



À LOGON

senza parole non contato improbabile ineffabile incalcolabile irrazionale assurdo contrologica



Comunità territoriali e sofferenza mentale

RELAZIONI

- Dove abita la sofferenza mentale, Giacomo Panizza **pag. 2**
Ripensare percorsi riabilitativi delle persone con sofferenza mentale, Giovanna Del Giudice **pag. 5**
Il Centro di Salute Mentale: un luogo per e del territorio, Rosina Manfredi **pag. 9**
Esperienze riabilitative tra occupazione e inclusione sociale, Giovanni Zanolin **pag. 14**
Empowerment e protagonismo possibile delle persone con sofferenza psichica, Marina Galati
e Francesco Lucia **pag. 17**

LA RICERCA - AZIONE

Promozione e sviluppo del dialogo sociale sul disagio mentale

- La ricerca-azione nell'ambito territoriale dell'Arcidiocesi di Crotona - Santa Severina,
Michela Marchetti **pag. 20**
La ricerca-azione nell'ambito territoriale della Diocesi di Lamezia Terme,
Angela Muraca **pag. 21**
La ricerca-azione nell'ambito territoriale della Diocesi di Rossano - Cariati e Cassano allo Jonio,
Carmela Vitale **pag. 23**

SINTESI GENERALE GRUPPI DI LAVORO

- Budget di salute e progetti individualizzati, Antonello Talarico **pag. 27**
Interventi di empowerment e di advocacy, Roberto Gatto **pag. 27**
Promuovere la rete territoriale, Mario Gatto **pag. 28**

CONCLUSIONI

- Giovanni Zanolin, Rosina Manfredi, Giovanna Del Giudice, Giacomo Panizza **pag. 29**
Saluto conclusivo, Luigi Antonio Cantafora **pag. 31**

Dove abita la sofferenza mentale

Giacomo Panizza

Il convegno di quest'oggi s'intitola *Comunità Territoriali e Sofferenza Mentale*. Tema e titolo sono voluti: poniamo al centro le comunità territoriali all'interno delle quali c'è la vita ... e anche la sofferenza mentale.

Rendiamo conto di un progetto che è stato ideato da alcuni gruppi calabresi insieme a due Caritas diocesane per prendere insieme maggiore consapevolezza come comunità territoriali sui temi del disagio e della sofferenza mentale. Quando dico "comunità territoriali" non intendo solo questi gruppi sociali organizzati insieme alle due Caritas che abbiamo promosso il convegno, e nemmeno i soggetti presenti oggi; intendo piuttosto i molti gruppi organizzati della società civile, più la chiesa, più la società intera e soprattutto più le sue istituzioni. Complessivamente la comunità locale dovrebbe avere maggiore consapevolezza del fenomeno della sofferenza mentale.

Sappiamo che fino a ieri la sofferenza mentale era nascosta nei manicomi; oggi è ancora nascosta attraverso certe modalità di ricovero, viene occultata coi farmaci, dalla sanitarizzazione, dalle paure, anche dalla vergogna, dal non sapere neanche cosa fare e certe volte davvero non si sa proprio che cosa fare! Ieri e oggi la sofferenza mentale porta dolore. A chi? Alla persona che l'attraversa, alla sua famiglia, ai suoi amici e conoscenti. In questo progetto ci ha accompagnato un libretto intitolato *Un dolore disabitato*. Il testo è stato costruito dalla Caritas Italiana insieme ai Servizi Socio-Sanitari di Roma e del Lazio.

Questo convegno è stato pensato per la *sensibilizzazione* oltre che come informazione. Certe volte la parola *sensibilizzazione* la si confonde con una mera informa-

zione. Intendiamo sensibilizzare noi stessi e gli altri alla consapevolezza, alla riflessività sui temi della sofferenza umana. Per riuscire a dire, dopo il convegno e anche dopo il progetto che «io so che c'è questa sofferenza perché la vivo o perché l'ho vista vivere». Vorremmo smettere, specialmente anche in Calabria, l'abbandono relazionale, l'abbandono sociale, l'abbandono politico, amministrativo sui temi della sofferenza mentale.

I soggetti proponenti di questo convegno rappresentano tutte realtà che non lavorano specificamente sulla sofferenza mentale attraverso la medicina, ma sono soggetti che lavoriamo nel campo delle relazioni

umane; certe volte nelle relazioni punto e basta; certe volte nelle relazioni amicali; certe volte nelle relazioni di aiuto. Naturalmente è un pezzo, è uno spicchio di intervento ed è per quello che al tavolo dei relatori trovate anche due dottoresse sulla materia e un amministratore pubblico.

In Calabria collaboriamo in parecchi, tra e con gruppi che lavorano nel sociale, nelle relazioni, nelle Caritas ecc., ed anche con professionisti di servizi dedicati a questo tema. Perciò siamo gruppi, associazioni, cooperative sociali, chiese... cioè siamo comunità territoriali e sappiamo che, su tutti i temi sociali quali la sofferenza mentale oppure le dipendenze oppure l'handicap. Insieme li affrontiamo con quella che viene definita la metafora ecologica. Che cosa si intende per metafora ecologica? Come avviene in ecologia, ad esempio per i rifiuti, per la plastica da tenere o da riciclare o da buttare, avviene per le relazioni umane e sociali, per i problemi umani e sociali. Succede che tra la comunità e i rifiuti c'è un rapporto, c'è un intreccio biunivoco: o di adattamento o di bilanciamento o di danneggiamento reciproco. La comunità può danneggiare il singolo, come il singolo può danneggiare la comunità; la comunità può nutrire il singolo, il singolo può nutrire la comunità. La comunità può promuovere una famiglia, una persona o un gruppo; e una persona viceversa può promuovere la comunità. Sappiamo che ognuno è influente reciprocamente sugli altri.

*io so che c'è la sofferenza mentale
perché la vivo e l'ho vista intorno a me*

Per esperienza sappiamo che nei nostri servizi abbiamo carico persone con handicap, tossicodipendenti, minori, e altre con disagio mentale, ma altresì sappiamo per certo che tra di noi, operatori, educatori, docenti o medici, assistenti, preti, catechisti, abbiamo persone con disagio mentale. Questo disagio non fa parte solo dell'*utenza*; il disagio mentale fa parte della vita, fa parte di tutto quanto e di questo ne siamo consapevoli anche perché abbiamo gli occhi aperti e la vita la viviamo e la vediamo. Perciò non stiamo parlando di due mondi paralleli, stiamo parlando di comunità territoriali con dentro tutti noi e tutto quanto sta intorno a noi.



In questo convegno noi proveremo a focalizzare alcuni punti, come il tema del malato e della famiglia che in Calabria interpellano la politica, la società e anche la chiesa. Parleremo dell'importanza di essere comunità che sanno accorgersi dei bisogni materiali, relazionali e profondi. Nella chiesa si dice anche "spirituali".

Su questi temi ci ritroviamo vicini tra culture differenti e appartenenze distanti. Ci ritroviamo vicini perché vogliamo una società più accogliente; e non solo una società dotata di strutture adeguate e buoni servizi, ma una società che abbia, dentro e fuori i servizi, il valore dell'accoglienza tra le persone, di tutte le persone.

Insieme pensiamo all'importanza di comunità locali che vigilano e che operano, e non che ci accorgiamo due o cinque anni dopo di aver messo lì i mafiosi a governarci e a condurre le "nostre" comunità.

Pensiamo ai malati mentali nella vita normale, nella quotidianità di tutti, e li pensiamo nelle comunità territoriali, li pensiamo sul posto di lavoro, li pensiamo in famiglia, li pensiamo al convegno di oggi e in tutte queste cose, li pensiamo come risorse umane e sociali e non come solitarie solitudini. Certe volte la solitudine è importante, è un grande valore, ma noi abbiamo bisogno di

solitudine ed anche di tante relazioni. Sappiamo che una certa solitudine è dolore abitato da presenze pesanti, da alterazioni, da fantasmi... Sappiamo anche che la sofferenza mentale è un dolore abitato da atteggiamenti di rinuncia, da angoscia costantemente in agguato. Sappiamo che, accanto all'esistenza mai facile di chi attraversa momenti o un'intera vita di

sofferenza mentale, accanto alle risposte esistenti fatte dai servizi e dalle istituzioni, accanto a tutte queste cose noi vogliamo sostenere l'importanza della presenza attiva delle comunità territoriali, di comunità accoglienti e competenti in cui si possa sempre comporre la parola sofferenza mentale con la parola speranza, la parola progetto, lavoro, senso della vita, relazioni, comunità...

Durante questa giornata di approfondimento, confronto e proposte, ci faremo aiutare da alcune persone che hanno partecipato ai progetti dall'interno e da altre che abbiamo invitato perché su questi temi hanno tanto da dirci.

Abbiamo qui anche una televisione con operatori che filmeranno gli interventi i quali verranno messi sul sito www.c-progettosud.it.

In seguito noi lavoreremo sui materiali prodotti dal convegno, e daremo continuità al progetto e al mantenere vive queste tematiche in Calabria.

accanto all'esistenza mai facile di chi attraversa un'intera vita di sofferenza mentale, accanto alle risposte dei servizi e delle istituzioni, noi sosteniamo l'importanza della presenza attiva delle comunità territoriali

Ripensare percorsi riabilitativi delle persone con sofferenza mentale

Giovanna Del Giudice
Portavoce del Forum Nazionale di Salute Mentale

Buongiorno. Io intanto ringrazio Giacomo, la sua associazione, il suo lavoro perché mi dà l'occasione di ritornare qui in Calabria. Ho lavorato 2 anni in Calabria come consulente dell'assessore Lo Moro in maniera saltuaria, per come il ruolo di consulente permette di fare ma anche per come le condizioni di questa terra, che insieme presenta una ricchezza umana, permettono di fare. Il territorio ambientale ha delle criticità che voi meglio di me conoscete! Io partirei proprio dagli stimoli che Giacomo ha dato. È vero, la malattia mentale ci riguarda perché ne siamo toccati personalmente, per vicinanza con amici, parenti, fratelli, ecc., ma ci riguarda anche come cittadini, come operatori, come politici. Perché io credo che, a tutt'oggi, le persone con disturbo mentale sono una minoranza oppressa, una minoranza che spesso viene privata di diritti e pertanto le comunità solidali, i cittadini e gli operatori che ancora mantengono etiche e responsabilità non possono sentirsi se non attenti nel guardare questo problema.

Io, prima di parlare del *ripensare* e del *ragionare* sul ripensare percorsi di riabilitazione, devo dire che ho fatto un ragionamento generale che attiene anche alla Calabria ma che attiene anche ad altre parti del nostro territorio nazionale.

Volevo fare un passo indietro, un passo indietro a partire dal fatto che sono anche un operatore del servizio pubblico e vi lavoro ormai da 40 anni e il discorso sulla riabilitazione, su che cosa si intenda per riabilitazione in psichiatria e sul perché l'attenzione alla riabilitazione è entrata nel discorso psichiatrico soltanto negli ultimi anni. L'attenzione è stata data alla riabilitazione soltanto negli ultimi decenni, e questo in relazione principalmente ad alcuni grandi mutamenti che sono avvenuti nello scenario culturale, politico, economico e istituzionale del mondo occidentale. Anche se parleremo, per brevità, essenzialmente dell'Italia, è da dire che il mondo occidentale negli ultimi 40 anni è stato attraversato da un fenomeno, il fenomeno della **deospedalizzazione** quindi della riduzione dei posti letto nelle grandi istituzioni ospedaliere che accoglievano le persone con disagio mentale e non solo.

In Italia abbiamo avviato e abbiamo una grande riforma e l'Italia è stata attraversata da un grande processo che in alcune parti si è connotato non solo come



deospedalizzazione - quindi riduzione dei posti letto fino alla chiusura dell'ospedale psichiatrico pubblico - ma è stata connotata da **deistituzionalizzazione**, quindi dalla messa in discussione teorica e pratica di tutti i fondamenti scientifici e culturali che reggevano il manicomio. Dico ancora brevemente che l'attenzione alla riabilitazione si è posta in questi ultimi anni perché si è affermata - e Giacomo ne faceva cenno - una concezione comunitaria dell'assistenza psichiatrica in più parti del nostro paese insieme ad un aumento della coscienza collettiva dei diritti dei soggetti deboli tra cui appunto le persone con disturbo mentale che come dicevamo insomma sono una delle minoranze più oppresse del mondo. Coscienza dei diritti dei soggetti deboli e nel caso di persone con disturbo mentale: c'è stato un grande movimento, a cui si faceva prima riferimento, collegato ai familiari. Ancora. L'attenzione al percorso, alle strategie e ai processi riabilitativi si è affermato a partire da alcune evidenze epidemiologiche. L'esito del disturbo mentale severo della schizofrenia - e lo abbiamo visto da studi epidemiologici -, non è tanto collegato alla storia naturale della malattia ma è fortemente influenzato e collegato alle risposte istituzionali che a questa malattia si sono date.

Basta pensare a tutta la sindrome di istituzionalizzazione propria delle persone che hanno vissuto nel manicomio e che è stata confusa come esito della malattia e mi pare che ancora oggi viene confusa a volte in alcuni servizi italiani che riproducono le logi-

che manicomiali. Questioni importanti. E non possiamo non ricordare il grande lavoro di de-costruzione nel manicomio avvenuto in Italia dagli anni 60 in poi con Franco Basaglia che nei primi anni 60 incominciava il suo lavoro nel manicomio di Gorizia. Non possiamo non ricordarlo sia perché i nostri discorsi fanno riferimento a questo grande movimento italiano ma anche internazionale che si è determinato intorno a Franco Basaglia sia perché vogliamo ricordare che quest'anno l'Italia festeggerà il trentennale di una grande legge, la legge 180, il trentennale di una legge che come diceva Bobbio è stata l'unica riforma riuscita anche se sappiamo che dobbiamo ancora dire molte cose a questo proposito.

Volevo ritornare a questo percorso avviato da Basaglia e che, se guardiamo appunto la nostra esperienza, ci fa dire alcune cose. La prima cosa che è stato necessario fare nel momento in cui si incominciava a parlare di riabilitazione, in questo lavoro di de-costruzione del manicomio che si avviava in Italia, è che abbiamo dovuto *riabilitare* i luoghi della riabilitazione. Mi piace ricordarlo anche perché, secondo me c'è anche un'attualità. La riabilitazione non è un'azione sull'altro, intanto è anche, come la de-istituzionalizzazione, un'azione su di noi, sulla scienza psichiatrica, sui luoghi dove noi ci muoviamo, sulla relazione con l'altro; quindi la prima azione è stata quella di *riabilitare* i luoghi della riabilitazione. E poi, in che cosa si è sostanziata la nostra azione di riabilitazione nella de-costruzione del manicomio se non nel restituire i diritti civili, politici, sociali alle persone con disturbo mentale, alle persone internate nei manicomi?

Io penso che non dobbiamo dimenticarci che abbiamo cominciato da lì, dalla restituzione dei diritti civili a persone a cui erano stati negati questi diritti a causa dell'internamento. Restituzione di diritti politici a persone a cui sono stati negati questi diritti a causa dell'internamento, persone che avevano perso qualsiasi diritto sociale, perché non avevano più storia, identità, case, legami, famiglia, affettività, socialità; avevano anche perso, a partire dal lager in cui erano stati trattenuti, le loro capacità... le loro capacità e non solo abilità sociali ma anche le loro capacità cognitive, intellettive e quanto altro. Abbiamo parlato di analfabetismo di ritorno; per esempio, nel momento in cui si decostruiva, si chiudeva il manicomio e le persone venivano accompagnate nella comunità, si trattava di supportare, sostenere, determinare una possibilità di vita per loro nella comunità civi-

le. Non abbiamo tempo per ripercorre tutte le tappe, ma quello che vogliamo dire - perché ci torna utile ricordarlo - è che nel manicomio non esisteva e non può esistere la riabilitazione.

Soltanto nel superamento del manicomio possiamo attivare strategie riabilitative, percorsi di riabilitazione che poi non sono altro che percorsi di accesso ai diritti di cittadinanza per le persone. Perché è importante dirlo... perché quelle pratiche che nei manicomi di allora e di oggi si chiamano riabilitazione - come qualcuno ci ha insegnato a dire [Benedetto Saraceno] - non sono altro che pratiche di intrattenimento, quelle pratiche per far passare tempo nei manicomi fino all'ergoterapia, che era lo sfruttamento della forza residua lavoro degli internati nel manicomio ma che di fatto era intrattenimento perché non andava a cambiare lo statuto delle persone, non le emancipava, ma le persone continuavano, anche se facevano delle cose, anche se passavano in maniera diversa il loro tempo, anche se facevano lavori utili, a mantenerli nello statuto di subordinazione che il ruolo di internati determina.

È da ricordare che a volte succedono anche ora queste cose; queste cose succedono quando nelle istituzioni e anche nella riforma permane la manicomialità delle pratiche, la manicomialità delle culture e quindi la riabilitazione è pratica di intrattenimento e non pratica di emancipazione. Da lì eravamo partiti.

Oggi in Italia - e parliamo dello scenario italiano in cui si colloca anche naturalmente la Calabria - non abbiamo più il grande manicomio e questo non è una cosa da poco. Abbiamo posto fine al manicomio, sia come luogo fisico che come luogo simbolico, e questo è di grande importanza.

In Italia si è costruita una rete dei servizi di salute mentale diffusa in tutto il territorio nazionale, anche se quello che mettiamo in discussione è la qualità dell'operatività in questa rete. Abbiamo centri di salute mentale diffusi in tutto il territorio Nazionale, abbiamo strutture residenziali, abbiamo servizi ospedalieri di diagnosi e cura, quindi c'è una rete di servizio alternativa al manicomio, non c'è dubbio! Il problema è se le pratiche in questi servizi sono alternative al manicomio.

Voglio solo evidenziare alcune cose piccole perché penso siano utili... guardando al nostro lavoro, al lavoro qui in Calabria ma anche in molte parti del territo-

rio nazionale. I centri di salute mentale svolgono un'azione puramente o meramente o troppo spesso ambulatoriale. Fanno una psichiatria di attesa, cioè aspettano che le persone si rivolgano al servizio quando invece, proprio per la caratteristica della sofferenza mentale e anche per mandato istituzionale, noi dovremmo andare verso le persone lì dove nasce la malattia, lì dove la malattia si manifesta e mantenere, con la nostra azione domiciliare territoriale, le persone il più possibile nei luoghi naturali di vita.

Ancora. Parlerò soltanto di alcune cose. I *servizi ospedalieri di diagnosi e cura* che dovevano informare in maniera diversa la medicina tutta, stanno diventando e/o sono diventati troppo spesso manicomi senza spazio. Ospedalizzano soltanto le persone all'interno di una psichiatria restrittiva e contenitiva.

"Contenitiva", diciamo con le parole giuste, è una psichiatria che lega i malati.

Io vivo in una città, lavoro in una città, dove abbiamo visto morire una persona legata in un servizio di diagnosi e cura e siamo in questi anni, a 30 anni dalla riforma e ancora si dice che legare è un atto sanitario, che legare è un atto terapeutico. La malattia mentale ci appartiene. Noi non pensiamo ad ognuno di noi legato... o un nostro figlio, o un nostro fratello...

Ancora permangono aree di internamento. La regione Calabria è una delle regioni che aveva fino al 31 dicembre 2007 il maggior numero di posti letto, rapportato alla popolazione di questa regione, il maggior numero di posti letto psichiatrici.

Mi riferisco alle case di cura, alle cliniche neuropsichiatriche i cui posti letto, con le linee guida emanate, dovrebbero essere stati dimezzati da dicembre del 2007. Io dico dovrebbero... perché non ho più il polso della situazione, per legge, ... però non possiamo non chiederci: "ma i servizi prima di altri cos'hanno fatto per la metà dei loro cittadini che erano lì ricoverati, quali responsabilità hanno assunto verso queste 250 persone che erano lì e che oggi sono ritornate nelle loro famiglie o supportate da chi o sono entrati o hanno subito soltanto un fenomeno di transistituzionalizzazione o sono passati ad altri istituzioni totali?". È un problema che vi rimando... Non ho più il polso della situazione... mentre invece dicevamo... c'erano delle piccole comunità costruite con l'articolo... ex legge 20, lì quasi pronte e che non sono state attivate... e bisogna chiedere di farlo! Ci sono queste strut-

ture..., c'è un privato sociale attento..., bisogna intersecare i bisogni..., interfacciarsi ai servizi e chiedere che vengano affrontate queste questioni, con immediatezza, al nuovo governo regionale e quindi voglio dire che, come ricordava Giacomo, la regione Calabria, ma non solo, ha delle questioni d'affrontare. Ha dovuto affrontare delle questioni in questi ultimi anni, ci sono delle aree di internamento privato ancora, a volte significative e inaffrontate. Come se tutto quello che è avvenuto del processo di de-istituzionalizzazione in Italia non fosse mai avvenuto! Penso non soltanto al Papa Giovanni ma penso per esempio ai luoghi ancora del nostro sud quale Bisceglie e quanto altro.

Penso poi alla permanenza degli ospedali giudiziari psichiatrici. La Calabria, come la regione Sardegna, ad opera di due assessori - che io dico grandi per questo, ma non solo - ha fatto a meno di altri 140 posti di ospedale psichiatrico giudiziario. Sapevate che c'era un programma a Ussene in Sardegna e a Gerace in Calabria per la Costruzione di altri 140 posti di ospedale psichiatrico giudiziario che con l'assessore Lo Moro e l'assessore Dirindin non sono stati aperti?

Bene. Che cos'è oggi la riabilitazione, cos'è se non quello che abbiamo imparato nella de-costruzione del manicomio? È appunto il permettere alle persone con disturbo mentale, ma non solo, di permanere, sostenuti dal servizio pubblico ma anche dalla comunità locale ma anche dai contesti familiari, nei loro ambienti naturali di vita senza perdere i loro diritti, senza perdere la loro contrattualità sociale, o ricostituendo contrattualità sociale e diritti.

Io dico che questo è un problema che oggi dobbiamo affrontare, non soltanto per i malati di mente perché se allarghiamo lo sguardo dalla psichiatria a quello che è la nostra medicina, il nostro mondo, vediamo che oggi la questione del supportare, dell'aiutare le persone con disabilità, non riguarda soltanto i malati di mente ma riguarda tutti: gli anziani soli, gli anziani non autosufficienti, le persone con malattie cronico degenerative, i disabili, ... quindi tutte queste persone che hanno rischiato, che vivono, che rischiano fenomeni di istituzionalizzazione, quando invece dobbiamo immaginare per loro percorsi supportati perché permangano nella loro comunità.

Come è possibile che questo avvenga? È possibile partire da alcune questioni secondo me semplici ma che



sembrano così difficili. Intanto riprovando a ritrovare l'etica della nostra azione. Parlo in particolare del servizio pubblico e sempre a partire dal servizio pubblico ripartendo dalla responsabilità verso la salute di un territorio. L'etica e la responsabilità ci portano per mano nella nostra azione e allora il problema è mettere al centro del nostro agire la persona nella sua diversità di genere, di bisogni, nella sua unicità, della sua storia particolare e quindi - diceva bene Giacomo - non istituzioni chiuse. Se partiamo dalla persona e dalla sua centralità non dobbiamo costruire istituzioni ma percorsi individuali e specifici di supporto a questa persona. E ancora, dobbiamo partire da riconoscere che questo è possibile soltanto se c'è una coesione sociale e sappiamo quanto la coesione sociale oggi sia a rischio, è debole, però quando si parla di comunità territoriali, quando si parla di comunità solidali sappiamo che dobbiamo ricominciare anche da lì. Nella nostra azione, nel cercare interlocutori, nell'interagire tra servizio pubblico e comunità locale con le associazioni formali e informali del territorio, dobbiamo lavorare per ricostruire legami. Noi sappiamo che non esiste salute se non all'interno di legami sociali e che c'è principalmente una stretta correlazione tra salute, coesione sociale e sviluppo sociale. Ciò non è possibile se c'è un deficit di una di queste parti, non si può produrre in uno solo di questi tre sistemi e non negli altri. Ci sarebbe un deficit anche negli altri. Quindi non è possibile non lavorare anche come operatori sanitari se non all'interno di queste questioni complessive.

Quindi dobbiamo ripartire dalle persone, dalle storie delle persone, dai loro contesti sociali e familiari ed avviare progetti sostenuti dal servizio pubblico ma che interagiscono con i soggetti del privato e con i soggetti della comunità. Dobbiamo cioè sempre di più ri-orientare le risorse professionali e umane della comunità e del servizio pubblico verso progetti di inclusione sociale di mantenimento dei soggetti nei loro ambienti di vita, di ricostruzione di cittadinanza per loro. Dobbiamo guardare alle persone con disturbo mentale ma anche a quei soggetti cui mi riferivo prima - vite di scarto direbbe qualcuno -, come persone che hanno delle risorse, che sono risorse, e quindi dobbiamo partire da queste risorse, dalle loro risorse per il processo di riabilitazione.

Concludo avendo dato alcuni flash ma mi piace finire così.

Alla fine, questi scenari forse sono sempre gli stessi, sono sempre quegli stessi scenari che mettono al centro le persone, che mettono al centro la responsabilità e l'etica.

Quando eravamo in manicomio avevamo scritto sui muri "la libertà è terapeutica". Oggi ci piace dire - come il Cardinale Martini - la cittadinanza è terapeutica, ma sappiamo che non c'è cittadinanza senza libertà e sappiamo che tutti abbiamo bisogno di libertà, di etica, di pace, di responsabilità, perché soltanto a partire da questo possiamo costruire per noi e con le persone per le quali noi lavoriamo percorsi e strategie di riabilitazione.

Il Centro di Salute Mentale un luogo per e del territorio

Rosina Manfredi
Primario del CSM di Lamezia Terme

A quasi 30 anni dalla promulgazione della legge 180 si è assistito nell'ambito dei servizi di salute mentale, pur in assenza di una cornice organizzativa e tecnica omogenea, ad una notevole e profonda trasformazione culturale, professionale, organizzativa che ha determinato importanti ripercussioni sul modo di "fare psichiatria" sulle identità professionali degli operatori e ancora sui modelli organizzativi.

La legge 180 istituiva in alternativa al manicomio i servizi psichiatrici sulla base dell'idea che le persone portatrici di una sofferenza psichica dovessero essere curate "nel luogo dove vivono e lavorano" (come si diceva nel gergo degli anni 70) e sanciva definitivamente il passaggio della psichiatria da una organizzazione di assistenza esclusivamente manicomiale, custodiale ad una organizzazione più complessa ed articolata di tipo territoriale.

Dall'internamento al diritto alla salute, alla cura

- Inserimento del malato di mente e dell'operatore psichiatrico nel contesto della medicina generale
- Riconoscimento dei servizi psichiatrici territoriale come sede principale dell'intervento terapeutico e riabilitativo
- Organizzazione dell'operatività psichiatrica in equipe multidisciplinare (medico, psicologo, assistente sociale)
- Trattamenti sanitari volontari sia in unità extra-ospedaliera che negli ospedali e regole per il ricovero obbligatorio in particolari condizioni e per periodi limitati di tempo e previsione di una serie di disposizioni a garanzia dei diritti del soggetto che subisce il TSO stesso (conservazione dei diritti politici e civili, possibilità di chiedere la revoca del trattamento da parte del paziente stesso, nessuna iscrizione nel casellario giudiziario)
- Divieto di ammissione di nuovi pazienti negli Ospedali Psichiatrici

Già nel 1968 con la legge 431, nota come Legge Mariotti erano stati introdotti i primi elementi di cambiamento; sino a questa data la legge in vigore era quella promulgata da Giolitti nel 1904 "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati". Il ricovero era basato sul concetto di pericolosità e avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del que-



store; entro 15 gg periodo di osservazione, il Direttore del manicomio trasmetteva al procuratore una relazione scritta; entro 30 gg la persona veniva o dimessa o sottoposta a ricovero definitivo, veniva nominato un tutore, la persona veniva interdetta e privata dei suoi diritti civili e cioè perdeva il diritto a ereditare, sposare, comprare o vendere cioè amministrare il suo patrimonio, votare, essere genitore.

Con la legge Mariotti

- viene per la prima volta istituito il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico e si introduce la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, previo accertamento del consenso del Paziente
- abbiamo la nascita delle prime esperienze di psichiatria territoriale rappresentata dai Centri di Igiene Mentale adibiti a prendersi cura dei pazienti dimessi dagli OP ; le prime attività preventive e di cura fuori dalle mura manicomiali.

Praticamente i primi passi dei futuri Centri di Salute Mentale.

Ma è con l'approvazione nel 1994 del primo Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale e poi del successivo Progetto Obiettivo (1998-2000) che per l'assistenza psichiatrica italiana viene segnata una tappa storica e si chiude con un ciclo di sperimentazioni della riforma, con modelli operativi territoriali diversi e spesso in contrasto tra loro; il progetto obiettivo:

- Sancisce il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici
- Individua, quale modello organizzativo più idoneo a



garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi; il Dipartimento inteso come un insieme integrato di servizi, a direzione unica

- Vengono individuati, all'interno del modulo, la tipologia e le funzioni delle strutture territoriali, ospedaliere, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale
- Vengono definiti gli standard, gli operatori, posti letto in rapporto alla popolazione (in 1 posto letto ogni 10.000 Abitanti - 1 operatore su 1.500 abitanti)
- Viene sancita la centralità della presa in carico dei pazienti affetti da disturbi mentali gravi (prevalentemente, se non esclusivamente, i disturbi dello spettro psicotico)
- Viene ribadita la centralità del servizio pubblico nel sistema di assistenza psichiatrica, pure a fronte dell'emergere di nuovi soggetti che in varie realtà avevano realizzato operatività significative.

Al centro dell'attività dipartimentale è posto Il Centro di Salute Mentale che come recita il PO 1998-2000

- è la sede organizzativa dell'Equipe degli operatori e di coordinamento di tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti affetti da Disturbi e/o Disagio psichico nel territorio di competenza anche tramite l'integrazione funzionale con il Distretto, Enti, Istituzioni pubbliche e Privato Sociale;
- è la sede del progetto terapeutico e degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socio terapeutici, nonché il centro organizzativo degli interventi a domicilio e di filtro ai ricoveri ordinari e in Trattamento Sanitario Obbligatorio; (e secondo le linee guida regionali opera attraverso la presa in

carico, la continuità terapeutica, il progetto terapeutico-riabilitativo individuale e promuove il sostegno alla vita quotidiana delle persone con disturbo mentale. Primo impegno del CSM è mantenere la persona nei contesti naturali di vita, supportandola nel raggiungimento del migliore equilibrio psico-fisico e sociale e nell'accesso ai diritti di cittadinanza, costruendo forme di sostegno alla famiglia o favorendo un abitare indipendente).

- garantisce l'apertura per almeno 12 ore nei giorni feriali.

La strutturazione dipartimentale dell'assistenza psichiatrica nasce come risposta a un modello di malattia e quindi di organizzazione delle cure che ha posto sempre di più nel tempo l'accento sulla "persona nella propria comunità". L'attenzione si sposta dalla malattia in sé alla totalità della persona: i suoi bisogni e diritti, le sue capacità e risorse ma anche al suo contesto, alla sua rete di appartenenza e ai gruppi sociali di riferimento.

Da un modello riduzionistico biologico di malattia ad un modello multifattoriale così detto bio-psico-sociale e quindi ad una eziopatogenesi che comprende fattori individuali biologici e psichici correlati a dinamiche interpersonali e alle variabili ambientali e socio-culturali di appartenenza della persona.

Con il servizio territoriale al centro di bisogni diversi del paziente, della famiglia e della società che sono spesso differenti, in parte sovrapposti a volte proprio contrapposti.

Questo ha comportato modelli di cura basati per lo più sulla multidisciplinarietà e multi professionalità nel senso di equipe costituite da professionisti sanitari

diversi (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri). Equipe che oggi per lo più sono centrati sull'autonomia delle differenti figure professionali piuttosto che costruiti intorno ai pazienti gravi di una determinata area e ai loro bisogni come accadeva qualche decennio fa.

E su pratiche operative incentrate su percorsi diagnostico-terapeutici il così detto case-management.

Dai PO in poi la psichiatria italiana sembra avere raggiunto, pur con le dovute eccezioni, alcuni obiettivi quali la progressiva diffusione del modello di psichiatria di comunità incentrati sulla presa in carico, sul lavoro di equipe, affermazione dei valori etici nella prassi psichiatrica

- autodeterminazione
- consenso
- compliance
- adesione

valorizzazione degli aspetti gestionali/organizzativi (anche alla luce delle dichiarazioni OMS Helsinki)

Punti Critici

Pur in presenza di questi ineludibili principi e valutazioni globali, vi sono a tutt'oggi, sul territorio italiano, modelli assistenziali anche molto diversi tra loro. Vi sono servizi in cui l'organizzazione psichiatrica è tuttora centrata sul momento ospedaliero, in contrasto con altri servizi che operano con una organizzazione fortemente proiettata sul territorio e tra questi una variegata via di mezzo ove credo siano collocati la maggior parte dei servizi soprattutto nel meridione, in Calabria, dove molti ritardi e molte carenze, strutturali, di organico e di tipo socio-ambientale -darei infrastrutturali - ne hanno condizionato in tutti i sensi, purtroppo, lo sviluppo.

In un editoriale del 2002 Leff, partendo dalla valutazione dello scarto evidente fra i risultati della de-istituzionalizzazione e delle pratiche della psichiatria di comunità e la loro immagine sociale compreso e la scarsa soddisfazione degli utenti e familiari, invitava a riflettere sul contrasto tra un servizio territoriale invisibile nella sua immagine sociale quale quella percepita dalla gente, in contrasto con l'estrema "visibilità" del paziente grave, che in una visione particolarmente stigmatizzante ma ancora molto diffusa, è causa di eventi che hanno un forte impatto emotivo (comportamenti violenti ... ecc.) riportando al centro del dibattito la cultura e le pratiche di psichiatria di comunità del dopo Progetti Obiettivi.

È ancora possibile una cultura ed una pratica psichiatrica di comunità, per il territorio e con il territorio? Tenendo conto delle profonde trasformazioni sociali e delle loro conseguenze sulla salute mentale dei singoli, dei gruppi e sui processi patogenetici?

Vediamo questi cambiamenti ed i possibili e futuri obiettivi.

Stiamo assistendo ad una fragilizzazione del corpo sociale

- Rottura delle reti sociali ed istituzionali per l'affermarsi delle così dette famiglie allargate
- Emigrazione, meticcio
- Disuguaglianze sociali e nella distribuzione delle risorse
- Non sostenibilità della vita quotidiana
- Diffusione dell'abuso di sostanze soprattutto nelle fasce giovanili
- Nuove patologie (Disturbi di Personalità, Disturbi del Comportamento Alimentare)
- Nuovi comportamenti a rischio abusi, comportamenti violenti, comportamenti - reato (a cui non sono estranei i fenomeni delle migrazione, dell'intolleranza xenofobica)
- Diffusione di fenomeni di comorbidità (Doppia Diagnosi)
- Disturbi dell'adattamento e psicopatologia conseguente alla senescenza, immigrazione

Tutto ciò si traduce in nuovi bisogni di cura e nuove strategie assistenziali del Servizio territoriale su cui continua a gravare il carico dei pazienti gravi considerando che il

- tasso totale di pazienti gravi si colloca tra i 300 e 400 per 100.000 abitanti e che i pazienti gravi sono per circa il 40%, pazienti con disturbi dello spettro psicotico.

E che

- la prevalenza trattata nei CSM è inferiore di poco all'1% della popolazione generale, sempre se verrà confermato il dato iniziale del Progress-CSM ancora in corso, a fronte dell'aumento della morbilità psichica generale.

L'ipotesi è che il disagio psichico e il malessere nelle comunità siano destinati, anche in ragione di quanto abbiamo detto sino ad ora, ad aumentare.

Tendenza alla ri-istituzionalizzazione

Ancora, sempre dai risultati della Ricerca Progress sembrano affermarsi pratiche di eccessivo ricorso alla residenzialità a tempo protratto quando lifetime, (nella misura del 10-20% della prevalenza trattata) la dimenticanza e l'oblio che scendono su nuovi pazienti "inseriti" da anni in strutture residenziali, lo scarso sviluppo ed utilizzo delle strutture semi-residenziali come prevenzione ai trattamenti residenziali.

Collegati a:

- cambiamenti demografici (anziani, famiglie mononucleari ecc.)
- eccessiva delega ai servizi pubblici

- come la risposta più semplice all'emergenza sociale che il Disagio mentale può determinare
- inadeguatezza del sostegno fornito alle famiglie dei pazienti gravi

Scarso utilizzo dell'approccio riabilitativo ; una recente ricerca ha evidenziato che nei servizi psichiatrici l'approccio riabilitativo viene utilizzato in meno del 30% dei casi e tecniche di provata efficacia come quelle psicoeducazionali in meno del 10%.

Ruolo marginale attribuito alle professionalità non mediche

Scarso impegno nella lotta allo stigma

Quali servizi per la salute mentale di comunità del futuro

L'OMS per la Regione Europea nel programma "21 Obiettivi per il 21° secolo" ha indicato come target per la salute mentale per i primi 20 anni del nuovo secolo proprio il tema organizzativo. Per l'anno 2020 il benessere psicosociale di tutta la popolazione dovrebbe essere migliorato e migliori servizi comprensivi dovrebbero essere disponibili e accessibili per le persone con problemi di salute mentale.

Il punto decisivo, alla luce di quanto abbiamo sino ad ora detto, è che se vogliamo lavorare alla costruzione di buone pratiche di salute mentale di comunità che possano rispondere alle nuove sfide, ai vecchi e nuovi bisogni di salute mentale, alle emergenze sociali, occorre garantire e sviluppare:

- miglioramento dell'Accessibilità dei servizi, quale garanzia per la tempestività delle risposte (favorendo decentrazione dei servizi)
- continuità terapeutica-assistenziale (ma anche favorire processi di discontinuità, progetti a termine)
- flessibilità dei percorsi di cura
- intervento precoce
- diminuzione nel tempo del grado di dipendenza dell'utente dal sistema assistenziale (favorendo il passaggio dai setting duali a quelli di gruppi di auto-mutuo-aiuto)
- de istituzionalizzazione
- sviluppo di programmi di sostegno alla famiglia e con la famiglia
- coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni di familiari nelle scelte dei servizi
- funzionamento in rete e reale integrazione tra CSM e altre agenzie territoriali e particolarmente con i MMG con i quali sviluppare programmi di effettivo collegamento
- sviluppo di processi di empowerment
- inserimento lavorativo in rapporto alle proprie esigenze, capacità ed inclinazioni
- favorire un abitare indipendente ma anche la possibilità di accedere in fase e cicli di particolare biso-

- gno ad appartamenti o residenze transitorie
- sviluppare delle organizzazioni e dei profili di trattamento attraverso l'integrazione tra risorse formali/professionali e risorse informali/non professionali. (Questo mix si è rivelato particolarmente efficace per la cura del paziente grave)
- Sviluppo di programmi sulla prevenzione del disagio psichico

E su questi aspetti che si misura oggi e ancora di più nel prossimo futuro la capacità del sistema pubblico di assistenza psichiatrica di rispondere alle nuove esigenze; di lavorare per gli utenti, ma anche con e per le famiglie, di promuovere nuovi diritti ma anche di tutelare e difendere quelli fondamentali; di prendere in carico ma anche di trattare e curare; di garantire assistenza e servizi, ma anche di erogare prestazioni e trattamenti tecnicamente fondati.

La nostra realtà operativa in Calabria

- 11 DSM
- 32 Centri di Salute Mentale organizzati per lo più come ambulatori con orari variabili
- 10 Centri Diurni per un totale di 137 utenti
- 23 Strutture residenziali pubbliche per un totale di 350 posti letto
- 5 Case di Cura Neuropsichiatriche per un totale di 494 posti letto suddivisi in posti per acuti, per la riabilitazione e la lungodegenza

Il CSM del Lametino è ubicato al II° piano della Struttura sede del Distretto del Lametino di proprietà dell'Azienda sita in Piazza Elvidio Borelli, 1 Lamezia Terme.

Serve un bacino di Utenza di circa 106.000 abitanti distribuiti su una superficie di 480 Km² costituita da 12 Comuni (Lamezia Terme, Cortale, Curinga, Falerna, Feroletto Antico, Gizzeria, Jacurso, Maida, Nocera Terinese, Pianopoli, Platania, S. Pietro a Maida)

Direttore	Manfredi Rosina
Medici	Di Cello Antonio, Ferrante Maria, Graziano Sonia, Iannello Caterina, Mazza Elisabetta (responsabile progetto CDP)
Assistenti sociali	Attribuito 1 Ass. Soc. Dastoli Domenico presso il CDP di S. Pietro a Maida Presso il CSM 3 presenze giornaliere secondo turni settimanali; (gli Ass.Soc. sono dipartimentali)
Infermieri professionali	Catarisano Caterina, Mercuri Paolina, Molinaro Luciana
Oss	Fedele Ferro (CDP)
Aus.	Ruscio Vito
Educat. Profess.	Talarico Antonello
Tecnico della riabilitazione psic.	Di Bella Raffaella

È utilizzato da circa 1.200 persone con un carico di pazienti con disturbi dello spettro psicotico di circa 550; Nuovi Accessi 594

Dal 1° Ottobre 2007 il CSM è aperto tutti i giorni dal Lunedì a Venerdì dalle ore 8,00 alle ore 19,00 ed il Sabato dalle ore 8,00 alle ore 14,00.

- Accoglienza e Prenotazione
- Visite Psichiatriche
- Da Marzo 2005 attività Psicogeriatrica
- Da Gennaio 2005 attività Età Evolutiva
- Accertamenti Psicodiagnostici
- Somministrazione test psicodiagnostici e di personalità
- Attività infermieristiche di assistenza e somministrazione di terapia long-acting e pronta Amb/dom
- Psicoterapie strutturate e di sostegno individuali e di gruppo
- Visite domiciliari per valutazione clinica ed attuazione di strategie terapeutiche altrimenti non praticabili, urgenti ed ordinarie
- Accertamenti medico-legali per Commissione Invalidi Civili, Rilascio patenti Guida, Porto d'armi e per attività peritali
- Attività di filtro dei ricoveri e di collegamento con il Dipartimento di emergenza-urgenza e le altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale
- Attività di segretariato sociale e di interventi socio-assistenziali
- Attività di collegamento con le famiglie e collegamento Enti/Medici di famiglia e di raccordo con il privato sociale ed imprenditoriale per iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti
- Valutazione per l'Accesso nelle Case Protette per Disabili Mentali e per i periodici controlli e vigilanza in attuazione DGR del 30.07.02 n° 685
- Attività di "Ospitalità Diurna per alcune ore" per pazienti in crisi
- Utilizzata da circa 60 pazienti
- "Progetto Salute Mentale Donna"
- "Progetto Fitness"
- Corso Informativo e Formativo per le Famiglie ad alto Carico

Questi ultimi progetti in collaborazione con l'Associazione "Comunità Progetto Sud", le Cooperative Sociali Il Delta e Ciarapani e con l'Associazione di Volontariato "Intese".

Da **Ottobre 2006** ha preso avvio un progetto sperimentale di apertura della struttura semiresidenziale di S.Pietro a Maida (ex Art. 20 Legge n. 67 del 11 Marzo 1988) "**Centro Diurno polifunzionale**" che svolge attività di cura e riabilitazione psichiatrica nell'Area Pedemontana Monte Contessa. (DDG n° 53 del 25.01.07)

La Struttura è aperta dal Lunedì al Venerdì tutte le mattine e due pomeriggi alla settimana.

Nel Luglio 2006 si è costituita l'**Associazione di Volontariato "Intese"** composta da familiari di soggetti in carico al CSM e operatori dello stesso, per la realizzazione di interventi finalizzati al superamento dello stigma legato dal disturbo mentale

CSM e Cooperative sociali Ciarapani e Delta e la collaborazione dell'associazione Intese hanno sviluppato da Novembre 2007 in ottemperanza al **PoR CALABRIA MISURA 3.4-AZIONE D**

- 23 Tirocini formativi e
- Laboratori Protetti:
 - Relazionale
 - Teatrale
 - Multimediale
 - Manuale
 - Globalità Linguaggi
- Operatori: Equipe del CSM, Operatori delle Cooperative Il Delta e Ciarapani.

Il CSM ha da tempo attivato dei rapporti di collaborazione con alcuni soggetti istituzionali e del privato sociale operanti nell'ambito del Lametino attraverso protocolli d'intesa

- Comune di Lamezia Terme
- Associazione Comunità Progetto Sud
- Associazione di Familiari "Intese"
- Cooperativa Sociale Ciarapani
- Cooperativa Sociale Il Delta
- Caritas Diocesana
- Associazione Mago Merlino
- Centro per i Servizi al Volontariato "Due Mari" di Catanzaro

Nell'ambito del territorio di competenza del CSM abbiamo un numero di pazienti inseriti presso Strutture residenziali così distribuiti:

Tipologia di Struttura	N° pazienti
Casa Protetta	32
Comunità Alloggio	7
RSA	5
Case di Cura Neuropsichiatriche	5

"La Salvezza del malato mentale è quella di restare nelle nostre case, coinvolgendo nella sua problematica la nostra vita reale così che la sua presenza richiederà strutture terapeutiche vicino a lui, psichiatri a domicilio, organizzazioni comunitarie in cui possa sentirsi protetto, luoghi di lavoro dove possa trovare un ruolo, una funzione che giustifichi davanti a se stesso la sua presenza nel mondo".

(Franco Basaglia 1967)

Esperienze riabilitative tra occupazione e inclusione sociale

Giovanni Zanolin
Assessore Politiche Sociali Comune Pordenone



Noi tutti, ogni giorno, abbiamo la necessità di giudicare. Ci guardiamo attorno, comprendiamo o cerchiamo/crediamo di comprendere che cosa stia succedendo, esprimiamo valutazioni a partire da nostre sensibilità ed interessi, sentiamo emozioni che sono mediazioni di interessi, formuliamo infine dei giudizi ... Questa è un'attività fondamentale per gli esseri umani. Giudicare: è questo che facciamo, giudichiamo gli altri e nel farlo determiniamo le condizioni per essere giudicati.

Nel Vangelo di Giovanni (Gv 9,16), ad esempio, troviamo il racconto del giudizio espresso da una parte dei farisei su Gesù: poiché aveva guarito un mendicante cieco in giorno di sabato (e il sabato era il giorno dedicato all'Onnipotente), persino questa guarigione fu interpretata come un grave peccato. Eppure quell'uomo, Gesù, aveva fatto tante cose, anche molto diverse fra loro: aveva sfamato un villaggio di pescatori, aveva dato da mangiare a centinaia di donne e di uomini che stavano nel deserto, aveva salvato una donna dalla lapidazione, alcuni addirittura sostenevano che avesse riportato in vita un uomo morto da quattro giorni. Ma era anche molto umano e pare che, dopo una iniziale riluttanza, abbia salvato la festa di matrimonio di due giovani e chissà, forse si divertì a farlo. Dunque, se si voleva esprimere una condanna su quel-

l'uomo, si doveva necessariamente enucleare una sola cosa, un solo episodio della sua vita. E perdipiù, era necessario stravolgerne il senso.

Noi umani, quando vogliamo condannare, scegliamo una cosa sola: di un uomo diamo un giudizio totale e definitivo ma sulla base di una cosa sola. Voi capite che questo non solo non è giusto ma è eticamente profondamente sbagliato: un giudizio che si componga in base ad un solo elemento contiene in sé l'annuncio di una condanna. Una visione separata della realtà è viziata sempre di empietà.

È per questo che ognuno di noi dentro di sé spera di essere salvato nel giorno del Giudizio, perché sappiamo che Lui può guardare all'insieme del nostro percorso e non ad una sola delle manifestazioni della nostra vita, fosse anche la peggiore.

Dobbiamo guardare alla condizione umana nella sua complessità; se dobbiamo essere in qualche modo fattori di speranza e di salute, dobbiamo pensare agli esseri umani per la loro estrema complessità e rifiutare ogni giorno, nella nostra attività e nel modo d'essere, di rapportarci agli altri nella logica della separazione. Rifiutare la pratica della separazione e ricomporre gli sguardi sulle persone, sugli agglomerati di persone, sulle comunità; rifiutare la divisione dei saperi e diventare fattori di rifiuto della divisione, perché questa porta a una condanna, ad affermare la forza di chi esprime il giudizio. Quanti avevano giudi-

*diminuire la sofferenza è un processo
che chiede di alzare le capacità relazionali
e di condurre alla cittadinanza*

cato Gesù per la guarigione operata di sabato pensavano a loro stessi come persone e comunità di persone dotati di autorità ed autorevolezza tali da metterli in grado di giudicare e di condannare. Altri potevano invece essere solo giudicati.

Rifiutare questa divisione dei saperi significa avvicinarsi alla condizione umana guardandola nel suo complesso. Se ci si riferisce ad esempio alla salute umana, uno sguardo complesso significa non separare mai salute fisica, mentale e sociale. È importante tenere sempre aperto questo sguardo sulla complessità.

Siamo convinti, ad esempio, che i servizi specialistici servano. Accanto a questo, affermiamo che abbiamo



bisogno di saperi profondi che comunichino tra di loro, che si integrino e si contaminino; anche per quanto riguarda i saperi sulla salute mentale, abbiamo bisogno che siano profondamente in grado di contaminare e dialogare cogli altri saperi. C'è la necessità di persone capaci di esprimere giudizi dopo aver sentito tanti pareri, dopo aver visto tante persone, dopo aver colto tanti sguardi, e nel contempo abbiamo bisogno di luoghi nei quali tutto questo possa ulteriormente ricomporsi. Chiamiamoli "luoghi della complessità", dove chi sa di salute mentale, chi è in grado di diagnosticare una schizofrenia in un adulto o una psicosi che comincia a manifestarsi in un bambino, abbia al suo fianco tutti coloro i quali devono poi costituire le reti sociali che consentano a quel bambino di non precipitare nella psicosi, o a quella donna di non diventare schizofrenica o di non soffrire eccessivamente nel suo percorso di schizofrenia. Abbiamo bisogno cioè di luoghi ampi dell'integrazione. Non possiamo accettare l'idea che il Distretto sanitario sia solo il luogo in cui l'équipe di salute mentale si confronta con quella delle dipendenze, con i medici di medicina generale, con gli specialisti che si occupano di salute fisica, con le assistenti sociali, con gli educatori sociali e via dicendo. Dobbiamo avere tutto questo ma anche spazi per la socialità: per la scuola, per l'educazione... Dobbiamo pensare che nel territorio di Lamezia o di Rossano o di altre cittadine della Calabria vi siano più luoghi dell'integrazione, più luoghi del colloquio e dello sguardo sulla complessità dell'essere umano, più luoghi nei quali si possa fare un'operazione di ricomposizione e di sviluppo di saperi e di diffusione di una visione ampia e non esclusivamente specialistica. Siamo perciò chiamati ad essere fattori di crescita culturale e di educazione dell'intero territorio.

Parliamo di riabilitazione. Riabilitare vuol dire costruire una nuova o nuove abilità. Io mi chiedo: rispetto ad una persona che manifesta una severa psicosi, possiamo limitarci a pensare a come possa acquisire nuove abilità? A me pare così parziale, questo percorso. Certo, tutti noi dobbiamo avere capacità di iniziativa per noi stessi, mostrare propensione a cambiarci e trasformarci. Ma come possiamo pensare che quello che è maturato, anche come difficoltà relazionale, fin dalla più tenera età, possa risolversi in un grande coerente sforzo solo personale, solo della persona? È davvero molto ingeneroso pensare questo, perché non è possibile che quel che è maturato in molti anni di sofferenza, di difficoltà relazionale, si possa risolvere semplicemente come un'acquisizione da parte della singola persona di nuove abilità. C'è un processo ben più ampio che va messo in moto e che va portato avanti. Perciò uno degli aspetti fondamentali dei percorsi riabilitativi è il lavoro di comunità, nella sua dimensione territoriale ma anche in quella virtuale: sono le comunità a dover avviare processi per cui esse, prima di tutto, acquisiscono nuove abilità, non solo la persona singola. Perché se quella persona ha maturato sofferenza nella sua solitudine o in una difficoltà relazionale, non otterremo che quella persona soffra di meno o cessi di soffrire se non è tutta la sua comunità di riferimento che acquisisce nuove abilità. Il processo è sempre doppio. Come diceva Giacomo Panizza: biunivoco.

Dovremmo riuscire a comprendere la differenza esistente fra malattia e sofferenza. La malattia è una "metacondizione", una descrizione di sintomi, di modalità di comportamento, di storie. Ma la sofferenza è un'altra cosa: è una condizione individuale, profondamente individuale. La dottoressa Del Giudice ci parlava prima di casi di schizofrenia severa; non voglio banalizzare, ma pensate alla condizione di gravissima e lunga sofferenza di persone che hanno vissuto in modo estremamente pesante lo scontrarsi di personalità attorno a loro e il riversarsi dello scontro dentro loro stessi. Immaginiamo la sofferenza, l'estrema sofferenza e il dolore provato. Come è possibile allora, come è credibile che noi affrontiamo questo dolore semplicemente su un piano della ricostituzione di cittadinanza? Forse dobbiamo incominciare a pensare all'esplicitazione del processo di cittadinanza come uno degli strumenti per cui la sofferenza, e non tanto la malattia mentale, viene affrontata. Avviare perciò processi di cittadinanza per i quali riusciamo a limitare il dolore. È difficile perché richiama la questione che vi dicevo prima: tutta la comunità deve acquisire nuove abilità. Ma ci trascina anche in un'altra dimensione: se noi immaginiamo che diminuire la sofferenza è un processo che chiede di alzare le capacità relazionali, dobbiamo capire come queste ultime possano condurre alla cittadinanza.

Il processo con il quale, in estrema sintesi, tutto questo dovrebbe avvenire è: sviluppare diritti in modo che la nuova modalità di cittadinanza possa diminuire la sofferenza migliorando la socialità dell'individuo.

Sappiamo bene, per esperienza, che non sempre è così, che il percorso è difficile, che la sofferenza è una esperienza individuale non sempre esprimibile e da noi non sempre comprensibile né facilmente condivisibile. L'altrui sofferenza ci spaventa sempre molto. Assistiamo a una grande e dura crisi di identità di una parte importante della psichiatria italiana e dei percorsi di riabilitazione immaginati nel corso del secolo scorso.

Quello che siamo riusciti ad immaginare è sostanzialmente che i percorsi di cittadinanza fossero percorsi di utilità sociale legati al lavoro; come se cioè fosse il lavoro il luogo della nuova socialità, che consentisse di limitare il dolore perché aiuta una ripresa e questa ripresa è di per sé un fatto positivo che avrebbe consentito agli psicotici, ad esempio, di ritrovare luoghi e piani di scambio accettabili invece di piani incomunicabili e di dolore. Solo che oggi siamo in una condizione nella quale il lavoro non garantisce più la cittadinanza. Anche se nella Costituzione si afferma che la Repubblica si fonda sul lavoro, sappiamo che il lavoro non basta per garantire cittadinanza. Ci sono milioni di persone che vengono in Italia per lavorare ma non sono riconosciuti come cittadini; ci sono milioni di donne e di uomini in Italia che lavorano ma il salario che percepiscono non è loro sufficiente per vivere...

Oggi dobbiamo pensare a processi di utilità sociale che possano sviluppare relazionalità, processi che contemplino anche il lavoro ma che non siano fatti solo di lavoro, perché il lavoro non basta a garantire diritti, ad avviare un processo per cui dal diritto si passi alla relazione, dalla relazione al contenimento del dolore e alla limitazione della sofferenza.

Dobbiamo avviare nuovi percorsi di utilità sociale, percorsi educativi nei quali sentire, vivere, ascoltare la sofferenza e che essa diventi fattore di utilità generale. Dobbiamo sforzarci di dare significato sociale ed utilità sociale alla sofferenza. L'unico modo, a mio avviso, è attribuirle un ruolo educativo. Ma educare non può significare creare strutture in cui si va a vedere la sofferenza e le persone divengono animali in uno zoo.

Dobbiamo tutti noi incominciare a capire, a portarci dentro che cosa sia, come si possa generare e quale significato abbia la sofferenza, e come attraverso la sofferenza noi possiamo cogliere, leggere e comprendere la dimensione relazionale. Questa è l'utilità sociale della sofferenza prodotta da una psicosi: la sua comprensione in un percorso di profonda umanità. C'è un'utilità nei processi che tentiamo di costruire per rendere tollerabile il dolore che può derivare da una psicosi? Oppure l'unica possibile utilità è quel "diminuire" del dolore provato dalla persona con cui un "professionista" lavora? Se l'unica utilità è quella diminuzione, allora si giustifica il potere affidato a quel medico "terapeuta". Se c'è invece un'utilità

sociale possibile, questa sta in un lavoro che faccia cogliere a molte persone (speriamo moltissime) la possibilità che esistano molti piani di relazionalità. La nostra vita non è collegata solo alla relazionalità che si esprime con il valore di scambio del denaro: esistono molti piani di relazionalità. Le persone psicotiche ne hanno scelto (o più spesso sono state indotte o costrette a sceglierne) uno diverso dal nostro, ma questa diversità potrebbe non essere di per sé un problema. Dobbiamo curare imparando e facendo imparare a costruire comunità dove i molti piani di relazionalità possano integrarsi, interagire, parlare fra di loro, convivere. Dobbiamo costruire comunità che riescano a comprendere e a utilizzare positivamente questa pluralità di dimensioni e che non la trasformino (questa pluralità) in sofferenza.

il lavoro non basta per garantire cittadinanza, milioni di persone lavorano ma lo stipendio non è sufficiente per vivere

Così anche un lavoro sulla psicosi di una persona assume una grande utilità sociale e può essere fattore di cittadinanza, utile a costruire cittadinanza e non sofferenza dentro la nostra comunità. Certo, non è facile. Ma è uno dei processi che non toglie nulla alla positività del lavoro, ma lo integra con altre dimensioni. Negli anni scorsi alcuni si sono interrogati sul fallimento di certi percorsi lavorativi come strumento di riabilitazione. Abbiamo infatti registrato alcuni dolorosi fallimenti. La risposta credo sia nel fatto che non abbiamo collegato l'inserimento lavorativo con una strategia di medio e lungo termine di aiuto alla persona e di trasformazione delle comunità, dei luoghi cioè in cui la sofferenza è maturata.

Il lavoro da solo non basta... ce lo siamo detti, ma non con convinzione e traendone le giuste conclusioni. Il lavoro è una parte di una strategia: ciò significa che noi dobbiamo prestare molta più attenzione a fattori per i quali le comunità riacquisiscono abilità.

Concludendo, credo che dobbiamo immaginare che la costruzione di progetti per le persone siano processi dentro i quali noi intravediamo seriamente la possibilità di sviluppi sociali culturali, di processi di crescita diffusi, di ognuno di noi e di tutte le persone che ci stanno attorno. I progetti riabilitativi devono essere progetti che coinvolgono la comunità in cui le persone vivono, devono essere fortemente in grado di costruire comunità aperte, fattori di costruzione comunitaria. Infine, devono essere progetti di rete e personali sulla singola persona, costruiti con lui o con lei e da lei o da lui accettati. Dobbiamo riuscire a dare a questi progetti anche dei budget. Il budget di salute non è semplicemente monetario, ma è un percorso nel quale la comunità si riconosce, si costruisce, si evolve e riesce a diminuire la sofferenza di noi tutti.

□

Empowerment e protagonismo possibile delle persone con sofferenza psichica

Marina Galati e Francesco Lucia - Cooperativa Sociale Ciarapani

Per prima cosa è da dire che io e Francesco ci conosciamo da più di 40 anni. Frequentavamo la stessa compagnia, le stesse feste, le stesse passeggiate sul corso ecc. Poi, come si faceva allora, arrivati al tempo dell'università lui andò a Bologna e si iscrisse alla facoltà di legge diventando avvocato e facendo altre cose. Io invece sono andata a Roma, facevo psicologia e diciamo che negli ultimi 20 anni poi, di fatto, non ci siamo più incrociati perché avevamo imbastito storie diverse, fatti diversi. È solo un anno fa che sempre attraverso amici comuni ci siamo incontrati... perché le storie poi ritornano. La vita ci fa incontrare. Non più nelle stesse feste, nelle passeggiate sul corso, ma ci siamo incontrati perché c'era un luogo comune che ci ha fatto incontrare: la cooperativa Ciarapani di cui io ero Presidente e Francesco è venuto perché cercava un contesto entro il quale fosse possibile dialogare e lavorare.

A partire da questo, io e lui siamo qui seduti e faremo la relazione a mo' di intervista. Io pongo la domanda, lui mi risponde e ovviamente ci intrecciamo. Abbiamo scritto appunti fino a tardi ieri sera e ve li presentiamo in questo modo. Però poco fa, giustamente, ci chiedevano di specificare che cos'è questa parola inglese "empowerment" che è tanto di moda e che se ne sente parlare.

Prendiamo la definizione tratta da un testo, "Una possibile autonomia", in particolare la parte scritta da Rita Barbuto. Rita Barbuto è il Direttore Europeo di "Disable People International" che è un movimento delle persone Europee disabili che hanno lottato e portato avanti tutta la questione sui temi dell'empowerment e dell'advocacy, e lei dice che «l'Empowerment è come un rafforzamento di sé, un'acquisizione della possibilità di essere e di fare, come possibilità di scelta partendo dai propri limiti e dalle proprie possibilità, come possibilità di utilizzo dei mezzi che ognuno ha dentro di sé o che gli vengono offerti dal proprio ambiente di vita e sociale, come possibilità, libertà d'interagire nel miglior modo con il mondo».

Allora ecco la prima domanda che voglio porre a Francesco: *Spesso nei nostri contesti parliamo di empowerment, ma cosa significa questo per una persona con sofferenza mentale?*

Io innanzitutto ringrazio Marina della possibilità che mi ha dato di parlare qui in questa assemblea. Io sono



una persona che ha vissuto il male mentale in prima persona e quindi da un certo punto di vista chi meglio di me ha visto cosa è, ha visto e ha sentito quella che è la sofferenza mentale? Parlare di empowerment, secondo me, l'empowerment individuale è cercare un auto-aiuto, un'autostima, un'autogestione della propria malattia, praticamente, in poche parole, è un'assunzione di responsabilità verso se stessi, verso la propria persona.

Ma Francesco, tu mi dicevi che è importante riprendersi la parte di potere che in qualche modo si è abituati a delegare. Allora, voglio chiederti: quali sono state le tue difficoltà e in qualche modo come hai fatto, che cosa ci hai guadagnato a riprenderti questa parte di potere?

Guadagnare... ci ho guadagnato tanto! Le difficoltà sono state diverse perché io in una prima fase avevo delegato questo potere agli psichiatri. C'è da premettere questo e cioè che io sono stato ammalato nel lontano 1985 e mi sono rivolto alla struttura di Lamezia Terme dove c'era già la dottoressa Manfredi e mi hanno consigliato di andare a Pisa. Da una parte, a Pisa mi sono sentito meglio effettivamente, perché c'è da dire che nel processo di auto guarigione non è che puoi fare tutto da solo, insomma, lì ho trovato dei medici che mi hanno aiutato. Dall'altra però, diciamo così, badavano più che altro al mio mantenimento e mi facevano assumere dei farmaci. Certo mi hanno aiutato, mi hanno assistito, mi hanno dato da mangiare, mi hanno fatto fare una vita così ed io quasi quasi mi sentivo protetto. Quindi, la difficoltà che ho avuto è stata quella di uscire da questo guscio e si esce chiaramente da questo guscio protettivo solo acquistando



più autostima, più controllo di se stessi anche se non è una cosa facile.

Francesco, tu mi dicevi che pian piano, dopo venti elettroshock e tanti farmaci, in quella fase ti sei sentito una nullità e che però poi c'è stato qualcosa che pian piano ti ha aiutato ad incominciare, ad avere consapevolezza e ieri mi dicevi: "mi sono in qualche modo risvegliato..."

Io penso che la prima pietra miliare per ottenere una guarigione siano le persone e le persone mi hanno aiutato a svegliarmi in un certo senso. Da solo, come dicevo prima, non c'è la faresti ad uscire da questo guscio. Devi chiaramente avere l'aiuto delle persone e le persone non sono solo gli psichiatri, perché gli psichiatri tante volte detengono il potere - a me per esempio mi curava il dottor Sarteschi che nel campo della psichiatria era una figura di livello nazionale, insomma, non era l'ultimo arrivato! - E però, fino a quando io non ho incontrato delle persone che mi hanno dato una mano, come una psicologa che mi ha aiutato a parlare, chi mai avrebbe pensato che in quel contesto sarei diventato promotore di un gruppo di auto-aiuto nel quale ci siamo potuti confrontare e ci siamo potuti relazionare l'uno con l'altro mettendo insieme le nostre esperienze e cercare di trovare una via per la guarigione.

Francesco, scusa, cosa intendi per guarigione?

Molto spesso si intende per guarigione il mantenimento e cioè mantenere il paziente in una condizione stabilizzata, per esempio con gli elettroshock. Io ne ho ricevuti, per la prima volta che sono stato ammalato e la seconda volta che ho avuto la ricaduta, quaranta. A Pisa purtroppo si praticava ancora questa tecnica, e

questi elettroshock da una parte mi hanno aiutato a sollevarmi ma dall'altra non mi hanno permesso di avere nessuna vita di relazione e in più mi avevano ucciso le cellule cerebrali. La guarigione secondo me è un concetto più personale e può essere definito solo dalla persona stessa.

Certo, l'aiuto dei professionisti serve... non è che tu da solo puoi guarire... c'è bisogno di un adeguato supporto dei farmaci però. Ciò che è importante è affiancare l'aiuto dei professionisti ad un'autostima e ad una consapevolezza di te stesso e questo è possibile sempre con l'aiuto degli altri che non sono solo gli addetti ai lavori ma possono essere i familiari, le persone che vivono con te lo stesso problema, gli amici, le relazioni affettive.

Certo, io dico che quando una persona cade nei disturbi mentali non ha tante volte la forza di reagire, piuttosto ti affidi. Io ero affidato al CSM di Pisa, ero affidato all'ospedale di Pisa e un operatrice mi ha aiutato - come ho detto prima - a farmi parlare. Ho incominciato a non abbuffarmi di farmaci - scusate il termine - acquistando un po' di potere su me stesso, mi sono pian piano stabilizzato, mi sono tirato fuori da quello che era la sofferenza vera e propria e ho cominciato a rivivere, ho cominciato una vita più tranquilla.

Francesco, oggi abbiamo parlato di lavoro, di gruppi di auto-aiuto come opportunità o luoghi o contesti dove è possibile partecipare attivamente; per te che significa tutto ciò?

Per me è qualcosa di essenziale. Chiaramente non è facile - come diceva prima Giovanni Zanolin - Il lavoro non è tutto, però certo ti aiuta. È qualcosa di importante per le persone con problemi di sofferenza mentale perché ti aiuta a non concentrarti sempre sulla

stessa cosa del tipo "io sono ammalato", "sto male", ma ti porta a concentrarti anche su altre cose. Per me è significato per esempio uscire da casa, non trascurarmi, assumere un atteggiamento più positivo verso la vita. Oltretutto è un luogo dove conosci tanta gente. Il gruppo di auto-aiuto è innanzitutto il luogo dove ho avuto la possibilità di confrontarmi con le persone che hanno lo stesso mio problema o problemi simili.

Infatti io ringrazio il gruppo che sto frequentando in questo periodo perché mi sta dando l'opportunità, insieme alla dottoressa Luciana e agli amici che sono lì in fondo, di potermi esprimere; mi sta dando l'opportunità di poter parlare di quelle che sono le mie esperienze durante la settimana lavorativa - quello che faccio, quello che non faccio insomma - anche se talvolta rischiamo di essere ripetitivi dicendoci "...io non vengo più... non ha nessuna importanza...", ma poi ci rivediamo sempre puntualmente tutti i mercoledì a parlare dei nostri problemi.

Avere una vita sociale è importante se no uno se ne sta al bar tutto il giorno a bere come facevo io. Bevevo e giocavo alle macchinette e oltretutto mi sono mangiato una fortuna giocando. Frequentare un gruppo di auto-aiuto ti aiuta a sviscerare queste problematiche ma anche a risolverle e vedi il divertimento sotto aspetti più positivi.

Nei gruppi di auto-aiuto si dice che empowerment è anche nei confronti della cura dei servizi, dei professionisti; a volte si sa che in psichiatria dicono il "sapere dei professionisti" però nelle discussioni che si fanno noi diciamo che c'è un sapere dei professionisti ma c'è anche un sapere dell'esperienza cioè il sapere di chi in fondo vive lui percorsi di tanti anni, incontra tanti servizi... Come dire che c'è una conoscenza che altri non hanno, che non hanno neanche i professionisti. Sapere vuol dire anche potere. In psichiatria quanto potere ha la conoscenza dei tecnici e la conoscenza che proviene invece dall'esperienza? Secondo te quanto e come è possibile un'alleanza collaborativa e di parità dietro a queste persone?

Noi l'abbiamo detto prima... sarebbe auspicabile cioè una collaborazione paritaria tra queste persone. Purtroppo, adesso come adesso, sia per le strutture che ci sono sia per molte altre fttori va detto che la persona che ha un disagio mentale è depositaria della conoscenza della malattia e della sofferenza che com-

porta possibili processi di guarigione. Attualmente il potere è incentrato sulla figura tecnico professionale e le persone con disturbi mentali non hanno per il momento una voce in capitolo anche se alcuni passi avanti sono stati fatti.

Ci sono tanti psichiatri che ti vengono incontro, che ti aiutano a parlare. Io sono stato fortunato nel mio processo di guarigione perché ho trovato le persone giuste al momento giusto però non è per tutti così purtroppo e quindi è auspicabile che questo avvenga. Un'alleanza allo stato attuale mi sembra difficile ma è importante e aiuterebbe moltissimo. Agendo tutti e due, i medici da una parte e i malati dall'altra, entrambi avrebbero la giusta quantità di potere per risolvere i problemi relativi alla guarigione ma questa alleanza è ben lungi dall'essere una realtà. I professionisti si fermano al mantenimento, e non si mettono in discussione, loro stessi dovrebbero guarire da questi pregiudizi e credere di più che forse è possibile guarire con la collaborazione sullo stesso piano.

Empowerment è anche partecipare attivamente alla vita della città. Secondo te, possiamo fare delle proposte oggi a queste persone che sono qui dentro e quali potremo fare?

Queste persone che sono qui dentro secondo me sanno già quello che si deve fare. Secondo me quello che è importante è attuare gruppi di auto-aiuto... quello che ho detto prima... in modo che ci si può confrontare e anche acquisire responsabilità per la propria guarigione. Poi tu mi insegni che l'empowerment ha tre livelli, quindi...

Noi pensiamo questo: che ci piacerebbe ritrovarci non più in una stanza ma ci piacerebbe ritrovarci per la prossima volta in una piazza - abbiamo un giardino pubblico, a Lamezia centro c'è - e ci piacerebbe rincontrarci là e rilanciare queste stesse domande, queste stesse riflessioni.

Crediamo che i processi di empowerment, che ovviamente non si avviano dall'oggi al domani, siano processi dentro i quali pian piano è possibile per le persone riprendersi il proprio potere.

E su questo io vorrei invitare tutti coloro che in questa stanza oggi sono una testimonianza di questa sofferenza, che si portano sulle spalle, a riprendersi il loro potere poiché so che non hanno perso il "potere" di farlo.

La ricerca - azione

Promozione e sviluppo del dialogo sociale sul disagio mentale

La ricerca-azione nell'ambito territoriale
dell'Arcidiocesi di Crotona e S. Severina

Report di Michela Marchetti
"NOEMI" Società cooperativa sociale

Nell'ambito del progetto: Sofferenza mentale e comunità territoriali, la "Noemi" Cooperativa Sociale ha sviluppato un lavoro di conoscenza, approfondimento e sensibilizzazione condivisa sul territorio crotonese e dell'Arcidiocesi di Crotona e S. Severina.

Tutto questo si è potuto realizzare promuovendo e sviluppando il dialogo sociale nel nostro territorio, capace di "dare voce" alla gente che nel nostro contesto non ha voce.

Il servizio svolto, nella realizzazione delle azioni progettuali, ha inteso fare emergere una povertà presente nel crotonese che interpella in modo forte i giovani che vivono nel disagio mentale e le loro famiglie di appartenenza. L'esigenza di implementare azioni efficaci a favore di chi in qualche modo è coinvolto nel fenomeno, è nata da una modalità di risposta del territorio sempre più "frammentata e poco integrata nei suoi interventi".

Lo "strumento-metodo" per poter coniugare la fase di conoscenza, approfondimento e sensibilizzazione è stata la "ricerca-azione"; mediante essa si è potuto effettuare un'analisi sia quantitativa, che qualitativa, capace di far convergere la dimensione della ricerca, della conoscenza, dell'approfondimento e la dimensione più prettamente operativa, relativa alla promozione, alla sensibilizzazione, al coinvolgimento e alla costruzione condivisa. Questo strumento-metodo contempla l'attivazione di azioni che mirino a conoscere, riconoscere e apprendere, per cambiare.

La prima fase è stata caratterizzata dalla promozione del dialogo sociale, per poter capire, coinvolgere, conoscere il fenomeno da diversi punti di prospettiva; per far ciò si è dovuta delineare una mappa di tutti quegli attori istituzionali e non del territorio locale, i cosiddetti stakeholders, legati in modo diretto e/o indiretto al fenomeno. La fase successiva, della "ricognizione sociale" ha visto il coinvolgimento dei testimoni privilegiati, i gate keepers, cioè tutte quelle persone individuate e riconosciute come "informatori chiave" o "testimoni privilegiati".

Dal dialogo sociale è emerso che in molti casi si può parlare di disagio mentale conclamato, ma è pur vero che in altrettanti casi, se non di più, ci si può riferire

a forme di disagio e sofferenza mentale latenti e "sommerse". Il fenomeno ad oggi è caratterizzato da una certa complessità, il che non favorisce la sua definizione e la possibilità di riconoscerlo nei suoi tratti caratteristici.

Lo stesso è in forte aumento ed abbraccia sempre più fasce di popolazione giovanile.

In tutto questo il territorio locale è impreparato ad accompagnare, accogliere e quindi a farsi carico, in quanto vi è ancora oggi una certa forma di pregiudizio e stigmatizzazione.

Emerge in modo inconfutabile che nella nostra società manca una cultura della sofferenza psicologica, una educazione all'ascolto e alla vicinanza.

Molto si parla di prevenzione e di promozione, ma in fondo nel nostro territorio si fa esperienza contraria; infatti, la nostra comunità è carente di iniziative che mirino alla prevenzione e alla promozione degli individui che vivono situazioni di disagio mentale; relativamente al territorio crotonese, vi è un aumento del consumo di psicofarmaci, che favorisce l'accrescimento di risposte soprattutto da un punto di vista medico, piuttosto che sociale, facilitando concretamente in diversi e molteplici casi l'acutizzarsi e il cronicizzarsi delle situazioni.

le famiglie, nella stragrande maggioranza dei casi tengono nascosta la situazione di disagio

Vi sono situazioni in cui la sofferenza mentale, se non adeguatamente ascoltata esplose, ma in diversi e molteplici situazioni la stessa può "rivestirsi di normalità", con la conseguenza di aumentare l'indifferenza e un modo di rispondere non adeguato ai problemi e alle esigenze ad esso connesse; emerge sempre più la poca vicinanza da parte del territorio verso il disagio mentale, non riferendosi solo ed esclusivamente ai servizi, ma all'intera comunità territoriale. In questo contesto qual è il ruolo della famiglia? Le famiglie nella stragrande maggioranza dei casi tengono nascosta la situazione di disagio, anzi ciò che si percepisce è la loro solitudine nella presa in carico; restando in ambito familiare, si può notare un altro aspetto: "le donne sono coloro che nella maggior parte dei casi si fanno carico delle situazioni di fatica e di cura".

Il crotonese è un territorio in cui si denota una certa carenza di servizi, ma non solo. Lo stesso è caratterizzato anche da una certa fatica nell'accompagnare

gli individui con disagio mentale in percorsi di inserimento e/o reinserimento sociale; quindi, necessità un accrescimento dell'esperienza di sensibilizzazione, di responsabilizzazione della comunità locale, di poter far sempre più emergere il fenomeno e quelle situazioni di disagio ad esso connesse.

Dall'approfondimento comune è emerso come fondamentale è la possibilità di creare spazi di ascolto, di riflessione, elaborare e concretizzare iniziative di prevenzione, sensibilizzazione e promozione delle persone, da parte non solo delle istituzioni preposte e delle agenzie educative, ma dell'intera comunità territoriale. In riferimento a ciò, si sottolinea la necessità di stimolare le istituzioni, gli enti locali e la politica, appunto, creando e favorendo la condivisione di spazi di vicinanza, per la realizzazione di percorsi di cambiamento condivisi e concertati.

La definizione del fenomeno non è unitaria, e questo fa sì che le risposte in loco, sono nella maggior parte dei casi frammentate, disomogenee e non sempre adeguate.

Gli ambiti su cui puntare sono in definitiva: una progettazione condivisa, un lavoro di sensibilizzazione e promozione sociale, la costruzione, il consolidamento ed il supporto di una rete sociale che lavori in sinergia e non per settori e compartimenti stagni.

Per il nostro servizio e per il nostro territorio l'attuazione di questa iniziativa progettuale è stata un'esperienza di condivisione non solo di lavoro, ma anche di intenti e di crescita comune; infatti, è stata un'opportunità di dialogo con chi lavora con il fenomeno, facilitando la creazione di una rete, grazie soprattutto alla disponibilità della gente nel "fare dialogo", concertazione e lavoro d'insieme, presupposti per una "progettazione condivisa".

La ricerca-azione nell'ambito territoriale della Diocesi di Lamezia Terme

*Rreport di Angela Muraca
"Il Delta" Società cooperativa sociale*

Nel progetto interdiocesano "Sofferenza Mentale e Comunità" tra gli interventi annunciati vi era l'Azione 1, che prevedeva "La promozione e lo sviluppo del dialogo sociale del disagio mentale".

L'azione di ricerca si è svolta nell'ambito del territorio della Diocesi di Lamezia Terme, che si sviluppa su una superficie di 925 Km, per una popolazione di circa 139.631 abitanti di cui fanno parte 15 comuni: Amato, Conflenti, Cortale, Curinga, Decollatura, Falerna, Feroleto Antico, Gizzeria, Jacurso, Lamezia Terme, Maida, Marcellinara, Martirano A., Martirano L., Motta santa Lucia, Nocera Torinese, Painopoli, Platania, S. Mango D'Aquino, S. Pietro a Maida, S. Pietro Apostolo, Serrastretta, Soveria Mannelli, Tiriolo. In comuni della diocesi ricadono su due aziende: l'ex Azienda

Sanitaria n°6 e l'ex Azienda Sanitaria n°7, oggi ASP 7.

La metodologia utilizzata è stata la ricerca-azione partecipata, al fine di innescare strategie di cambiamento dei vissuti sociali rispetto alle problematiche del disagio mentale nella comunità locale. Gli obiettivi prefissati sono stati:

1. Avviare ed implementare un processo di coinvolgimento dei diversi soggetti istituzionali e sociali della comunità locale.
2. Raccogliere informazioni sui problemi connessi al disagio psichico e sulle risorse presenti e disponibili nel territorio, utilizzando come strumenti i gruppi focus e le interviste strutturate.

Il processo di lavoro si è svolto partendo dall'individuare quali potevano essere i soggetti da coinvolgere. Si è ritenuto opportuno contattare tutti coloro che in modo diretto o indiretto sono legati alla sofferenza mentale e che ricoprono ruoli di responsabilità nelle istituzioni, nelle organizzazioni sociali, nella comunità ecclesiale. A fianco a questi, non potevano non esserci le famiglie e i portatori di disagio psichico. Nei primi incontri, dai tre gruppi che si sono occupati della ricerca, sono state individuate le seguenti domande da sottoporre ai gruppi focus e alle interviste strutturate:

1. quali sono nella nostra comunità locale i problemi connessi al disagio mentale?
2. quali sono le risorse presenti e disponibili sul territorio?
3. parlando di disagio mentale e soprattutto di persone in condizioni di svantaggio, non sempre è chiaro a chi ci si riferisce. Lei personalmente chi definirebbe soggetto portatore di disagio mentale?
4. come è percepito il tema del disagio mentale nel nostro territorio?
5. pensa ci sia un'adeguata conoscenza del fenomeno?
6. quali sono sulla base della sua esperienza i soggetti più sensibili nei confronti del disagio mentale? E quelli meno sensibili?

Non si è riscontrata nessuna difficoltà o resistenza nel coinvolgere i soggetti individuati. Un dato importante e positivo da rilevare a tal proposito è stata la piena disponibilità di tutti, e da alcuni un'incredulità nel costatare che qualcun altro stesse manifestando interesse verso la problematica del disagio psichico. Il contatto è avvenuto telefonicamente, personalmente e per alcuni servizi è stato necessario presentare una richiesta scritta, in cui sono stati esplicitati le finalità della ricerca-azione e del progetto in generale.

Sono stati realizzati tre gruppi focus: due presso i servizi del territorio (CSM e SPDC) e uno con un'associazione di familiari.

Le interviste strutturate sono state 11, in cui sono stati coinvolti diversi attori direttamente o indirettamente coinvolti.

L'ultima fase della ricerca ha previsto l'**elaborazione delle registrazioni** effettuate e la stesura del **report finale**.

Dati emersi dalla ricerca-azione

Chi è il portatore di disagio mentale?

Non è emersa una definizione chiara e condivisa. La non chiarezza è emersa soprattutto da chi non si occupa direttamente di sofferenza psichica. Nel cercare di dare una definizione, il più possibile reale, si è anche tenuto presente la gravità dei sintomi, sottolineando che le persone che vivono una vera condizione di malattia mentale sono coloro che hanno una distorsione della realtà, e non chi manifesta semplicemente sintomi come ansia o depressione. Emerge anche una confusione nell'utilizzare una terminologia corretta e condivisa, tanto che, sono stati termini come ritardo mentale, handicap, disabilità e pazzia per definire una persona che vive una condizione di sofferenza mentale.

Come è percepito il tema del disagio mentale nel nostro territorio?

Le persone che esprimono una sofferenza mentale, vengono ancora percepite come pericolose, come chi debba essere allontanato, da cui si ha paura. Questo porta le persone, inevitabilmente, ad allontanarsi ad isolarsi, porta le famiglie a vivere uno stato di vergogna, rallentando sempre di più la possibilità di avviare percorsi di sostegno da parte di operatori specializzati. Questo comportamento mette in evidenza quanta poca conoscenza e disinformazione si ha. Una grossa critica che le famiglie fanno è rivolta ad una visione che domina all'interno della comunità, che lega la causa del disagio psichico a motivi strettamente psicologici da ricercare all'interno delle relazioni familiari: *"quello che ti senti addosso immediatamente è che sei guardato come se avessi delle colpe. Se tuo figlio ha un tumore la colpa è dell'inquinamento, ma se c'è un disagio psichico i genitori sono i responsabili"*. Quasi tutti gli intervistati si sono soffermati sull'importanza dell'attuazione della legge 180 del 1978, che ha rappresentato una autentica svolta storica, ma il processo di cambiamento che doveva avvenire è stato lento, contraddittorio e disomogeneo a livello nazionale.

La conoscenza del fenomeno nel territorio

Per quanto riguarda la conoscenza del fenomeno, si è visto come dagli aspetti emersi vi è una percezione diversa che è legata al ruolo che i diversi intervistati ricoprono. Gli **operatori**, impegnati quotidianamente, notano una maggiore conoscenza del fenomeno, e questo lo rilevano:

- Dal tipo e dal numero di persone che accedono al servizio, e dalle richieste d'aiuto che vengono esplicitate.
- Da una maggiore conoscenza, da una maggiore consapevolezza del problema e dall'aver meno paura

nel prenderne atto, per poi rivolgersi verso una struttura specialistica.

- Dal tipo di patologie che accedono ai servizi. Infatti, oggi accedono più persone, anche con patologie meno gravi rispetto ad un tempo in cui accedevano ai servizi solo pazienti con situazioni devastanti; così come accedono anche persone abbienti, rispetto ai periodi che andavano a curarsi altrove da luminari.
- Da una migliore integrazione del paziente.
- Dal cambiamento delle richieste riabilitative, un tempo riguardava la cura di sé, ora riguarda più l'aspetto lavorativo. Oggi i pazienti hanno più capacità, perché sono stati meno intaccati nelle loro abilità ed hanno maggiore capacità di recupero.
- Oggi si riesce a fare una diagnosi prima, inoltre si lavora meglio sia dal punto di vista clinico che farmacologico (farmaci meno invasivi).
- Oggi si può parlare di remissione per molte situazioni e di integrazione.

se tuo figlio ha un tumore la colpa è dell'inquinamento, ma se c'è un disagio psichico i genitori sono i responsabili

Diversa è la valutazione di chi la problematica l'ha vissuta e la vive in prima persona: **pazienti e familiari**. Questi percepiscono la classe medica come sottovalutante i propri problemi, se non addirittura rassegnata, con il rischio che piccoli sintomi possano diventare qualcosa di più grave. I familiari si trovano e si sentono soli, soprattutto perché i pazienti vivono per la maggior parte del tempo a casa, perché non ci sono servizi e perché spesso non si ha assolutamente conoscenza di quello che c'è sul territorio, e a quale figura professionale rivolgersi. Così come, non avendo una conoscenza approfondita, non si sa nemmeno come aiutare un proprio familiare, anche nelle cose più semplici come spingerlo o meno ad uscire di casa, o forzarlo per andare in un servizio. Oltre ad un forte pessimismo, emerge una forte rassegnazione verso ciò che la persona vive. Si denuncia anche una scarsissima informazione per cose banali come capire le differenze delle singole professionalità, come psichiatra, psicologo, neurologo. Da quasi tutti gli intervistati la legge 180 viene intesa come l'inizio di un nuovo modo di fare riabilitazione, ed un nuovo modo di far conoscere il fenomeno della sofferenza mentale. Ha portato le istituzioni a porsi in maniera diversa di fronte al malato mentale, cercando di conoscere quelli che erano i possibili interventi alternativi alla cura, intesa non solo come trattamento farmacologico, ma come intervento globale.

I problemi connessi con il disagio mentale

Sono emersi diversi problemi che favoriscono l'aumento del disagio psichico, anche fra i giovani:

- La mancanza di luoghi aggregativi per i giovani, una città sempre più multirazziale, una maggiore disper-

sione tipica delle città, un utilizzo ed abuso di psicofarmaci, una vita sempre più frenetica e l' assenza della famiglia.

- Lontananza della classe politica e dirigenziale. Gli operatori denunciano il non coinvolgimento da parte di chi programma le linee di intervento, non tenendo conto della progettualità globale centrata sulla persona. La sanità basa l'efficienza terapeutica economizzando più possibile, senza tener presente qual è la realtà, e soprattutto della necessità di interventi che continuano nel tempo quando ci si trova di fronte a pazienti cronici: dove l'intervento terapeutico si basa sul migliorare la qualità di vita e non la guarigione.
- Mancanza di risorse e servizi sul territorio: porta ad un sovraccarico di responsabilità e di problemi nella famiglie, che spesso portano ad una precipitazione sociale e psicologica di tutto il sistema familiare. Le strutture residenziali vivono la difficoltà nel dimettere le persone che hanno concluso un percorso riabilitativo, per mancanza di servizi territoriali che favoriscano l'inclusione sociale della persona.

Le risorse presenti e disponibili nella comunità locale

Dall'indagine, le risorse emerse sono tutte quelle che in qualche modo rispondono ai bisogni, ma che vanno potenziate, e soprattutto che avviano realmente un lavoro di rete tra di loro.

Fra quelle elencate nel primo posto troviamo la *famiglia*, che per quanto isolata ed in alcuni casi disgregata continua ad essere il "luogo" che accoglie, e in qualche modo lotta affinché possano migliorare le condizioni cliniche e sociali del proprio familiare. Ma continuano nello stesso tempo ad aver bisogno di aiuto e così, di fronte alla "quasi completa assenza" dell'istituzioni, si auto-organizzano in associazioni, di soli familiari o miste, creando luoghi di socializzazione, di auto-aiuto e di riflessioni. Negli ultimi anni nel territorio lamentino si sono, infatti, costituite tre Associazioni "Sincronia", "Intese" e "New Day" (Decollatura) fondate da famiglie, da portatori di disagio psichico, da cittadini sensibili e da operatori volontari dei servizi. Le famiglie denunciano un'assenza del *volontariato*, che è più presente lì dove vi sono altri tipi di disagio. *"Avere a che fare con la sofferenza mentale è poco gratificante, il volontario, probabilmente, preferisce cimentarsi in situazioni di cui vede un immediato cambiamento. Altra cosa è cimentarsi in situazioni problematiche che presentano possibilità di miglioramento dilatate e molto lunghe nel tempo"*. Continuano ad essere considerate risorse le *cooperative*, le *associazioni*, le *parrocchie*, *gruppi religiosi*, ma non essendoci una programmazione d'intervento mirata e continua nel tempo, diventano luoghi legati spesso all'improvvisazione o ad eventi, iniziative e progetti di breve durata come: feste religiose, gite, pranzi, ecc.

La *scuola* emerge come una grossa potenzialità, ma per varie ragioni oggi non è ancora completamente pronta e preparata. Rispetto a qualche tempo fa, si nota comunque una maggiore attenzione da parte

degli insegnanti i quali riescono a leggere comportamenti negli alunni che possono essere dei chiari segnali di un eventuale disagio. Presso i servizi arrivano maggiori segnalazioni, ma si riconosce che questo prevede un iter non facile poiché è necessario il coinvolgimento della famiglia, che inizialmente, non sempre "accetta" l'eventualità di una possibile sofferenza legata alla psiche del proprio figlio.

Tra le risorse indicate vi sono naturalmente i servizi come: il Dipartimento di Salute Mentale, le Strutture Residenziali, ma che vanno potenziati.

Difficoltà su cui lavorare

Per quanto riguarda le difficoltà su cui lavorare il **lavoro di rete** rimane un grosso nodo da sciogliere, soprattutto se si tengono in considerazione le difficoltà emerse che vi sono tra gli stessi servizi appartenenti ad una stessa organizzazione. *"La carenza di comunicazione tra gli operatori, non permette di mettere in luce i contributi di ognuno, in maniera da creare una risultante che sia più efficace nel trattare il disagio mentale"*. Spesso gli stessi servizi del territorio non si conoscono, se non per qualche situazione sporadica, ognuno lavora individualmente senza realizzare un intervento globale che tenga conto sia degli aspetti clinici, sia della vita sociale e lavorativa, sia della famiglia che della persona. È necessario completare il lavoro iniziato con la chiusura dei manicomi e soprattutto realizzare quelle che l'Associazione *Cittadinanzattiva* chiama *buone pratiche di salute mentale*. Occorre cioè insistere perché si lavori sempre di più per una reale integrazione. E perché, parlando di riabilitazione, si affermi un concetto più ampio che consideri non soltanto il contenimento del disturbo, ma, in positivo, tutti quegli aspetti esistenziali come la casa, le relazioni sociali, il lavoro, lo svago. Tutti quegli elementi che concorrono a determinare non soltanto una situazione di salute mentale, ma anche di salute e di benessere in senso più generale.

Il lavorare insieme porterebbe di sicuro fare estendere come una macchia l'olio un lavoro di **prevenzione** più accurato, che porterebbe tutti a comprendere meglio e a conoscere la sofferenza mentale. È fondamentale che la de-istituzionalizzazione non rimanga una parola vuota ed è necessario continuare ad interrogarsi su come gli spazi della cura possano e debbano rapportarsi al contesto comunitario.

La ricerca-azione nell'ambito territoriale delle Diocesi di Rossano - Cariati e Cassano allo Jonio

*Report di Carmela Vitale
"Rossano solidale" Società cooperativa sociale*

Il progetto si è svolto nel territorio della Sibaritide. Il territorio include due Diocesi: Rossano - Cariati e

Cassano allo Jonio. La Diocesi di Cassano allo Jonio accoglie circa: 106.000 abitanti, mentre quella di Rossano - Cariati 123.000 abitanti. L'Azienda di riferimento è l'ex azienda sanitaria n° 3 di Rossano.

All'interno dell'azienda è stato istituito il Dipartimento di salute Mentale, che comprende n° 4 SSM con nessun altro servizio dislocato sul territorio. Gli attori che sono stati coinvolti sono stati tutti quei soggetti che ricoprono ruoli di responsabilità nelle istituzioni, nei servizi e nelle strutture rappresentative del disagio mentale, nelle organizzazioni sociali e nella comunità ecclesiale. Sono state coinvolte entrambe le Caritas diocesane (Rossano e Cassano).

In sintesi la ricerca ha messo a punto alcune riflessioni importanti: la sofferenza mentale suscita da sempre reazioni di paura e di allontanamento della persona che ha questo disagio. Nella sofferenza mentale, a differenza della sofferenza esclusivamente fisica, spesso non esiste una sola causa, né tanto meno un decorso unico. Spesso di fronte alla sofferenza mentale ci si sente indifesi e insicuri, si preferisce negare questa realtà o evitare il contatto con queste persone il più possibile. Si utilizza spesso un termine ampio per indicare una fatica a vivere connotata da difficoltà di ordine relazionale, nel rapporto con se stessi e con il mondo. Dai dati emersi dalle interviste per quanto riguarda la definizione del soggetto portatore di disagio mentale si può ipotizzare che nel territorio preso in riferimento esistono due linee divergenti di definizione:

- disagio mentale come derivato sterile da fattori prettamente genetici ed organici

- disagio mentale appartenente e convivente con la società attuale dato da carenze di valori ed affetti.

Da ciò si evidenzia una duplice linea di definizione

- chi si rappresenta il disagio mentale come un soggetto con gravi patologie organiche

- chi, invece, come colui che ha delle difficoltà di relazioni e/o di affetti, colui che ha un malessere che qualunque ne sia l'origine si manifesta come impossibilità a instaurare una comunicazione e quindi comporta un'esclusione dalle dinamiche sociali.

Quindi, nel definire chi sono i portatori di disagio mentale ancora per alcuni sono tutti coloro che sono in cura ai servizi sanitari, che un tempo erano nei manicomi, che sono depressi *"il disagio mentale è l'insieme di una vasta gamma di condizioni dovute a delle mancanze oppure a dei danni di natura organica... queste mancanze hanno generato un anomalo sviluppo della psiche e del corpo, tanto da far sì che l'individuo abbia una insufficiente capacità di adattarsi in maniera efficiente ed armoniosa all'ambiente che lo circonda e di cui in teoria dovrebbe far parte"*. Ciò che emerge in maniera forte e rilevante è una netta volontà di **non volersi** "appropriare" del termine disagio mentale, anzi è forte la volontà di porre delle differenziazioni concettuali: *"la fragilità mentale deriva da un'insufficienza biologica... la fragilità psicologica ha a che fare con la propria biografia"*. Si evidenzia una linea comune, però, tra le due situazioni, che

vede una difficoltà di interpretazione sempre più rilevante in un contesto sociale nel quale vanno diffondendosi fenomeni di esclusione. Anche tra chi professionalmente vive a contatto con il disagio mentale si evidenziano difficoltà nel dare una definizione unica e precisa, anche se si concorda con l'affermare che è un'esperienza di sofferenza soggettiva che sperimentano un numero ben più ampio di persone: tutti coloro che anche per motivi legati a conflittualità relazionali, soprattutto in famiglia ma anche nell'ambito del lavoro o in altri contesti per loro significativi, vivono appunto un disagio. *"Il disagio mentale può essere legato a tutte le volte che la persona sperimenta una carenza nella capacità del problem solving - sostiene la responsabile del servizio di salute mentale del distretto - cioè di risolvere i problemi..., cioè capacità adatte a far fronte in quel momento, in quel contesto, alle problematiche del momento"*.

Per quanto riguarda la percezione del fenomeno le risposte degli intervistati vanno in due direzioni: c'è chi rileva una scarsa percezione dovuta ad una conoscenza impropria del fenomeno che lo rilega ancora tra le mura della vergogna e pertanto volutamente non manifestato e chi invece accusa le istituzioni di scarsa sensibilità verso il fenomeno. Infatti si evince che, all'interno del territorio in cui sono state realizzate tali interviste, il disagio mentale purtroppo, ancora oggi, non riceve la giusta attenzione da parte della società di appartenenza. Difatti, se da una parte se ne deduce che, nonostante siano previste a livello normativo e in particolar modo dalla legge 328 del 2000, una maggiore consapevolezza e attenzione a tale tematica, purtroppo ai fini pratici c'è ancora uno scarso interesse da parte delle Istituzioni (Regioni, Province e Comuni) che, essendo presenti nel territorio, dovrebbero coordinare e garantire tali servizi ai singoli individui.

Ma ciò che maggiormente viene considerato allarmante è il fatto che gli intervistati percepiscono che le Istituzioni attuano ancora adesso un metodo sanitario ormai obsoleto, che ha come unico fine quello di considerare, del paziente x, principalmente la malattia e non il contesto e il vissuto del disagio. Purtroppo, nemmeno nell'ambito educativo, ovvero la scuola, la situazione viene percepita nella maniera giusta, poiché mancano una adeguata preparazione del personale docente e una disponibilità di risorse economiche adeguata.

Tutto ciò è aggravato dal fatto che da un punto di vista sociale, nel territorio in questione, tale disagio viene ancora percepito da taluni individui come un "qualcosa" di cui vergognarsi e, di conseguenza, anche da dover nascondere alla società di cui si fa parte, in maniera tale da evitare di esser 'giudicati' e commiserati per tale condizione. Il punto più tragico di questo aspetto è costituito dal fatto che, taluni individui, avendo una forma lieve di tale patologia, inevitabilmente riescono a percepire il disagio di coloro che li circondano, tra cui quello dei propri genitori. Queste persone si trovano a rivestire, agli occhi



degli altri, il ruolo di cittadini di serie inferiore, poiché spesso sono percepiti come un problema irrisolvibile, ma comunque da dover sopportare.

Il disagio mentale più che percepito come un evento sociale è visto come "problema del singolo" e/o della famiglia. Tutto ciò è dovuto al fatto che il fenomeno non esce dalle mura domestiche se non quando diventa eclatante e/o interessa soggetti ultimi privi di famiglie. Tale situazione porta a far coincidere, inoltre, il portatore di disagio mentale con chi ha una patologia prettamente psichiatrica e ciò innesca una situazione a catena che chi ha un disagio tende a gestire il proprio disagio in solitudine. Purtroppo anche gli intervistati parlano di disagio e malattia in maniera simile. Questa percezione deviata attraversa l'intera compagine sociale: dalle istituzioni alla famiglia ai singoli cittadini. La percezione è limitata ancora a considerare il fenomeno come un "fatto privato e non sociale, bisogno del soggetto da curare e non di presa in carico sociale".

Ampia è la convinzione che il quadro della situazione sociale e dei problemi legata al disagio mentale sia cambiato nel tempo e sia tuttora in costante trasformazione; i nuovi fattori di rischio, le nuove modalità con cui si manifestano le tensioni sociali, la criticità delle relazioni sociali, l'inadeguatezza degli individui e delle collettività vengono percepiti come espressione del disagio emergente e come nuove frontiere del lavoro sociale. Si coglie peraltro una diffusa consapevolezza della necessità di affrontare in modo adeguato questo aspetto, anche se ancora non costituisce una priorità condivisa da tutti. L'ignoranza del fenomeno

per la maggior parte degli intervistati è notevole a tal punto da non attivare neanche servizi. Questa situazione, finisce col riflettersi nelle seguenti strutture:

Le **associazioni di volontariato** di natura laica o religiosa, mancano di una adeguata formazione per quanto concerne la conoscenza di tale fenomeno, per cui sono animati esclusivamente da uno spirito assistenzialistico; tutto ciò, purtroppo, spesso non può ritenersi sufficiente.

Le **famiglie** ancora sono legate da pregiudizi, anche se il fenomeno dà cenni di attenuazione; però, di fronte all'apertura mentale di certi genitori, purtroppo, il contesto delle Istituzioni locali ancora non è all'altezza della situazione, sempre per i già citati motivi.

Invece, per quanto concerne gli **Enti pubblici**, questi purtroppo tendono ancora a non occuparsi di tale problema perché ciò implicherebbe la realizzazione di progetti e servizi idonei ad affrontare tali tematiche, di notevole entità economica. Forte comunque è tra le ultime categorie l'evidenza di una non conoscenza scientifica e reale del disagio mentale, associata a grande confusione e spesso indicata come "malattia mentale" e/o psichiatrica. Tra i problemi emergenti e connessi al disagio mentale si evidenzia fortemente una scarsa sensibilità da parte delle istituzioni.

La comunità, come viene presentata nelle interviste, tende ad avere un cambiamento ma tale spinta viene spesso poi impedita da fattori non controllabili dal basso. Quasi tutti gli intervistati ipotizzano la possibilità o la volontà di cambiare "rotta". Le intese colla-

borative costruite negli anni tra i servizi di cura, Enti Locali, Aziende sanitarie, Cooperazione Sociale, Associazioni, devono essere attivate e consentire una dinamica e reale attivazione di servizi e soprattutto di rilevazione del bisogno. È necessaria la definizione della priorità degli interventi, la valutazione dell'orientamento delle risorse per implementare l'offerta dell'integrazione sociale. La comunità locale, inoltre, evidenzia come la rete sociale negli anni si sia modificata: "... *socialmente non esiste più, neanche nelle nostre zone, il rione o il quartiere nel quale il disagio poteva tessere una serie di rapporti sociali che erano un supporto, un aiuto a sopportare il proprio stato anche perché all'interno del quartiere c'era un riconoscimento della propria identità*"; ci si sente sempre più vicini alle città ma questa vicinanza non viene poi rispettata nell'offerta dei servizi. Sembra che qualcosa nel progredire sia venuto meno.

A livello di *iniziativa privata*, esistono alcune cooperative ed associazioni che prestano un aiuto efficace ed apprezzabile per le persone in difficoltà. Non sempre però questi hanno una specifica preparazione, con il rischio che il loro intervento si limiti alla persona singola e non tenga abbastanza conto del suo contesto relazionale. Vi sono dislocate nel territorio solo due case famiglia che ospitano soggetti con disagio mentale ma ad oggi entrambe al completo e che fortunatamente svolgono anche un ruolo di promozione ed integrazione sociale.

L'*Ente pubblico* è dotato di Servizi di Salute Mentale (in quattro Comprensori) che hanno tra le loro finalità l'aiuto ai soggetti con disagio mentale: l'assistenza praticata però è più di tipo prettamente sanitario se non in almeno il 90% dei casi. L'azienda sanitaria fa emergere gravi difficoltà nel dare risposte persino sanitarie al fenomeno, "*d'altra parte i nostri servizi sono quello che sono, non è che sono particolarmente dotati ed efficienti, insomma, ecco, il dipartimento di salute mentale sostanzialmente è sorto da poco quindi diciamo che è in rodaggio*".

Altra risorsa importante su cui poter lavorare è la **comunità cristiana**: è difficile valutare l'apporto delle singole persone e delle aggregazioni ecclesiali, che sicuramente intervengono con efficacia in molte situazioni a livello di accoglienza, di solidarietà, di supporto affettivo, di consiglio; si suppone che il vasto e complesso tessuto relazionale, che forma la dimensione più viva della Chiesa locale e delle singole comunità cristiane, al di là degli aspetti di organizzazione pastorale, sia in molti casi un ottimo impianto di sostegno del disagio mentale. È evidente la richiesta della comunità cristiana di essere supportata da competenze e risorse. In alcuni contesti *il sacerdote* è quasi l'unico punto di riferimento per una richiesta di aiuto. Alcune difficoltà segnalate sembrano effettivamente di difficile superamento: per esempio ci riferiamo in particolare ad alcuni problemi di distanza geografica delle sedi dei servizi di sostegno dai luoghi di residenza della popolazione o al rischio di non riuscire a tenere adeguatamente sotto osservazione alcu-

ni insediamenti abitativi particolarmente isolati, distanti dai centri abitati. In realtà sembra che anche questo della distanza fisica, geografica, sia un tipo di barriera che si può abbattere non tanto aggiungendo risorse, quanto intervenendo sui criteri del loro impiego, ridefinendo cioè i modelli organizzati dei servizi e potenziando eventualmente i legami all'interno del network.

Per quanto riguarda i servizi del privato sociale, risulta chiara e, tutto sommato, comprensibile la richiesta di vedere garantita una maggiore stabilità, continuità, certezza dei finanziamenti che servono per erogare servizi da parte delle istituzioni. In alcuni casi i servizi di prevenzione presenti vengono spesso rinegoziati sia sul piano quantitativo che qualitativo. La famiglia viene percepita come una possibile fonte risorse, in quanto è evidente che pur essendo ancora "riservati" nelle proprie case però iniziano ad esserci dei piccoli movimenti di genitori forse non ancora ben organizzati ma presenti in alcune aree più grandi come Rossano e Cassano allo Jonio. "*Da una prima condizione quasi di vergogna e quindi di chiusura della famiglia al proprio interno e quindi di difficoltà di gestire il problema si è passati ad una fase in cui, in qualche modo, le famiglie hanno l'esigenza di condividere il problema*". Emergono inevitabilmente differenze su base territoriale date anche le specificità culturali ineliminabili, atteggiamenti più o meno ottimisti e punti di vista diversamente critici. Molti sostengono che si potrebbe fare di più e di meglio in tanti ambiti, fanno presente carenze nella sollecitudine e nella completezza degli interventi; rilevano inoltre la difficoltà di capire e rispondere adeguatamente a delle domande di una categoria come quella dei giovani che vivono il disagio mentale, così variegata al suo interno e spesso incapace di esprimere i propri bisogni, ma soprattutto in continua e rapida trasformazione.

Nel complesso emerge una realtà particolarmente problematica. Alcuni sostengono che si fa poco per il dilagare del fenomeno e dichiarano il permanere di problemi di fondo nell'intervento dei servizi, di tipo etico o politico, per i quali non si individuano le risposte, né sarebbe d'altronde facile farlo; non mancano voci critiche che ipotizzano l'incapacità dei servizi di far emergere i problemi sommersi o di trovare una soluzione a situazioni di disagio che si conoscono ma per le quali non si è ancora trovato il modo di intervenire.

Da molti intervistati viene riconosciuto che l'immagine del disagio mentale soffre ancora di un pregiudizio negativo, in parte dovuto ad una scarsa informazione, in parte alle difficoltà che hanno i servizi nella risoluzione del fenomeno. Questo pregiudizio viene percepito come un ostacolo al lavoro, sia perché può incidere sull'accesso ai servizi, sia perché può in parte influire sulla collaborazione con la collettività o con taluni partner. Sembra peraltro prevalere una sorta di rassegnazione di fronte a quella che viene percepito come un fenomeno ancora chiuso tra le mura domestiche e bisognoso invece di attenzioni.

SINTESI GENERALE GRUPPI DI LAVORO

BUDGET DI SALUTE E PROGETTI INDIVIDUALIZZATI

Antonello Talarico

Noi siamo partiti da una riflessione rispetto al numero di pazienti che ricorre con frequenza al ricovero in clinica psichiatrica. Siamo partiti da un dato secondo cui la Calabria spende un budget, per la salute mentale, superiore al 6% rispetto l'indicazione degli improvvisi per cui il budget doveva attenersi al 5% delle risorse. Ecco, molte di queste risorse economiche fino a poco tempo fa venivano investite soprattutto per i ricoveri in clinica psichiatrica. È emerso l'aspetto di delega per quel che riguarda il paziente, in alcuni casi, da parte dei servizi, e quindi di dirottare buona parte di queste risorse.

Ci siamo soffermati su alcuni aspetti importanti emersi dal nostro gruppo. C'è stato il contributo della dottoressa Del Giudice e del Dottore Zanolin e le riflessioni si sono incentrate intorno all'importanza di interrogarsi sulla storia della persona e sul costruire un livello di conoscenza comune tra gli operatori del servizio e risorse formali e informali del territorio per sviluppare progetti fondati sul modello del *budget di salute*. Ci siamo chiesti come fare tutto questo, con quali strumenti. Innanzitutto lo strumento *relazione*: relazione tra vari soggetti che entrano in contatto con la persona che vive un disagio e soprattutto con il fattore *tempo*, tempo dedicato a costruire un sapere comune, a condividere il sapere con la famiglia, con il parroco, con il gruppo di volontariato, con tutte quelle realtà che ruotano intorno alla persona e la conoscono da vari punti di vista. Quindi la condivisione di questi saperi diventa poi la base dalla quale partire. Sono emerse due criticità molto forti: la prima difficoltà, presente in Calabria, riguarda la motivazione e la formazione degli operatori che lavorano nella salute mentale e dunque la forte richiesta di un cambiamento di mentalità per promuovere nuovi modelli operativi e poi di lavoro; secondo: ci siamo fatti una domanda, apertamente tecnica, che possiamo tranquillamente girare ai referenti istituzionali e cioè come dirottare i fondi, utilizzati nella nostra regione per i ricoveri in clinica psichiatrica, in altre forme più adatte a supportare la persona che vive la sofferenza mentale?

Abbiamo chiuso il nostro lavoro con una riflessione, sottolineando l'importanza di costruire la storia della persona in maniera collettiva, de-contestualizzando il servizio nel territorio e dunque vedere, nella storia, la base del progetto a partire da una conoscenza del suo contesto di vita, della sua famiglia, del contesto dove abita, delle relazioni che interpreta con i soggetti che vivono intorno a lei. Dunque è importante attivare

risorse sociali per generare risorse economiche, e la riflessione è partita dal dato economico ma la conclusione del lavoro di gruppo è arrivata ad evidenziare l'importanza di costruire comunità, comunità solidale che opera a supporto di una persona che vive il disagio per generare poi anche strumenti e fattori economici, per cui l'aspetto economico è uno strumento che consente di realizzare una nuova strategia di aiuto.

INTERVENTI DI EMPOWERMENT E DI ADVOCACY

Roberto Gatto

Alcuni flash per parole chiave.

La prima parola chiave è stata l'importanza del lavoro per l'**empowerment** e anche per tutto il resto. Si è constatato, anche in base a delle esperienze, che il lavoro è uno strumento importante per l'autodeterminazione, per stabilizzare la propria vita, per dire "ci sono anch'io" e per tutte quelle cose che sappiamo che il lavoro dà. Purtroppo l'esperienze, che sono state elencate sul lavoro, sono esperienze a termine e che riguardano le borse lavoro, per cui il problema del lavoro resta importante, nel senso che è vero che non è tutto però quando non c'è è un problema grosso e va trovato un rimedio. È un punto critico e inoltre, come prima cosa, si è detto che nell'acquisizione di capacità di potere è fondamentale anche per tutto il resto.

In questo caso il **lavoro**, altra parola chiave, serve per comunicare, lavoro come opportunità, come occasione di comunicare la propria condizione, i propri saperi. Lavoro anche come luogo dove si comunica con gli altri e quando non c'è invece si parla di luogo della solitudine, luogo dove non si comunica e così via. Questo luogo come doppio canale di comunicazione anche per dire "io ci sono".

L'altro elemento importante che riguarda sempre la **comunicazione** e per cui anche l'aumento della stima, è rappresentato dai **gruppi**. In questo caso c'è un'esperienza di gruppi di auto-aiuto come luogo dove comunicare, e quindi aumento dei luoghi dove poter far ciò.

L'altro elemento importante che è emerso nel gruppo di lavoro è quello della **delega**. Si diceva che i medici hanno un potere fortissimo da questo punto di vista, e come controbilanciare questo potere? Il mettersi insieme, il comunicare, trovare altri luoghi dove fare emergere la loro condizione può essere uno strumento dove "controbilanciare" questo potere.

Anche la **famiglia**, è emerso, è un luogo dove il potere non viene lasciato, per cui le persone ammalate



che vivono in famiglie troppo opprimenti, che non danno spazio, non danno occasione di uscire dalla propria condizione trovano un altro punto critico da affrontare. Tuttavia, da altri punti di vista, anche le famiglie vanno sostenute nel loro processo e nella loro condizione.

Un altro elemento che è emerso è quello di far diventare il problema della salute mentale un **problema sociale**. Il problema si è aperto con una domanda posta da una persona che è diventata amministratore di sostegno di un ricoverato dell'Istituto di Serra D'Aiello. *"Quando vedrò quelle persone diventare persone?"*. La risposta è stata data da una persona che è operatrice proprio di Serra D'Aiello e dice che le cose stanno cambiando ma probabilmente cambieranno in modo definitivo soltanto quando il problema di Serra D'Aiello non sarà più solo un problema di quelle persone o solo degli operatori che lavorano in quel contesto ma quando diventerà un problema sociale e quindi un problema di tutti... *"...cambierà la condizione quando diventerà effettivamente un problema di tutti!"*.

PROMUOVERE LA RETE TERRITORIALE

Mario Gatto

Bene. Rispetto al *promuovere la rete territoriale* siamo partiti con una introduzione alla legge di riferimento n. 328 del duemila e alla rispettiva legge regio-

nale n. 23 puntando lo sguardo sul discorso dell'importanza della persona e del suo ambiente di vita. Poi abbiamo parlato di reti e quindi di reti informali, di reti primarie, di reti amicali e di vicinato. Importante è stato il discorso sul terzo settore come dimensione "vicina" ai problemi sociali, come quel settore che in qualche modo collega il servizio pubblico all'utenza, al territorio e quindi lo dobbiamo sottolineare come punto focale della rete. Quindi è importante creare questa rete a supporto delle persone e delle fasce svantaggiate. Diciamo che i nodi critici emersi sono questi: la possibilità di fare una rete che vede la persona e l'ambiente al centro di questa rete stessa. La fatica nel lavoro multidisciplinare, di équipe e della rete allargata... Si è constatato che si faccia fatica a lavorare in équipe all'interno dei singoli servizi e quindi ci viene un po' da pensare in negativo: nel senso che, riportando queste difficoltà in scala più allargata, si fa sicuramente più fatica a lavorare tra i diversi servizi. È anche emerso che è presente una cattiva comunicazione tra i servizi, e c'è una cattiva conoscenza dei servizi e tra i servizi territoriali stessi. Manca, in qualche modo, la formazione degli operatori, manca proprio la cultura del voler progettare insieme, del

vedere veramente il lavoro di rete come un qualcosa che possa farci sperare per il futuro. Queste sono un po' le difficoltà, i nodi critici da sciogliere.

Tra le proposte del gruppo è emerso che è auspicabile l'attivazione delle reti - reti naturali, parentali, amicali, di vicinato - e che bisognerebbe vedere in qualche modo la rete non solo come luogo fisico ma come un luogo mentale dove la gente si possa sentire accolta, si possa sentire integrata nel proprio contesto di vita e nella comunità. È auspicabile che ci sia una conoscenza delle risorse del territorio, una conoscenza condivisa e approfondita dove tutti quanti si sentano parte di un progetto più largo.

Nelle relazioni di questa mattina è stata più volte ribadita la *sensibilizzazione*. Questa è un'altra proposta, quella di promuovere la conoscenza attraverso la sensibilizzazione. Si è partiti col discorso delle donne e poi si era ripreso il discorso dei giovani. È auspicabile fare questo tipo di sensibilizzazione anche nelle scuole perché i giovani di oggi saranno gli adulti di domani e questa mi sembra una cosa molto significativa.

Poi si parlava di accogliere, creare luoghi per l'accoglienza nel lavoro, nelle famiglie, nel quartiere e anche nei servizi specialistici. È emersa innanzitutto la *volontà di fare rete* anche se vi è una reale difficoltà nel farla, come farla, dove farla, con chi farla. In realtà per noi questo convegno è il segno concreto di una voglia di condividere, conoscere, approfondire, confrontarsi e agire concretamente per dare delle risposte di benessere, quanto più adeguate, a queste persone e in qualche modo anche alla comunità.

CONCLUSIONI

Giacomo Panizza

Allora guardiamo avanti alle cose da fare nel futuro... Tra le cose da fare in Calabria ci sarà da rinforzare il Forum Nazionale di Salute Mentale di cui Giovanna Del Giudice, qui presente, è portavoce. L'anno scorso abbiamo promosso proprio in Calabria l'incontro nazionale, anche per dire che a questo tema ci teniamo e che questa problematica la vogliamo fronteggiare. Oltre tutto ci sono tantissime risorse e, come avete notato prima, anche quelle economiche. La Calabria economicamente spende sul tema salute mentale ma bisogna ri-ragionare sulle direzioni della spesa.

In alcuni avete posto il tema delle Istituzioni Calabresi da coinvolgere di più. Ecco. Vedete il cartello attaccato qua davanti? Sul cartello era previsto un elenco di nomi di persone che avrebbero dovuto intervenire oggi... ma poi abbiamo dovuto rinunciare perché quando stavamo dando alle stampe gli inviti è successo che l'Assessore regionale è stato sostituito, che il direttore dell'Azienda Sanitaria è stato fatto dimettere... che in questi giorni della sanità regionale c'è gente che è andata in prigione! E tutte le dirigenze sono state esonerate. Insomma: non c'era chi poteva venire.

La nostra intenzione era quella di fare il convegno con le istituzioni pubbliche, ma uno dopo l'altro, dall'AS alla Giunta e a tutto il contorno, sono svaniti.

Ci è rimasto di decidere che *"noi il convegno non lo rinviemo, noi lo facciamo lo stesso!"*... e l'abbiamo fatto! Perché vogliamo presidiare comunque questi mondi. Sappiamo che nelle vicissitudini della politica e degli eventi giudiziari ci sono tante cose che cambiano continuamente, non c'è niente di fisso; però noi vorremmo che in Calabria alcune realtà, anche a piccoli passi, marcino in avanti e vorremmo che si comprendesse che se non ci siamo incontrati oggi ci incontreremo fra due mesi: le occasioni le ritroveremo perché non vogliamo fermarci né tantomeno fare da soli. Questo lo affermo per dire che pubblico e privato, sociale e istituzioni, enti locali e terzo settore, tutti dobbiamo lavorare insieme e faremo sempre di tutto e di più per interpellarli.

Giovanni Zanolin

Prima di darvi un suggerimento volevo dirvi che mi è molto piaciuto stare con voi oggi; che questi tre resoconti dei lavori dei gruppi mi sono molto piaciuti e credo che indichino delle direzioni di lavoro molto interessanti.

Adesso, quello che dovete fare secondo me, è sperimentare; cioè provate a realizzare concretamente le cose che i vostri tre portavoce dei gruppi di lavoro hanno indicato. Cominciamo su alcuni casi, su alcune norme, **facciamolo** in modo che accumuliamo così delle esperienze che vi faranno arrivare - quando deciderete - a una verifica e a un rilancio. Abbiamo coltivato delle cose molto positive e credo che questa sia la strada migliore per andare avanti, e allora mi aspetto un ritorno, di qui a qualche mese, da parte di tutti voi, di esperienze maturate sul problema.



Rosina Manfredi

Mi pare che dai gruppi di lavoro siano venute fuori, più o meno, le stesse necessità e in qualche maniera anche gli stessi gusti, le stesse perplessità. Io, come rappresentante dei servizi psichiatrici territoriali di queste realtà, mi sono sentita chiamata molto in causa e naturalmente quello che è venuto fuori è la necessità che nei servizi di salute mentale si lasci davvero "fiato" e degli spazi per costruire queste reti, questi rapporti di rete. E oggi abbiamo capito un pò tutti, credo, che siamo indispensabili per potere dare oggi risposte più adeguate alle nostre realtà operative. Da soli non facciamo nulla, non andiamo da nessuna parte, non solo perché le risorse sono limitate sia da un punto di vista culturale che come numero, ma proprio perché dobbiamo dare risposte alla persona e ai suoi contesti, dobbiamo essere tutte persone che in qualche maniera interagiscono con questa realtà. Quindi io chiedo soltanto una cosa: auspico che venia-

mo nel tempo sempre più coinvolti e anche sollecitati perché credo che la sollecitazione sia importante. Spesso i servizi, soprattutto i servizi pubblici, tendono un pochino ad essere più presi dai problemi burocratici, da tutta una serie di altre sollecitazioni e quindi capita di sottrarsi, dettrarsi comunque da questo tipo di rapporto, quindi stateci addosso... a vicenda reciprocamente.

Giovanna Del Giudice

In realtà è stata un'occasione. Devo dire che sono arrivata un po' appesantita dagli ultimi giorni di lettura dei giornali di Calabria e quindi è stato bello lavorare insieme in questa giornata e non nascondo che mi è venuto l'ottimismo per una possibilità di cambiamento nonostante la delinquenza dilagante, nonostante l'illegalità dilagante, nonostante questo paese stia lasciando il sud alle organizzazioni criminali; e forse invece c'è la possibilità e la facilità che si evolva. Siamo noi che lavoriamo insieme, nella forza e nell'ottimismo delle pratiche e nella forza di costruire reti e diritti delle persone e quindi, a caldo, dico *grazie per questa occasione*.

La seconda cosa che vorrei dire è che oggi abbiamo fatto cenno ad alcuni temi complessi e difficili che meriteranno sicuramente di essere ancora rivisitati da tutti noi, però credo che ci sono alcune cose che ci rimangono e che oggi questa giornata ha rappresentato. C'è stato un rapporto a mio parere paritario fra i soggetti di questa sala che normalmente non si ha e questo rappresenta una forza da cui partire. C'è stata la capacità di ascoltarsi reciprocamente e che a volte non si ha e questo è una forza da cui partire.

Sono forze che noi tutti abbiamo ...

Abbiamo anche evidenziato alcuni limiti del servizio pubblico. Beh è vero, è giusto averlo fatto. Forse dovremmo smetterla di considerare culturalmente egemone il servizio pubblico e invece dovremmo iniziare a chiedergli responsabilità ed etica. Sono due cose diverse dall'egemonia e mi pare che qui ci sia una buona base - anche in una situazione difficile come quella della Calabria. Le persone, le comunità, le associazioni e i soggetti devono iniziare a chiedere, a pretendere le cose nel senso pubblico e quindi dalle istituzioni e credo che questo protagonismo, questa voglia di auto-determinarsi, questa voglia di trovare spazi per se, questa voglia ma anche capacità di essere risorse - che oggi alcuni interventi hanno rappresentato - non si debba soltanto giocare nel chiuso dei gruppi di auto-aiuto - che pure sono importanti - o in "luoghi separati", ma i "luoghi separati" vanno attraversati per prendere la forza e per poi giocare sulla scena collettiva; quindi vanno attraversati per trovare la forza, per credere in noi stessi, per il riconoscere che abbiamo diritti e possibilità e capacità di giocare su un terreno collettivo. Credo che oggi, se davvero vogliamo cambiare la politica e la storia di questo nostro paese, dobbiamo essere forti e volerli giocare su questi piani.

Giacomo Panizza

Mentre ascoltavo questi interventi finali ho appuntato delle parole chiave che vi ricordo velocissimamente. Sono due pensieri.

Il primo: credo che oggi sia venuta fuori l'importanza della rete dei soggetti che operano nel campo della sofferenza mentale. La rete dei soggetti è nella vita sociale perciò richiama livelli di relazioni paritarie. È stata usata questa dizione. Magari nell'ospedale pubblico o nella cooperativa sociale ci sono poi altre modalità di suddivisione delle responsabilità e di operatività, ma sul territorio la rete formata tra i soggetti pubblici e del terzo settore è paritaria.

I soggetti che erano qui oggi erano enti e persone che hanno vissuto e stanno vivendo e vivranno i problemi di disagio mentale. Tutti questi soggetti hanno una visione paritaria dei luoghi in cui vivono e operano, per esempio in una famiglia, in un servizio, in un istituzione. Curiamo le reti paritarie! In Calabria, nei luoghi di una certa politica o nei luoghi di famiglie mafiose, ci sono meccanismi piramidali che non vogliono rapporti paritari. Nel rispetto delle reciproche responsabilità, noi invece li vogliamo instaurare e sostenere: tra pubblico e privato, tra assistente e assistito, tra diverse professioni.

Secondo pensiero. Mi sembra che ci sia un bisogno di chiarire come intendere il lavorare su questa rete: perché un conto è che ci mettiamo a fare rete tra gruppi, tra enti, tra professioni differenti ecc., e un altro conto è un lavoro sulla rete. Chi si può incaricare per collegare pubblico e privato? Chi può sentirsi ed essere autorevolmente autorizzato al punto di poter dire: "*mi metto io?*". È un'attività di socializzazione e degli enti e dei servizi che va a ricadere sui programmi e sull'operatività. Chi potrà farlo? Dai vari mestieri sociali che tutti svolgiamo è possibile dedicare personale che possa e sappia e voglia lavorare sulla rete? Perché la rete non è che ha qualcuno al di sopra che può comandare a modo suo, ha invece delle persone e delle professioni e dei tempi e delle disponibilità di persone che sanno lavorare collaborativamente con le altre. Persone di un'altra Calabria, protagonisti positivi non di un solo settore, di un solo gruppo o di un solo servizio o cooperativa o associazione, ma protagonisti positivi nel collettivo, "*nelle comunità territoriali*". Io penso che occorra buttarsi a pensare di lavorare sulla rete e per far rete sui "casi". Oltre che lavorare in rete tra professionisti e servizi pubblici e privati per un miglior esito degli interventi, sarà necessario *inventare di curare* il far rete. Credo che questo in Calabria ci manchi, e credo che sia la sfida di domani.

Saluto conclusivo

Mons. Luigi Antonio Cantafora - Vescovo incaricato Caritas Conferenza Episcopale Calabria

Innanzitutto mi congratulo con Marina e Francesco per l'originale relazione. Originale nel modo come l'hanno posta. Io sono in visita pastorale in queste zone e ho cercato praticamente un modo per stare qui con voi. Io non sono certamente addentro a tutte queste tematiche, però credo che sia importante sentire che la chiesa è vicina realmente a tutto questo sforzo di tanti laici, e anche di don Giacomo, in questo campo.

1. Viviamo in un'epoca in cui tutto ciò che ha a che fare con la morte e la sofferenza viene esorcizzato. Talvolta c'è una tale rimozione della morte e della sofferenza, che non se ne deve neppure parlare!

Si assiste così ad una rappresentazione dell'uomo sempre fisicamente perfetto, il sofferente non ha spazio neanche nelle trasmissioni televisive.

Anche quando della sofferenza e della morte si fa spettacolo, magari mostrando la morte in diretta, si tratta sempre di una rimozione. Siamo dunque in "un contesto culturale che, circa il soffrire e il morire, si muove tra rimozione e spettacolarizzazione" (L. Manicardi, *Il volto del sofferente. Sulla solidarietà e sulla compassione*, Qiqajon, Magnano BI 2004, 3).

Inoltre, nonostante ogni apparenza contraria, si impone al giorno d'oggi "una cultura anti-solidaristica, che si configura in molti casi come vera 'cultura di morte'. Essa è attivamente promossa da forti correnti culturali, economiche e politiche, portatrici di una concezione efficientistica della società" (Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae*, 1995, n° 12).

Anche la sofferenza mentale è una realtà spesso rimossa dal comune orizzonte di interessi e quindi di azione. Si pensa così che persone con questi disagi e malattie non esistano, ma i dati reali sono ben diversi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa un quinto della popolazione mondiale soffre forme di disagio psichico più o meno grave (cfr. Caritas Italiana, *Sofferenza mentale e comunità cristiana*, p. 13).

2. Apprezzo dunque gli sforzi di tutti voi che vi interessate fattivamente al problema della sofferenza mentale. È un segno di speranza che ci sia chi vuole dare un volto, un nome a questa realtà, vuole togliere dallo sfratto e quindi restituire dignità e casa a chi casa non trova in se stesso. Impegno arduo, difficile, ma straordinariamente umano, cristiano.

Volgiamo ora il nostro pensiero a Gesù Cristo: egli si è fatto prossimo di ogni uomo, anche dell'uomo rifiutato, messo ai margini della società. Ma mentre la società mette al bando, il Signore ha incontrato l'uomo isolato e ferito.

Del suo modo di fare vorrei sottolineare come egli non si accosta agli uomini e alle donne bisognose come a

dei numeri, non le considera 'casi', ma persone.

C'è un episodio della vita del poeta Rainer Maria Rilke che può aiutarci a capire: "Si dice che, quando abitava a Parigi, ogni giorno usciva di casa e si imbatteva in una mendicante cui dava regolarmente un'elemosina. Un giorno le diede non denaro, che era ciò di cui essa aveva bisogno, ma una rosa, che era inutile e puramente gratuita e la povera donna si illuminò ed esclamò, piena di gioia: Mi ha vista! Mi ha vista!. Il poeta ha saputo vedere il volto della mendicante e ascoltarne la sete profonda, la sua persona, non l'ha ridotta al suo bisogno materiale.

Il rischio di una carità cieca e sorda, di una solidarietà che fa molto per l'altro senza vedere e ascoltare l'altro, è sempre in agguato. Anche per noi, oggi" (L. Manicardi, *Il volto*, 9-10).

3. In sintonia con il Vangelo, come Chiesa siamo chiamati a farci prossimo, a non essere sordi al grido, spesso silenzioso, del bisognoso.

"Lo stile del dialogo, la gratuità, il dono di sé - sottolineava un documento della Caritas - sono i tesori preziosi che la Chiesa cerca di offrire ogni giorno e il malato di mente ha grande bisogno che si diffonda la mentalità della collaborazione" (Caritas Italiana, *Sofferenza mentale...*, p. 12).

Vorrei accennare appena a due aspetti.

Il primo è la consapevolezza di come attorno alla sofferenza mentale ci sia bisogno di diverse presenze e competenze. Occorre però lavorare in sinergia tra famiglia, parrocchia, assistenti sociali, psicologi, medici, volontari, istituzioni diverse, perché un agire isolato rischia addirittura di essere improduttivo.

Il secondo è l'importanza di unire alla competenza la formazione del cuore. C'è una preparazione remota, professionale, necessaria in ogni campo (medico, infermieristico, ma anche giuridico, tecnico...) ma anche una gratuità che si esprime con un cuore misericordioso, attento e disponibile. Ci vuole in ogni caso per tutti quella che Benedetto XVI chiama: "formazione del cuore" (*Deus caritas est*, n° 31a), che fa essere più umani e quindi testimoni dell'incontro con Dio.

4. Ringrazio dunque gli organizzatori di questo convegno, i relatori, i partecipanti. È un convegno che si pone a conclusione di un progetto, ma in realtà vuole ancora lanciare sfide, messaggi positivi di accompagnamento, di ripresa, di rinnovamento per tante vite colpite dalla sofferenza. Vi auguro un buon lavoro, non solo per la giornata di oggi, ma per le prospettive di reciproco sostegno, di aiuto, di iniziativa che, a partire da oggi, aprirete!

Grazie.

Caritas Diocesana
di Lamezia Terme



CONVEGNO

Comunità territoriali € sofferenza mentale

Caritas diocesana di Lamezia Terme
Caritas diocesana di Crotona - S. Severina
Il Delta Società Cooperativa
Società Cooperativa Sociale Ciarapani
Cooperativa sociale Noemi
Cooperativa sociale Rossano Solidale
Centro di Salute Mentale di Lamezia Terme

15 febbraio 2008 - ore 9 - 17
Agriturismo Masseria I Risi - Lamezia Terme