formale di un rapporto complesso e variegato, il cui esito è condizionato da variabili personali ed ambientali delle figure a vario titolo coinvolte,
- c. l'inizio del lavoro con la condivisione della storia clinica del paziente e l'ideazione di un procedimento clinico, in cui ogni figura coinvolta (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere ed assistente sociale) fa la sua parte e dove vengono

analizzate le dinamiche, sia quelle strettamente cliniche, soprattutto nella fase acuta e/o iniziale della presa in carico, per poi procedere idealmente, verso una progressiva stabilizzazione ed un successivo invio presso attività riabilitative e di inclusione sociale.

- d. raccordo fra le figure dell'Équipe clinica del territorio e gli enti individuati per le attività riabilitative. In generale si tratta di enti del terzo settore (D. Lgs 117/2017) che operano in regime di convenzione con l'azienda sanitaria. Nel caso della Zona Distretto di Lucca, per la Salute Mentale, è stata individuata "Archimede".

- e. sviluppo e monitoraggio delle attività riabilitative dei pazienti, da parte dei professionisti sanitari con i referenti di "Archimede" e adattamento degli interventi clinico-riabilitativi a seconda dell'evoluzione del paziente preso in carico.

- f. Processo di reinserimento sociale ed eventuali dimissioni cliniche."

---

- <sup>1</sup> Dott. Enrico Marchi, psichiatra-psicoterapeuta, già direttore dei Servizi di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale di Lucca, professore a contratto del C.d.L. "Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica" dell'Università degli Studi di Pisa, presidente dell'associazione "ALAP"- Associazione Lucchese di Arte e Psicologia.

- <sup>2</sup> Dott. Emiliano Tognetti, psicologo- psicoterapeuta e progettista sociale, vicepresidente dell'Associazione "Archimede" di Lucca, socio della cooperativa "La Tela di Penelope" e consulente scientifico di "ALAP".

<sup>3</sup>"Come funziona il lavoro di Équipe nella Salute Mentale: il caso di Mario dalla presa in carico fino alla riabilitazione." Lavoro presentato durante un workshop in Romania nel 2018 dal titolo "Exemple de bune practici: intervenții și servicii terapeutice oferite în comunități pentru persoanele cu dizabilități"

### Articolo esploratorio

Nel precedente lavoro ci siamo occupati dei punti a., b., c. e d. del processo di presa in carico. In questo lavoro, tratteremo i punti e. ed f., le attività riabilitative e di inserimento sociale delle persone svantaggiate, prendendo come ambito di applicazione l'esperienza artistica e riabilitativa di "Archimede" ed in particolare il laboratorio tessile presso la cooperativa sociale "La Tela di Penelope" di Lucca.

#### - **Gli aspetti riabilitativi e di reinserimento sociale nel percorso di presa in carico**

In questo articolo esplicativo, abbiamo cercato di mettere insieme gli aspetti teorici, psicologici, fisiologici, creativi e sociali, delle fasi riabilitative e di reinserimento sociale, dopo che l'equipe ha realizzato il progetto personalizzato per il paziente.

Ci siamo resi conto, infatti, che non è stato realizzato un modello di lavoro integrato che andasse a concettualizzare in maniera organica e sistematica l'effetto di questo tipo di attività riabilitativa, in particolare quella a telaio, sui soggetti svantaggiati.

Quella che seguirà è una proposta teorica, con l'analisi di un contesto di inserimento lavorativo e sociale ed infine una proposta per misurare gli indici "oggettivi" di questo processo e di poter rilevare, per quanto possibile, gli aspetti "soggettivi" che sono ugualmente fondamentali per una prospettiva psicologica e di benessere del paziente.

È un tentativo, che sicuramente andrà migliorato e risente dell'influenza di molti aspetti diversi. Tuttavia, sentivamo l'esigenza di porre un punto di partenza teorico-esperienziale per iniziare una futura ricerca sulle "buone pratiche" riabilitative e sul miglioramento di attività di inclusione sociale, che hanno ancora molti margini di miglioramento.

#### - **L'arte come strumento riabilitativo: aspetti storici e clinici**

Come riportato nelle dispense del Dott. Marchi, **nel corso di Arte-terapia applicata alla Riabilitazione Psichiatrica presso l'Università degli Studi di Pisa**, nel corso dei secoli "le arti hanno avuto evoluzione non solo sul piano formale, ma anche come valore dell'espressione

umana e come capacità di aiutare coloro che ne fruiscono". All'arte, secondo l'autore, è sempre stata riconosciuta questa grande capacità di trasformare il nostro sentire ed il nostro atteggiamento relazionale e "grazie anche agli studi nel campo delle neuroscienze, abbiamo potuto apprezzare le peculiarità neuroanatomiche e fisiologiche delle varie discipline artistiche nella stimolazione sensoriale del nostro cervello." Sono infatti "ormai a tutti note le grandi possibilità dell'arte di influenzare positivamente il gradiente di sviluppo neuro-evolutivo, dando chance importanti al nostro cervello, siano esse direttamente riferibili alle attività logico-matematiche (che hanno la loro sede privilegiata nell'emisfero sinistro), che a quelle più creative ed intuitive riferite all'emisfero destro."

Per un approfondimento, si rimanda alle teorie di D. Anzieu e G. Magherini. In questo contributo, è interessante considerare il fatto che l'arte "consente un avvicinamento a quella zona intrapsichica che Stefano Ferrari definisce "l'alone dell'area traumatica", proteggendoci con un contenimento del sentimento, che diventa parte del nucleo dell'esperienza estetica, con un approccio intenso e rassicurante".

Come riporta Marchi nel suo contributo, "nel soggetto che non ha potuto fare esperienze precoci valide in questo suo espandersi psico-fisico, e talora con vissuti di perdita e traumatici legati al rapporto precoce con la madre e con il mondo esterno, il poter sperimentare questa gamma di sensazioni fortemente e profondamente stimolanti, in special modo con l'assistenza e guida di esperti-curanti, può forse accendere la scintilla della ri-conquista di un oggetto interno come atto creativo e rigenerante; creatività che, secondo Winnicott, è fortemente legata alla capacità di mantenere in tutto l'arco vitale qualcosa che appartiene all'esperienza infantile." Ne consegue che "Con l'arte applicata alla terapia possiamo stimolare potenzialità autorigenerative che normalmente non vengono attivate, utilizzando risorse e parti positive che possono farci affrontare cambiamenti positivi, più che se utilizzassimo soltanto l'introspezione e il recupero di lati più oscuri e dolorosi della nostra storia individuale e familiare." Accanto a questo

### Articolo esploratorio

aspetto, prosegue l'autore “sempre più l'approccio farmacologico convenzionale con cui vengono trattate alcune tipologie di pazienti risulta essere bisognoso di un'integrazione, con un approccio che tenga in considerazione l'unità corpo-mente dell'individuo, prestando attenzione al lato psicologico del soggetto.”

Fra gli aspetti benefici dell'arte come mezzo terapeutico, secondo Marchi, possiamo individuare gli enormi vantaggi che emergono da una “sollecitazione psichica e somatica che riesca a influenzare positivamente vie neuronali centrali e periferiche attraverso stimolazioni sensoriali mediate da una valida relazione terapeutica; questa relazione è imprescindibile per permettere alla bellezza artistica di sprigionare tutta la sua potenzialità curativa, e la condivisione gruppale dell'emozione estetica rappresenta un ulteriore fattore incentivante la possibilità di esplorazione intrapsichica partendo non solo dalla produzione creativa artistica, ma anche dalla semplice fruizione di un oggetto artistico proposto ai partecipanti.

Non va trascurata la notevole importanza della fruizione e produzione artistica condivisa nella prevenzione e trattamento di molti disturbi respiratori e cardiovascolari, delle malattie neurodegenerative, nella assistenza oncologica, negli stati deficitari, nella pratica pediatrica e in molte altre situazioni in cui sviluppare un'alleanza col curante attraverso questo oggetto privilegiato, che è quello artistico, diventa parte del progetto e del percorso terapeutico.”

Un altro aspetto che consideriamo importante in questo lavoro espositivo, è riportare all'attenzione gli effetti psicologici dell'estetica. Come riporta Marchi, esiste un “modello ben consolidato nello studio della bellezza in psicologia (Diessner, Solom, Frost, Parsons, & Davidson, 2008). Questo modello teorizza che la bellezza “comprenda il coinvolgimento in tre domini fondamentali: quello della bellezza della natura, della bellezza di matrice artistica e, infine, della bellezza morale. Quello della bellezza morale è un concetto interessante, da un punto di vista psicologico; si tratta del sentimento di elevazione che può nascere esclusivamente osservando un altro essere umano mettere in atto un comportamento

virtuoso dal punto di vista morale (idem).” Secondo l'autore, la misura in cui siamo capaci di apprezzare la bellezza nelle sue diverse forme sembra essere indicativa di maggiori livelli di benessere, sia edonico – che concerne il piacere immediato dato dall'esperienza del bello – sia eudaimonico – che riguarda lo sviluppo e la crescita personali (Martinez-Martì, Avia, & Hernandez-Lloreda, 2014). Anche la speranza sembra risentire positivamente dell'attitudine alla bellezza e del senso di universalità, unione e apertura che questa induce (Diessner, Rust, Solom, Frost, & Parsons, 2007); la speranza, intesa quale disposizione e come risorsa per affrontare le difficoltà della vita in maniera attiva ed efficace, rappresenta di fatto un elemento protettivo rispetto all'insorgenza di disturbi psicologici come ansia e depressione. Rafforzare la predisposizione alla speranza attraverso l'esercizio alla bellezza può rappresentare un'ottima strategia preventiva nei confronti della psicopatologia, ancor di più in età evolutiva (idem).”

#### - **Aspetti mentali e psicofisiologici: la neuro-estetica e alcune proprietà mentali**

L'arte, nelle sue varie espressioni, coinvolge tutto l'essere umano, a livello psicologico, mentale, funzionale, coinvolgendo sia il SNC che il SNP. Volendo fare, per motivi di esposizione, una suddivisione teorica di questi aspetti che si influenzano e sono in interazione reciproca ed olistica, potremmo prendere come punto di partenza la neuro-estetica ed il suo impatto sul nostro cervello. Come riporta Marchi nel suo contributo, “il nostro cervello centroencefalico, il cervello emotivo che rappresenta la zona di innesto di tutti gli stimoli sensoriali e che prima di ogni elaborazione cosciente corticale, con l'attivazione del sistema limbico, si rende responsabile delle sensazioni di sorpresa e piacere che proviamo di fronte ad uno stimolo sensoriale. Il sistema limbico comprende una serie di strutture cerebrali e un insieme di circuiti neuronali presenti nella parte più profonda e antica del telencefalo, connessi al lobo limbico e correlati alle funzioni fondamentali per la conservazione della specie. Grazie al contributo delle tecniche di neuroimaging funzionale e di neurofisiologia, nel corso degli anni è stato



possibile localizzare anche i diversi siti corticali implicati in questo processo, quali la corteccia orbito-frontale e parietale, responsabili della coscienza elaborazione critica. [...] è stato ipotizzato che nell'apprezzamento estetico di opere d'arte possano essere coinvolti anche i cosiddetti *neuroni specchio*, una particolare popolazione di neuroni presenti nella corteccia premotoria, che si attivano sia durante l'osservazione di un'azione che durante l'esecuzione della stessa (Rizzolatti, 1996). [...] Secondo alcuni autori (Gallese & Freedberg, 2008) questi neuroni sarebbero infatti responsabili delle risposte emotive alle opere d'arte, in particolare per quanto riguarda l'immedesimazione con esse. Questa sorta di empatizzazione con l'oggetto artistico è in grado di generare a livello corporeo risposte emotive elicitate dalle opere. Le risposte emotive sono veicolate, attraverso neuroni e sinapsi, da neuromediatrici, quali dopamina, encefaline, serotonina e anche endocannabinoidi ed endorfine, che fanno parte del sistema di ricompensa cerebrale, legato al soddisfacimento dei bisogni primari e di sopravvivenza attraverso il piacere. Questo ci spiega la forte capacità di

Fig. 1 persona a telaio a 2 licci (g.c. da “Archimede”)

influenzare la nostra psiche cosciente, il nostro umore e comportamento che arte e bellezza possono avere.”

Assieme all'effetto empatico che l'arte e la sua componente estetica hanno sull'encefalo e la persona, è interessante porre l'accento anche su altri aspetti benefici che l'attività artistica ed artigianale, in questo caso l'attività a telaio, possono avere su una persona.

Per capire meglio il senso di questa specificazione è necessario partire da un'immagine che, con un colpo d'occhio, offre una panoramica di quello che sarà esposto di seguito:

Come è possibile vedere anche intuitivamente dall'immagine 1, sopra riportata, l'attività tessile a telaio, almeno su questo modello, coinvolge tutto l'essere umano, sia a livello mentale che fisico, perché impiega l'uso contemporaneo e coordinato degli arti superiori ed inferiori.

Riprendendo la “divisione teorica”, sono due gli aspetti mentali su cui sarebbe interessante poter puntare il focus della ricerca: le funzioni cognitive dell'attenzione e della concentrazione della persona e gli aspetti cinetici e cinestetici dell'attività tessile.

### Articolo esploratorio

Sul primo aspetto, quello delle funzioni cognitive dell'attenzione e della concentrazione in particolare, molto è stato scritto e studiato in letteratura scientifica (a partire dagli studi sull'attenzione di Broadbent, Cherry etc. a quelli più recenti a cui rimandiamo). Quello che è interessante riportare in questo contributo è la definizione di attenzione selettiva; come riporta in un contributo online E. Ricciardi, “l'attenzione si caratterizza per essere un processo cognitivo che ci permette di prelevare o selezionare dall'ambiente circostante alcuni specifici stimoli e tralasciarne altri. Questa capacità cognitiva può essere suddivisa in attenzione divisa e attenzione focalizzata o selettiva. La prima si riferisce alla capacità dell'individuo di svolgere due compiti contemporaneamente e, dunque, di prestare attenzione a più stimoli nello stesso momento; la seconda, invece, si riferisce alla capacità di selezionare una singola informazione dall'ambiente e prestare attenzione solo a quella, nella possibilità di elaborarla.”

Come appare evidente dalla foto, quello che è necessario per poter lavorare a telaio è una coordinazione fra l'attenzione ed il sistema nervoso periferico. Infatti, il lavoro a telaio, come sarà sinteticamente illustrato più avanti è un lavoro di estrema precisione e ripetitività e richiede l'acquisizione ed il mantenimento di un'attenzione ed un coordinamento mente-occhio-mano, mente-mano-piede<sup>4</sup>, che è necessario per un corretto svolgimento del lavoro e che può essere un ottimo esercizio per il recupero ed il mantenimento di facoltà residue, che sono diminuite per malattia, invecchiamento o trauma, ma questo sarà affrontato in un paragrafo successivo.

#### - **Aspetti di inserimento sociale ed inclusione lavorativa: il coinvolgimento sociale e gli effetti sull'individuo**

Come già indicato nel corso dell'articolo, l'esperienza qui riportata è anche un'esperienza di inserimento sociale e di inclusione lavorativa, i cui effetti benefici sull'individuo e sul gruppo sono oggetto di studio da parte della psicologia, in particolare della psicologia sociale.

Partendo dagli studi sul gruppo di Lewin, divenuti ormai un punto di riferimento per la ricerca ed a cui rimandiamo per gli approfondimenti, quello che vorremmo mettere in evidenza è l'aspetto interattivo fra individuo e gruppo. Come riportato in sintesi in una lezione di Alessio Nencini, disponibile online, gli aspetti che vorremo richiamare sono i concetti principali della “Teoria del Campo”:

- a. La persona rappresenta un sistema, un bisogno rappresenta una tensione.
- b. Il comportamento è originato da una totalità di fattori interdipendenti, in una certa situazione e in un dato momento.
- c. Le leggi che governano il sistema di forze non dipendono perciò dalle singole caratteristiche degli elementi coinvolti, ma dalla loro configurazione complessiva.
- d. “Lo spazio di vita” è l'ambiente psicologico in cui la persona vive: scopi, influenze, ricordi, convinzioni...).
- e. Componente ecologica: i fatti che costituiscono l'ambiente quale oggettivamente è.

Relativamente alla composizione del campo, sono tre i tipi di fatti coinvolti:

1. Fatti psicologici legati alla persona. Ambiente psicologico e spazio di vita.
2. Fatti ambientali oggettivi, che stanno fuori dallo spazio di vita. Ecologia psicologica.
3. Zona di frontiera, in cui i fatti ambientali sono tradotti in fatti soggettivi.”

Questi fatti sono presenti contemporaneamente nel campo.

È all'interno di questa cornice teorica che poi si sono sviluppate altre teorie psicologiche, sociali e gli studi sugli effetti dell'inclusione sociale e lavorativa di soggetti disabili, che è uno dei *focus* su cui si concentra il progetto dei laboratori riabilitativi ed in particolare quello a telaio, che qui viene esposto.

Un ottimo report sugli effetti di questa pratica è raccolto nel lavoro di Barone R., Bruschetta S. e

---

<sup>4</sup> Con “mano” s'intende il coinvolgimento di tutto l'arto superiore dalla spalla alla mano, mentre con

“piede” si intende il coinvolgimento di tutto l'arti inferiore, dalla gamba al piede.

Articolo esploratorio

D’Alema M. (2013) a cui faremo riferimento, in maniera sintetica.

Un intento particolare, che sottolineano gli autori nel loro lavoro, è quello di pensare “modalità operative per i servizi di salute mentale (*che*) presuppongono una presa in carico attenta agli aspetti individuali, focalizzandosi soprattutto sulla prevenzione del rischio di isolamento e solitudine (*degli individui*), e contemporaneamente agli aspetti gruppali con riferimento soprattutto alla creazione di gruppi allargati, come ad esempio i gruppi mediani, che la ricerca ha dimostrato elettivi per l’elaborazione delle dinamiche comunitarie. Secondo la teoria delle Reti Sociali, infatti, i gruppi mediani facilitano la creazione di una resistente area di legami intermedi tra la rete primaria dei legami forti la rete secondaria dei legami deboli. Prendersi cura dei legami sociali vuol dire lavorare su quell’elemento connettivo specifico per le reti sociali, rappresentato dalla partecipazione ai contesti culturali, politici ed economici di vita sviluppando quel sentimento di appartenenza di identità sociale, detto appunto “cittadinanza”. In questo senso le crisi e le fasi del malessere dalle quali emerge la sintomatologia psicopatologica, devono ricevere dei servizi che se ne prendono carico, oltre che una lettura individuale anche una lettura di contesto, sia familiare che comunitario; manca una lettura relazionale rispetto al rapporto e dall’alleanza di lavoro che si costruiscono tra utenza, operatori, committenza e gli altri stakeholder” (pag. 14-15). Prendendo come riferimento il contributo di Bruschetta S., sulle “*evidenze scientifiche sull’utilizzo del sostegno all’impiego nell’organizzazione dei servizi per la grave patologia mentale e nel trattamento degli esordi psicotici in adolescenti e giovani adulti. Una review qualitativa su tre ricerche recovery-oriented della rete scientifica IPS.SE*”, fa emergere come grazie a questo approccio, utilizzato per la prima volta in “*A working life for people with severe mental illness* (Brecker, Drake, 2003), l’evidenza empirica ha “ampiamente dimostrato ormai l’efficacia di tale approccio, registrando un sostanziale aumento dei tassi di occupazione competitiva senza esiti avversi ed una generale soddisfazione da parte

degli utenti dei familiari e dei committenti (Bond, Becker et al. 2001; Bond 2004)” (pag. 221)

Ad ulteriore sostegno di questo, Bruschetta (2013), riporta come una delle cinque tipologie di modifiche da apportare alla pratica, alla filosofia ed all’organizzazione delle Pratiche Sociali Evidence Based (EBP’s), sia quella che “Il sistema dei servizi deve riorientarsi verso il supporto agli utenti dei servizi nel raggiungimento dei loro obiettivi di vita personali piuttosto che sugli obiettivi dei professionisti o sulle loro percezioni degli interessi degli utenti. Una conseguenza importante della partecipazione agli obiettivi degli utenti dei servizi è la facilitazione della loro inclusione nella comunità, dato che il sistema dei servizi si basa sulle risorse della comunità. I servizi diventano così user-centred e community-focused. Questo di per sé tende a ridurre la dipendenza dal sistema dei servizi per la salute mentale (Davidson, Tondora, Staeheli Lawless et. al 2009) pag. 226-227). Analizzando uno studio su alcune delle dinamiche di gruppo, l’autore ha sottolineato l’impatto di alcuni fattori negativi nelle dinamiche di gruppo, e di come “nulla può supplire una cattiva leadership. i siti con la massima fedeltà hanno una forte leadership sia a livello amministrativo che di programma. Anche se un forte leader del programma IPS può essere in grado di ottenere temporaneamente punteggi di alta fedeltà , il servizio ha bisogno di una forte leadership anche su livelli amministrativi per sostenere i punteggi di alta fedeltà nel tempo. [...] è infine essenziale assumere personale che crede nei principi della recovery e del sostegno all’impiego. Il lavoro del personale che mette in dubbio il contesto il modello evidence-based dell’IPS può ostacolare la capacità del servizio di attuare alcuni aspetti del modello, come si vede dei tre siti che non erano in grado di ottenere o mantenere i punteggi più alti i suoi item specifici della scala di fedeltà. I risultati hanno indicato di cambiare gli atteggiamenti resistenti è spesso difficile e anche la miglior formazione può non essere sufficiente.” (pag. 230-231) a conclusione del paragrafo l’autore riporta cinque raccomandazioni per una migliore

### Articolo esploratorio

implementazione dei programmi di sostegno all'evidence-based:

1. Prima di avviare la realizzazione di un programma di sostegno all'impiego, è necessario ottenere la massima garanzia che gli amministratori si siano impegnati sull'iniziativa e siano disposti a svolgere l'insieme delle azioni previste.
2. Chiudere i programmi che contraddicono e interferiscono con il sostegno all'impiego (ad esempio, programmi di occupazione gratuita e pre-lavorativa, il lavoro protetto o basato sulle scelte degli operatori e non degli utenti del servizio).
3. Designare una persona a tempo pieno per guidare il programma di sostegno all'impiego, che abbia autorità amministrativa. Dare la preferenza ai candidati con forti competenze nel mondo degli affari e della supervisione clinica.
4. Utilizzo di operatori specialistici per l'impiego con forti competenze cliniche e nel lavoro con le persone con gravi malattie mentali, che credono nei principi del recovery e del sostegno all'impiego.
5. Impostare standard prestazionali chiari, secondo il modello evidence-based ed essere pronti a rimuovere il personale che non li soddisfi” (pag. 232-233).

Questi aspetti di inclusione sociale sono fondamentali anche nel lavoro cooperativo, che si caratterizza per il fatto che “la cooperativa è un’impresa – in forma di società – nella quale il fine e il fondamento dell’agire economico è il soddisfacimento dei bisogni della persona, vale a dire il socio. Alla base della cooperativa c’è la comune volontà dei suoi membri di tutelare i propri interessi di consumatori, lavoratori, agricoltori, operatori culturali. L’elemento distintivo e unificante di ogni tipo di cooperativa si riassume nel fatto che, mentre il fine ultimo delle società di capitali diverse dalle cooperative è la realizzazione del lucro e si concretizza nel riparto degli utili patrimoniali, le cooperative hanno invece uno scopo mutualistico, che consiste, a seconda del tipo di cooperativa, nell’assicurare ai soci il lavoro, o beni di consumo, o servizi, a

condizioni migliori di quelle che otterrebbero dal libero mercato.” (Concas A., 2012)

Questa struttura di gruppo, per essere efficiente ed efficace presuppone un forte senso di coinvolgimento degli attori. Gli effetti del coinvolgimento sociale sono stati oggetto di ricerca da parte di Porges (2017) che ha descritto gli effetti sul sistema persona, in particolare a livello di benefici fisiologici e di sistema.

Porges (2017) nel suo lavoro, sostiene che possiamo “osservare il modo in cui il nostro sistema nervoso sta regolando i nostri corpi. Quando l’andamento della frequenza cardiaca mostra delle buone oscillazioni periodiche, significa che, fondamentalmente, ci troviamo in un buon stato comportamentale, incarniamo un sistema omeostatico che si sta ben regolando. Quando questo sistema nervoso viene messo alla prova, il feedback neurale che proviene dalla periferia, dai nostri visceri, da nostro cuore e che procede verso il nostro cervello, cambia e ciò si rispecchia nella regolazione vagale del cuore. La regolazione vagale del cuore viene dinamicamente rappresentata dall’ampiezza di una componente periodica integrata nella variabilità della frequenza cardiaca, conosciuta come aritmia sinusale respiratoria” (pag. 77). Porges (2017) sottolinea il fatto che la fisiologia è legata ai nostri stati mentali e comportamentali; l’autore sostiene che “il vero punto nella comprensione della teoria polivagale è quello di rendersi conto che gli esseri umani, essendo mammiferi, hanno bisogno degli altri mammiferi, degli altri esseri umani, con cui interagire per sopravvivere. L’aspetto importante è veramente rappresentato dall’abilità di interagire reciprocamente, di regolare reciprocamente l’uno con l’altro il proprio stato fisiologico e fondamentalmente, di creare relazioni per consentire alle persone di sentirsi sicure. [...] Fondamentalmente, il nostro sistema nervoso brama le reciproche interazioni per rendere possibile la regolazione dello Stato fisiologico e sentirsi sicuro. E le perturbazioni di quest’abilità di avere interazioni reciproche diventano una caratteristica di sviluppo disfunzionale. [...] vi sono

### Articolo esploratorio

vie neurali che riguardano il supporto sociale punto ancora, all'interno delle aree della psicologia sociale e della medicina comportamentale, le persone sono molto interessate a come le amicizie, o l'essere vicino agli altri, favorisca la promozione del benessere o il recupero da ferite, da malattie e da altre esperienze disturbanti. Tutti questi aspetti sono stati trattati come se ci fosse solamente il problema di dare alle persone un supporto sociale. Quello non è il vero problema, il vero problema è che le interazioni sociali appropriate stanno concretamente utilizzando le stesse vie neurali che supportino la salute, la crescita e il recupero delle energie. Quando una persona malata viene spostata in un ambiente dove quella persona non si sente sicura, si sta facendo qualcosa di dannoso, non di utile. Perciò, la morale della favola è comprendere che il sistema nervoso degli esseri umani, come quello di altre specie di mammiferi, è alla ricerca di qualcosa e quello che cerco è la sicurezza e abbiamo bisogno degli altri per aiutarci a sentirci al sicuro” (pag. 78-79). Quello che nota l'autore è che “le vie neurali legate alla guarigione si sovrappongono con la via neurale per il coinvolgimento sociale. Per essere più specifico, questa è una via vagale che veicola informazioni dal cervello alla periferia e segna la sicurezza il nostro corpo ed è in grado di calmarti. [...] La teoria polivagale ci consente di comprendere che il circuito vagale filogeneticamente più nuovo risulta disponibile solamente quando il corpo rileva caratteristiche di sicurezza. Oltre a calmare il nostro stato viscerale, questo circuito consente al volto di funzionare; Il nostro volto può così essere espressivo e la nostra voce prosodica. Quando queste caratteristiche ci vengono proiettate dagli altri, il nostro corpo si calma e la nostra voce il nostro volto esprimono la affettività positiva” (pag.80).

L'autore, nella sua spiegazione, sottolinea i sistemi che influenzano il modo in cui rispondiamo al mondo e fra questi ci sono “tre componenti del sistema nervoso autonomo che sono gerarchicamente organizzati per rispondere in maniera sequenziale alle difficoltà. Quando ci troviamo in ambienti sicuri, siamo in grado di

rilevare in maniera efficiente gli indizi esterni. Elaboriamo istantaneamente le espressioni facciali, i gesti la prosodia vocale punto abbiamo bisogno di enfatizzare l'importanza di un ambiente sicuro come un facilitatore di queste abilità. [...] All'interno della nostra società abbiamo creato ambienti che vengono definiti sicuri, perché possiedono un certo livello di struttura e prevedibilità. Sappiamo che il nostro sistema nervoso desidera questo. Sappiamo che se possiamo utilizzare l'interazione faccia a faccia possiamo allontanare molte incomprensioni relativamente agli eventi che ci accadono. Perciò, le interazioni faccia a faccia sono spesso molto utili nello smorzare nel risolvere i conflitti, specialmente se le interazioni possono avvenire in un ambiente sicuro” (pag. 82-83).

Portando la spiegazione a livello di sistema, Porges (2017) afferma che le “fibre motorie vagali che vanno dal midollo spinale agli organi viscerali e le fibre sensoriali vagali che giungono al tronco encefalico sono localizzate in aree differenti, sebbene fuoriescano dal cervello all'interno di un nervo comune, che funziona più come un canale. Pensiamo al vago come un canale, un cavo con un sacco di fibra al suo interno. Il vago non è semplicemente un nervo motorio, per il fatto che origina nel cervello e proietta i visceri, ma è anche un nervo sensoriale, per il fatto che proietta fibre afferenti verso il cervello” (pag. 86); per l'autore, per prima cosa il paziente ha bisogno di negoziare e muoversi in qualsiasi ambiente per sperimentare uno stato fisiologico di sicurezza. Spesso questo ha a che fare con la vicinanza fisica il terapeuta. In un certo senso, il paziente con una storia traumatica potrebbe reagire il terapeuta con un senso di pericolo punto il clinico deve rinforzare il paziente a muoversi a negoziare, sia nello spazio fisico che psicologico, finché non si sente sicuro.

Una volta che il paziente si sente sicuro, vi sarà, allo stesso tempo, un cambiamento nel suo stato fisiologico. Quando ciò si verifica, emergeranno alcuni comportamenti spontanei di coinvolgimento e alcuni cambiamenti della voce e della tonalità emotiva del volto. Suggesto due aspetti clinici: per prima cosa è rinforzato il



### Articolo esploratorio

paziente nel negoziare il senso di sicurezza. Per seconda cosa, si comprendono i principi della neurocezione che ci consentono di capire che il sistema nervoso, negli ambienti sicuri, risponderà a certe caratteristiche in maniera diversa rispetto a quanto farà in situazioni di pericolo” (pag. 88). Fra gli aspetti negativi in questa dinamica, secondo Porges troviamo l’utilizzo eccessivo della tecnologia in quanto, “stiamo togliendo l'essenza delle interazioni umane, dell'esperienza diretta faccia a faccia, delle interazioni umane stesse. Ci stiamo spostando da una strategia interattiva sincronica a una asincronica, in cui lasciamo messaggi e diamo attenzione alle persone più tardi. In una prospettiva clinica davvero globale, molti dei disturbi che ai terapeuti viene attivamente richiesto di trattare, riguardano le difficoltà di regolazione dei propri stati fisiologici con gli altri [individui]. [...] Ciò che sappiamo è che il sistema nervoso di queste persone non è in grado di coinvolgersi in interazioni sociali reciproche. Per queste persone è raro sentirsi al sicuro con altre, ed entrare in quegli stati fisiologici benefici che consentono al comportamento sociale di supportare la salute, la crescita e il recupero dell'energia. Per queste persone il comportamento sociale è disturbante, non supportivo. Le persone potrebbero essere autoassegnate a due gruppi differenti, uno in cui le persone si regolano attraverso l'interazione sociale e l'altro in cui le persone si regolano attraverso l'uso degli oggetti. [...] Cosa significa veramente tutto questo? Significa che il sistema nervoso non sta avendo l'opportunità di esercitare i circuiti regolatori neurali associati ai comportamenti di coinvolgimento sociale. Senza le opportunità di esercitare questi circuiti neurali, i bambini non svilupperanno la naturale capacità di autoregolarsi e di regolarsi con gli altri durante le difficoltà. [...] (Nelle scuole) “piuttosto che agevolare queste qualità espansive positive del sistema nervoso con i comportamenti di gruppo che richiedono la loro collaborazione, come il cantare in un coro, suonare uno strumento musicale in un'orchestra o giocare fisicamente con qualcun altro durante la ricreazione - tutte opportunità di esercitare il sistema di coinvolgimento sociale e la via vagale - tendiamo

a vedere questa opportunità di esercizio neurale come situazione che distraggono dal fatto di poter star seduti in classe più a lungo. [...] Il filo di questo discorso dovrebbe portare a porci domande sulle esperienze precoci, sulle conseguenze di queste esperienze precoci e su come le esperienze precoci possono portarci verso altri fattori di rischio. Dovremo affrontare queste domande da un punto di vista dei modelli neurali, di sviluppo e anche di esercizio. Per esempio, se non alleniamo gli specifici circuiti neurali per la regolazione del comportamento e della fisiologia, questo non si svilupperanno in maniera ottimale. Ciò non significa che non confidiamo nel fatto che gli si possa reclutare successivamente, significa che, poiché non li abbiamo reclutati precocemente, vi saranno delle conseguenze. ” (pag. 92-94). In questa prospettiva, il fatto che i laboratori e la cooperativa siano “luoghi” simbolici e fisici dove le persone possono sentirsi sicure ed esprimere la loro creatività e poter avere tempi e ritmi di lavoro adattati alle loro specifiche caratteristiche e disabilità, apre nuove prospettive sul valore terapeutico e riabilitativo di questa esperienza di inclusione sociale e inserimento lavorativo a telaio.

#### - **L’esperienza dei laboratori artistici di “Archimede”: premesse storiche, teoriche ed aspetti pratici**

Potremmo dire che l’arte è stata un ambito che la psicologia ha usato praticamente “da sempre”, per il sostegno e la riabilitazione in campo psichiatrico e della Salute Mentale. Come riporta Marchi nel suo lavoro, “il settore del disturbo psichico è stato uno dei primi e più diffusi campi di applicazione clinica dell’arte, non solo come fattore lenitivo della sofferenza, ma data la particolare applicazione alla riabilitazione psicosociale, anche con l’intento di recuperare o riattivare abilità prestazionali e relazionali in soggetti affetti da disturbi cronici e ricoverati negli istituti psichiatrici e nei manicomi.” Tralasciando, per motivi di spazio, tutta l’evoluzione dell’arte nelle sue varie applicazioni in ambito psicologico o del sollievo morale, per cui rimandiamo alla letteratura specialistica, vogliamo tracciare un

### Articolo esploratorio

breve quadro storico, partendo dalla fine del XVIII secolo. Riprendendo la sintesi proposta da Marchi nel suo lavoro, possiamo dire che l'idea di cominciare a pensare a dei manicomi pubblici, è iniziata fra la fine del 1700 e gli inizi del XIX secolo; prima di quel tempo nel settore della salute mentale al posto di “psichiatria” si usava il termine “freniatria”, derivante da concezioni della medicina antica nei confronti di chi manifestava difficoltà di pensiero, [perché] appariva più scientifico”.

Riporta l'autore che “già in alcuni dei primi istituti per la cura delle malattie mentali, alla fine del 1700, si ebbe però l'opportunità di organizzare l'assistenza dando una certa attenzione all'umanizzazione delle cure, ad offrire cioè un contatto interumano personalizzato e mirato non solo al contenimento e alla custodia, ma anche ad un possibile recupero e guarigione del soggetto. In Italia fu Vincenzo Chiarugi, medico fiorentino e direttore dell'ospedale Bonifazio a Firenze negli ultimi anni del 1700, a introdurre ufficialmente questi nuovi concetti che si riflettevano operativamente su pratiche assistenziali coraggiosamente innovative.” Alcune esperienze possono europee possono essere ritrovate oltre che in Chiarugi, nei lavori di “Philippe Pinel, Jeanne-Etienne Dominique Esquirol in Francia (Ospedale psichiatrico di Bicêtre e Salpêtrière a Parigi), John Connolly e William Tuke in Gran Bretagna (Ospedale psichiatrico di Hanwell in Scozia e di York nello Yorkshire)”, [...] questo modello di cura, prese il nome di “Terapia Morale” e “No Restraint”. Secondo l'autore, nella cura dei disturbi psichici, vi sono state generalmente due impostazioni principali: “una più realistica e autoritaria, che esegue alla lettera il mandato di controllo sociale, dandovi priorità rispetto al mandato della cura, l'altra utopistica e “gentile”, che antepone l'aspetto terapeutico e di presa in carico delle persone al mero fatto del controllo.” Nel territorio della provincia di Lucca, quello dove operiamo già dal 1800 nella realtà manicomiale di Maggiano, troviamo esperienze legate all'arte nelle sue varie espressioni (teatro, musica, pittura, scultura, letteratura e scrittura). Tali esperienze però non erano legate a specifici progetti volti alla dimissione del paziente, oltre che al

miglioramento della qualità della vita durante il ricovero.

Come riporta ancora Marchi, “aperto nel 1773, il Manicomio lucchese di Fregionaia a Maggiano, affrontò sin dall'inizio la problematica della custodia dei pazienti, oltre che quella della cura, in quanto i primi 11 vi giunsero in catene dalla “Torre”, luogo di reclusione nel centro cittadino dedicato ai soggetti psichiatrici. Ben presto a Lucca fu presto inserita la “terapia morale” e furono abbandonate le catene. Si andò delineando sin dai primi anni del 1800 un'importante vocazione alla cura dei pazienti attraverso metodologie orientate alla comprensione dei ricoverati, alla ricostruzione della storia e ad un rapporto terapeutico umanizzato ed empatico. La musica ebbe, tra le tante terapie espressive, un ruolo fondamentale, vista la peculiare temperie culturale della città. Il succedersi dei vari Direttori alla guida dell'OP, seppur con vari orientamenti clinici e indirizzi organizzativi, mantenne quasi sempre all'interno del manicomio di Maggiano questo clima riabilitativo e comprensivo di tante attività artistiche, sportive e occupazionali che facevano intravedere a tanti operatori e pazienti una possibile uscita dalla cronicità del ricovero manicomiale.

La messa in circolazione degli psicofarmaci, a partire dalla metà degli anni'50 dello scorso secolo, contribuì poi notevolmente, come in tante altre realtà manicomiali, a ripensare il ruolo degli Ospedali Psichiatrici, mettendone in dubbio terapeuticità e plausibilità etica. La vera e propria svolta avvenne a Lucca quando, nel 1958, assunse la direzione il Prof. Domenico Gherarducci; sin da subito Gherarducci introdusse varie innovazioni organizzative che prospettavano quella che sarebbe poi stata la futura rivoluzione in campo psichiatrico e che avrebbe condotto alla chiusura degli Ospedali psichiatrici nel 1978.” Dopo la chiusura definitiva di Maggiano nel 1999, i servizi di salute mentale del territorio fecero propria l'esperienza dei telai, che risale agli inizi del 1900. La tesenda dell'Ospedale Psichiatrico nacque sulla base della storica tradizione lucchese del “filaticcio” e del “garbo” del Marocco, produzione di grande interesse commerciale che già nel medioevo avevano visto Lucca primeggiare in

### Articolo esploratorio

Europa per la produzione di questi pregiati tessuti in canapa, seta e lana di particolare morbidezza. I telai risalenti ai primi anni del XX secolo, sono attualmente di proprietà dell'azienda sanitaria locale e sono dati in comodato d'uso gratuito per le attività riabilitative, all'associazione “Archimede” di Lucca, fondata nel 2004.

“Archimede” è un'associazione culturale e di promozione sociale formata da persone, con problemi di salute mentale, psicologi e psichiatri, educatori, esperti e volontari. L'associazione si occupa di: utilizzare l'arteterapia come metodica riabilitativa, reinserire e integrare nella rete sociale le persone affette da disagi mentali, promuovere il diritto di cittadinanza (diritto di esserci nel mondo anche con i propri disagi), fare cultura e informazione sulla salute mentale, lotta allo stigma ed al pregiudizio in campo psichiatrico. L'associazione ha lo scopo di promuovere e diffondere metodologie e applicazioni, risultati e prodotti dell'arte terapia e dei laboratori ludico-espressivi in tutti gli ambiti sociali e culturali in cui la valorizzazione dell'espressività personale risulti essere di particolare rilievo terapeutico, riabilitativo e socializzante; valorizzare l'arte-terapeutica e le sue applicazioni come concreto sostegno a forme di linguaggio “globale” fra tutte le diversità ossia attraverso espressioni artistiche (verbali e non verbali) che creano “ponti, modalità comunicative e comuni modi di sentire tra persone diverse per condizioni oggettive e soggettive di vita; favorire, attraverso l'arte terapeutica e i laboratori ludico-espressivi, l'emancipazione e i pieni diritti di cittadinanza in particolare di gruppi sociali svantaggiati; sostenere il coordinamento delle diverse realtà di laboratori, associazioni, organizzazioni del privato sociale e del settore pubblico che operano nell'ambito dell'arte terapia, con particolare riferimento all'area della Provincia di Lucca e della Regione Toscana in cui ha sede l'associazione; promuovere, collaborare e attivare formazione per operatori di arte terapia nei diversi ambiti applicativi per sostenere una elevata qualità dei servizi e per favorire lo scambio di esperienze diverse in un'ottica di miglioramenti e di diffusione delle buone prassi; sviluppare il percorso associativo secondo linee che possano indirizzarsi anche verso forme di imprenditorialità

sociale, valorizzare le esperienze di arte e di laboratori ludico-espressivi già attivate da anni sul territorio provinciale favorendone lo sviluppo verso gli stessi obiettivi culturali e associativi. Questo, viene fatto attraverso una rete di laboratori che operano nel e per il territorio. Ad oggi, le attività riabilitative attive che rispondono ad obiettivi specifici fra loro, sono:

- ludico-espressivi: laboratorio musicale “AltraMusicaRock”,
- di gruppo: laboratorio multimediale informatico “La Bottega Digitale”
- creativi: laboratorio di cucito creativo “Filo Magico”
- propedeutici al lavoro laboratorio tessile c/o la cooperativa “La Tela di Penelope”

Assieme a queste attività, dal 2015 l'associazione nel territorio di Lucca, gestisce il “Progetto Lavoro” in collaborazione con la cooperativa sociale “La Mano Amica” e il Centro di Salute Mentale della Zona Distretto di Lucca, una serie di progetti sul territorio in favore della disabilità, fisica e mentale.

In questo contributo ci focalizzeremo in particolare sul laboratorio tessile, affrontando gli aspetti organizzativi, clinici e psicologici e cercando di capire come poter rendere “misurabili”, almeno in parte, gli effetti dell'attività a telaio e quali linee di ricerca potrebbero essere attivabili.

#### **Un caso particolare di applicazione: l'esperienza al telaio presso “La Tela di Penelope”:**

L'arte e la tradizione tessile sono da sempre il centro dello spirito dell'associazione “Archimede”; fin dalle sue origini la missione della nostra realtà lucchese è stata quella di portare il benessere e la salute mentale attraverso l'utilizzo di queste attività artistiche ed artigianali. Questa unione d'intenti, di passione e di professionalità è stata la cornice ideale che ha permesso la nascita della cooperativa sociale “La Tela di Penelope”.

Grazie ad un bando della regione Toscana, alcune donne disabili che partecipavano attivamente ai laboratori tessili dell'associazione, in particolare

### Articolo esploratorio

“L’Ordito e la Trama” e “Penelope”, hanno avuto la possibilità di mettersi in gioco assieme ai nostri volontari, e nel novembre del 2011 la nostra cooperativa ha visto la luce.

Dopo alcuni mesi, il 30 marzo 2012, grazie al supporto della Fondazione Ca. Ri. Lucca, che fin da subito ha appoggiato il progetto, grazie alla Provincia ed alla USL del territorio il laboratorio di via Dell’Anfiteatro è stato aperto al pubblico ed è potuta cominciare ad essere operativo. Oggi, “La Tela di Penelope” è una cooperativa sociale mista o ad oggetto plurimo: nata inizialmente come cooperativa sociale di tipo B, nel 2015 ha aggiunto ai suoi servizi anche quelli sociosanitari e educativi di tipo A, iscrivendosi all’albo regionale competente, ed occupandosi prevalentemente di progettazione sociale.

#### - **Organizzazione generale**

Il progetto generale della cooperativa intende rilanciare il mestiere artigianale del tessitore, legandolo al valore sociale del lavoro con i disabili. Con l'avvento delle macchine tessili industriali, si va perdendo il valore del lavoro manuale, soprattutto quello con valenza artistico-artigianale e con proprietà abilitative e riabilitative di rilievo.

Il progetto seguirà due linee principali d'azione:

- il recupero del mestiere del tessitore a telaio, legata al territorio lucchese ed alla tradizione locale.
- il contribuire a far nascere sul territorio esperienze di volontariato che coinvolgano disabili e utenti della salute mentale.

Un aspetto che il progetto intende valorizzare è l'aspetto riabilitativo e di inclusione sociale per soggetti svantaggiati, come i disabili psichici.

Gestito dai soci e dagli esperti della cooperativa, le attività sono state progettate per essere uno strumento creativo, e dunque artigianale e terapeutico, che permette al soggetto di sviluppare processi creativi interni, di approfondire i propri interessi e le proprie capacità e di poter far emergere criticità che possono essere colte e affrontate.

Le attività della Cooperativa sono strutturate secondo le modalità e gli orari di lavoro adattati alle persone che frequentano il laboratorio,

garantendo anche una formazione di tipo professionale ed il supporto tecnico per le necessità dei medesimi.

La cooperativa tessile ha permesso e rende possibile tuttora il lavorare “*in vivo*”, sul campo, permettendo ai partecipanti di sviluppare competenze lavorative tipiche della tessitura, fino alla realizzazione in autonomia, da parte di pazienti con problematiche di salute mentale, di manufatti artistici e per la vendita.

La produzione sul territorio, ed il lavoro in laboratorio, permettono anche la conservazione, la diffusione e la riscoperta di tecniche di lavoro con strumenti di antica tradizione artigianale, come i telai manuali, il cucito e la fabbricazione di arazzi o altri manufatti, che altrimenti andrebbero perduti costituendo una grave perdita per il patrimonio artistico e culturale nazionale.

Il progetto nella sede di lavoro e la scansione secondo le fasi della vita di una bottega artigiana: la scelta dei manufatti da creare nella riunione di gruppo, lo sviluppo di linee di lavoro su cui poi andare ad operare e la divisione dei compiti per un lavoro più efficace ed efficiente.

#### - **L’attività col telaio: riflessi clinici**

Come già anticipato precedentemente, in questo paragrafo affronteremo alcuni aspetti tecnici della fase del lavoro a telaio, illustrando sinteticamente le implicazioni psicologiche e fisiche del lavoro di ordito e di trama.

Quella che seguirà è una descrizione sintetica delle varie fasi del lavoro in cooperativa con i soggetti disabili o svantaggiati; è una descrizione idealizzata per punti in modo da essere comprensibile anche ad una persona esterna alle dinamiche del mondo tessile.

a. Il punto di partenza di un lavoro può essere trovato nell’arrivo di una committenza. Il committente è colui che chiede un prodotto specifico, ad esempio una sciarpa, un tappeto o dei metraggi di tessuto per altri lavori. Questo aspetto generalmente viene gestito dal reparto amministrativo, che già l’ordine all’esperto tessitore.

Il tessitore, nel nostro caso, è un volontario/dipendente/socio esperto in tessitura

### Articolo esploratorio

che affianca il soggetto disabile nelle varie fasi del lavoro.

b. Il tessitore affianca il soggetto disabile nell'ideazione del prodotto, sintetizzando in un progetto la richiesta del cliente/committente con le proposte del soggetto disabile. Questa generalmente è una fase creativa ed interlocutoria, nella quale la persona svantaggiata ha la possibilità di concordare con il tessitore dimensioni, materiali, colori del prodotto che verrà successivamente messo in lavorazione. È un momento di lavoro molto importante, perché la scelta del materiale (lana, cotone, seta etc.), dei colori da usare, influenzeranno anche il grado di difficoltà del lavoro e l'utilizzo del tipo di telaio, se a 2, a 4 o a 8 pedali ad esempio. Il tessitore successivamente calcola il numero di fili per colore/materiale da impiegare, il tipo di telaio da usare e si passa alla creazione dell'ordito. In questa fase è fondamentale che ci sia un dialogo fra tessitore e soggetto svantaggiato ed è uno dei momenti in cui si applica, in un certo senso, il metodo cooperativo che è a fondamento del tipo di struttura del modo di lavorare.

c. Dopo aver contato i fili, il materiale da lavoro viene montato sull'orditoio, ottenendo una specie di lunga treccia colorata, che prende il nome di "ordito". L'ordito varia a seconda del materiale scelto, della lunghezza del lavoro; questa fase del lavoro è generalmente curata dal tessitore. Una volta conclusa la realizzazione dell'ordito, questo viene montato sul telaio ed inizia la creazione del lavoro di "trama".

d. Rispetto al tessitore, in un telaio come quello illustrato in figura 1, l'ordito ha un orientamento verticale e si trova di fronte rispetto alla postazione di lavoro. Da questo momento, viene ripreso lo schema del modello ideato al punto b del procedimento. Viene spiegato al soggetto disabile quanti passaggi deve fare la spoletta in senso orizzontale, qual è la sequenza di colori/materiali prevista dal disegno, l'ordine di battuta dei pedali (più semplice in un telaio a due licci, più complessa in uno a quattro, ancora più complessa in uno a otto etc.) e l'intensità della battuta del pettine. È in questa fase che si hanno le principali "proprietà" abilitative e riabilitative del processo. Questa fase del lavoro infatti

richiede una concentrazione costante, un ritmo di lavoro ripetitivo e preciso; usare una diversa intensità di forza o essere costantemente distratti produce una trama "non buona" perché il tessuto sarà diverso per durezza ed intensità, avrà maglie più larghe o strette, sarà di una consistenza più o meno dura a seconda della forza applicata. Questa attività è il cuore riabilitativo del processo. Occorre infatti avere una buona coordinazione fra l'occhio e la mano, fra la mano e il piede, prestare attenzione alle battute e non dimenticare mai lo schema di progetto. La velocità di esecuzione è relativa, migliora con il tempo. La cosa importante è mantenere la costanza del tempo di lavoro: se faccio 10 battute al minuto, devo tenere sempre lo stesso ritmo, in modo che il tessuto finale sarà uniforme, se parto con 10, poi passo a 20 battute e poi a 5, avrò un tessuto inutilizzabile. In questa fase, la maggior parte del lavoro viene fatta dal soggetto svantaggiato, che è supportato dal tessitore in caso di bisogno o nel caso in cui ci siano degli "incidenti" o si blocchi il meccanismo di tessitura. Anche in questa fase è necessario mantenere uno stile cooperativo e supportare la persona svantaggiata nei momenti di crisi o difficoltà.

e. Una volta finito il lavoro di trama ed ottenuto il tessuto, si passa al taglio, alla cucitura e alle rifiniture, secondo il modello del prodotto. Anche in questa fase, è importante la precisione e la cooperazione. Il taglio, le cuciture e le rifiniture devono essere precise, e richiedono attenzione e calma da parte del paziente e del tessitore, che in questa fase operano insieme in un rapporto collaborativo e di dialogo.

f. Una volta ultimato il prodotto e venduto al committente, si passa alla "ricompensa", che in genere implica un momento di condivisione e restituzione sul lavoro svolto, sulle difficoltà incontrate e su ciò che ha soddisfatto maggiormente sia il soggetto svantaggiato che il tessitore. Questa fase è importante, perché permette alla persona di non sentirsi un semplice "esecutore", ma si vede riconosciuta come un nodo importante della rete ed un pezzo importante di quel sistema cooperativo, che lo fa sentire in un ambiente sicuro e protetto, valorizzando le sue potenzialità ed

### Articolo esploratorio

accompagnandolo nel recupero delle abilità perdute o nel potenziamento di quelle residue.

g. Il meccanismo riparte con una nuova committenza.

- **Discussione e conclusioni: proposte di analisi psicologica e di ricerca e prospettive future.**

Quello che è stato in questo articolo espositivo teorico-pratico è stato cercare una sintesi teorica, che offrisse un quadro di riferimento, facendo una prima sintesi dei contributi teorici e dei modelli psicologici, che possano aiutarci a leggere questa esperienza riabilitativa a Lucca, rappresentata dalla Cooperativa Sociale, “La Tela di Penelope”. Comprendendo, che nello scritto non è possibile rendere la complessità dei rapporti umani e di quel che accade nel “qui ed ora” di un’azione che si produce in un determinato luogo e tempo, questa riflessione pone un punto di partenza per provare a rendere “misurabili” le dinamiche di gruppo e gli effetti delle interazioni sui soggetti disabili o svantaggiati. E questo è già un primo risultato. Alcuni spunti per la ricerca, che sono emersi dalla sintesi sopra proposta, possono essere elencati nel seguente modo:

- **Cogliere le dimensioni e le dinamiche di gruppo nell’ambiente di lavoro.** Per compiere questo, potrebbe essere impiegato uno strumento preso a prestito dalla psicologia del benessere nei contesti lavorativi, che è il “Questionario multidimensionale della salute organizzativa” (MOHQ), di (Avallone, Paplomatas, 2005) il questionario è “È articolato in otto parti ognuna composta da item su scala Likert a 4 passi. Le aree: comfort, igiene e accoglienza degli ambienti di lavoro; chiarezza degli obiettivi; riconoscimento e valorizzazione delle competenze; ascolto da parte dei superiori dei suggerimenti dei propri collaboratori; circolarità delle informazioni pertinenti al lavoro (superiori e colleghi); prevenzione degli infortuni (sicurezza); rapporti

interpersonali, supporto/sostegno; equità; utilità sociale; innovazione; fattori di stress; caratteristiche del compito (scorrevolezza operativa e carico lavorativo) e conflittualità.”<sup>5</sup>

- **Cogliere il benessere soggettivo delle persone che fanno parte della cooperativa.** Per realizzare questa analisi, sono disponibili molti questionari sul benessere soggettivo in azienda. È sicuramente possibile fare riferimento alle scale Psychological Well-Being Scales (PWBS) che “costituiscono un questionario self-report che si propone di valutare il benessere psicologico basandosi sul modello di Carol Ryff. Secondo l’autrice, il benessere è un processo multidimensionale e dinamico composto da 6 dimensioni: auto-accettazione, relazioni interpersonali positive, autonomia, controllo ambientale, crescita personale e scopo nella vita.”<sup>6</sup>

- **Misurare gli effetti delle attività a telaio.**

Questo può essere fatto, facendo ricorso a report di valutazione misurate su griglie ICF (WHO 2001, ss.mm). questo strumento, attraverso le sue griglie di analisi, può essere un riferimento per cogliere i seguenti aspetti:

- 1 il funzionamento, cioè gli aspetti che vengono considerati “positivi” di una persona, ovvero ciò che quella persona è in grado di fare;
2. la disabilità, cioè gli aspetti “negativi” del funzionamento, ciò che una persona ha difficoltà a fare;
3. la presenza o l’assenza di menomazioni riguardanti le funzioni e/o le strutture corporee;
4. i fattori contestuali, vale a dire l’influenza positiva o negativa che l’ambiente in cui vive la persona può avere sul funzionamento stesso della persona.

La descrizione di questi aspetti si realizza attraverso il processo di selezione delle specifiche categorie che meglio descrivono la salute, gli aspetti collegati alla salute e il contesto della persona.”<sup>7</sup> Otteniamo così una diagnosi funzionale della persona ed una misurazione funzionale del

<sup>5</sup> <https://www.psicologiadellavoro.org/gli-strumenti-di-valutazione-dello-stress/>

<sup>6</sup> <https://www.psicologiadellavoro.org/strumenti-per-misurare-il-benessere-soggettivo-pwbs/>

<sup>7</sup>

<http://www.municipio9handicap.it/download/ICF%20Classificazione%20funzionamento%20disabilita%20e%20salute.pdf>

### Articolo esploratorio

miglioramento delle abilità, dopo un dato periodo di attività a telaio.

- **Studiare gli effetti neurali di questa attività e del coinvolgimento sociale.** Per realizzare questo procedimento, andrebbe stilato un protocollo simile a quello che Porges e collaboratori (2013 e 2014), hanno fatto con il MESAS (Porges e Lewis, 2011) per le persone autistiche e la musica e da lui spiegato in Porges 2017. Riuscire a creare un protocollo che riesca a misurare gli effetti che questo genere di attività può avere sul sistema nervoso e quindi sul benessere fisiologico e psicologico della persona,

sembra essere un prossimo obiettivo da perseguire.

Queste proposte finali, come già indicato precedentemente, non vogliono cogliere solo la complessità della persona o l’impatto complesso e variegato che queste attività possono avere su una persona disabile o svantaggiata. Quello che vogliamo offrire è uno strumento di riflessione che possa andare al di là della “psicologia del senso comune”, ma coglierne l’impatto sulle persone ed offrire degli indici e delle chiavi di lettura per migliorare costantemente queste attività abilitative e riabilitative, che sono benefiche non solo per gli utenti, ma anche per gli operatori.

### Bibliografia e sitografia

- Ricciardi E., “Effetto Cocktail Party: quando l’attenzione si concentra” URL consultato in data 09/08/2020. <http://www.psychodesk.it/effetto-cocktail-party-lattenzione-si-concentra/#:~:text=Nel%201953%2C%20Cherry%20ha%20dedicato,%2C%20contemporaneamente%2C%20messaggi%20uditivi%20differenti.>
- Nencini A. “Le origini della psicologia sociale a cavallo del secondo dopoguerra. Il contributo di Kurt Lewin” URL consultato in data 09/08/2020: <https://www.dsg.univr.it/documenti/OccorrenzaIns/matdid/matdid312338.pdf>
- Concas A. “Le società cooperative: disciplina normativa e caratteri” 1 ottobre 2012. URL consultato in data 09/08/2020 <https://www.diritto.it/le-societa-cooperative-disciplina-normativa-e-caratteri/>
- Porges S.W. (2017) La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza. Giovanni Fioriti Editore (Roma).
- (a cura di Barone, R., Bruschetta, S. e D’Alema M.) AA. VV. (2013) L’inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM, Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM . Franco Angeli, Milano.