

RESOCONTO DELL'INCONTRO INTERNAZIONALE PER UNA RETE MONDIALE DI SALUTE COMUNITARIA Trieste 9-10-11-12-13 febbraio 2010

A cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori

1) Presentazione:

Emozioni, teorie, pratiche: il piacere di stare insieme, discutere, progettare

Emozioni, teorie, pratiche, il piacere di stare insieme, discutere, pensare, progettare, questo e moltissimo altro ancora è stato l'incontro di Trieste, uno straordinario momento di riflessione, voglia di capire, fare, che l'affettività ha reso vivo, partecipato, e, la presenza di tanti giovani, aperto al futuro. Anche la presenza di relatori e partecipanti stranieri da tutto il mondo è stata formidabile, e quella dei soggetti più diversi, operatori, utenti, familiari, giornalisti, medici di base, avvocati, giudici, amministratori, studenti. Questa massiccia, variegata, presenza è stata la madrina del Network Internazionale delle reti di Salute mentale, per il quale, alla fine dei lavori, Benedetto Saraceno, dell'OMS, ha proposto la presidenza di Franco Rotelli, salutato alla fine dei lavori da un'ovazione interminabile, con tutti i partecipanti che si sono alzati in piedi e non volevano saperne di smetterla di battergli le mani tutti insieme. In inglese, se non sbaglio, la chiamano *standing ovation*.

Ma è nei singoli gruppi che si è giocata l'intimità del confronto, il piacere di ascoltare e essere ascoltati, la fisicità, di tanti corpi vicini. Come ha commentato Giovanna Gallio, lo spessore di tutte queste presenze racconta che Franco Basaglia si è affermato nel mondo, nonostante difficoltà, solitudini, incomprensioni. Ovunque ci sono maggioranze, esigue minoranze, singoli soggetti, che lottano per portare avanti il grande discorso di dignità, etica caparbia e intransigente, di ricerca scientifica di Franco. Il paradigma dell'ultimo è stato così la linfa unificante di tutte le giornate di incontro e il ricordo di tanti volti felici, attenti, curiosi.

N.B. Molti bei filmati dell'incontro si trovano sul sito trieste2010.net Basta cliccare a sinistra sulla bandierina italiana e, poi, nella pagina che appare, in alto sul rettangolo ATTI

Paolo Tranchina, psicologo analista, direttore della rivista Fogli d'informazione

1 A) Partecipazione al convegno

Alcuni numeri: dal 9 al 13 febbraio, **1079 persone** si sono iscritte **all'Incontro internazionale ritirando la cartellina e lasciando le loro coordinate**. A queste si aggiungono **239 persone tra relatori e coordinatori di workshop** (che non hanno compilato la scheda di iscrizione). L'accesso alle plenarie e ai workshop era libero, il calcolo finale legittimo per approssimazione in difetto è di 1500 persone presenti. La media quotidiana persone presenti iscritte è stata di 900 persone.

Il sito web ha totalizzato – dal 18 gennaio al 8 febbraio – **13.786 visite** che corrispondono a **8174 donne e uomini “visitatori assoluti”**. Le plenarie, trasmesse in streaming in diretta dalla WebTV hanno avuto una **media di 980 persone collegate**, a cui si aggiungono le persone presenti in loco: le sale di San Giovanni collegate via schermo e audio con il Teatro hanno totalizzato un numero di **circa 700 partecipanti** – *numero calcolato secondo i parametri della sicurezza*.

I collegamenti al sito e alla webTV provengono **da 66 paesi**, nell'ordine di numero di accessi: [Belgium](#), [USA](#), [Slovenia](#), [Australia](#), [Jordan](#), [Sweden](#), [Hungry](#), [Denmark](#), [Portugal](#), [Serbia](#), [Peru](#), [Austria](#), [Iceland](#), [Bosnia and Herzegovina](#), [Canada](#), [Israel](#), [Romania](#), [New Zealand](#), [Croatia](#), [Colombia](#), [Morocco](#), [Ireland](#), [Tajikistan](#), [Bulgaria](#), [Mexico](#), [San Marino](#), [Albania](#), [Uruguay](#), [Sri](#)

[Lanka, Japan, Czech Republic, Latvia, Bolivia, Ghana, Slovakia, Russia, Lithuania, Chile, Poland, Iran, Uganda, Italia, Brazil, Germany, Spain, UK, France, Netherlands, Argentina, Switzerland, Greece, Tunisia, Macedonia, United Arab Emirates, Cuba, Malaysia, Malta, Sudan, Palestinian Territories, Finland, Egypt, Lebanon, Hong Kong, Kenya, Dominican Republic.](#)

L'Incontro è stato commentato da 22 testate nazionali (tra quotidiani e periodici), 16 testate di altri paesi (EU a altri), 9 emittenti televisive (e ben 22 telegiornali). Il sito è linkato con altri 83 siti web di vari paesi.

2) PAROLE CHIAVE:

1) presentazione, sito Trieste, Rotelli Franco **1/A)** partecipazione, stampa, collegamenti internet, internet, mazioni partecipanti **2)** parole chiave **2/A)** introduzione, cartella programma **3)** formazione, ECM **4)** narrazione, storie di psichiatrizzati **5)** diritti, istituzioni, crimini di pace **6)** deistituzionalizzazione **7)** inclusione sociale **8)** psicofarmaci, farmaci, laboratorio dei farmaci, *British Medical Journal*, medicalizzazione, medicina basata sull'evidenza, DSM IV, case farmaceutiche, farmacogenetica, stereotipi, antidepressivi, placebo, medico di base **9)** neuroscienze, psichiatrizzazione, psicofarmaci, Saporito Filippo, storia psichiatria, corredo genetico, ambiente **10)** imputabilità, diritti, OPG, pericolosità **11)** archivi, Portolano Digitale di Salute Mentale **12)** servizi, comunità, Portogallo, America latina, indicatori, Epidemiologia, Gran Bretagna, sanità, sociale, olismo, Danimarca, settore, Lilla, Francia, DSM, Trieste, Udine, Friuli Venezia Giulia, Belo Horizonte, Brasile, psicofarmaci, partenariato sociale, Chiari (Brescia), riforma psichiatrica, Spagna, Germania **13)** *Politica della vita*, Rosen Nikolas, medicina, biogenetica, biotecnologie, biomedicina, scienze biomediche, Rovatti Aldo, *Chi ha paura della follia*, Attenasio Gigi, Ciani Mariella, Di Gennaro Angelo, Novello Mario, Fanni Canelles Massimiliano, infanzia, salute mentale, scuola, *Liberi Tutti*, Valeria P. Babini, Peloso Paolo, Zanetti Michele, storia psichiatria **14)** servizi, comunità, servizi di comunità, Trieste, etica, modello olistico, recovery. Protagonismo utenti, deistituzionalizzazione, **15)** ricerca scientifica, evidenza, indicatori, empowerment, psicofarmaci, autoanalisi, lavoro **16)** luoghi, cura **17)** sistemi sanitari territoriali, modelli **18)** guarigione, autodeterminazione, empowerment, recovery, protagonismo utenti **19)** servizi, diritto, deistituzionalizzazione, servizi, diritto, reistituzionalizzazione **20)** consumi, piacere, cocaina, tossicodipendenze, neurobiologia, evolucionismo, dipendenza, cervello, contesto, dopamina, tempo libero, tempo ludico, internet, tecno-magia, gruppo, mass media, legalità, illegalità, stigmatizzazione **21)** amministratori, politiche salute mentale, organizzazione, proposte, servizi, Forum Salute Mentale **22)** giornalisti, utenti, stampa, mass media, ideologia **23)** servizi centrati sulle persone, guarigione, buone pratiche, recovery, inclusione sociale, CSM 24 ore, Irlanda, Olanda, Australia, Grecia, Brasile **24)** salute mentale, sviluppo, cooperazione internazionale Brasile, Paraguay, Palestina Argentina, Italia, Costa d'Avorio, Marocco **25)** economia sociale, economia pubblica, mercatizzazione, **26)** alzheimer, memoria, diagnosi, diritti, video, disturbi cognitivi, storie di utenti, familiari, familiarità, contenzione fisica, case di riposo **27)** insicurezza sociale, insicurezza civile, psichiatria in Marocco, Marocco, capitalismo sfrenato, sviluppo economico, sviluppo sociale, biocannibalismo, traffico di organi **28)** incertezza, sguardo, silenzio, Chirone, Prometeo, cura **29)** *Fogli d'Informazione, Legge 180 XXX anno, Storie di vita, storie di follia*, Basaglia Franco, film, Inghilterra, Scozia, Jones Maxwell, Pirella Agostino, OP Gorizia, Gorizia, Milano, Centro S. Ambrogio, Collettivo intervento nelle istituzioni, Galli Pierfrancesco, De Leonardi Ota, follia, aborto, storie **30)** relazione terapeutica, psicosi, Mondo interno e mondo esterno, Basaglia Franco, progetti internazionali, psichiatria in Palestina, Palestina, Argentina, Brasile, Rete internazionale di Salute Mentale, Rotelli Franco **31)** Basaglia Franco, Trieste, OMS, Rotelli Franco

2/A. INTRODUZIONE

Abbiamo dichiarato che questo non era un tradizionale convegno psichiatrico ma un crocevia di storie, di pratiche, esperienze, studi e ricerche: una sorta di forum destinato a riunire e a valorizzare le più diverse reti che in oltre quarant'anni si sono formate – in Italia e nel mondo – attorno alle questioni suscitate dalla chiusura dei manicomi e dalle pratiche di contrasto all'esclusione. A questo con cadenza quasi decennale, dal '77 qui a Trieste abbiamo chiamato a raccolta le “forze vive” per continuare un percorso che non avrà mai fine. Un cammino non lineare, cosparso di domande, di donne e uomini che continuano a interrogarsi. Tantissimi hanno risposto con entusiasmo all'invito, inviando proposte e messaggi, obbligandoci a estendere la mappa dell'Incontro, di volta in volta aggiungendo nuovi workshop, modificandone altri.

Nella cartellina di programma c'è una sintesi molto incompleta della ricchezza dei contributi.

Solo i nomi dei relatori nelle sedute plenarie, punto di incontro di ogni avvio di giornata, sono indicati con una certa precisione. Nei workshop è stato più difficile ottenere una stesura dettagliata e completa dei partecipanti, ma nessuno di chi ci ha scritto è stato escluso: ciascuna/o di voi troverà possibilità di esprimersi e di discutere. E poi c'è “Il Tendone”: punto di raccordo e incontro serale dove potremo riprendere una discussione collettiva per dar corpo alla Rete mondiale di salute comunitaria. La cartellina è solo un primo segnale di quanto è stata ricca questa fase di preparazione, speriamo non quanto lo saranno queste giornate triestine.

Registrazioni audio, video, webTV, giornalisti, fotografi documenteranno tutto e con l'ausilio informatico nulla andrà perso tranne l'emozione di discutere collettivamente e di incontrarsi.

il gruppo di coordinamento di programma e la segreteria org. trieste2010@ass1sanita.fvg.it

3) 9 febbraio Semiari formativi teorico-pratici accreditamento ECM

- **Per rendere attraversabili i luoghi della cura.**
 - *Il centro di salute mentale 24 ore*
 - **Per lavorare con le famiglie.**
- **Famiglie e persone con disturbo mentale: il carico, le reti, le associazioni, la partecipazione**
 - **Per ritrovare nessi, scoprire significati, attraversare storie.**
 - La narrazione e i suoi linguaggi*
 - **Per un'altra prospettiva possibile.**
 - Percorsi di recovery e di inclusione sociale*
 - **Per riaffermare la centralità della persona.**
 - Il budget di salute/progetto terapeutico personalizzato*
 - **Per usare il proprio capitale:**
 - L'amministratore di sostegno*
 - **Per riconoscere il rischio che il disagio dei giovani diventi irrimediabile.**
 - L'esordio psicotico. Esperienze a confronto*
 - **Per sostenere identità multiple.**
 - Associazioni, Cooperative, Imprese.*
 - **Salute / Malattia. Le parole e le pratiche della medicina.**
 - Franca Ongaro Basaglia*
 - **Per riportare Basaglia nella pratica quotidiana.**
 - **Per una pratica possibile attraverso le istituzioni del controllo**

4) Martedì 9 febbraio ECM

LA NARRAZIONE E SUOI LINGUAGGI

Peppe dell'Acqua: nella sua introduzione sostiene che la cosa da narrare è la presenza dell'altro. Non dobbiamo avere più paura a parlare di guarigione. I risultati ottenuti ce lo permettono.

Storie di pazienti

B. Matteo Impignatiello racconta il caso di una paziente, con la madre suicida quando lei aveva 13 anni, accusa la psichiatria di essere invasiva, vive situazioni di assedio, ha sete di amici, prova grande paura e rabbia, non vuole la psichiatria. Il servizio si costringe a un TSO, più per noi che per

lei. Il lavoro del servizio è indispensabile per lavorare sulla sua soggettività. E' necessario che si apra un varco nel servizio dove può farsi strada il senso della crisi, creando microscambi, scambi affettivi, complicità. La "resa" avviene attraverso microrapporti successivi che permettono il riallacciamento con la soggettività della paziente. Concludendo Impignatiello si sofferma sulla crisi del servizio in risposta alla crisi del paziente con una serie di considerazioni molto interessanti.

Claudio Misculin legge alcuni brani: "Avevo talmente bisogno di amore che mi trasformavo in camaleonte per piacere all'altro. Ero schiava di un inquisitore dentro. Avevo la mia anima in cielo e il mio corpo era una scatola vuota che girava per la città. Capivo che ero impazzita, è come bere 10 caffè, la mia parola andava da sola. Io ero così arrabbiata con me e con le persone che avevo compiaciuto che parlavo da sola anche di notte. Allora ho cominciato a digiunare per franare le brame. La cosa che mi ha fatto più soffrire è stata non amare nessuno. Ero un buco nero. Volevo diventare più densa perché ero aerea, forse ero morta. Gli operatori mi hanno amata perché hanno accettato così com'ero. Tutto il mio orgoglio è andato in frantumi. Da allora ho potuto amare. Senza la violenza del TSO non avrei potuto amare. Non sapevo che una persona merita amore solo perché esiste. Quando hai una madre che impazzisce e muore, non puoi accettare la follia. Eppure mi hanno dato: la dolcezza, la musicalità che ho coltivato. Ora ho profondamente perdonato mia madre. Non mi fa più paura perché può succedere a tutti di essere fragili. Forse ho cominciato a guarire quando ho ascoltato i medici: Mi hanno fatto mangiare, poi lavorare, università, dentista, bollette, maestro di spartito. Pensavo che i CSM riducessero i pazienti a zombi degli psicofarmaci. Ma per fortuna ero a Trieste. Quando canto amo tutto così tanto che mi sembra di stare sulle stelle. Il centro del mio cuore è il canto. Questo mi ha salvato, ma anche gli operatori, i medici, i farmaci, forse".

C. Una signora meridionale ha raccontato la sua storia chiedendo a noi di non raccontarla perché questa è una delle regole dell'automutuoaiuto. "Sono felicemente matta", ha detto, sono stata aiutata dall'ascolto reciproco con una psicologa, con cui era possibile scambiare stati d'animo, dal contesto sociale aperto con persone pronte ad ascoltarti, accettanti. Un senso infinito di umanità, farmi accettare anche perché non sei importante. Ma tu devi lottare".

Dopo l'intervento della signora C. ho pensato che la differenza tra noi e loro è che noi siamo stati fortunati da non avere la quantità incredibile di sofferenza che loro hanno avuto.

A. Negli anni ho perso la mia identità e sono diventata la mia malattia. Poi ho avuto la possibilità di andare a Centro di salute mentale e trovavo sempre qualcuno con cui poter parlare.

Madre Avevo del figlio una visione talmente alta che per questo mi ha devastata. Per fortuna avevo amici, e poi il Centro di Salute Mentale. Adesso mio figlio fa l'artigiano, lavora mezza giornata. Adesso sono l'espressione della serenità. Faccio fatica a ricordare le storie. Abbiamo la capacità di dimenticare, per fortuna. Storia che mi ha migliorato come madre, come ex-moglie con figlio.

Si può stare meglio, si possono fare molte cose.

Rispetto al bravissimo padre di mio figlio, io sono una madre bipolare, vengo dalla Carnia, dove c'è un altissimo numero di suicidi. Lui lavorava con la zappa. Io facevo le pulizie. Possono stata ricoverata a San Daniele, avevo terrore degli altri, sopraffatta dalla paura di morire. Una psicologa mi è stata di aiuto fondamentale. Mi ha detto: "Se tu lo fai, tuo figlio alle prime difficoltà lo farà".

Non sono guarita. Penso che non guarirò mai, invece raccontarsi aiuta.

Giuliano Scabia fa una mozione d'ordine, in cui chiede all'assemblea di dichiarare che non è vero quello che la signora ha detto e di sancire solennemente che lei è guarita per sempre. (Grande applauso).

Misculin e il suo gruppo teatrale leggono e recitano una storia di Peppe dell'Acqua.

NANE OCA RIVELATO OVVERO I MISTERI DEL NARRARE

Narrare è un'arte finita con la fine del mondo artigiano e contadino, dice Benjamin nel saggio sul *Narratore incantato* di Leskov (1936), perché sono finiti i luoghi fisici dove si può narrare e gli uomini hanno perso la capacità di scambiare esperienze. Al posto del narrare ci sono i romanzi (solitari) e

l'informazione. Ma ecco che oggi qui, dice Scabia, si è materializzato un luogo narrativo, con le narrazioni di vita che abbiamo ascoltato più avvincenti dei romanzi, che sono sempre (come i film) un po' veri un po' falsi. Se star male con la mente è anche un disturbo del linguaggio – narrare e recitare può far stare meglio. Scabia conclude leggendo il *Canto notturno di Nane Oca sul platano alto dei Ronchi Palù*, dalla saga di Nane Oca (*Nane Oca*, Ein. 1992, *Le foreste sorelle*, id. 2005, *Nane Oca rivelato*, id. 2009), dedicata ai misteri del narrare.

5) Mercoledì 10 febbraio – Teatro -Plenaria

DIRITTI GLOBALI E ISTITUZIONI/CRIMINI DI PACE

Un filmato sulla giornata si trova in: trieste2010.net nel video del 10 febbraio.

Partecipano: Nicolas Rose, Ron Coleman, Franco Corleone, Stefano Riveda, Gianni Chedda, Gianfranco Schiamone, Alberta Basaglia

Saperi e paradigmi

E' un'era segnata dallo stridore dei paradigmi in psichiatria e medicina, dalla coesistenza di visioni scientifiche e umane a volte polarizzate, frammentate in mondi specialistici, la prorompente evidenza delle contraddizioni apre tuttavia la strada ad un possibile cambio paradigmatico.

Franco Rotelli commenta positivamente la fiction su Franco Basaglia e si sofferma sull'importanza di fondare una associazione che rappresenti una rete mondiale di salute comunitaria.

Steven P. Segal, Professore e direttore del “Mental Health and Social Welfare Research Group”, dell'Università di California, ha affrontato I problemi delle malattie gravi facendo rilevare che questi malati di mente diventano vittime di violenze in numero 14 volte superiore alle persone normali. Si è poi diffuso sui rapporti tra problemi abitativi e disturbi mentali, sostenendo che quando i prezzi delle case diminuiscono, diminuiscono anche i disturbi mentali e viceversa. La casa, è quindi fondamentale per la salute mentale, i pazienti non trattati (treated) vengono infatti gettati in strada (streated).

Questo intervento mi ha particolarmente colpito, perché nonostante l'enorme diffusione di case famiglia, case alloggio, ecc. non mi risulta che studi di questo tipo esistano in Italia. Presto vedremo il suo intervento sui Fogli d'informazione, o sul Portolano Digitale di Salute Mentale. Parlandogli gli ho ricordato la straordinaria esperienza di Mario Tommasini a Parma che ha dimesso parecchie centinaia di pazienti dal manicomio inserendoli in 250 case famiglia in città.

Jenkins: Richiede di collaborare collettivamente a un testo sui valori e le priorità.

Presidente dell'USL di Cagliari ha denunciato la distruzione di tutto il lavoro avanzato portato avanti in questi ultimi anni, da parte dei nuovi amministratori.

Ota de Leonardis Ha ricordato Foucault e il suo lavoro sulle tecnologie della vita. Nella ricerca, l'allineamento dei protocolli su rigidi parametri ripetitivi contrasta con lo stile triestino di lavorare su progetti terapeutici personalizzati. Bisogna riflettere su ciò che è importante in valutazione..

Hellen Killespy, Londra: In Inghilterra bisogna essere molto gravi per accedere a un posto letto. La crisi ha aumentato le contraddizioni. E' necessario triangolare qualità, quantità e narrazione.

Allan Rosen, Sidney, Australia: L'errore principale è pretendere che sappiamo le cose meglio del paziente. Fondamentale è il diritto di scegliere, ossia l'autodeterminazione e l'autonomia.

6) Giovedì 10 febbraio - Workshop – Dipartimento di prevenzione (1)

LE FORME DELLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE: I LUOGHI, I SOGGETTI PRIMA GIORNATA

Introduzione di **Tommaso Lo Savio**: Nella lotta all'istituzione totale (il manicomio) l'intervento pratico e teorico della de-istituzionalizzazione si è caratterizzato come:

- Negazione dell'istituzione (L'Istituzione Negata) e non negazione della malattia,

- Mai pratica di “semplice” deospedalizzazione (chiusura dei manicomi negli Stati Uniti) con conseguenti abbandoni o nuove e camuffate istituzionalizzazioni (manicomi diffusi)
- De-istituzionalizzazione del ruolo del malato-internato e riscoperta della sua identità di persona , della sua appartenenza, della sua cultura, dei suoi rapporti familiari e sociali;
- De-istituzionalizzazione del modello scientifico della malattia e dell’ inutilità dei diversi criteri classificatori,
- De-istituzionalizzazione dei modelli operativi dei curanti e disvelamento dei rapporti di potere che mascheravano violenza e oppressione;

Ciò ha permesso di liberare:

- Risorse da riconvertire in favore dei ricoverati
- Soggettività, storie, bisogni, desideri, fantasie di chi sino ad ora era considerato solo “malato”;
- Operatività inimmaginabili , creatività, risposte personalizzate e diversificate, che la codificazione operata dall’ istituzione e dalla psichiatria tradizionale avevano sino ad allora negato come risposte di cura;
- Relazioni di cura le più paritarie e meno asimmetriche realizzabili;
- La necessità di spostare nella comunità l’ intervento di cura superando definitivamente il manicomio.

Molti servizi di salute mentale, nati da questo processo d’ innovazione mantengono nella pratica di comunità un filo rosso che collega gli interventi con la pratica e la teoria della de-istituzionalizzazione, in particolare i servizi i cui operatori si sono confrontati con il superamento del manicomio. Con un elemento di particolare significato: quello di cercare non solo di trasformare la follia ma anche di trasformare (nella pratica) la “normalità”. I suoi stereotipi, i suoi pregiudizi, le sue tendenze espulsive nei confronti delle diversità, ecc

Altri servizi oggi ripropongono pratiche neo-manicomiali (pazienti legati nei SPdC, ambulatori psichiatrici invece di Centri di Salute Mentali aperti ed accessibili, nuovi processi d’internamento, deleghe a servizi e operatori non qualificati delle situazioni più gravose, riproposizione di rigidi modelli diagnostici, liste d’attesa ecc) ([Tommaso Lo Savio](#))

7) Mercoledì 10 febbraio – Workshop - Sala Dipartimento salute mentale (2) **INCLUSIONE SOCIALE E/O MAGGIORANZA DEVIANTE**

Il seminario sull’ inclusione sociale ha preso le mosse da alcune questioni :

- chi lavora con fasce di persone a rischio di esclusione sociale, spesso appartiene ad associazioni che, vicariando le istituzioni pubbliche, tendono poi ad isolarsi e ad essere autoreferenziali.
- la lotta per l’ esigibilità dei diritti e quindi per l’ inclusione, non è garantita semplicemente dal loro riconoscimento, perché continuano ad esistere pericoli di revoca e forme di istituzionalizzazione che contagiano il lavoro territoriale e si alimentano nell’ autoreferenzialità dei gruppi.
- lo scarto norme e pratiche che questa segmentazione porta con sé, sembra richiedere, per essere colmata , la produzione di legami sociali che prenda le mosse dalla maggioranza degli esclusi.

Al seminario hanno partecipato persone che lavorano con migranti, prostitute, reduci di guerra, carcerati, tossicodipendenti e, in minoranza, operatori dell’ ambito della salute mentale .

Posto che il tema dell’ inclusione-esclusione, sullo sfondo del diritto positivo, consente di misurare la coerenza delle scelte politiche di un determinato contesto politico istituzionale, un contesto orientato all’ inclusione deve permettere di reperire un minimo comun denominatore tra gli spazi di tutela e libertà riferiti alle diverse categorie di individui. In una società di mercato globale, come la nostra, si producono diversi fattori di esclusione ma contemporaneamente, si è costretti a far convivere molteplici teorie morali, sistemi valoriali, concezioni filosofiche , religiose. La possibilità di tale convivenza non può però prescindere da politiche che guidino azioni particolari e collettive indirizzate a massimizzare il benessere di tutti piuttosto che a tutelare singole categorie di svantaggio. Occorre infatti ricordare che le aree limitrofe alle categorie di più pesante esclusione sociale, i penultimi, come ha ricordato Robert Castel, rischiano di percepire la tutela degli ultimi come fattore discriminante e di svantaggio per sé, diventando a loro volta

agenti di contrasto di quella stessa inclusione. In questo senso occorre integrare il lavoro sui singoli gruppi, orientandosi alla promozione di capitale sociale, ovvero di un benessere collettivo che dilati le tutele di tutti e ne promuova il protagonismo e la coesione. E che questo avviene più facilmente quando sono i soggetti stessi a diventare attori del lavoro di emancipazione. Il racconto di alcune esperienze formative che hanno messo in campo i migranti e le persone con sofferenza mentale, dimostra ad esempio la possibilità di affievolire pregiudizi e promuovere coesione in contesti apparentemente impenetrabili da logiche e azioni dirette all'inclusione sociale.

Uno studio riportato da una dottoressa di Belgrado, ha messo in luce i meccanismi discriminatori che colpiscono categorie di soggetti, che pure suscitano compassione, come le persone torturate, che finiscono per essere discriminate dai servizi stessi. Persone che provano vergogna a chiedere aiuto e necessitano di servizi capaci di muoversi sul territorio, di andare verso l'utenza anziché attendere di venire raggiunti dalle persone e dai loro bisogni. L'esclusione si nutre infatti anche di processi di introiezione che diventano funzionali al mantenimento delle istituzioni chiuse. Il "carcere dentro di noi", ma anche un'ideologia dominante che promuove un individualismo esasperato, e una logica efficientista che brucia tempi e spazi, impedisce di fermarsi, induce distacco e isolamento e attraversa anche i servizi inducendo risposte passivizzanti, assistenzialismo e solitudine in coloro che ne beneficiano. Vi è poi il problema di una progressiva estensione della devianza attraverso una biopolitica che tende a criminalizzare aree sempre più ampie di popolazione o a medicalizzarle (i controlli nella scuola, i controlli su lavoratori fuori dai contesti lavorativi etc.) tendendo a ridurre drasticamente gli spazi di soggettività e di privato nella vita delle persone. E' stato perciò fatto un richiamo esplicito all'assunzione di responsabilità dei tecnici rispetto al ruolo politico che svolgono, alla loro funzionalità ad un sistema che promuove esclusione avvalendosi di saperi e pratiche che sono separati e separano anche quando lavorano per l'inclusione. Occorrono informazione e memoria collettive per smantellare le chiusure e costruire le condizioni di una relazionalità allargata, vero fulcro di inclusione. Occorre la moltiplicazione dei protagonismi e pratiche di liberazione dal basso che, in mancanza di azioni politiche generali, muovano dai soggetti stessi dell'esclusione e dal loro protagonismo ma anche da coloro che operano per sostenere questi soggetti in percorsi di emancipazione. Ci si chiede chi dovrebbe accompagnare oggi Marco Cavallo se dovesse tornare in città e dove dovrebbe andare. Se da un lato la costruzione di statuti speciali e diritti speciali rischia di eludere i principi generali di equità e uguaglianza, dall'altro si dilatano le fasce di esclusione e categorie di esclusi (ad esempio le prostitute) che rivendicano il diritto ad un'inclusione non omologante che riconosca le scelte personali, come quelle delle lavoratrici e lavoratori del sesso. Un riconoscimento tuttavia, che pone il problema dell'accettazione di differenze culturali talvolta lesive di diritti acquisiti e perciò riproduttive di esclusione (le donne con il velo). Le pratiche favorevoli all'inclusione dovrebbero contrastare culture e politiche autoreferenziali, chiuse anche quando queste stesse culture appartengono a minoranze a rischio di discriminazione.

L'apertura e lo scambio sono le condizioni di un protagonismo che non riproduca processi di segmentazione, che smantelli la paura della non somiglianza ma accetti anche la sfida di una somiglianza nel riconoscimento del diritto alla propria diversità.

Al seminario sono state presentate due mozioni che invocano azioni con immediate ricadute politiche come una nuova uscita in città di Marco Cavallo e una Carta di Trieste contro le politiche per le dipendenze definite dalla legge Fini Giovanardi.

E' stata inoltre espressa una forte preoccupazione per l'imminente scadenza del mandato di Franco Rotelli alla Direzione Generale della Azienda Sanitaria di Trieste. Il timore che questa città fatichi in futuro ad essere ancora motore di ricerca e di cambiamento. Per questo ci si augura che si realizzino la rete internazionale e la Scuola Sviluppo Umano, proposte da Luciano Carrino, diventino gli strumenti per la continuazione del lavoro fin qui fatto e per una reale inclusione sociale. ([Maria Grazia Cogliati, Anna Poma](#))

...Nel panorama sconcertante di una emarginazione crescente esistono anche esperienze positive di inclusione sociale. Come esempio, viene riportato un corso per operatori della salute mentale svoltosi a Treviso, una città a predominanza leghista, durante il quale gli operatori si sono direttamente coinvolti in un processo attivo di conoscenza degli usi e costumi dei migranti, partecipando con alcuni di loro una serie di lavori sul campo. Si è anche sottolineato come, tra gli indicatori di esito di un buon servizio di salute mentale non si dovrebbero valutare solo il miglioramento dell'individuo, ma anche l'impatto sulla comunità del lavoro svolto: l'aumento del capitale sociale della comunità.

C'è chi ha sottolineato il ruolo centrale svolto dalla scuola che, oggi, non solo non crea più cittadinanza, ma determina un processo di identificazione a una norma produttrice di devianza. Insomma si impone sempre

più l'esigenza di una riflessione sui crimini di pace, sui meccanismi di potere che si riproducono nel quotidiano, operati dai ruoli professionali dei funzionari del consenso. Rimane pertanto lo stesso bisogno che ha ispirato la de istituzionalizzazione: quello di costruire pratiche di liberazione, di aprire spazi di emancipazione... ([Ernesto Venturini](#))

8) Mercoledì 10 febbraio – Workshop – Spazio Villas (3) **VECCHI FARMACI E NUOVE MALATTIE**

Mario Reali introduce illustrando la strategia fondamentale del “laboratorio dei farmaci” finalizzato ad unire i pareri dei vari professionisti per la migliore personalizzazione delle terapie, tenendo conto anche della genomica. La catena della cura include anche i medici di medicina generale, specialisti, farmacisti, ed altri ancora, comprese le aziende farmaceutiche, che nonostante interessi diversi devono convergere su quello del paziente per portare giovamento reale al paziente.

Tullio Giraldi racconta lo scoop fatto dal *British Medical Journal* che aveva indicato una nuova malattia “sindrome da deficit emozionale” di cui soffre il 20% della popolazione: La cosa si era poi rivelata uno stratagemma per denunciare il mercato delle finte malattie che medicalizzano, farmacologizzano, abituali situazioni di vita. Si è chiesto poi se basta la medicina basata sull'evidenza per assicurare sicurezza e efficacia. Di fatto le pubblicazioni si basano su una ricerca clinica che è in mano alle industrie farmaceutiche- Per nuovi farmaci introdotti sul mercato l'EMA non chiede superiorità rispetto ai vecchi, ma solo non inferiorità o equivalenza. E, d'altra parte, il numero di principi attivi veramente innovativi comparsi dal 1990 a oggi è molto basso. Le terapie farmacologiche sono fortemente influenzate dal DSM IV che oggi cataloga 350 situazioni “psicopatologiche”, del tutto decontestualizzando il problema. Di recente un articolo ha dimostrato che tutti i partecipanti al panel di stesura avevano ricevuto finanziamenti dalle industrie. Il caso degli antidepressivi è emblematico, nonostante la larghissima diffusione, per alcuni studiosi il loro effetto non supera il placebo. La farmacologia ormai, ha raccolto prove per cui potrebbero avere effetti antidepressivi alcuni principi attivi che possiedono effetti depressivi opposti. Si prospetta quindi il ricorso di un supporto psicoeducazionale, psicoterapeutico. Nonostante qualche rischio, la farmacogenetica può evitare terapie prevedibilmente inutili o di bassa efficacia, ovvero gravate da elevato rischio di effetti collaterali sulla base dell'analisi di polimorfismi genetici (in genere a limitata penetranza). Azioni possibili per migliorare l'appropriatezza prescrittivi: usare farmaci di provata efficacia e sicurezza, di adeguato profilo farmacoeconomico ed epidemiologico, di post marketing surveillance, incoraggiare l'uso dei farmaci equivalenti, introdurre prontuari terapeutici per ampie fasce di prescrittori; in limitate circostanze servirsi della farmacogenetica per personalizzare la terapia. E se pensassimo a nuovi usi per vecchi farmaci? Per superare le barriere linguistiche vedi: www.nograziepagio.it

Nicolas Rose Conferma il problema dei bias da pubblicazione sugli SSRI.

Quando si aprì il mercato degli psicofarmaci, negli anni '60, non c'era il conflitto odierno tra l'approccio psicodinamico e farmacologico, per i due si auspicava integrazione. Si è passati dal suppressing pathology (eliminare la patologia) e coping with drugs, (venire a patti col farmaco) degli anni 90; poi è arrivato il momento del marketing hope (speranze di mercato) non si menzionavano farmaci ma solo nuove “malattie”. Il consumo di farmaci è variato. Negli USA l'utilizzo di antidepressivi è salito di 4 volte, mentre il consumo totale è raddoppiato. In Europa si consuma quanto negli USA, con differenze molto grandi fra stati. L'Italia si colloca sempre a metà delle classifiche. Ciò è correlato non a fatti oggettivi e nemmeno a certi comportamenti dei professionisti.

Poi Rose smonta alcune ipotesi, alcuni stereotipi:

- 1) non esiste un farmaco per una specifica malattia, ma ci sono grandi intercambiabilità, il che fa capire quanto sia incerta la situazione.
- 2) Analogamente non esiste una “soglia” genetica, in quanto fattori epigenetici ed ambientali influenzano fortemente l'espressione del disturbo.
- 3) Non esiste un luogo cerebrale connesso a un disturbo (esempio amigdala = paura e ansia).
- 4) quindi non esiste una teoria unitaria della depressione.

Esiste una potente interazione bidirezionale tra organi periferici e il cervello.

Esistono alcuni problemi con i farmaci:

globalizzazione dei clinical trials, integrità dei dati (suborninig pf psych?), effetto placebo, bias da pubblicazione, diversità degli effetti (drugs don't cut nature at its joints), mancata comprensione delle modalità di azione, crisi delle pipelines di farmaci.

Come procedere?

f.genomica? farmaco giusto, dose giusta, per persona giusta

Nazionalizzazione di big pharma? Utopia

De-professionalizzazione – lasciarla al mercato?

Neuroenhancement?

Antimedicalizzazione – a life without drugs?) (Una vita senza farmaci?)

Angelo Barbato: Si deve apprezzare il fatto che in questo evento si tratti dei farmaci, argomento spesso trascurato nel campo della riabilitazione psicosociale. Gli antipsicotici sono prescritti praticamente a tutti i pazienti con psicosi, inferiore è la percentuale nella depressione. In Italia la prevalenza di prescrizione di antidepressivi è circa 11 per mille abitanti. (USA 101, Francia 27, Gran Bretagna 29, Germania 17), con trend di crescita rilevante (circa il doppio dagli anni 90).

C'è uno studio che ha rianalizzato tutti gli studi con antidepressivi in USA vs placebo, dal quale risulta che i dati non pubblicati mostrano differenze farmaco vs placebo molto inferiori rispetto a quelle pubblicate! Un altro studio dimostra come il problema sia sicuramente sovra-trattato rispetto ai risultati attesi. Solamente nelle forme molto gravi si colgono effetti in qualche modo significativi, pur limitati. Dire che il placebo funziona, non significa fare nulla, ma che ci sono variabili importanti! E persino negli antipsicotici si può dire che i tassi di risposta sono molto meno brillanti vs placebo: Le differenze sono spettacolari. Il valore di NNT è 7.

La conclusione è che dobbiamo mantenere la certezza che l'approccio al malato deve essere molto ampio, con strumenti molto diversi. Variabili legate alla vita, al contesto delle persone, ecc. La risposta farmacologica è riduttiva. E sorge la domanda : Nella formazione degli psichiatri tutto questo è detto?

Il tasso di interruzione degli antidepressivi si aggira intorno al 50%: le persone smettono dopo 1-6 mesi, ben prima di quanto è affermato dalle linee guida; c'è un problema malato-prescrittore nel momento dell'incontro clinico.

Massimo Marsili: Rimarca la questione dell'informazione sui farmaci, è troppo lasciata solamente all'industria. Per questo il DSM di Trieste ha costruito un prontuario che è periodicamente aggiornato.

Stefano Palci: Riferisce sull'esperienza del "laboratorio farmaci" dell' ASS 1 TS, finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Presenta i risultati di uno studio retrospettivo condotto dal DSM di Trieste sull'uso degli psicofarmaci (antipsicotici). Non si è evidenziata superiorità degli atipici vs tipici in termini di efficacia e sicurezza.

Domanda dal pubblico: Perché non organizzare, come avviene all'estero, dei confronti allargati, pubblici, tra medici di ASS e informatori del farmaco di aziende diverse, per suscitare confronto e contraddittorio sui diversi farmaci usati?

Alberto Giammarini: Un MMG medio (1000 assistiti) esegue circa 9000 contatti/anno, 8 minuti in media. Quasi ogni contatto si conclude con la prescrizione di un farmaco. Il MMG sta estendendo sempre più il suo lavoro a quanto un tempo fatto dallo specialista per evitare liste di attesa, perché è più esperto, gli viene data più fiducia. Ad esempio è oggi sicuramente molto più attrezzato culturalmente e quindi "esperto" per affrontare la depressione, anche grazie a intensiva formazione e allo "sdoganamento" dei triciclici. Nella pratica si segue più l'aspetto clinico che non le scale di valutazione.

Ma il successo è legato ad altri fattori? Cosa distingue i responders dai non responders? Studi locali in corso daranno un contributo.

Fabio Samani: Sarebbe bene allargare l'interpretazione, ad esempio, guardando all'enorme uso di farmaci di fascia C. apparentemente trascurati perché non gravano sui costi pubblici.

L'appropriatezza deve guardare agli esiti, altrimenti forse sarebbe meglio parlare della ricerca della minimizzazione dei costi. Quindi va tenuto distinto il problema della spesa con quella della salute, che oggi è spesso cercata dalle persone anche attraverso spese out of pocket.

Nella depressione è probabile che ci sia stato e ci sia un abuso di prescrizioni, ma per ora spesso resta l'unica possibile risposta, dato che la psicoterapia, non è facilmente accessibile salvo pagando

(Paolo da Col)

9) Mercoledì 10 febbraio - Workshop - Spazio Villa B (4)

NUOVE CONOSCENZE O PSICHIATRIZZAZIONE DELLE NEUROSCIENZE?

Mercoledì 10 febbraio, si è tenuto un workshop sul rapporto tra psichiatria, salute mentale e le nuove conoscenze provenienti dalla genetica, dalla biologia molecolare e dalle neuroscienze: una sessantina di partecipanti hanno discusso i controversi aspetti scientifici, etici, diagnostici e storici legati agli sviluppi delle ricerche sul genoma umano e sui metodi utilizzati per fornire misure dell'attività celebrale, in particolare la MRI (functional magnetic resonance imaging).

L'occasione per affrontare il tema è stata una sentenza della corte d'Assise di Trieste, risalente all'ottobre del 2009 che riconosceva uno sconto di pena a un cittadino algerino colpevole di omicidio in quanto portatore di "vulnerabilità genetica". La vicenda ha avuto una risonanza mediatica nazionale, anche perché in essa si profilavano i possibili rischi di pratiche scientifiche rivolte a individuare anomalie genetiche.

Le tecniche mediante le quali è stata riconosciuta l'attenuante genetica a Abdelmalek Bayout sono le moderne procedure di scansione e imaging del cervello finalizzate a rendere in immagini anatomia e funzionalità celebrale. Quanto sono affidabili queste tecniche? Qual è la loro validità nell'attribuzione di colpevolezza o di innocenza di una persona che commette un reato? Ha senso esportare i risultati delle ricerche genetiche e delle neuroscienze in diversi ambiti sociali e soprattutto in ambito psichiatrico? Non si ripresenta il rischio, attraverso queste conoscenze, di voler ammantare la psichiatria di una scientificità che non possiede? Non si corre il rischio di allargare le pratiche e le culture della "medicalizzazione" della vita? Sono le domande che hanno motivato l'organizzazione del workshop. Sono le questioni illustrate da **Peppe Dell'Acqua** all'inizio dell'incontro e riproposte in diversi momenti della discussione.

Dell'Acqua è preoccupato della formazione dei giovani psichiatri, sempre più armati di conoscenze "oggettive", ma sempre meno di uno sguardo in grado di tutelare e valorizzare la soggettività delle persone. Dell'Acqua non vuole rifiutare i progressi, in alcuni casi straordinari, che neuroimaging, biologia molecolare e genetica hanno prodotto nel campo della salute e della malattia mentale. Il punto è, come è noto, di non cedere alle tentazioni e alle semplificazioni riduzionistiche. Si tratta di mettere in scena un confronto tra conoscenze che poco comunicano tra di loro e di trovare un terreno condiviso e significativo soprattutto per chi affronta il disturbo mentale. Il workshop dello scorso 10 febbraio si voleva muovere in questa direzione. Gli ospiti dell'incontro, alcuni tra i più importanti studiosi italiani di genetica, biologia e diritto sono stati inviati a Trieste per chiarire ambiti di competenza e possibilità di incontro dei saperi.

Enrico Alleva, biologo, presidente della Società Italiana di Etologia, socio corrispondente dell'Accademia nazionale dei Lincei, ha insistito molto sul concetto di plasticità dei neuroni e del sistema nervoso centrale, ossia la capacità del cervello di adattarsi agli stimoli provenienti dall'ambiente esterno. La scoperta più importante delle neuroscienze a proposito di neuroni e sistema nervoso centrale è che le cose sono molto più complesse e dinamiche di quanto si sospettasse. Se solo ci liberiamo di schemi mentali deterministici nell'interpretazione del suo funzionamento possiamo capire cos'è il cervello dell'uomo, la sua plasticità e la sua irreversibilità.

Giorgio Bignami, medico e libero docente in farmacologia, ex dirigente di ricerca in psicofarmacologia presso l'Istituto Superiore di Sanità e da poco presidente di Forum Droghe, si è soffermato sugli effetti degli interessi economici delle aziende farmaceutiche. Bignami ha sottolineato il rapporto perverso tra l'esigenza del profitto, il marketing e l'uso inflazionato e improprio di farmaci di efficacia dubbia o nulla, ma anche di prodotti di provata ed elevata efficacia. L'industria farmaceutica finanzia numerosi studi programmati in modo da predeterminare i risultati mediante vari artifici allo scopo di "dimostrare" una maggiore validità e una minore nocività dei nuovi prodotti rispetto ai vecchi. Analisi più accurate condotte da ricercatori indipendenti hanno evidenziato in tempi più recenti che le differenze di cui si è detto erano in larga parte artefatti dovuti a errori metodologici, non si sa bene.

Francesco Migliorino, professore ordinario di Storia del diritto medievale e moderno all'Università degli Studi di Catania, attraverso ricerche storiche ha offerto una prospettiva originale dell'intreccio tra scienza, psichiatria e diritto. Migliorino ha illustrato il concetto di bonifica umana soffermandosi sulla figura di Filippo Saporito, il più influente alienista italiano, direttore di Aversa, vissuto tra il diciannovesimo e il ventesimo secolo. Secondo Saporito, manicomi e carceri sono centri di depurazione fisica e morale dove per sempre vanno rinchiusi le "bestie umane". Il manicomio criminale è un policlinico della delinquenza costruito attraverso una tecnologia di razionalizzazione finalizzata alla bonifica umana.

Infine **Edoardo Boncinelli**, docente alla Facoltà di Filosofia dell'Università Vita-Salute di Milano ed ex direttore della Sissa, ha trattato il tema del rapporto tra geni e comportamento.

Fisico di formazione, Boncinelli si è dedicato allo studio della genetica e della biologia molecolare degli animali superiori e dell'uomo dando un contributo fondamentale a queste discipline individuando la famiglia di geni detti omeogeni che controllano il corretto sviluppo del corpo, dalla testa al coccige. Da diversi anni si occupa dello studio del cervello e della corteccia cerebrale. Boncinelli ha discusso dei risultati scientifici più recenti riguardanti il rapporto tra geni e ambiente. I meccanismi che regolano i comportamenti sono influenzati dal profilo genetico degli individui. Ma quanto incidono i geni e quanto incidono il contesto, lo stile di vita, l'educazione, le esperienze personali non è affatto chiaro. Un tempo si tendeva a dare una risposta

salomonica a questo interrogativo: 50% geni e 50% ambiente. La ricerca negli ultimi anni ha ulteriormente complicato il quadro. Stando ai risultati più aggiornati un 30% dei nostri comportamenti è da attribuire al nostro corredo genetico, un altro 30% al contesto ambientale mentre il resto è attribuibile a una non meglio precisata casualità.

Publicato da [nico pitrelli](#) a [14.04](#) Etichette: [Neuroscienze](#), [psichiatria](#), [salute mentale](#)

10) Mercoledì 10 febbraio- workshop -Officine Rosa A (5) **IMPUTABILITA' EDIRITTI (Perizia, carcere e ospedale psichiatrico giudiziario)**

Il workshop è stato centrato sul progetto di superamento degli OPG, a partire dal D.L. del 22/6/1999, che attribuisce al SSN la responsabilità sanitaria del carcere e dell'OPG, e soprattutto dal Decreto del Presidente del Consiglio del 1/4/08 che ha fissato le modalità di attuazione del progetto, sottolineando il coinvolgimento diretto delle regioni e quindi dei DSM nella de istituzionalizzazione degli OPG. In particolare è stata analizzata la situazione delle varie realtà, con le loro positività e le loro criticità: la situazione della Regione Toscana, quella dell'Emilia Romagna, della Lombardia, della Campania e della Sicilia.

L'accordo tra il Ministero della Giustizia e le regioni è diventato vigente dal 26 gennaio e prevede, per una presa in carico alternativa agli OPG, strutture dedicate o miste e budget individuali per i soggetti autori di reato. In realtà all'ottimismo dei rappresentanti della regione Emilia Romagna ha fatto da contraltare la problematicità delle regioni del Sud. Si è infatti riscontrata complessivamente proprio una grande difficoltà dei DSM a prendersi carico dei nuovi pazienti. Ma sono state espresse critiche anche al progetto, che si fonda sulla discrezionalità dei giudici e sull'aleatorio concetto di curabilità dei sanitari. La riduzione degli internati negli OPG, inoltre, non annulla l'apparato concettuale e pratico della criminalizzazione della follia. Analogamente alla legge 180, bisognerebbe invece, preliminarmente, impedire per legge ogni nuova ammissione negli OPG.

E' stata affrontato successivamente il tema della "posizione di garanzia", a partire dalla recente sentenza della Cassazione, che ritiene il curante responsabile del reato commesso dal paziente, che gli è stato affidato. Tale sentenza è anche conseguenza del paradigma della pericolosità del folle e della funzione di controllo sociale della psichiatria, che costituisce ancora il retro pensiero di molti periti psichiatrici. E la stessa accondiscendenza dei responsabili dei DSM lombardi alla richiesta dei prefetti a fornire elenchi di pazienti "pericolosi" dei servizi fornisce un ulteriore esempio del degrado della responsabilità professionale dei curanti e del clima difensivo che attraversa una certa psichiatria. ([Ernesto Venturini](#))

11) Mercoledì 10 Febbraio 2009 - workshop – Officine Rosa R (6) **OLTRE IL GIARDINO: MEMORIA ARCHIVI IN MOSTRA E PRASSI INNOVATIVE**

Il workshop ha permesso di condividere con i partecipanti i percorsi realizzati dal DSM di Trieste e dal Museo Laboratorio della Mente di Roma sulle tematiche della memoria. Alla costruzione del presente, del reale che ci interpella qui e ora, con ineguale tensione, risulta essere contemporanea e coestensiva la definizione della memoria. Non solo poter ripensare e ritrovare il passato e il presente senza cancellazioni, manipolazioni ideologiche, falsificazioni, ma anche renderlo immediatamente accessibile sul piano documentale, per produrre una distanza dall'eccessiva prossimità (la "falsa immediatezza"). Troppo spesso il presente immemore riproduce "istituzionalizzazione" – all'apparenza senza concetto.

Al workshop promosso e coordinato da Chiara Strutti (Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina) e Pompeo Martelli (Resp. UOS Centro Studi e Ricerche Museo Laboratorio della Mente ASL Roma E) hanno contribuito con appropriati interventi Stefano Roveda e Paolo Rosa (Studio Azzurro Produzioni, Milano), Cosetta G.Saba (Dams Università degli Studi di Udine), Claudio Domini (Dams Università degli Studi di Udine), Leonardo Musci (Memoria servizi archivistici, Roma), Hans Looijen (Direttore Het Dolhuys Museum, Haarlem – NL).

Nel corso della discussione è emerso come questi percorsi, in continua evoluzione, vanno a rompere lo schema dell'archivio/museo tradizionale, agiscono come strumenti di conoscenza, di formazione e promozione della salute mentale. Diventano strumento potente per legare l'attualità al passato contribuendo allo sviluppo di una memoria collettiva, dialettica e dinamica. Introducono questioni di metodo sulla

divulgazione, catalogazione e raccolta dei materiali, in sinergia con le contraddizioni poste dallo *stidore dei paradigmi*, titolo generale della prima giornata di lavoro del meeting. A conclusione, consolidato il ponte fra le esperienze di Roma e Trieste, si è deciso di proseguire con un calendario di incontri che coinvolgerà altri territori in ambito nazionale e internazionale, quale contributo alla costituenda Rete Mondiale.

Resoconto di Pompeo Martelli

P.S. Mi preme comunicare che stiamo lavorando a un **PORTOLANO DIGITALE DI SALUTE MENTALE** edito dalla DBA associazione di Firenze, la stessa che pubblica i Fogli d'informazione, che sarà consultabile in linea con l'intero testo degli articoli, Lo presenteremo in occasione del quarantennale della rivista che cade quest'anno. **Paolo Tranchina**

12) Giovedì 11 febbraio - workshop – Sala teatro (7)

SERVIZI E COMUNITA'

Coordinano Pier Luigi Cerato, Pasquale Evaristo, Roberto Mezzina

Ad ogni relatore si chiede come le politiche, l'economia, l'organizzazione dei Servizi (centralizzati o locali, parcellizzati o integrati..) si confrontino con i bisogni e le risorse della Comunità e delle persone, con la loro centralità, la loro realizzazione ed i loro diritti, partendo ognuno dalla sua esperienza di lavoro nazionale o regionale o locale.

J. M. Caldas de Almeida, professore di psichiatria all'Università di Lisbona e già responsabile OPS S. M., parla della riforma psichiatrica in Portogallo ed in America Latina, indicando indicatori di esito soprattutto nel collegamento con le realtà locali

Sigursteinn Massòn e Páll Mattiassohn raccontano il percorso ad ostacoli nel dislocare i Servizi SM sul modello quasi triestino, alla chiusura dell'OP, nei luoghi meno raggiungibili e meno popolati, con la spesa sanitaria pubblica in riduzione

P. O' Halloran, psicologo ricercatore australiano trapiantato in GB, parla dell'organizzazione e dell'epidemiologia dei Servizi inglesi negli ultimi 10 anni, con la loro tendenza ad una mission sempre più clinica

Bodil Oster, illustra il sistema assistenziale danese, nettamente scisso fra Sanità e Sociale ed il proprio tentativo di costruire un programma olistico

J. L. Roelandt, direttore dei Servizi psichiatrici di Lille, parla della esperienza a Lille e parzialmente in Francia, col tentativo di superare il Settore, costruendo reti con le altre istituzioni e le aggregazioni di cittadini, partendo anche dal loro immaginario sulla follia

F. Costa, psichiatra portoghese in Svezia, racconta la storia della psichiatria sociale a Stoccolma, ormai in controtendenza con la privatizzazione a livello nazionale

M. Novello, Direttore del DSM di Udine commenta la peculiarità del sistema regionale FVG di SM, partendo dalle realtà di Trieste e Udine

Rosemerie Silva, Psicologa responsabile del Servizio di SM di Belo Horizonte, impemato su forti nessi comunitari, parte dalla legge di riforma brasiliana, abbastanza vicina a quella italiana, ma in una fase ascendente del processo nazionale di cambiamento sociale e culturale

P. Evaristo, psichiatra del DSM di Ts, rappresenta strategie ed esperienze dell'ASSI Ts verso l'integrazione di Servizi Sociosanitari, necessari per garantire il diritto alla salute dei cittadini con problemi complessi e più vulnerabili (almeno 1/3 fra chi si rivolge ai Servizi di SM)

A. Materzanini, direttore del DSM di Chiari(BS), racconta della continua ricerca di opportunità per i pazienti attraverso il partenariato sociale di cooperative, agriturismo, associazioni..

P. Balanza, psicologa di Murcia, vicepresidente della AEN (assoc neuropsichiatrica spagnola), rappresenta la riforma dei Servizi psichiatrici spagnoli a pelle di leopardo e con locali involuzioni, ma con l'energia di rilanciare

L. Degano, psichiatra italiana da anni a Berlino, illustra il modello psichiatrico tedesco, ancora bismarchiano ed ospedalocentrico, ed il progressivo investimento e peso dei gruppi economici privati su tutti i Servizi Sanitari Pubblici, producendone un depotenziamento culturale e professionale. (**Pasqualino Evaristo**)

13) Mercoledì 10 febbraio – TENDONE - Presentazione di libri

Franco Rotelli e Pier Aldo Rovatti presentano il libro di **Nikolas Rose: *La politica della vita***, Einaudi, Torino, 2008, pag. 480 Euro 26

Nikolas Rose, London School of Economics:

Oggi ci si muove su tre parole chiave: Etica, Verità, Potere. Oggi l'imperativo: "conosci te stesso" è andato molto oltre l'introspezione. Come? Sempre più la speranza, i giudizi, il senso, la felicità, l'infelicità, lo star bene, lo star male sono sempre più determinati dalla medicina.

"Chi sono io" è diventato "Che speranze di vita ho?" Le cose si confanno sempre più alla dimensione molecolare, a meccanismi molecolari di tipo ingegneristico.

L'inventore della pecora clonata Dolly, ha detto che oggi, tutto è teoricamente possibile. Nulla è teoricamente impossibile. La biologia non è più destino, uno diventa quello che vuol diventare, non nonostante la biologia ma attraverso la biologia. Dire che qualcosa è biologico significa sostenere che è più manipolabile che se fosse sociale. Attraverso la biologia la vita diventa bioeconomica. (Bioeconomia) C'è una inversione etica. Le case farmaceutiche sostengono: "Life is our life work". La vita è il lavoro di tutta la nostra esistenza. Si mettono dalla tua parte perché la tua vita funzioni meglio. Potremmo riscrivere Max Weber sostenendo: "L'etica somatica e lo spirito del biocapitale". Il nuovo mondo: Migliorare se stessi anche a livello biologico. Il problema è chiederci come siamo governati in nome della libertà in periodi di grande insicurezza. Questo porta al management dell'insicurezza. Le risposte oggi non sono come allora. Non possiamo usare la stessa macchina analitica del passato. La libertà è l'aspirazione del governo che intende riconciliare libertà e insicurezza. L'insicurezza è legata alla paura del futuro alla sua ombra, che grava sul presente più che in passato. Le nuove parole d'ordine sono: prevenzione, preclusione, predizione, sia a livello macroscopico che microscopico. La risposta dei governi non è più la reclusione. Secondo **Allen** l'intervento non sostiene alcun valore. **Rose** ribatte che suo compito è scrivere la realtà e di lasciare il giudizio agli altri. Non prova piacere nel giudicare, gli interessa offrire strumenti per capire. E ribadisce che alla domanda "Chi sono io?" si risponde oggi con il linguaggio della medicina. **Rovatti Aldo** dice che dato che la risposta della medicina è una struttura di potere, è necessario criticarla per aprire la speranza.

Mario Novello e Massimiliano Fanni Canelles presentano: **Chi ha paura della follia. La 180 nella scuola: roba da matti**, di **Luigi Attenasio, Mariella Ciani, Angelo di Gennaro**, Arnoldo Editore, Roma, Pag. 176 Euro 17, un testo che racconta una interessantissima esperienza dei rapporti tra scuola e psichiatria.

"Chi ha paura della follia? La 180 nella Scuola: roba da matti" è stato presentato dagli autori **Luigi Attenasio, Mariella Ciani**, docente di Udine e **Angelo Di Gennaro**, DSM Roma C con **Mario Novello**, Direttore del DSM di Udine e **Massimiliano Fanni Canelles**, medico e giornalista che dirige "Socialnews". È il risultato del progetto "Da matti a cittadini d'Europa" nei Licei delle scienze sociali di Udine, testimonianza di un percorso didattico sulla sopravvivenza dello stereotipo del "matto", frontiera ancora da esplorare, chiusi i manicomi. Agli incontri degli autori con studenti delle scuole superiori sono seguite numerose esperienze, anche sul territorio, degli studenti in prima persona con i "matti". Nel DVD allegato al libro sono raccolti tutti i materiali prodotti. Ha sorpreso la maturità e creatività nel sottolineare, in episodi che facilmente potrebbero essere catalogati come frutto di DNA patologico o di "raptus" di follia, quelli che invece sono i meccanismi della normalità con immagini che vanno dalla "follia" di Hitler e dei campi di sterminio fino al massacro degli animali da pelliccia, dalla violenza negli stadi alla catastrofe dell'11 Settembre... Alla fine ci si domanda: "Ritenete ancora che sia necessario fare attenzione alle persone "matte" ospiti delle strutture o piuttosto a chi ci circonda?... In fin dei conti la follia fa parte della normalità..."

Paolo Peloso e Michele Zanetti presentano: **Liberi tutti, manicomi e psichiatri in Italia, una storia del 900**, di **Valeria Babini, Il Mulino, Bologna, 2009 pag. 364 Euro 28**. Un testo interessante che si affaccia agli inizi del secolo fino a raggiungere l'esperienza di Franco Basaglia.

Questa ricostruzione documentata e appassionante mostra come la questione psichiatrica abbia rappresentato un momento centrale nel cammino verso la democrazia.

14) Giovedì 11 febbraio – plenaria – teatro

SALUTE MENTALE E SISTEMI DI SALUTE GLOBALI E LOCALI: SERVIZI E COMUNITA'

Un filmato sulla giornata si trova in: trieste2010.net nel video dell' 11 febbraio.

Partecipano: Massimo Briccoli, Ota de Leonardis, Matteo, Associazione Insieme a noi (Modena), Luigi Colaianni, Santo Della Volpe, Enrica Rossi

Roberto Mezzina, Trieste

Il dibattito in Europa e nel mondo ruota in modo sempre più insistente attorno all'idea di pratiche che siano eticamente fondate o basate su valori, non solo su prove di evidenza (scientifica). Essenzialmente, occorre andare oltre ogni privazione di libertà e coercizione nei trattamenti, in aggiunta a riforme legislative, richiede il miglioramento della cura basata sulla comunità ed il rafforzamento dei servizi territoriali.

Il nostro punto di partenza, fondato sulla nostra esperienza empirica ma sostenuta per oltre 30 anni, è quello di un servizio territoriale capace di presa in carico, e di controllare il circuito psichiatrico essendo l'unico punto di riferimento dell'area territoriale, aperto sulle 24 ore, con posti letto, grande flessibilità e mobilità, non selezione, evitamento dell'ospedalizzazione, coinvolgimento di risorse multiple. In realtà oggi si confrontano modelli specialistici o "funzionali", basati su differenti team vs. modelli integrati ed olistici; ed essi hanno diverse implicazioni in termini di costi e strategia, se partiamo da un'ottica di de-istituzionalizzazione. La questione del paradigma della malattia in senso biologico viene da Basaglia messa tra parentesi mentre ne venivano attivamente criticate le ricadute istituzionali, accettando attraverso la definizione aperta del problema il rischio della ricerca e della scoperta di nuove soluzioni terapeutiche. Il criterio territoriale di responsabilità da subito ha determinato un accoppiamento strutturale con la comunità cui si rispondeva, comportando una posizione attiva e "assertiva" del servizio, così come l'idea di globalità rimandava all'intera vita del soggetto attorno a cui costruire una risposta integrata, di "sistema".

Indubbiamente il diritto alla cura è fondamentale in un contesto di diritti generali allo spazio di vita, ad un ruolo sociale, al riconoscimento delle differenze (WHO, Stop Exclusion - Dare to care, 2001). La definizione di cittadinanza coinvolge la relazione tra stato e cittadino, ma soprattutto va interpretata come un processo sociale attivo di trasformazione di tale relazione (De Leonardis), non è uno status ma una pratica di esercizio dei diritti sociali. Le stesse ricerche sulla recovery indicano la cittadinanza vissuta e l'"avere una vita" al centro del processo di recovery descritto dai soggetti stessi. Oltre a ciò, l'inclusione sociale risulta un imperativo che ormai fa da sfondo inevitabile delle politiche e delle pratiche di salute mentale.

In questo senso risulta pregnante il rafforzamento del capitale sociale, la cui dotazione è intaccata pesantemente dalla malattia nella sua dinamica col contesto sociale, in termini di discriminazione e marginalizzazione. Più in generale, qui si pone la questione di come si possa assicurare l'accesso ai servizi del welfare da parte dei soggetti deboli che soffrono di varie forme di incapacitazione e di emarginazione. E ciò non può che avvenire attraverso la ripresa del percorso di deistituzionalizzazione, allargata alla medicina ed ai sistemi di welfare.

I dati di Trieste sembrano dimostrare che si può vivere da oltre tre decenni senza alcuna istituzione manicomiale, e che al suo posto si può creare una rete di servizi nella città senza barriere, a bassa soglia, una rete quindi perfettamente accessibile alle persone, che possono rivolgersi senza nessuna formalità ai Centri di Salute Mentale; una rete quindi immersa nella società e nella comunità. L'esperienza di Trieste può dare, nel suo sviluppo ormai quasi quarantennale, indicazioni generali importanti:

- Salute di comunità come passaggio che deriva dalla deistituzionalizzazione: sistemi intorno agli individui ed alle comunità
- Approccio globale ed olistico che pone in relazione la medicina ai sistemi di welfare in una sinergia potente - concetto di whole systems, whole life approach (Jenkins, Rix, 2002)
- L'attenzione agli individui ed ai diritti di cittadinanza pone la questione dei valori da cui discendono pratiche e servizi (value-based services, Fulford, 2001)
- Costruzione di percorsi personalizzati come chiave organizzativa-strategica, in cui la persona ha un ruolo attivo e un potere contrattuale.
- Costruire responsabilità ed accountability dei servizi verso la comunità. La titolarità dei processi di cura va posta nel territorio.
- Riconoscimento della rilevanza dei contesti come produttori di senso delle azioni di salute e come portatori di risorse - rifiuto dell'automatismo dei pacchetti indifferenti ai contesti di applicazione.
- Passaggio da una medicina riparativa ad una salute partecipata (no black box come imbuto dello specialismo).
- Sviluppo del protagonismo dei soggetti (stake o share holders) del sistema salute (concetto di leadership legata alla messa in moto di processi di cambiamento strategico ed organizzativo a cascata ed a ciclo continuo).

È insomma necessario un passaggio da istituzioni ad organizzazioni per la salute con una visione di "sistema" fondata sulla vita delle persone (whole systems, whole life approach) che prevedano un'accessibilità a bassa soglia e singoli punti d'accesso (one-stop-shop), lo sviluppo del lavoro a domicilio, di rete ed in rete, che sia centrato sulla persona nel suo contesto, dunque sulla sua storia e sul suo capitale sociale, e non sul trattamento della malattia. È opportuno quindi prevedere un sistema di opzioni possibili che differenzi le risposte e le renda flessibili e personalizzate.

Lo sviluppo di servizi per la salute mentale in queste direzioni è stata affiancata da quella dei distretti sanitari negli ultimi 15 anni, anch'essi intenzionati da una direzione strategica verso la comunità che essi servono. Il coinvolgimento attivo della cittadinanza e l'offerta intersettoriale di servizi ne sono le chiavi principali.

Si tratta di favorire un processo di “community (non-hospital) mainstreaming” della salute mentale nella salute generale, il cui banco di prova sono le persone con bisogni complessi che pongono la sfida dell’integrazione. In questo modo le questioni della salute mentale vengono riconosciute nel loro intersecarsi con la salute ed il benessere personale da una lato, e la coesione sociale dall’altro.

15) Giovedì 11 febbraio – workshop - Dipartimento Salute Mentale (8) **EVIDENZA DELLA RICERCA IN SALUTE MENTALE COMUNITARIA**

I contributi a questo workshop hanno messo in evidenza un salto di qualità nella ricerca mirata alla raccolta di conoscenze valide, a livello sia teorico che pratico, sui fenomeni più significativi nella psichiatria di comunità, così come sulla programmazione e sulla valutazione di efficacia e di rapporto beneficio/costo dei vari tipi di interventi. Ha aperto la seduta **Helen Killaspy**, la coordinatrice londinese del vasto progetto multicentrico pluriennale (2007-2010) DEMoBinC sulla qualità dell’assistenza nelle strutture residenziali europee, la quale ha documentato come si sia infine riusciti a mandare in soffitta i vecchi metodi "verticali" e spesso autoreferenziali, per avvicinarsi sempre di più, attraverso la collaborazione "orizzontale" con operatori e utenti, all’analisi dei bisogni reali, alla valutazione della efficacia degli interventi, compresi gli importanti aspetti soggettivi come quello del gradimento o soddisfazione. La relazione è stata integrata da un puntuale zoom di **Carla Piccinini** sul contributo triestino al progetto. Successivamente una chiara analisi degli indicatori più rilevanti per la valutazione dei risultati dei processi di riforma in Portogallo è stata presentata da **Graça Cardoso**. E’ seguito l’intervento di **Steven Segal**, sulla fruttuosa esperienza statunitense di interazione e confronto tra servizi formali e informali, essendo in questi secondi delegata agli utenti una crescente responsabilità nella conduzione dei servizi stessi - un efficace percorso di *empowerment* di soggetti per lunga tradizione privati di peso contrattuale, con risultati chiaramente positivi. Una esaustiva analisi dei meccanismi che favoriscono od ostacolano l’avvio dei pazienti ad attività lavorative è stata fornita da Renata Bracco del DSM di Trieste; e sempre per Trieste, **Giulio Mastrovito** ha illustrato con specifici dati luci e ombre del modo d’uso degli psicofarmaci - un uso di certo mediamente più razionale di quello "selvaggio" di una volta, ma ancora per diversi aspetti lontano da una compiuta aderenza alle evidenze scientifiche più recenti e affidabili (per la frequenza ancora elevata di polifarmacoterapie ingiustificate, ecc.) Una convincente dimostrazione dei modi di più efficace e più economica utilizzazione delle risorse finanziarie è stata presentata da **Fabrizio Starace** (Regione Campania) - una vera e propria sfida alle radicate consuetudini di incompetenza, irresponsabilità, inefficienza, spreco, o peggio. **Lorenza Magliano**, della seconda università di Napoli, ha poi illustrato una avvincente esperienza di "autoanalisi" delle proprie condizioni e dei propri rapporti con gli "altri" da parte di pazienti con forme gravi di psicosi, evidenziando quanto sia importante la considerazione di molti diversi aspetti soggettivi nel rapporto curante-curato. **Lucilla Frattura**, dell’Agenzia regionale FVG, ha parlato di interessanti metodi innovativi nelle valutazioni di esito, con specifico riferimento alle valutazioni funzionali basate sulla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF; importante, in questo campo, la recente ratifica in Italia, tramite la legge 2009/n.18, della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità). Infine dati significativi raccolti nel Lazio, attraverso indagini condotte dal CNR in collaborazione con i servizi e altre parti, hanno documentato il progresso sia dei processi di valutazione partecipata delle attività dei centri diurni (relazione presentata da **Mariangela Spera** e **Antonella Valentí**), sia delle attività di collocazione lavorativa (relazione di **Elisa Coli**), dimostrando soprattutto in questo secondo settore le gravi difficoltà che si oppongono alla soddisfazione delle pressanti esigenze dei pazienti.

In conclusione, i contributi al workshop hanno mostrato come si siano oramai superate le gravi limitazioni che venivano alla ricerca nel campo della salute mentale dalla ingenua (ma spesso strumentale) pretesa che ogni cosa venisse provata o smentita servendosi di quei metodi pur validi della ricerca biomedica che rispondono alle esigenze dei settori più "duri" (sperimentazioni in doppio cieco con randomizzazione, ecc. - "chi conosce come unico strumento il martello, tratta tutti gli oggetti come se fossero chiodi", recita un antico detto angloamericano). La ricerca semi-

quantitativa e qualitativa, dopo un decollo lento e difficile, ha oramai trovato i suoi "corridoi" che le consentono di volare a livelli di efficacia e di affidabilità almeno eguali rispetto a quella con la quale siamo nati e cresciuti dagli anni cinquanta in poi. E forse potrà alla fin fine sorpassare la sua "concorrente", data la sua maggior rispondenza alle effettive esigenze, a fronte della crescente complessità dei problemi; e data anche la sua minore vulnerabilità da parte delle *bias* create dal dilagare, nella ricerca biomedica, di sempre più pesanti conflitti di interesse. ([Giorgio Bignami](#))

16) Giovedì 11 febbraio – workshop – Sala spazio Villas A (9)

ILUOGHI E LA CURA. DAI LUOGHI DELLA CURA ALLA CURA DEI LUOGHI

Massimo Bricoli, (DIAP Politecnico di Milano)

Quello che a Trieste insegnano i luoghi della cura non è omologabile con altri tipi di standard. Gli spazi della cura realizzati a Trieste hanno una qualità che non si trova altrove. Non hanno il carattere di spazi della cura per cui ci si richiede: “Ma qui cosa succede, che spazio è”?

Ota de Leonardis (Sociologa, Università di Milano)

Intanto vedo un passaggio dai luoghi della cura alla cura dei luoghi. Lo smontaggio del manicomio con la realizzazione dei servizi territoriali sostitutivi in città, si è sviluppato con l'esperienza delle micro-aree e il crescente investimento nei luoghi di cura. Un buon luogo di cura è un luogo curato e per essere curato deve essere valorizzato come luogo di vita per le persone.

17) Giovedì 11 febbraio - workshop - Villas B (10)

SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI TERRITORIALI IN ITALIA MODELLI

ORGANIZZATIVI E ESPERIENZE A CONFRONTO

COORDINANO Nicola Pinelli e Marco Braida

In arrivo

18) Giovedì 11 e venerdì 12 – workshop – Officine Rosa A (11)

AUTODETERMINAZIONE E PERCORSI DI RIPRESA E GUARIGIONE

Si è trattato di un vero e proprio Incontro: infatti la presenza al Workshop è stata agita per due lunghi pomeriggi (ore 14-19) da un gruppo folto, partecipe e vivace di persone che hanno pienamente rappresentato con i loro interventi tutti i soggetti: familiari, professionali, con una maggioranza di persone con esperienza di disagio mentale.

Tracciare una sintesi delle due giornate di lavori è molto difficile per la ricchezza dei temi che sono emersi e che sono stati posti sul tavolo di discussione.

Comunque, cercando di puntualizzare: si è partiti dall'affermazione dell'importanza dell'assunzione di responsabilità da parte di chi soffre un disturbo mentale, come ricerca soggettiva che porta all'autodeterminazione e alla consapevolezza.

Da qui verso un impegno forte rivolto al cambiamento, alla modificazione della relazione tra servizi, familiari e persone, che chiedono la reciprocità nella relazione con il medico, in prospettiva appunto di un empowerment possibile delle persone stesse; esso deve essere supportato anche da buone pratiche politiche, che tendono alla ricerca del lavoro, di un reddito, di una casa.

Proprio il 'sapere' delle persone che hanno vissuto o stanno vivendo l'esperienza del disagio e sono in un processo di recovery portano alla speranza concreta di superamento e dismissione delle difficoltà: dalle varie esperienze personali e dalle numerose forme di ricerca, nazionali ed internazionali, emerge l'evidenza che il concetto di cronicità va cancellato.

Piuttosto le Associazioni di familiari e di persone sono alla ricerca della costruzione di nuove relazioni (o al consolidamento di esse) che abbiano al centro il rispetto delle persone; inoltre giungono alla denuncia fattuale del pregiudizio di dover dimostrare due volte di più la giustezza di una realtà o di un'idea, per essere credibili ed essere accettati seriamente.

E' stato detto inoltre che il potere non si può dare, lo si deve prendere, come la libertà: ciò è importante per costruire e consolidare l'autonomia delle persone, che lottano anche contro le

pratiche che mantengono o portano all'infantilizzazione delle persone con esperienza nella gestione del quotidiano, sottovalutandone le capacità e/o le possibilità reali.

Pertanto i servizi devono facilitare i percorsi di recupero e di guarigione con proposte non banali, ma al contrario ricche, non scontate, in modo da portare le persone verso una partecipazione reale nelle strategie vere di operatività dei servizi stessi.

Viene confermata la necessità di vigilanza sulla legge 180 e sulla sua reale applicazione su tutto il territorio nazionale.

Un particolare riferimento è stato fatto all'uso delle parole e alla scelta del linguaggio, in quanto è stata ribadita la sostanza che sta dietro/dentro alle parole stesse. La riflessione sui termini accettabili o proposti è legata all'informazione e ai modi con cui i media (giornalisti, operatori mediatici vari) riportano all'opinione pubblica più ampia le notizie che riguardano la salute mentale, che devono andare oltre alla descrizione dei fatti di cronaca, per giungere ad un approccio più maturo di discussione su/di problemi complessi.

Proprio da qui o anche da qui si è partiti per concludere con una proposta concreta di costruzione di una rete di reti, un network, in modo da riannodare canali operativi già esistenti, e dar forza a pratiche che ci uniscono, a obiettivi comuni, in cui ci riconosciamo come cittadini. (**Silva Bon**)

Il workshop si era proposto di valutare l'impatto del protagonismo degli utenti, dei familiari, del volontariato nell'ambito dei servizi di salute mentale, di capire quanto queste nuove voci fossero consapevoli della loro forza e come, cambiando le relazioni dei soggetti, cambiassero le gerarchie dei poteri. Il workshop è stato molto partecipato e ha fornito una esaustiva panoramica delle posizioni di tutte le categorie e di tutti i ruoli, coinvolti nella salute mentale, in differenti contesti e paesi (Italia, Inghilterra, Francia, Finlandia, Brasile, Svezia, Svizzera, Germania). Terreno comune è stata la rivendicazione dei diritti di cittadinanza, non solo come principi, ma soprattutto come concretezza di possibilità di vita (usufruire di una casa, avere un salario dignitoso, un lavoro). Gli intervenuti hanno dichiarato la loro volontà di mettersi in gioco, di rischiare, di rompere le regole nella responsabilità, di dichiarare sempre la loro indignazione di fronte a ogni manipolazione e a ogni riproposizione dello stigma. Ciò che "guarisce", si è detto, è fondamentalmente il rispetto e la speranza, è la capacità di trovare un senso alla propria storia, di poter affrontare le contraddizioni del quotidiano con un sentimento di maggiore sicurezza. In questa prospettiva è stato dichiarato il rifiuto di intendere la "ripresa" come una tecnica ed è stata focalizzata l'attenzione sul senso e la inadeguatezza della parola "utente".

Sono state riferiti, in particolare, gli esiti delle ricerche europee di valutazione dei servizi da parte degli utenti, vere esperienze di empowerment, che hanno rinforzato la coscienza dei protagonisti e hanno aperto nuove contraddizioni (come la richiesta di un salario da parte degli utenti). In ogni caso il lavoro di promozione condotto in questi contesti ha reso evidente che occorre sempre, affinché il protagonismo non sia opzionale o manipolabile, che sia presente una azione e una tensione comunitaria. (**Ernesto Venturini**)

19) Giovedì 11 febbraio - Workshop – Dipartimento di prevenzione (13)

LE FORME DELLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE: I LUOGHI, I SOGGETTI SECONDA GIORNATA

Domenico Casagrande si propone di approfondire aspetti più specifici del lavoro di deistituzionalizzazione, tenendo conto degli assetti normativi e legislativi, delle concezioni del trattamento e della cura, e della eventuale persistenza di metodi di contenimento e/o riduzione. Il workshop si propone un duplice obiettivo, da un lato analizzare in che modo il paradigma di esclusione o di internamento sopravvive e si riproduce in diverse forme, negli ospedali psichiatrici, cliniche private, comunità chiuse e negli SPDC; dall'altro individuare sistemi di contrasto alle cattive pratiche, es. allontanamento delle persone dai propri luoghi di vita, violenza istituzionale, fisica o contenitiva, interventi eccessiva medicalizzazione, stigmatizzazione, paternalismo. La riforma sanitaria ha messo in crisi la centralità dell'ospedale e ha valorizzato l'assistenza domiciliare. Il bisogno di assistenza medica si è trasformato in diritto alla salute. Tuttavia l'istituzionalizzazione è uno spettro immanente: il paradigma manicomiale sembra essere un pericolo ancora presente e diffuso anche in

quei servizi territoriali psichiatrici (SPDC, CSM, CTRP, Alloggi Protetti, ecc) istituiti come alternativa ai manicomio, Ospedali Psichiatrici Giudiziari, istituzioni per anziani (case di riposo o RSA) spesso sono gestite come nuovi manicomio, dove sistemi di contenzione vengono spacciati come forme di assistenza e cura. Le strutture alternative al manicomio non dovrebbero essere intese come istituzioni senza muri e di dimensioni più ridotte, ma dovrebbero essere servizi flessibili e che non riproducono la logica del manicomio, anche se in forme meno violente e meno evidenti. Struttura alternativa significa un modo diverso di trattare il malato di mente, in un rapporto di libero confronto che solo può sostenere un progetto terapeutico. Troppo spesso invece si ripercorrono rapporti reificati o meglio non rapporti, basati ancora su imposizioni e soprusi in nome della scienza e della sicurezza.

La legge 180 ha sancito che l'assistenza ai malati di mente non può più essere gestita come nel passato e che la distruzione del manicomio non significa abbandono del malato a sé stesso, ma *significa creare le premesse perché egli possa essere seguito in modo migliore e aiutato per le sue reali difficoltà,*

Benedetto Saraceno, direttore del DSM dell'OMS scrive: *"la deistituzionalizzazione è molto più della deospedalizzazione: implica LA RADICALE ASSUNZIONE DELLA COMPrensIONE DEL PAZIENTE"*

Una recente ricerca sui Servizi psichiatrici Veneti, ha evidenziato come sussistano due diverse impostazioni dei servizi psichiatrici, due polarizzazioni interne al funzionamento organizzativo: **Una tecnico-scientifico-burocratica**, dove predomina il riferimento alle leggi scientifiche, alla classificazione, alle procedure e ai protocolli riproducibili, alla misurabilità degli esiti; debitrice a un'idea di scienza di tipo positivista, **Un'altra umanista-olistica**, dove il riferimento principale è all'etica in cui sembra essere presente, e talvolta predominante, un orientamento "sociale-comunitario" ispirato a un'etica della cura che pone il soggetto e i propri diritti di cittadinanza al centro del sistema di cura e di valutazione.

La realizzazione di servizi di tipo umanistico olistico sembra essere quella più aderente allo spirito della legge 180 con servizi aperti, compresi i SPDC, spazi di vita in cui svolgono liberi scambi di rapporto e in cui le risposte al disagio psichico sono conseguenza di conquiste di liberazione che tengono conto della complessità delle problematiche e della globalità degli interventi e in cui le tecniche sono modellate sulle necessità dell'utenza e a questa si adeguano. Queste istituzioni sono pertanto flessibili ed aperte.

In questi ultimi anni, un clima politico che considera la salute del cittadino come un costo e non come una risorsa, che taglia la spesa pubblica, che tende a favorire il privato, il riaffiorare del paradigma manicomiali rischia di essere una realtà, non legato alla cronicità. Troppe strutture perdono la loro funzione socio-sanitaria, per convertirsi in rigidi contenitori di controllo della diversità variamente espressa, in cui la contenzione fisica viene rimotivata come necessità ineludibile.

Infine, ma non per ultimi vanno segnalati i Centri di Permanenza temporanea, dove sono accolti gli stranieri senza permesso di soggiorno, che pur non avendo commesso alcun delitto oltre l'infrazione delle clandestinità, sono ristretti in spazi angusti, insufficienti, spesso non igienici e forzatamente sottoposti alla assunzione di psicofarmaci. Sono queste le nuove istituzioni della vergogna, a cui rivolgere l'attenzione.

Luigi Benevelli con la sua relazione **"Legislazione, deistituzionalizzazione e reistituzionalizzazione"** ha allargato il panorama alla situazione europea da un punto di vista legislativo, sottolineando le contraddizioni esistenti fra indicazioni legislative e realtà operative, anche in paesi considerati avanzati, quali Gran Bretagna o paesi Nordici.

Sottolineando i pericoli incombenti di una reistituzionalizzazione. Benevelli ha posto l'accento sul fatto che le indicazioni del Parlamento Europeo risultano chiare nel suggerire la strada da percorrere, in riferimento alla salute mentale, sottolineando la necessità di processi di deistituzionalizzazione e la centralità dell'utente nei servizi sociosanitari, tuttavia tali indicazioni, per la maggior parte degli Stati aderenti alla Comunità Europea, sono disattese. Infine Benevelli ha sottolineato con forza i pericoli di una revisione della legge 180 in Italia (vedi proposta Caccioli, ma non solo) ha evidenziato la pericolosa pratica della contenzione molto diffusa e troppo poco riconosciuta.

Fernanda Nicacio dell'Università di San Paolo (Brasile) insieme a **Sônia Barros**, in rappresentanza di operatori Brasiliani e alla presenza di **Paul Singer** (sottosegretario di Economia Solidale del Ministero del Lavoro Brasiliano) ha fatto il punto sulla situazione della riforma psichiatrica in Brasile. Dalla relazione risulta evidente come la riforma si ispiri alla legge di riforma italiana e come si guardi a Trieste come realtà a cui riferirsi. Specialmente negli Stati del Sud del Brasile il processo risulta a buon punto tanto che oggi forse il Brasile è lo stato che persegue la riforma con la maggiore sollecitudine e rigore al mondo e tale processo è ben sostenuto dal Governo centrale.

Thodoros Megaloekonomou, Primario di un CSM di Atene e del reparto correlato all'O.P. è intervenuto su: **"Da Leros ad Atene: quale deistituzionalizzazione?"**

Nell'intervento, dopo avere sottolineato la differenza fra la situazione di Leros, che l'aveva visto come uno dei principali attori della trasformazione di quella realtà, e la situazione di Atene, ha marcato le difficoltà e le criticità di questa nuova, per lui, situazione, sottolineando come il maggiore problema sia quello della contenzione.

La tragicità di questa forma di intervento, come conseguenza dell'istituzionalizzazione è il maggior male da combattere. Su tale tema si è a lungo soffermato mettendo in evidenza le problematiche etiche e morali che sono collegate alla pratica della contenzione oltre alle gravi conseguenze di ordine sociale e sanitario.

È seguita la **Tavola Rotonda su: "Custodia; segregazione e contenzione"**. Ha aperto gli interventi **Lorenzo Toresini** che ha illustrato l'esperienza dell' SPDC del CSM che dirige illustrando come è possibile avere dei servizi in cui sia bandita ogni forma di contenzione. Ha poi sottolineato come siano ancora troppo pochi gli SPDC open door e in cui non si usano mezzi di contenzione

Luigi Attenasio ha parlato della propria esperienza ad Arezzo e a Mantova illustrando l'importanza dell'attività del personale paramedico nell'azione di deistituzionalizzazione, testimoniata da una infermiera che ha partecipato all'esperienza mantovana. **Walter Gallotta** che ha descritto la situazione dell'SPDC appartenente al DSM diretto da Attenasio, ha sottolineato le difficoltà di portare avanti una azione di deistituzionalizzazione e la lotta contro la contenzione nel suo servizio. Particolare interesse, commozione e partecipazione ha destato la testimonianza di **Nataascia Casu**, figlia di un venditore ambulante cagliaritano, morto nel letto di contenzione all'SPDC, dopo una settimana di ricovero sempre legato. Il Casu non soffriva di alcun problema organico, l'autopsia ha decretato la morte per insufficienza cardiocircolatoria, ma non sono più reperibili i referti, andati perduti. I medici coinvolti, sospesi dal Direttore Sanitario sono tornati al loro posto, mentre il Direttore Sanitario è stato rimosso (oggi fa parte dello staff di Obama come consulente per la sanità!). Il processo è ancora in corso. Nataascia Casu chiede di sapere come e perché è morto il padre, ma soprattutto si batte perché la contenzione venga bandita da ogni servizio socio sanitario e perché non succeda più che una persona muoia a causa di un intervento contenitivo.

Tutti gli interventi successivi e anche il dibattito si è concentrato sul caso Casu e su che fare per combattere qualsiasi forma di contenzione.. Gli interventi sono stati di **Casentino, Rissone, Alice Banfi, Margherita Purgato e altri operatori**. La tavola rotonda è stata condotta da **Pier Riccardo Bergamini**, medico legale di Trieste, che ha relazionato sul lavoro di una Task Force di Trieste che sta lavorando per dimostrare come la contenzione non possa essere qualificata come atto sanitario, per cui non può essere decisa da un medico. Il gruppo di lavoro non ha ancora tratto conclusioni definitive. Da parte di tutti è stata testimoniata l'importanza di questo lavoro ed è stata richiesta la diffusione dei risultati definitivi (**Domenico Casagrande**) (All'Incontro internazionale di Trieste erano presenti circa 30 operatori brasiliani per la maggior parte dello stato di San Paolo)

20) Giovedì 11 febbraio – workshop – Sala distretto 4 (14)

CONSUMI E DIPENDENZE OGGI

Coordinano Roberta Balestra, Alfonso Di Leva

Il workshop, seguito da circa ottanta persone, ha promosso il confronto interdisciplinare sui nuovi scenari di consumo, sulle specificità dell'uso di sostanze psicoattive nelle età giovanili, sul rapporto tra benessere, piacere, rischio e danno, a partire da relazioni tematiche svolte da esperti rappresentativi di approcci disciplinari diversi, come le neuroscienze, l'epidemiologia, la sociologia, la filosofia e l'estetica.

Consapevoli della complessità del tema, si è cercato di mettere in comune le nuove conoscenze disciplinari evitando i rischi di semplificazione e di riduzionismo insiti nella lettura mono-oculare.

Il tema dei linguaggi comunicativi ha attraversato il seminario, per la sua centralità, anche alla luce dell'imponente sviluppo tecnologico e dei nuovi strumenti di relazione a disposizione della popolazione.

Si è partiti (**Sabrina Molinaro**) da una fotografia dinamica dei dati europei, nazionali e locali riguardanti le diverse sostanze d'abuso, raccolti a cura del CNR di Pisa e ricavati dal sito del EMCDDA, centro di monitoraggio europeo. Tali dati suggeriscono che la diffusione e le tendenze del consumo sono influenzate dalla forza di penetrazione dei mercati e dalle rotte del narcotraffico. La distribuzione delle sostanze è molto variabile nei diversi Stati europei. In Italia si osserva analogia elevata variabilità tra le regioni nel corso degli anni (per esempio, la cocaina si sta diffondendo secondo una traiettoria da Nord verso Sud, anche se non è corretto parlare di un "allarme cocaina"). Emergono varie criticità: continuo aumento della cannabis in tutta la popolazione, aumento dei consumi "di nicchia" di allucinogeni (ketamina) nella fascia di età 24-35 (a Trieste tale consumo è passato negli ultimi 4 anni dal 2,5 al 4 %, segnando l'incremento maggiore nel FVG), il consumo di alcolici nel FVG è tra i più elevati in Italia. Siamo di fronte ad un aumento della addiction generica (mix di più sostanze, gioco d'azzardo) con picchi in alcune categorie professionali (disoccupati e artigiani/agricoltori), che andrebbero ulteriormente indagati.

Il contributo delle nuove scoperte neuroscientifiche (**Stefano Canali**) è stato illustrato secondo una prospettiva evolucionistica, utile a superare contraddizioni e dicotomie tra un approccio neurobiologico e un approccio culturale della dipendenza (patologia dell'anima o del corpo, vizio o malattia, biologia o cultura, ecc). Il punto di vista evolucionistico definisce la dipendenza come incapacità di controllare un comportamento compulsivo gratificante. Il tema del piacere è cruciale anche dal punto di vista biologico, ma i meccanismi funzionali implicati sono molto vulnerabili, aperti all'influenza di sostanze che interferiscono sulla stessa esperienza di piacere. La funzione vitale del

piacere è dimostrata dal fatto che comportamenti con valore di necessità per la sopravvivenza della specie (mangiare, bere, attività sessuale) sono marcati affettivamente dal piacere, che gioca un ruolo di rinforzo.

La “costruzione” del cervello è un processo continuo e dinamico di rimodellamento, per il fenomeno della plasticità. La plasticità cerebrale (intesa come capacità di creare nuove connessioni e addirittura nuovi neuroni anche in età adulta) è coinvolta anche nei meccanismi della dipendenza: nella persona dipendente possiamo vedere infatti un ipersviluppo delle aree anatomico-funzionali che sovrintendono ai comportamenti d'abuso. La dipendenza può essere spiegata come un disordine dell'apprendimento, che coinvolge l'inibizione della corteccia prefrontale nella sua funzione di controllo. Il repertorio comportamentale diviene sempre più ristretto. Inoltre vi è un processo di maturazione e di sviluppo di alcune aree regolatorie cerebrali (corteccia prefrontale) che arriva a compimento intorno ai 22 anni, che spiega le modalità peculiari di apprendimento, gli atteggiamenti e i comportamenti degli adolescenti, spesso caratterizzati dal prevalere della tonalità emotivo-affettiva su quella razionale-analitica.

Tutte le sostanze d'abuso agiscono sul sistema dopaminergico, mandando un segnale del tipo “è piacevole = ripeti”. Il sistema dopaminergico matura anche attraverso le cure parentali; da qui la centralità del ruolo della famiglia e del rapporto genitori/figli. Tutti sono sensibili agli effetti piacevoli delle sostanze psicoattive; il consumo di tali sostanze è stato osservato perfino negli animali.

L'evoluzionismo sottolinea il ruolo sia dell'individualità che del contesto. Ogni persona è diversa. I geni ereditati ci possono rendere vulnerabili; ma sono le scelte della vita e le esposizioni a certi fattori socio-ambientali che contribuiscono a determinare il nostro comportamento.

Il ruolo fondamentale del contesto socioculturale è stato quindi affrontato secondo una lettura sociologica e filosofica (**Vincenzo Susca**): il consumo di sostanze provoca un piacere che il corpo avverte come un abbraccio e risponde a dei bisogni che affondano le radici in questo mutato contesto socioculturale.

Ogni cultura si incarna in pratiche. La cultura contemporanea promuove il consumo e l'eccesso, ama le contraddizioni. I luoghi del consumo contemporaneo sono spesso i luoghi dello spreco, ad alta carica erotica, “orgiastica” (rave, party) e la corporeità tende all'eccesso.

Il tempo libero sta invadendo il tempo lavoro e il “corpo sociale” sta diventando dipendente dal tempo ludico, con una carnevizzazione dell'esistenza che non può passare che dal grottesco. Il principio della perfezione non eccita l'immaginario contemporaneo: prevalgono le figure che integrano il difetto, l'ombra, la malattia, la parte maledetta. Più il sistema di valori è in crisi più prevalgono le figure “mostruose”, che come tali integrano luce e ombra, bene e male. Il Carnevale, che era il tempo della temporanea sospensione delle regole, ora sta straripando la parentesi festiva. Le pratiche ludiche sono esperite anche nel tempo del lavoro, dell'impegno: consumi quotidiani (di sostanze, pornografia, ecc.) invadono la vita lavorativa. La tecno-logia, con il suo sviluppo WEB 2, modifica i parametri spazio-temporali, consente di sperimentare contemporaneamente il “qui ora e l'altrove”, attraverso più connessioni simultanee, diventando tecno-magia. La mentalità del multitasking implica che si possano fare molte cose contemporaneamente. L'individuo è sempre connesso, in relazione con un gruppo che diventa la sua tribù (facebook, myspace). Gli strumenti informatici richiamano una tribalizzazione del mondo. Non è più importante il contenuto dello scambio e del messaggio quanto l'essere in relazione con il gruppo.

Si abitano più gli spazi virtuali di quelli reali, perché più aderenti ai nuovi bisogni. In questo senso vi è un parallelismo tra tecno-magia e droga, poiché entrambe permettono di sperimentare contemporaneamente e il “qui ora e l'altrove”, di evadere dal reale, di trovare appartenenze. La società spinge al consumo. Ma ora il consumo porta alla dissipazione del corpo.

Il giornalista (**Di Leva**) ha sottolineato la oggettiva difficoltà dei mass media ad affrontare il tema del consumo di sostanze e della dipendenza. Viene evidenziato il rischio che una visione economicistica all'interno del mondo della comunicazione (e in particolare il processo diffuso di aziendalizzazione) fornisca il modello egemonico per leggere e parlare della realtà: se la dimensione economica del processo culturale aumenta, diminuisce il valore etico e culturale del suo contenuto. I prodotti della comunicazione (giornali, indagini, news, trasmissioni) non sono come gli altri prodotti e ci dovrebbe essere una maggiore consapevolezza del loro potere di determinare culture e rappresentazioni sociali e quindi una maggiore responsabilità dei professionisti, soprattutto nei confronti dei soggetti più deboli.

La cultura non è soltanto **produzione di merce**, è anche **produzione di senso**.

Il proliferare degli strumenti di comunicazione ha prodotto una loro atomizzazione, con l'effetto di creare “confusione” piuttosto che aumento di informazione.

La discussione successiva agli interventi di apertura ha messo a fuoco alcuni attuali bisogni dei giovani consumatori ed ha approfondito le principali caratteristiche del lavoro educativo “di strada”, di quello di sviluppo di comunità realizzato dalla rete dei servizi pubblici e del privato sociale.

Al Dipartimento delle Dipendenze di Trieste (**Roberta Balestra**) nel corso dell'ultimo quinquennio 2004 - 2009 si è assistito ad un incremento significativo tra i “nuovi utenti” dei giovanissimi con età inferiore ai 22 anni con problemi di dipendenza da eroina o da mix di sostanze. Questi giovani dimostrano una diversa aspettativa nei confronti della sostanza, una scarsa consapevolezza dei rischi, anche connessi alla illegalità, un diverso atteggiamento nei confronti dei servizi di cura. Per tali ragioni si impone un più accurato lavoro di comprensione del bisogno e di riorganizzazione dell'offerta di cura.

Il tema della legalità/illegalità e dell'impatto delle attuali normative in materia di stupefacenti è stato molto dibattuto. Si è sottolineato come gli aspetti connessi alla illegalità di certe sostanze rendano più pesanti e complessi i problemi delle persone, sia consumatori che dipendenti, e siano alla base di un diffuso atteggiamento di stigmatizzazione sociale. Nonostante la modifica di legge del 2006 abbia accentuato l'approccio proibizionista e punitivo, il consumo di sostanze non è diminuito in questi anni. Si è parlato inoltre delle gravi condizioni in cui le persone detenute si trovano, a causa del sovraffollamento (più di 65.000 persone reclusi in Italia, di cui un terzo per reati connessi agli stupefacenti) e delle carenze del sistema intra-murario di protezione sociale e sanitaria, che rendono non esigibili gli elementari diritti costituzionali.

La sessione ha sottolineato il ruolo negativo che anche nelle storie di dipendenza giocano la precarietà sociale, la carenza di aspettative per il futuro, lo stigma, la solitudine, la povertà, quali determinanti sociali di salute. Tutti i partecipanti, ed in particolare il giornalista direttore dell'ANSA regionale, hanno condiviso la necessità di assumersi la responsabilità e l'impegno di proseguire l'approfondimento tematico tra addetti ai lavori e l'attività di sensibilizzazione e di informazione pubblica, al fine di contrastare i processi di stigmatizzazione, frutto di rappresentazioni socioculturali semplificate ed appiattite. **Roberta Balestra**

21) Giovedì 11 febbraio – workshop - Sala Palazzina O (15)

PROPOSTE ALLE NUOVE AMMINISTRAZIONI REGIONALI SULLE POLITICHE DI SALUTE MENTALE

Nel workshop si è discusso sul ruolo della “politica” nell'indirizzare i sistemi sanitari, i processi di cura, il protagonismo e la partecipazione dei soggetti, una economia solidale.

Quanto sta avvenendo in Sardegna nel passaggio dalla Giunta Soru alla Giunta Cappellacci è apparso paradigmatico. Molti gli interventi a testimoniare la ripresa in Sardegna di processo di re-istituzionalizzazione, di diminuzione delle risorse a favore delle persone, il rischio del ritorno prepotente delle psichiatrie più impresentabili perché lesive dei diritti e della dignità dei soggetti, dopo una feconda stagione di costruzione di norme e di regole, di programmazione, dopo un rafforzamento e qualificazione del servizio pubblico, dopo una significativa attenzione alle persone a rischio di esclusione sociale, l'attivazione di possibilità concrete di emancipazione e di accesso alle risorse della comunità, il rafforzamento dei diritti.

E' stato sottolineato come spesso l'attenzione alle politiche di salute mentale da parte dei politici come dei responsabili aziendali sia debole, quando non assente o contraddittoria, pur in presenza di legislazioni avanzate, di evidenze scientifiche, di domande dei cittadini.

E' stato sottolineato come spesso l'attenzione alle politiche di salute mentale da parte dei politici come dei responsabili aziendali sia debole, quando non assente o contraddittoria, pur in presenza di legislazioni avanzate, di evidenze scientifiche, di domande dei cittadini, mentre il tema della sicurezza e del controllo sociale del “diverso” sta ri-assumendo una preoccupante centralità.

E' stato evidenziato come spesso si aderisce a parole a principi innovativi, ma in concreto poche o nulle sono le azioni dirette a programmare, sviluppare, dare risorse e valore ai servizi preposti, a salvaguardare le “buone pratiche”, come a contrastare pratiche di abbandono o lesive del diritto alla cura, del rispetto dei diritti e della dignità, di percorsi di emancipazione e di guarigione.

Troppo spesso ci confrontiamo con disattenti politiche regionali, con una inefficace integrazione tra sanitario e sociale, con assenza di interventi sui determinanti sociali di salute, con pratiche dei servizi non orientate, dalla programmazione, alla presa in carico “forte” dei soggetti e dei contesti più vulnerabili. Esistono peraltro politiche virtuose che riconoscono e prendono avvio da queste tematiche e dalla costruzione dei diritti, prioritariamente dalla convinzione che il primo diritto per una persona con disturbo mentale, per una persona che necessita di lunga assistenza, per un soggetto vulnerabile, per una famiglia, per una comunità locale è l'esistenza e la possibilità di utilizzo, nella comunità, di un servizio pubblico qualificato che garantisca salute, possibilità di rimanere nei propri ambiti di vita supportati, partecipazione e protagonismo.

La responsabilità attuale delle Regioni in materia sanitaria obbliga ad interrogarle sulle politiche di salute comunitaria, e in particolare di salute mentale, sui sistemi di Welfare. La lettera di raccomandazioni alle candidate e i candidati alla presidenza delle Regioni elaborata nel workshop è stata fatta propria dal Forum Salute Mentale che si è impegnato per la sua diffusione.

Cara/o candidata/o Presidente,

in occasione del prossimo appuntamento elettorale, che coinvolgerà molte regioni italiane, vogliamo esplicitare alcune richieste in ordine alle “politiche per la salute mentale” che, come le è noto, sono ormai di esclusiva competenza dei governi regionali.

L'assolutamente inutile dibattito sulla Legge 180 deve appartenere al passato. La Legge 180 ha eliminato uno statuto speciale (e rovinoso) per i “malati di mente”. Impossibile tornare indietro.

I servizi psichiatrici e per la salute mentale devono essere costituiti in ogni regione non per legge “speciale” ma per pubblico dovere, come per qualsiasi altro settore della sanità pubblica.

In molte regioni questo è avvenuto in maniera insufficiente o con modalità gravemente improprie e senza una allocazione efficace delle risorse -case di cura private che erano non consentite dalla legge, cosiddetti “centri di riabilitazione” dove le persone vengono trattenute per anni, residenze con caratteristiche di manicomialità, servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali generali con le porte chiuse che fanno ricorso in maniera non accettabile alla contenzione, strutture territoriali ambulatoriali aperte poche ore al giorno, ecc.-.

Tutti sappiamo da molti anni, perché ne abbiamo oramai evidenze scientifiche, qual è il modello adeguato di servizi per la salute mentale, che possiamo così schematicamente configurare:

A - uno strutturato Dipartimento di salute mentale per ogni Azienda Sanitaria con un'unica responsabilità di budget e di indirizzo clinico, il cui responsabile risponde direttamente alla direzione generale dell'ASL;

B - Centri di Salute Mentale funzionanti sulle 24 ore e per 7 giorni, dotati ciascuno di posti letto per l'accoglienza diurna-notturna di persone anche in crisi, disposti in aree orientativamente di 50/80.000 abitanti e comunque definiti da uno o più distretti sanitari

1- dotati di una equipe multidisciplinare con circa 1 operatore ogni 1500 abitanti. Servizi che oltre a svolgere interventi ambulatoriali e domiciliari devono garantire la presa in carico e la continuità terapeutica nella comunità, interfacciarsi con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio, promuovere programmi di emancipazione ed inclusione;

2- un servizio ospedaliero psichiatrico di diagnosi e cura per ogni 200/300.000 abitanti, con non più di 15 posti letto (ma possibilmente di meno), che funzioni eminentemente come pronto soccorso psichiatrico potendo rapidamente trasferire al centro di salute mentale dell'area di provenienza chi ha bisogno di ulteriori trattamenti sulle 24 ore;

3- una rete di piccoli “gruppi di convivenza”, fino a 8 posti, supportati da graduate forme di assistenza, per coloro che per lungo o lunghissimo tempo non possono vivere in famiglia o da soli; una rete di cooperative sociali e di laboratori di attività per favorire ogni forma di integrazione lavorativa o di occupazione delle persone coinvolte;

4- sostegno alle famiglie, sia attraverso i servizi domiciliari che attraverso il supporto alla dimensione associativa;

5- promozione e sostegno alle iniziative di auto-aiuto tra le persone con esperienza di malattia;

- 1. forme di sostegno al reddito, alla socialità, ad appropriate politiche per la casa nell'ambito del rapporto tra aziende sanitarie ed enti locali;*
- 2. attività di formazione permanente per gli operatori del servizio pubblico e il terzo settore coinvolto in azioni complementari;*
- 3. programmi di presa in carico di persone con disturbo mentale autori di reato, in alternativa all'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) e programmi di presa in carico degli internati nell' OPG finalizzati alla loro dimissione e presa in carico territoriale, di contro ai progetti di regionalizzazione degli OPG;*

Attraverso queste azioni coordinate e integrate, dovrebbero avvalersi di circa il 5% delle risorse globali del fondo sanitario – è possibile come dimostrano numerose esperienze:

- superare l'utilizzo di cliniche private, di residenze ad elevata concentrazione di utenti, di posti letto non accreditati o non sensatamente accreditabili,*
- abolire ogni forma di contenzione fisica,*

- azzerare l'invio di pazienti fuori del territorio delle rispettive aziende sanitarie,
- eliminare di fatto il ricorso all'ospedale psichiatrico giudiziario.

Questo modello dei servizi – presente da anni e con provata efficacia in alcune aree del paese – è del tutto praticabile e sostenibile, è finanziariamente compatibile e per nulla di difficile attuazione. Occorre però che gli amministratori lo vogliano con chiarezza e lo perseguano con adeguata determinazione, orientando così tutti gli operatori psichiatrici pubblici, e in particolare i responsabili dei servizi, a svolgere il loro lavoro in sostanziale coerenza con i principi vigenti. Solo in quanto gli amministratori agiscano coerentemente la loro funzione, senza più una insopportabile dissociazione tra gli enunciati e le azioni, sarà possibile generalizzare quella trasformazione delle pratiche e della cultura che è stata avviata ancor prima delle legge 180 e che per ora ha dato i suoi frutti soltanto in determinate aree del nostro Paese.

Giovanna Del Giudice Portavoce Nazionale Forum Salute Mentale

22) Giovedì 11 febbraio –workshop - Sala Padiglione M (16)

L'INSANO GESTO Incontro ad armi pari tra operatori dell'informazione e cittadini utenti dei servizi di salute mentale

Per un giornalismo della speranza

Sara Zambotti

All'interno dell'incontro internazionale "Trieste 2010: Che cosa è salute mentale?" si è tenuto giovedì 11 febbraio un workshop dal titolo *Un Insano Gesto*. All'incontro hanno partecipato giornalisti, familiari, esponenti di associazioni della società civile, operatori e utenti dei servizi di salute mentale riuniti per affrontare il tema cruciale di come oggi in Italia la salute mentale è raccontata dai media. Ovvero, come giornali, radio, televisioni rappresentano la salute mentale e come vorremmo invece che lo facessero? Quali parole proponiamo per comunicare le molte storie di trasformazione e di guarigione che esistono? E che rapporto c'è tra le rappresentazioni dei media e le paure nei confronti della "malattia mentale" diffuse nella società?

Massimo Cirri, conduttore radiofonico (dei programmi Caterpillar su Radio2 Rai e La Terra è Blu su Radio Fragola) e Peppe dell'Acqua, direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, hanno aperto l'incontro ricordando come nel mondo dell'informazione è presente uno schema narrativo dominante in cui "malattia=persona". Per esempio, l'aggressione del dicembre 2009 al Papa è stata riportata da alcuni titoli come l'atto di una "psicolabile svizzera"¹. Nello stesso modo, pochi giorni prima Massimo Tartaglia, che scagliò una statuetta contro Silvio Berlusconi, venne in alcuni articoli definito come "l'uomo psicolabile" ancora prima che con il suo nome e cognome². In che cosa queste rappresentazioni sono pericolose e quali alternative possiamo immaginare? Madia Marangi, dell'associazione "Il Gabbiano", ha con il suo racconto risposto a questa domanda. Madia ha ricordato come circa due anni fa l'uccisione della famiglia seguita dal suicidio di un medico di Taranto, venne presentato da un telegiornale nazionale della RAI con il titolo "Depresso stermina la famiglia". Madia, che in quel periodo sceglieva coraggiosamente di informare i colleghi del periodo difficile che stava passando e di essere per questo in cura, ha ricordato di aver subito lo sguardo diffidente di una sua collega preoccupata di avere accanto un potenziale pericolo. Infatti, la conseguenza di queste rappresentazioni in cui il disagio si trasforma in aggressività incontrollata è la negazione di ogni potere di responsabilità e di controllo nei soggetti "malati". Così anch'essi, alla lunga, cominciano a perdere ogni fiducia nel proprio potere di reazione e di trasformazione come ha riportato Alice Banfi (autrice di *Tanto scappo lo stesso*, pubblicato da Stampa Alternativa in cui l'autrice ripercorre le esperienze di ricovero in alcuni reparti psichiatrici del Nord Italia). Così come lei, anche Federico e altri utenti hanno raccontato la loro visione della salute mentale e richiesto uno sforzo creativo e una sensibilità maggiore da parte dei giornalisti nel trattare questi temi. E come hanno risposto gli operatori della comunicazione?

Erano presenti in molti, sia di testate nazionali che locali: Sandro Della Volpe del TG3, Iva Testa GR RAI, Toni Iop de L'Unità, Fabrizio Ravelli de La Repubblica, Maurizio Cattaruzza de Il Piccolo e molti altri. Insieme hanno condiviso la critica verso la superficialità di gran parte del racconto giornalistico su questi temi; in particolare ponendo l'accento su alcune cause: la scarsità di tempo e di spazio a disposizione ("Come

¹ Vedi, tra gli altri: <http://tv.repubblica.it/copertina/l-aggressione-al-papa-sui-tg-del-mondo/40675?video>

² Vedi: http://www.la7.it/news/dettaglio_video.asp?id_video=36056&cat=cronaca.

posso essere approfondito se ho a disposizione solo 70 righe?” ha chiesto Ravelli di La Repubblica) e la mancanza cronica di conoscenza, consapevolezza e formazione dei giornalisti rispetto a questi argomenti. Questi limiti sono diventati immediatamente proposte di lavoro: come l’idea di organizzare incontri periodici di formazione per i giornalisti o redarre un manuale ad uso dei direttori della testate. Altri hanno raccontato le loro personali esperienze di disagio mentale mostrando così che non esiste una separazione netta tra giornalisti=normali e i soggetti raccontati=malati. E allora come possiamo operare diversamente? Intanto continuando la pratica basagliana “del favorire la presa di parola” dei protagonisti di queste storie, così come fanno quotidianamente le radio della salute mentale in varie città di Italia e che erano presenti all’incontro. Come ha proposto Claudia di un’associazione di familiari di Reggio Emilia, esse devono essere sempre più numerose per poter “fare canale”. Inoltre, va implementata la ricerca su linguaggi alternativi e non stigmatizzanti come si fa da tempo a Trieste dove è stata per esempio organizzata una grossa campagna mediatica innovativa contro la solitudine e il suicidio. Peppe Giulietti di Articolo21 ha chiuso la giornata rilanciando sull’elaborazione di una: “Carta per un giornalismo della speranza, una Carta di Trieste, dove siano chiare le parole che si vogliono bandire e quelle che invece vogliamo utilizzare. Si tratta di portare avanti un lavoro condiviso che vede coinvolte le associazioni di familiari, gli operatori dell’informazione e gli utenti dei servizi”. Al lavoro quindi.

23) Venerdì 12 febbraio – workshop – Sala Teatro (17)

PROGRAMMI E SERVIZI CENTRATI SULLE PERSONE E ORIENTATI ALLA GUARIGIONE. LE BUONE PRATICHE

Coordinano Renzo Bon, Roberto Mezzina, Pasquale Evaristo

Le domande del workshop erano le seguenti. Come soddisfare la dichiarazione di Helsinki sui servizi di comunità? In che maniera i concetti di recovery e di inclusione sociale hanno influenzato o possono influenzare l’organizzazione e la pratica di servizi che vogliono essere centrati sulle persone?

Come sono organizzati i Servizi 24 ore e quali sono le loro modalità / strategie nel rispondere non tanto e non solo al trattamento della malattia ma ai bisogni delle persone?

Come mettere in atto non un modello ma un processo continuo per costruire un Servizio capace di:

- essere un punto di riferimento accessibile per gli abitanti di un dato territorio;
- sviluppare risposte flessibili, in tempo reale, a partire dalla crisi;
- garantire presa in carico e continuità di cura attraverso un approccio globale alla vita intera;
- e favorire recovery, inclusione sociale e partecipazione degli utenti, dei carers e della comunità?

Come è possibile affrontarne le criticità? Come modificare le nuove rigidità istituzionali dei servizi del territorio, piegandoli sui bisogni delle persone? Come costruire programmi e risposte terapeutiche ed abilitative sul territorio, di medio-lungo periodo, attraverso luoghi non istituzionali, a tipo casa, verso la casa propria? Come andare dall’accoglienza in strutture riabilitative alla vita autonoma? In quali luoghi e con quali strumenti / sostegni?

Il workshop è stato organizzato lungo i due filoni dei servizi integrati sulle 24 ore e delle alternative per la vita quotidiana e la riabilitazione.

La prima parte ha presentato esperienze di CSM 24 ore e altre modalità di servizio integrato sulle 24h, nell’interrogarsi su che cosa c’è in comune al di là dei modelli.

In sostanza il workshop ha fatto emergere la possibilità modelli diversi per la risposta integrata, centrata sul modello 24 ore, quando questi rispettino alcuni elementi riassumibili fra l’altro nella:

- centralità della responsabilità del servizio sul territorio e non sui “casi” e sulla centralità del servizio come luogo di coordinamento ed integrazione delle risposte.
- sulla presa in carico da parte dell’èquipe e non del singolo
- sulla continuità delle risposte sia nel tempo che nella reciproca articolazione
- sulla valorizzazione delle diverse professionalità e soggettività presenti nel servizio all’interno della coerenza di senso delle risposte.
- Sulla scelta del non specialismo inteso come strumento di selezione dei problemi e di esclusione di quelli più articolati, a fronte di una competenza del servizio e dei suoi operatori finalizzata a sciogliere problemi complessi.
- Sulla necessità di un confronto costante con le realtà socio istituzionali del territorio di competenza.
- Sulla costante apertura alla problematicità della realtà da affrontare

Questi ed altri tempi sono emersi nelle relazioni provenienti da aree territoriali estremamente eterogenee nazionali come il Friuli Venezia Giulia (Bonn, Perazza), la Romagna (Bosio), il Lazio (Roberti), la Campania (Rippa), la Sicilia (Intedandi) ed estere come l'Irlanda (Fleming e Murray), l'Olanda (Witte), l'Australia (Rosen), la Grecia (Megaloeconomu), il Brasile (Pineiro Nascimento). In particolare, Renzo Bonn ha descritto le potenzialità e le contraddizioni del modello Trieste fuori Trieste, nella sua esperienza di lavoro in regione e particolarmente nel DSM di Udine, dove comunque si è dimostrato possibile creare CSM 24 ore senza personale particolarmente orientato in una logica d'avanguardia, attraverso una globalità di approccio e una logica contrasto all'esclusione, di valorizzazione dei soggetti, di non cessione agli specialisti vecchi e nuovi, con alta tensione etica.

Margaret Fleming e Damien Murray hanno riportato la loro esperienza di trasformazione di sistema da un ospedale psichiatrico ad una rete di servizi 24 ore mobili e "comprehensive" in Irlanda (Cavan and Monaghan), che è diventata modello per lo sviluppo dei servizi in quel paese, con il protagonismo degli infermieri e degli utenti ed il supporto della comunità locale.

Alan Rosen ha riferito del modello di servizio integrato in Australia, stimolando una distinzione tra contenuto degli interventi e modo in cui i servizi sono organizzati per offrirli. Importante la considerazione della "fertilizzazione incrociata delle competenze" che avviene in un servizio integrato che offre un vasto range di risposte e della necessità di creare una rete che si prende cura, estesa ai familiari ed alla rete sociale se attivamente. Un modello bio-psico-sociale deve anche includere l'aspetto culturale. L'integrazione deve avvenire a diversi livelli attraverso un processo di pianificazione collaborativa e coordinata. Nell'integrazione coi servizi di welfare e sanitari della comunità, va creato un "one stop shop", un punto unico di accesso.

Successivamente sono state presentate esperienze straniere ed italiane di Servizi 24 ore in via di sviluppo. L'interrogazione si è centrata sul rapporto tra servizio contenitore e suo contenuto, servizio strumento e/o garanzia di integrazione. E' possibile di fatto una risposta 24 ore senza CSM 24 ore?

Theodoros Megaloeconomou ha delineato la pratica dell'unico CSM effettivamente operante ad Atene nell'impossibilità, data la vastità dell'area territoriale, di provvedere ad una continuità terapeutica reale, ma anche lo sforzo di ribaltare una concezione che vede i CSM appendici dell'ospedale, privilegiando invece le persone a rischio di ricoveri ripetuti ed offrendo una risposta psicosociale globale alternativa al ricovero stesso.

Franco Perazza ha descritto la trasformazione da SPDC a CSM 24 ore a Gorizia nelle sue attuali criticità ma anche nella scelta di offrire risposte adeguate ed integrate tra componente territoriale e componente di accoglienza, tuttora articolate in due sottoequipe separate che risentono di impostazioni di partenza diverse.

Roberto Roberti (Rieti) ha parlato della pratica di un CSM "verso le 24 ore" a Rieti, con accenni critici ed ironici sul filo della considerazione dell'importanza del condividere, del passare momenti della vita assieme agli utenti, della narrazione, degli aspetti riabilitativi.

Roberto Bosio ha raccontato la situazione delle strutture residenziali con permanenze fino a 22 anni e la necessità di rivedere il funzionamento del sistema. Il CSM attualmente a 12 ore sta sviluppando programmi di radio libera, di teatro, di vela, di empowerment, e si sta tentando una analisi dei costi nella direzione di identificare le risorse utili a trasformare il CSM sulle 24 ore. Stella Nascimento S. Anheiro ha descritto l'esperienza di un servizio territoriale a Belho Horizonte, Brasile, nato nella logica di una risposta comunitaria e de-istituzionalizzante, ed ha descritto brevemente lo sforzo di chiusura degli OP recentemente rilanciato dal Governo Lula.

Arturo Rippa ha sottolineato l'importanza della tenuta di un sistema dipartimentale con CSM 24 ad Aversa nonostante il calo delle risorse umane, il che testimonia la bontà del lavoro e la giustezza delle impostazioni teoriche.

Nella seconda parte sono stati valorizzati alcuni momenti che, nella logica integrata delineata nella prima parte possono rappresentare elementi di integrazione/ riabilitazione che, nella loro eterogeneità rispetto alle modalità, e coerenza rispetto alla costruzione di senso hanno valore esemplare. Fra le tematiche di rilievo:

- ◆ Il sostegno alla residenzialità dei singoli come elemento di ricchezza assoluta, col sostegno di risorse individuate attraverso lo strumento dei budget di salute (Ridente, Trieste)
- ◆ L'integrazione di una rete di residenze all'interno di un dipartimento forte articolato in una serie di risposte sulle 24 ore (Intedandi)
- ◆ Lo strumento delle "adozioni" familiari con rimborso economico, come strumento efficace che non necessita di motivazioni complesse ed "alte" da parte degli adottanti per creare autonomia. (Cristina, Piemonte).
- ◆ La valorizzazione dei gemellaggi internazionali (Italia UK) per la costruzione/confronto di pratiche diverse sul self-help (Pini, Prato)
- ◆ La minor importanza dell'alta specificità dei trattamenti rispetto alla "normalità delle risposte", quando c'è alla base una "presa in carico competente" nei CD (Guerini, Liguria). **(Roberto Mezzaia, Renzo Bonn)**

24 Venerdì 12 febbraio – workshop – Sala Dipartimento Salute Mentale (18) **SALUTE MENTALE, SVILUPPO E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**

I numerosi partecipanti hanno raccontato le loro esperienze nel campo della salute mentale e della lotta contro l'esclusione tenendo conto delle questioni poste a tutti:

- a) cosa ha permesso di raggiungere i risultati?
- b) che visione della salute mentale emerge dall'esperienza?

- c) quali sono stati gli aspetti più efficaci di lotta contro l'esclusione
- d) quali ostacoli si sono incontrati.

Nei racconti, che si sono riferiti ad esperienze in Brasile, Paraguay, Palestina Argentina, Italia, Costa d'Avorio, Marocco ed altri paesi, è emersa una visione del lavoro per la salute mentale come strettamente collegato a quello di professionisti di altre discipline e dipendente anche dalle più generali dinamiche e politiche di sviluppo del paese e del territorio. Sono infatti queste che, quando sono squilibrate e basate sulla competizione escludente piuttosto che sulla solidarietà, determinano gran parte dei fenomeni di emarginazione, disoccupazione, povertà, intolleranza e violenza che s'incontrano abitualmente quando si lavora in servizi di salute mentale.

Gli ostacoli politici, culturali, finanziari e organizzativi che sono stati citati sono tutti riconducibili alle politiche di cattivo sviluppo che finiscono sempre per penalizzare i servizi alla popolazione. I mezzi più efficaci per difendere e fare crescere le esperienze presentate citati sono quelli che hanno puntato a rafforzarle attraverso alleanze con gli attori sociali più diversi.

Dal racconto delle esperienze è emersa la necessità di costituire, in seno alla più generale Conferenza Permanente lanciata nella conclusione dell'Incontro, un gruppo di riflessione e di azione sul tema "Salute Mentale, Cooperazione Internazionale e Sviluppo Umano". Si tratta di lavorare per umanizzare lo sviluppo locale, nazionale e globale a partire dalle azioni concrete che si occupano delle persone escluse o messe in difficoltà da società sempre meno accoglienti. Occorre, (come dice la Piattaforma ONU definita dei grandi vertici mondiali delle Nazioni Unite negli ultimi venti anni e dall'Assemblea del Millennio), superare le dinamiche di esclusione sociale che sono alla base di tutti i profondi e minacciosi squilibri dello sviluppo attuale. Una conclusione del Workshop è che chi opera nel campo della salute mentale è esperto di queste dinamiche e può dare un serio contributo su come combatterle a tutti i livelli nella società. (**Luciano Carrino**)

25) Venerdì 12 febbraio – workshop – Spazio Villas A (19)

DOVE VA L'ECONOMIA SOCIALE TRA MERCATIZZAZIONE ED ECONOMIA PUBBLICA

Coordina Ota de Leonardis

In arrivo

26) Venerdì 12 febbraio –workshop – Sala spazio villas B (20)

QUANDO LA MEMORIA SVANISCE. OLTRE LA DIAGNOSI CI SONO I PROBLEMI

Introduce e coordina: Ofelia Altomare. ASS1 Triestina. Distretto 3

Rapporteur: Daniela Mannu. Presidente Associazione Alzheimer ONLUS Pordenone.

L'workshop di quattro ore si è svolto in due parti, a partire dal racconto e dall'ascolto di esperienze di vita di persone affette da malattie neurodegenerative, dei loro familiari e di pratiche di lavoro dei Servizi. Al centro si è posta la questione dei diritti per riflettere sulle pratiche esistenti, per formulare proposte di ri-appropriazione da parte di familiari e pazienti di diritti esigibili e trovare risposte effettive di l'inclusione sociale. Ma la questione del diritto non è solo legge scritta, si radica nella vita quotidiana, nella complessità dei saperi diversi, delle ragioni civiche che sottendono ogni nostro atto, è percezione del tempo fisico che scorre con noi, è la consapevolezza di un Sapere che si tramanda di generazione in generazione e che vive e coglie la dinamicità delle persone nella loro differente quotidianità.

E' per questo necessario mettere al centro la persona, partire dalle sue abilità, valorizzare le risorse di cui dispone, (per quanto siano compromesse), sostenere la motilità e le capacità di fare, linguistiche, motorie in un contesto che offra fattori di protezione ma che stimoli e sviluppi tutto ciò che è a disposizione, relazioni dentro alla normalità dei luoghi e degli atti.

Nell'ambito dell'incontro ci siamo posti alcune domande: in che modo nascono nuovi gruppi fragili esclusi socialmente? In che modo i soggetti svantaggiati si raccontano e vengono riconosciuti? Qual è il limite tra servizio ed apparato? Cosa chiedono i soggetti presenti? Quali sono le proposte del Servizio Pubblico?

introduzione | - I temi che sono stati al centro del confronto e della riflessione:

Le pratiche di cura, i servizi con operatori per il cambiamento, come imparare a leggere i bisogni in chiave di diritti; come cambiare l'approccio alla cura; cosa significa lavorare dentro e per la comunità, come affrontare il problema dell'uso e della riconversione delle risorse nell'ottica di ampliare le possibilità di rimanere al proprio domicilio.

- Proiezione del video "Protagonisti di un orizzonte senza fine" realizzato a Trieste nell'ambito del Progetto di Promozione "Leonardo". Tre storie di persone con disturbo cognitivo raccontate nello spazio di una giornata qualsiasi.

Parte prima: Si è affrontato il tema delle pratiche di lavoro e del riduzionismo delle tecniche.

Gli strumenti, in dotazione agli operatori, favoriscono l'infantilizzazione dei processi di cura. Forse la domanda che dobbiamo porci è come e che cosa si può imparare da una persona affetta da Alzheimer e dai suoi familiari. Allora bisogna cominciare ad invertire le relazioni asimmetriche nel lavoro di cura, partendo dalla quotidianità di utenti e familiari. Da queste riflessioni è nato, per esempio, il Centro diurno invisibile del Distretto n. 3 di Trieste.

Largo spazio poi è stato dato al racconto dei familiari e delle persone che vivono il problema.

E' stata evidenziata la necessità di avere servizi che rispondano alle esigenze differenti, che sostengano la domiciliarità e l'esigibilità dei diritti. Diritto alla salute, alla qualità di vita, al benessere psicofisico, alle relazioni, a mantenere il proprio ruolo, ad avere a disposizione strumenti tecnologici per migliorare la vita. Si sono esplorate possibili alternative alla casa di riposo. L'Associazione IDA per NON SUBIRE ha descritto l'esperienza di una coabitazione assistita, alternativa al ricovero in casa di riposo e gestita da 3 famiglie con il sostegno dei servizi distrettuali.

La prima parte si è conclusa con una esposizione della convenzione sui disabili sottoscritta dall'ONU, centrata sui diritti all'autonomia, libertà di scelta, sul diritto alla formazione, informazione.

Parte seconda : Dopo aver ascoltato le esperienze dirette, hanno preso la parola di operatori, a partire dalle pratiche. Si è affrontato il problema della contenzione e delle "segregazioni" nelle case di riposo, dell'arroccarsi degli operatori sui vecchi modelli. Si è sottolineata la necessità che i servizi lavorino per la cura, l'inclusione, lo sviluppo delle relazioni, per la centralità dei soggetti e per il loro protagonismo. Saper attivare risorse, organizzare un servizio flessibile, sostanziare i diritti delle persone nel lavoro quotidiano, trasformare i servizi da erogatori di prestazioni a produttori di relazioni. Servizi sul territorio, vicini alla gente, che lavorino per la riconversione delle risorse a favore della domiciliarità e dei diritti delle persone fragili.

(Angela Panca, Ofelia Altomare)

27) Venerdì 12 febbraio - Teatro - plenaria

CRISISICUREZZA E DIRITTI, NUOVI SCENARI E NUOVI SOGGETTI

Un filmato sulla giornata si trova in: trieste2010.net in: "per altri video e interviste" "nel video del 12 febbraio. Partecipano: Robert Castel, Stefano Cecconi, Erico Pugliese, Ofelia Altomare, Sandro Ricci, Mario Novello, Franco Perazza, Alena (Romania), Frequentatore laboratori, Paul Singer, Ministro de lavoro del Brasile, Steven Segal, John Jenkins, Fabrizio Gifuni alla proiezione del film "La città dei matti" all'Ariston

La confusione tra insicurezza sociale e insicurezza civile favorisce la destra

Robert Castel, (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, France) "Crisi sicurezza e diritti". Non bisogna ridurre i problemi dell'insicurezza agli ultimi episodi, al cataclisma finanziario che ha colpito il mondo, alla follia delle banche. E' dal 1970 che si è cominciato a parlarne, ma non si è capito. Era cresciuto dal capitalismo industriale fattosi selvaggio, con una concorrenza spietata a livello mondiale.

In passato si era creato un certo equilibrio tra gli interessi del mercato e gli interessi del mondo del lavoro, una certa sicurezza che garantiva mutue, pensioni, protezione, diritto alla salute. Questo fino alla fine degli anni '70. Non era il paradiso ma la sicurezza sociale era estesa. La società garantiva alla maggioranza una sicurezza contro i rischi sociali, malattia, disoccupazione, diritto alla pensione. La crisi sconvolge tutto questo: caduta dei diritti, concorrenza di tutti contro tutti, delocalizzazione, precarizzazione di ruoli lavorativi, disoccupazione di massa, mancanza di opportunità.

Il pesce comincia a puzzare dalla testa si dice, e la testa del capitalismo è la speculazione finanziaria. Ma la testa marcisce se il corpo è già malato. Cresce un sentimento generale di

incertezza. Si è perduta la speranza dell'avvenire, si è assediati dai rischi, già esplosi ne 1980 con la "società del rischio". Torna la minaccia omologando i rischi, siamo sulla terra come su un seggiolino di aereo che a ogni momento può essere lanciato nel vuoto. Se pensano alle condizioni di vita dell'Africa, del Sud America, della Palestina, dovremmo pensare di essere privilegiati, ci restano ancora fragili protezioni, minate dalla paura di perderle. Particolarmente pericolosa è l'amalgama dei rischi, si accentua la paura, la frustrazione generale.

C'è l'insicurezza sociale. C'è l'insicurezza civile, L'insicurezza civile è la delinquenza, l'attacco alla dignità delle persone e delle cose, la violenza, gli stupri, gli attacchi corporei.

La delinquenza attacca lo stato di diritto. Aumentano le misure repressive contro le minoranze reputate pericolose, sui ragazzi, sui malati di mente, sugli immigrati. Si parla di lotta alla delinquenza, di tolleranza zero, lo stato diventa gendarme. In Francia la gente delle banlieus sono capri espiatori, con la fantasia che se si controlla l'insicurezza sociale si vivrebbe in uno stato sociale adeguato.

C'è confusione trainsicurezza sociale einsicurezza civile. Cosa che favorisce l'estrema destra.

I gruppi sociali che rischiano di perdere privilegi hanno paura che altri gruppi sociali prendano il loro posto, da qui il razzismo verso le minoranze, gli immigrati.

Può esserci razzismo senza razza, una stigmatizzazione che investe chi vive di aiuto sociale che viene accusato di essere un parassita che vive alle spese di chi lavora. Che possibilità di reazione ci sono? Ci sono problemi politici, sociali, ma anche di rispetto del diritto, di rafforzamento del diritto sociale. Combattere l'insicurezza civile è problema dello stato di diritto e delle sue regole. I problemi sociali, l'insicurezza sociale, i diritti profondamente sfaldati producono una disgregazione sociale che mette in questione una società di simili. (la société des semblable): non stretta uguaglianza di condizioni, ma situazione in cui tutti i membri condividono diritti e risorse comuni, con rapporti interpersonali in cui nessuno è escluso perché tutti sono protetti. La "democrazia moderna" non è di stretta eguaglianza, ma una situazione in cui tutti hanno gli stessi diritti formali contro i rischi e un minimo di risorse di base per una vita decente che abbia una sicurezza sociale minima garantita. La nostra società, invece, è sempre più individualista, l'individuo rimanda a se stesso, i sindacati o i partiti sono sempre più indeboliti. Ci vogliono come statue, attori.

La psichiatria in Marocco

S. Sachidroron Radil Presidentessa associazioni familiari in Marocco.

In Marocco ci sono 2000 posti letto in 9 ospedali psichiatrici, l'80% dei posti letto è in ospedali psichiatrici, il 20% in ospedali generali. Ci sono 247 psichiatri, dei quali 147 lavorano nel pubblico e 100 nel privato. Gli infermieri psichiatrici sono 611, non ci sono sociologi, assistenti sociali, educatori. Uno dei problemi è la scarsa realizzazione di psichiatri da parte delle università. Non c'è assistenza sociale generalizzata. Il peso dei pazienti ricade sulle famiglie e in particolare sulle donne che devono farsi carico della povertà, la disoccupazione e della malattia mentale di tutte le età. Molti malati di mente sono nelle strade. Nelle prigioni il 30-35 % dei carcerati soffre di disturbi mentali. Una parte di loro trova rifugio in case particolari a sfondo religioso, i Marabù, che a volte sono affidabili a volte non lo sono. C'è un villaggio di malati di mente dove vivono 1000 persone. sono liberi di andare dove vogliono ma hanno catene alle mani o ai piedi. Lo stato non fa nulla. Il problema è cosa fare con le risorse comuni? Può l'università continuare a creare così pochi psichiatri, 5 all'anno?

Come trasformare le strutture tradizionali? C'è gente internata coattivamente, ma anche gente che ci vive di sua volontà e anche che ci sta bene. Gli Ospedali psichiatrici sono inaccettabili, ma hanno un ruolo. Ci sono voluti molti anni per convincere i familiari a parlare dei loro figli malati. Ora c'è una certa riconoscenza per questo che ci aiuta a fare, chiedere di più, stimolare.

Stefano Cecconi (CGIL nazionale)

La crisi si collega alle radici malate di un capitalismo sfrenato. E' un modello che genera ingiustizie perché separa sviluppo economico e sviluppo sociale. I diritti delle persone sono incorporati nell'economia, si tratta di investimenti sociali, non di costi sociali, producono coesione sociale.

Ci vogliono risposte immediate per gente che è alla disperazione, il sistema, invece, vuole mantenere e rafforzare le condizioni che hanno portato alla crisi. L'azione da fare contro la crisi è estendere gli ammortizzatori a tutti, piccole imprese, artigianato, cooperative sociali, ecc..

Enrico Pugliese, Università di Roma La Sapienza, IRPPS, Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali – CNR Italia.

L'emigrazione, la maggioranza deviante varia, è più o meno estesa, e al suo interno c'è uno strato di base con un diverso rapporto, più o meno chiuso, distanziato. I fatti di Rosarno possono essere collegati al fatto che in questo periodo viene offerta cittadinanza agli immigrati ma non ai clandestini, maggioranza deviante e ultimi. A volte gli ultimi vengono assorbiti, si definiscono società di non-simili, promosse spontaneamente dalle autonomie locali. Hanno cominciato i sindaci ad attaccare il fatto che siamo in una società di simili, anche se su altre tematiche sono avanzati, è necessaria una battaglia culturale.

Biocannibalismo e traffico di organi

Nancy Scheper-Hughes, Chancellors Professor of Anthropology, Director Doctoral Program in Medical Anthropology, Organs Watch.

Che persone diventino fornitrici di organi indica che il capitalismo si è trasformato in biocannibalismo che utilizza in modo criminale le buone tecniche mediche. Non occorrono sale operatorie complicate per fare trapianti. Queste nuove bio-tecnologie creano nuove domande per organi, pelle, ecc. Accanto al turismo sessuale è nato il turismo dei trapianti, favorito dalla globalizzazione con la predatoria domanda di parti del corpo dell'altro.

Ci sono mediatori che permettono di abbandonare la dialisi, che promuovono i trapianti selvaggi di organi. Non è come il contrabbando di armi, droghe, ecc. Cosa significa guardare l'altro come uno a cui puoi togliere gli organi? I reni sono diventati i diamanti neri del traffico di organi. Sono sempre presi ai più poveri, prigionieri, handicappati, abitanti di campi di rifugiati. Alcuni governi, come l'Iran, regolamentano le cose, altri, invece dei soldi offrono la mutua, l'assicurazione, il permesso di integrazione nazionale regolare. Si tratta di cannibalismo compassionevole esercitato da medici traditori. Il problema è in che misura un individuo ha il diritto di migliorare la propria vita danneggiandone un'altra? Spesso ci sono connivenze tra stati e istituzioni totali con l'intermediazione delle mafie locali.. I procacciatori di organi sono molto attivi e vengono difesi. Il prezzo di un rene oscilla tra gli 850 dollari in Irak e i 40.000 negli USA. In certe nazioni, come nelle Filippine, gli istituti vengono propagandati come modernissimi e i medici educati su standard americani.

Il dibattito è stato corredato da filmati impressionanti. Uno ha fatto vedere le conseguenze di questi trapianti sulle persone a cui vengono tolti gli organi che presentano spesso sofferenze di diversa natura. Un altro ha presentato il drammatico incontro con un procacciatore di organi in Israele. Un terzo ha presentato un istituto per handicappati, vicino a Buenos Aires, in Argentina, dove si vedono nudi sui terrazzi, e del quale si sospetta traffico d'organi.

28) Venerdì 12 febbraio- workahop - Sala Officina Rosa R. (22)

IL RITORNO DELLE PSICHIATRIE DELLA CERTEZZA

Sguardo, Sorriso, Ascolto, Silenzio: temi fondamentali del rapporto con l'altro

Eugenio Borgna, psichiatra, Novara.

- 1) Non c'è psichiatria che non sia anche psichiatria sociale
- 2) Non c'è psichiatria che non sia anche neurobiologia

La prima ha il problema delle incertezze, la seconda quello delle certezze.

Franco Basaglia ha lavorato molto sui rapporti tra psichiatria e filosofia. La nostra è una scienza mistica e razionale. Dalle parole che usiamo può cambiare il senso delle relazioni che intratteniamo con gli altri. L'affermazione che le malattie psichiatriche sono malattie organiche è la base di tutti i riduzionismi successivi.

Lo sguardo, il sorriso, l'ascolto sono temi fondamentali del nostro rapporto con l'altro. Uno sguardo caldo favorisce il rapporto, uno sguardo gelido crea angoscia. Il linguaggio del corpo è essenziale. Franco Basaglia ha lavorato sul silenzio in un testo importante: "Corpo, sguardo e silenzio, l'enigma della soggettività in psichiatria", del 1965. A volte ci sono parole che rompono il silenzio e sono parole di aggressione. Se l'altro è mutacista, nella sua lontananza da me accetterà il mio silenzio come ricerca di un ruolo che non abbiamo mai avuto.

Sandro Ricci, Psichiatra, Università di Verona.

A proposito dell'incertezza, Boncinelli ricordava che nella relazione corpo-mente la casualità incide nella misura del 30%. Il genetista ha parlato della plasticità del sistema nervoso e il farmacologo ha sostenuto che c'è una dose di indeterminatezza in tutti gli psicofarmaci, cosa che incide in modo particolarmente forte negli psicofarmaci di ultima generazione. C'è il desiderio di darsi uno statuto forte. Il problema è come intrecciare ricerca quantitativa e ricerca qualitativa con la narrazione. Perché non si fanno ricerche randomizzate sulla narrazione?

Angelo Cassin, Psichiatra, DSM Pordenone

Nei servizi si nota, purtroppo oggi, come una fuga dal paziente. Il problema della rete entra in conflitto con il lavoro di équipe, con le relazioni della gruppabilità. E' invece indispensabile investire di più sulla persona.

Marco Turco Regista della fiction su Franco Basaglia

Il film nasce da un incontro allargato, era la prima volta che ho avuto a che fare con il disagio psichico, non sapevo cosa fare, poi ci siamo conosciuti ed è cambiato tutto. Abbiamo avuto così l'opportunità di avvicinare il grande pubblico, cosa che la televisione permette.

Peppe dell'Acqua, psichiatra, Trieste

Il film "si può fare" ha avuto un grande successo di pubblico e di cassetta, 9 milioni di spettatori, 6 milioni di incassi. Questo indica il bisogno della gente di capire, di dare senso alla follia.

Mauro Bertani, psichiatra, DSM di Gorizia

L'aspetto bio-psico-sociale si è impallato. Tira aria di riduzionismo biologico. Bisognerebbe chiamare i nostri presidi centri di salute psichica, non mentale, se la psichiatria è la medicina dell'anima.

Sandro Ricci, psichiatra, DSM Verona

Purtroppo la situazione è deteriorata, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si lega e i Centri di Salute Mentale sono luoghi di intrattenimento. Trionfa anche il protagonismo del pensiero unico farmacologico.

Giancarlo Pera, psichiatra, Val di Fiemme

Parla di desertificazione culturale dei servizi per la polarizzazione tra ideologia e scienza. Che provoca anche una irresponsabilità etica, lo yuppismo. C'è tracotanza. La minaccia all'ordine, all'armonia è presentata come vantaggio utilitaristico.

C'è una ideologia da scienze esatte, una ideologia manageriale. Il contrario della insicurezza è la curiosità. C'è perdita di utopia. La domanda da porci è: "Quale radicalità, quale radicamento oggi?" Bisogna ripartire dalle matrici, dalle nostre radici.

[La cura tra i saperi di Chirone e le incertezze di Prometeo](#)

Paolo Tranchina, psicologo analista, Firenze

Partendo dal bellissimo discorso sul silenzio che ha fatto Borgna, volevo ricordare che una volta ho chiesto a un mio paziente che si piantava, restando immobile, cosa dovevamo fare per aiutarlo meglio. "Niente, è stata la sua risposta, perché qualunque cosa facciate diventate sosia". Ossia solo il silenzio non provoca sdoppiamenti, perché è dell'ordine dell'accettazione totale. Stare in silenzio significa accettare tutto ciò che il paziente è, prova, non è. E' come lo sguardo della madre che ti guarda negli occhi e ti accoglie nel cerchio magico delle sue braccia. Le prime madonne che guardano il bambino negli occhi e ne sono ricambiate nascono nel rinascimento. La prima è al museo dell'opera del duomo di Firenze.

Per quanto riguarda l'incertezza volevo ricordare che l'archetipo del curatore è il centauro Chirone, l'uomo-cavallo che curava con il suono della lira e con le erbe, ed era anche pedagogo di eroi come Achille, Teseo, Giasone e Maestro di Asclepio, il dio dei medici. Durante una battaglia fu colpito per errore da una freccia di Ercole intinta nel sangue dell'Idra di Lerna un luogo di riti matriarcali. La ferita risultò inguaribile, cosa che allude alla parità di condizione tra curante e curato, cercando rimedi per l'altro il curatore cerca rimedi per se stesso. Il dolore per la ferita divenne però insopportabile e Chirone chiese a Zeus, suo padre, di ucciderlo. Ma non era possibile rinunciare all'eternità se qualcuno non prendeva il posto lasciato libero. Tocco a Prometeo che fu liberato. La stessa freccia di Eracle che aveva decretato la fine di Chirone, liberò il Titano dalle reocce del Caucaso uccidendo l'aquila che gli divorava il fegato, punizione di Zeus per furto del fuoco: Chirone fu invece assunto in cielo nella costellazione del sagittario.

Ma cosa significa che la cura deve oscillare tra Chirone e Prometeo. Si dice che Prometeo abbia rubato il fuoco perché ci amava. Curare significa allora oscillare tra alto sapere tecnico e un amore trasgressivo, che in ogni caso non può che aprirsi sull'incertezza. Non a caso Vieri Marzi sostiene che non possiamo curare uno psicotico se non siamo disposti a cambiare il mondo con lui. E Frieda Fromm Reichmann ha scritto. "Forse non riusciamo a curare i nostri pazienti più gravi perché stiamo di più dalla parte della società che li ha fatti ammalare che non dalla loro".

Vito Danza, psichiatra, Pistoia

C'è una unitarietà tra diagnosi e farmaci. Bisogna continuare la critica alla contenzione fisica. Sergio Piro diceva di diffidare di chi dice che ha poche idee ma chiare, non è vero, infatti ha poche idee e ben confuse.

Sandro Ricci, Psichiatra DSM Verona

Sguardi, volti, vedere sul non vedere. Come è possibile che chi ha lavorato in manicomio non vedesse? Perché non vedevano? Anche la contenzione fisica, che sicuramente non è il sadismo di una classe professionale, allude a un accecamento. Una delle cose che mi indignano di più è l'ideologia del pensiero unico.

29) Venerdì 12 febbraio – Segreteria

**PRESENTAZIONE DELLA RIVISTA FOGLI D'INFORMAZIONE
NEL SUO QUARANTENNALE**

Presentazione di **Tommaso Lo Savio**

- del numero 5-6 dei "Fogli d'Informazione" (trent'anni della legge 180)
- del numero 6-7 dei "fogli d'Informazione" "Storie di vita storie di follia" (trentacinque anni di Psichiatria Democratica" a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori . Il testo è stato pubblicato anche come libro DBA Associazione Firenze

Storie di donne e di uomini e non casi clinici; storie raccontate dai protagonisti di una fase storica che ha visto inimmaginabili trasformazioni istituzionali, operative, culturali, scientifiche. Conservare il ricordo perché diventi memoria come , per esempio, la bellissima storia " Quando il futuro cominciò" di Maria Grazia Giannichedda che racconta l'incontro al San Giovanni di Trieste tra la ricoverata Rosetta (divenuta poi Bianchina nel bel film "C'era una volta la città dei matti" e Ornette Coleman.. Singolare facoltà della mente umana la memoria che può farsi storia ma anche mito. *"Nella memoria c'è la radice di ogni mito: anche di quello piccolo.. insignificante per chiunque, ma per se stessi decisivo. Il mito di noi, il piccolo, piccolissimo idolo della nostra esistenza terrena: l'essersi immaginati che eravamo una cosa piuttosto che un'altra e, da un certo momento in poi, aver pensato che quella cosa che eravamo stati era la cosa migliore che avremmo potuto essere"* (Asor Rosa)

La doppia nascita dei Fogli in Inghilterra con Franco Basaglia, a Gorizia con Agostino Pirella

Paolo Tranchina, psicologo analista Firenze, direttore dei Fogli d'Informazione:

Ho ricordato la doppia nascita dei “Fogli” a Londra e a Gorizia. Nel 1969, infatti, con Franco Basaglia e una équipe della RAI, regista Mario Mariani, abbiamo realizzato un film intervistando a Londra David Cooper, Ronald Laing e gli operatori del suo network. La cinepresa era entrata per la prima volta a Kingsley Hall, la casa famiglia del gruppo e Mary Barns aveva composto un bellissimo quadro con un sole sopra un mare di azzurro intensissimo. Poi a Edimburgo abbiamo visitato l’ospedale di Maxwell Jones, al quale Franco Basaglia si è ispirato per la realizzazione della comunità terapeutica. Prima di lasciare Londra, da buon Junghiano, ho fatto un sogno. Ero in una bellissima chiesa gotica soffusa di verde, mi inginocchiavo di fronte all’altare e Franco Basaglia, con la spada, mi ordinava cavaliere. Non c’è dubbio: sono l’unico basagliano investito oniricamente! A quanto pare quella investitura ha tenuto, se siamo ancora qui a parlarne, 41 anni dopo.

La RAI, stranamente ha perduto il film, resta un metro e mezzo di pellicola in cui intervisto Laing e parte della interviste che avevo realizzato con Mariani che sono pubblicate su “La Maggioranza Deviante”.

Tornato in Italia, nel dicembre del 1969 sono stato per un mese all’Ospedale Psichiatrico di Gorizia, allora diretto dopo Franco, da Agostino Pirella. L’esperienza è stata una *erlebnis*, una illuminazione. Mi ha profondamente colpito lo stile di lavoro dell’èquipe, di cui allora, oltre a Pirella, facevano parte Nico Casagrande, Vieri Marzi, Vincenzo Pastore, Nicoletta Goldschmidt. Allora, a Milano avevo fondato il Gruppo di intervento nelle istituzioni con volontari e giovani colleghi che ruotavano intorno al gruppo di Sant’Ambrogio diretto da Pierfrancesco Galli. Con Pirella abbiamo deciso di iniziare incontri alla Casa della Cultura dove discutere dell’esperienza di Gorizia e di vari problemi antistituzionali. I dibattiti erano così pregnanti che li abbiamo registrati, e poi pubblicati in 13 numeri ciclostilati che spedivamo nelle varie sedi dove avremmo tenuto riunioni di verifica. Da allora sono usciti 217 numeri per circa 13.000 pagine, oltre a 37 libri della collana: Fino al 2005 l’editore è stato il Centro di Documentazione di Pistoia, dal 2006 la DBA associazione di Firenze.

[Sandro Ricci, psichiatra Verona](#)

Non è facile commentare il contenuto di questi due volumi dei Fogli, tra i migliori secondo me di questi ultimi anni, per la loro densità e straordinario spessore; in particolare, ricordo quando Paolo mi ha parlato della sua idea di far seguire al volume sul trentennale un volume di storie, storie di vita, le nostre storie, allora mi era sembrata una idea come un po’ ispirata, e dobbiamo ringraziarlo di averla realizzata con la sua consueta tenacia e lungimiranza. Del volume del trentennale vorrei qui ricordare, tra i tantissimi contributi teorici e di testimonianza un pezzo molto breve, appena una pagina, che però mi aveva molto colpito, quello scritto da Ota De Leonardis che ha come titolo “ Legge 180 e legge 194: esperienze dell’inconciliabile”. In questo articolo Ota fa emergere in modo molto acuto e stringente un aspetto di forte pregnanza sociale e culturale che rimane ancora oggi come portato di queste due leggi che vengono qui accostate ; vorrei riportarlo qui leggendo le parole dell’autrice: “ ..in entrambe si è sedimentato e fissato un impegno collettivo a dare visibilità pubblica a contraddizioni insolubili, a situazioni non pacificabili, a espressioni intrinsecamente tragiche della convivenza umana...” e più oltre: “..entrambe queste leggi (e perché sono leggi) esprimono un impegno collettivo e riconoscerli l’inconciliabile, a tenerlo in circolo nella vita sociale, a fame materia di questioni, riflessioni, conflitti e compromessi...” ; ebbene, trovo queste parole di grande importanza e attualità, e mi sono accorto della loro verità proprio quando ho cercato di utilizzare questo scritto per commentare con alcuni medici specializzandi l’importanza della legge 180 e di ciò che ne è derivato. Questo concetto, di tenere socialmente aperto un discorso su ciò che si pone come inconciliabile, è risultato, per i miei giovani colleghi del tutto spiazzante, ma li ha anche aiutati molto a riflettere sulla loro identità di professionisti della salute mentale, e di come si costituisca oggi il loro mandato sociale, ambiguamente volto alla “guarigione” della follia, in una stagione che vede il ritorno di una psichiatria “delle certezze”, come abbiamo anche discusso in un bel Workshop di questo convegno. Sulla centralità delle storie poi non ho dubbi, io stesso da un po’ di tempo sto studiando e riflettendo sulla forza della narrazioni come strumento di cura della équipe curante in salute mentale. Vorrei esprimere brevemente due concetti su cui mi sono soffermato di recente, proprio sulla importanza delle storie. Il primo pensiero è che secondo me le storie hanno una straordinaria caratteristica, che io chiamo di “fare resistenza”; con questo voglio intendere che non si fanno sminuire o banalizzare (quando siano autentiche) dalle numerose forzature teorico-pratiche che contraddistinguono il nostro campo di azione, quello della salute mentale. Per chi abbia l’onestà di

interrogarle, esse dicono sempre “qualcosa in più” rispetto all’orizzonte di senso tracciato dalle varie tecniche e tecnologie di cura psichiatrica, anzi mi sembra che molte volte, sia perché recuperano un *vocabolario ingenuo*, sia perché sono naturalmente volte a tenere insieme locale e universale, esse restituiscono proprio quel senso in qualche modo *sottratto* alla esistenza nostra e dei nostri pazienti dallo sguardo psichiatrico. La seconda cosa che vorrei dire ha un risvolto personale. Tra non molto andrò in pensione e, come tutti in questi casi, provo sentimenti contrastanti, ma, a volte, mi sembra di provare come un senso di rassicurazione se, guardandomi indietro, penso alla possibilità che la *mia storia* si sia depositata nella memoria dei pazienti che ho incontrato in tanti anni e che forse in qualche modo sia entrata nel racconto della loro vita. Un grazie ancora a Paolo Tranchina per la sua intelligenza e creatività.

[Per informazioni sui Fogli;](#)

Direzione : tranteo@cosmos.it , **Editore:** fogli@dba.it , **Sito:** www.dba.it

[Per abbonarsi:](#)

Abbonamento a 4 numeri: privati Euro 30, Istituzioni e Estero EURO 60,

Sostenitore Euro 100

da pagare sul CCP 81552713 intestato a DBA Firenze.

Si può anche pagare attraverso bonifico bancario:

IBAN: IT 44 0 07601 02800 000081552713 CODICE BIC SWIFT BPPIITRRXXX

Attenzione la quinta lettera è una “O” non uno zero “0”

[30\) Sabato 13 febbraio – Teatro – Plenaria conclusiva](#)

[CHE COSA E' OGGI SALUTE MENTALE?](#)

Un filmato sulla giornata si trova in: trieste2010.net in: “per altri video e interviste” “nel video del 13 febbraio. **Partecipano:** [Eugenio Borgna](#), [Peppe dell’Acqua](#), [Hazem N. Ashour](#), [Nadia Altomare](#), [Jhon Jenkins](#). [Franco Rotelli](#), [Benedetto Saraceno](#),

Eugenio Borgna, psichiatra, Novara

Eugenio Borgna ha portato avanti un interessante intervento sul tempo, sui rapporti con lo psicotico, e su quelli tra benessere materiale e introspezione sui quali si è soffermato anche Franco Basaglia che ha affermato: “Gli uomini non sono oggetti che possono essere posti in qualunque ordine, perché l’uomo è un animale sociale, una persona, un individuo, un soggetto, Se paradossalmente potessimo offrire a tutti gli uomini una casa, una situazione di pieno conforto, il dolore che opprime l’uomo, l’angoscia di ogni giorno”. (vedi filmato)

Peppe dell’Acqua, psichiatra, Trieste

[300 rose rosse per il futuro](#)

Martedì pomeriggio erano in atto 11 seminari contemporaneamente, la gente in piedi e seduta in terra ricordava tempi migliori. Oltre 700 persone, tra cui moltissimi giovani hanno partecipato perché volevano sapere, conoscere la nostra storia dai diretti protagonisti. Al centro del dibattito c’è stato il problema dei paradigmi, dei modelli. Ieri sera alla presentazione del film su Franco ci hanno portato 300 rose, non so se è in onore della rosa di Cisticchi. Questi fiori vengono dalla Sardegna, gli operatori che hanno lavorato per l’alternativa ringraziano Basaglia, il convegno. E’ un dolore telefonare e sentire di questo fracassare distruggere tutto ciò che si è realizzato in questi ultimi 4 anni di governo Soru. E’ necessario tornare a dire la verità sulla deistituzionalizzazione. Il 70% degli SPDC ha le porte chiuse e l’80% usa mezzi di contenzione fisica. Come mai visto che si può fare diversamente?

1) bisogna costruire un punto di riferimento minimale per familiari, operatori, utenti per avere la possibilità di continuare a discutere.

- 2) Le persone che stanno facendo, o hanno fatto l'esperienza del disturbo mentale chiedono di organizzarsi per conto loro. Occorre organizzare settimane di stages per farlo.
 - 3) L'incontro con la stampa è stato molto importante, è stata proposta da Giulietti e altri una assemblea a Roma per concordare un percorso di formazione, perché la comunicazione è fondamentale.
 - 4) Dobbiamo sostenere la proposta di una scuola per favorire lo sviluppo umano come suggerito da Carrino, e lavorare a una Summer School dell'OMS
 - 5) Dobbiamo approfondire i rapporti con la Sissa, di cui fa parte Nico Pitrelli, con cui abbiamo organizzato per due anni la "festa della scienza", che poi, di recente, è saltata.
 - 6) Fondamentale, infine il gruppo di coordinamento delle reti mondiali di salute mentale.
- Noi siamo qui perché dalla Patagonia all'Islanda c'è gente che guarda a Basaglia, alle pratiche triestine. Ci auguriamo che questo convegno faccia riflettere gli amministratori.
- . Questo convegno è un momento di inizio formidabile, non solo per i contenuti, ma per questa energia che si sente in questi giorni e che indica che le cose non finiscono qui, da qui si riparte per andare avanti.
- Nel 1977 c'è stato il terzo Reseau, qui si sono tenute le conclusioni e ci sono stati momenti tesi. Si dice che Franco Basaglia fu ferito e in seguito fu intervistato da Gianfranco Rados di Radio Capo d'Istria.. Dice Franco Basaglia in questa intervista: "Le contraddizioni sono reali e bisogna viverle senza dividere i buoni dai cattivi, vincitori e vinti. Bisogna portare il dibattito nelle pratiche reali, è là che la sua forza supera l'ostacolo delle incomprensioni e discussioni"

[Psichiatria in Palestina](#)

Hazem N. Ashour, Neuropsichiatria, Nablus, Autorità palestinese

Roberto Mezzina presentandolo sostiene che ha visitato Gerusalemme ed è stato schioccato da una situazione durissima, compresa l'occupazione dei territori che non sono ancora lo stato della Palestina.

Il dr. Hazem Ashour sostiene che il lavoro è basato sull'ospedale psichiatrico di Betlemme con 230 posti letto. Ci sono 10 Centri di Salute Mentale, di cui 3 a Gaza. In un anno abbiamo visto 60.000 pazienti e nel corso del nostro lavoro abbiamo avuto importanti contatti con Trieste. Il progetto è trasferire i lunodegenti nelle loro comunità e trasformare l'O.P. in ospedale di giorno.

Su una superficie di soli 5200 Chilometri, ci sono 550 Chek points. Stiamo cercando di varare forme di legislazione che proteggano quanto abbiamo raggiunto. Si dice che nessun dio risponde a chi sta zitto, per avere risposte bisogna pregarlo. Allora bisogna dimostrare che c'è impegno, voglia di cambiare e allora gli amici arrivano. Trieste è molto calda per suoi amici e incontri come questi sono molto importanti. Se vuoi sapere di una malattia devi guardare il paziente, non leggerla sui libri. Stiamo lavorando alla formazione di una cooperativa per superare la questione dei ricoverati a Betlemme. Qui si sente una grande passione. Difficile dire le emozioni e i vissuti quando si capisce che tante persone credono in quello che facciamo. Il diritto è dalla nostra parte, chi non si muove nella nostra direzione è nell'errore. Dobbiamo lavorare di più insieme per avere una voce più forte. Particolarmente da nazioni che non hanno le stesse opportunità, minori risorse.

(Vedi filmato)

[Siamo con voi, oggi siete tutti noi](#)

Emilio Lupo, Psichiatra, Napoli, Segretario Nazionale di Psichiatria Democratica

Carissimi compagni, non potendolo fare personalmente perché impedito in ragione di eventi indipendenti dalla mia volontà, vi invio questo breve messaggio per sottolineare l'adesione mia e di tutta Psichiatria Democratica a quelle iniziative – come la vostra – che ripropongono, in questi tempi bui, l'assoluta e indispensabile necessità che si riaffermino la lotta all'esclusione sociale, l'opportunità di percorsi di condivisione delle risorse collettive, esaltando la collaborazione con quanti cooperano per fare delle nostre comunità luoghi che realizzano il desiderio, soggettivando ogni singolo sogno, ogni particolare bisogno.

Il bivio è davanti a noi: più avanti, lungo la strada dei diritti, lungo la fatica di questi anni, oltre il labirinto delle patrie e delle primogeniture.

Il bivio si presenta adesso, e ci impone la decisione e la scelta, proprio quando la strada s'era fatta più piana e lenta: da un lato la libertà di fare Salute Mentale per noi tutti e con loro, con quelli che gli altri chiamano senza dimora e i senza casa, con i clandestini (di Rosarno e quelli respinti nei lager libici), con i matti di tutto il mondo, con i tossici di Scampia, l'area del non voto, i marginali dello Zen, i Rom di Ponticelli, i precari del lavoro, gli operai senza lavoro e le famiglie dei morti sul lavoro; dall'altra l'indifferenza di questo mondo nuovo dominato dal capitale che accumula e che profitta dello sfruttamento e della sofferenza... e quei servili governi che escludono, che deportano, che umiliano l'umanità, l'alteramente umano.

Nei nostri cuori, nelle nostre memorie di lucenti emozioni, nelle nostre complessità di azionisti di pratiche di mutamenti sociali, la scelta è chiara, di là dalla modernità del consumo della vita e dell'aziendalismo burocrate, di là dall'in gorda lusinga mediatica e del denaro che mal cela l'interessata promessa di guarigioni farmacologicamente miracolose.

Il bivio è davanti a noi, per sempre ogni volta che quella strada si fa piana e lenta: anche quando si è vinto bisogna riprovare a convincer di nuovo, questo è, ormai, patrimonio e consapevolezza collettiva e condivisa. Per noi che abbiamo scelto la strada che porta alla libertà dal bisogno e, dunque, verso la liberazione... siamo gli ultimi con gli ultimi, senza diritti, (perché ce n'è ancora di uomini) aggrappati alla zattera della disperazione...

Psichiatria Democratica è parte di quelle realtà organizzate e sociali che continuano ad osare il pensiero di quello che *potrebbe egualmente essere* che lavorano ancora alla *sua possibilità* con mani coraggiose per allentare il morso del dolore, che libera dal legaccio dell'istituzione, che abbraccia l'altro e se ne accresce, provandosi a cambiarlo ancora il mondo... Siamo con voi, oggi che siete noi tutti... per restituire con voi colore ai colori delle lacrime e dei sorrisi scambiati... come semi per l'avvenire...

che se vorremo verrà... ogni volta e di nuovo.

Ancora auguri e buon lavoro a tutti.

Affettuosamente

Emilio Lupo

(L'intervento è stato letto da Gigi Attenasio)

[Argentina e Brasile: Importanza del coordinamento internazionale delle reti di salute mentale](#)

Sila Nutiela e Ferdinando Nicaso, Brasile

E' molto importante la rete mondiale che stiamo costruendo perché favorisce le reti locali che lottano nelle pratiche con nuclei di persone associate. In Argentina la situazione è molto complessa, e creare reti e coordinamenti di reti è importante per il lavoro che facciamo. I diversi paesi devono concludere collegamenti secondo le loro necessità sociali e geografiche, secondo le diverse leggi. Noi ci associamo con l'Argentina articolando tutto ciò che si può mostrare come possibile, con il fine della destituzionalizzazione. E' infatti importante legalizzare ciò che è legittimo. Con gli amici brasiliani lavoreremo a progetti comuni, anche per fare formazione.

[Progetti e appuntamenti: Palestina, Romania, Bulgaria, Islanda, Svezia, Serbia, Australia, Balcani](#)

Roberto Mezzina, psichiatra Trieste

L'incontro ha permesso di creare nuovi progetti di collaborazione internazionale e di crearne di nuovi. E' stato rafforzato il progetto per la creazione di una cooperativa in Palestina portato avanti dalle cooperative triestine Franco Basaglia e Pantaleone.

Il collega delle associazioni familiari della Romania tornerà a Firenze con molti colleghi interessati.

Ci sarà anche un progetto di collaborazione con la Bulgaria.

Ci sono buone notizie dall'Islanda dove si sta portando avanti un processo di superamento dell'Ospedale psichiatrico di Rajchiavic con la creazione di servizi territoriali. Saranno presenti anche operatori di Stoccolma per cui si farà una triangolazione con Trieste

Importanti anche gli appuntamenti a cui Nicolas ha accennato. Mi raccomando in particolare l'appuntamento del 19-21 maggio a Belgrado per sostenere le iniziative alternative nei Balcani. La Serbia ha risorse di personale psichiatrico tra le più alte dell'Europa, ma è scarsa di alternative. Una delle esperienze importanti è quella dell'OP di Nisce dove hanno lavorato Jovich e Ivan Zanoikovic direttore dell'ospedale. Il direttore è stato silurato quando ha aperto il Centro di Salute Mentale di Mediana, che però ha continuato a lavorare anche senza di lui. Verranno a Belgrado operatori della Macedonia, Albania, Kosovo, Slovenia, Croazia, Romania, Bulgaria, Romania che stanno portando avanti pratiche alternative alla psichiatria tradizionale. Nell'extra-Europa importante l'appuntamento di Sidney, in Australia, che ci permetterà di allargare ulteriormente la nostra rete mondiale.

Franco Rotelli, psichiatra, Direttore Generale dell'azienda Sanitaria Triestina.

Ringrazio Chiara Strutti, Roberto Michelozzi, Claudia Agnetti, la Erenreich per l'organizzazione straordinaria che hanno realizzato in tempi veramente brevissimi. Ringrazio tutti gli operatori del DSM per le capacità di convocare così tanti operatori, familiari, ecc. da mezzo mondo, e di accoglierli adeguatamente come hanno fatto. Ringrazio anche l'amministrazione Provinciale di Trieste per questo teatro che è stata la sede di tante nostre iniziative. Ringrazio infine tutti voi che venendo avete rotto il gelo del nostro inverno, avete allontanato qualunque malinconia possibile. Devo dire che sono stato un operatore fortunato. Con Franco Basaglia, ho avuto l'onore di portare avanti la battaglia per il superamento di questo ospedale psichiatrico e per la chiusura di tutti gli Ospedali psichiatrici italiani. Sono fortunato per essere stato protagonista, insieme a tanti altri, della diffusione del pensiero e la pratica di Franco Basaglia nel mondo, Sono fortunato perché ho avuto la possibilità di tenere a battesimo la nascita di questa straordinaria rete internazionale per cui, dopo aver lasciato la direzione dell'Azienda Sanitaria Triestina, il 5 marzo, andrò in giro per il mondo a continuare il mio impegno, come un semplice membro dell'Associazione internazionale delle reti di salute mentale, appena creata in questo nostro incontro.
(Interminabile applauso)

Benedetto Saraceno, OMS Ginevra

Conclude rivisitando le cose più importanti che ha appreso in questi anni di lavoro in giro per il mondo per conto dell'OMS (vedi filmato)

31) COMMENTO ALL'INCONTRO DI BENEDETTO SARACENO

Sono andato a Trieste per rendere omaggio ed esprimere gratitudine alla pluridecennale esperienza dei servizi di salute mentale iniziata da Franco Basaglia e continuata da Franco Rotelli e Giuseppe Dell'Acqua. A congratulare le importanti innovazioni nel campo della organizzazione sanitaria e della salute comunitaria promosse dalla Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina diretta da Franco Rotelli.

Sono andato a Trieste per incontrare i mille amici di tutto il mondo. Per testimoniare gratitudine perché in tempi di convinzioni effimere e saperi approssimativi i triestini hanno mostrato la loro caparbia capacità di mantenere alti gli standards culturali, tecnici, etici e politici.

Sono andato a Trieste per dire ai mille amici (e ai molti nemici) della psichiatria antiistituzionale e della salute comunitaria che non solo io come amico e come tecnico ma anche la importante organizzazione a cui mi onoro di appartenere riteniamo che la esperienza di Trieste sia non una best practice ma la best practice. Non perchè altre pratiche eccellenti non si siano sviluppate in questi decenni, ma perchè Trieste ha saputo generare e mantenere due capacità supplementari e uniche : quella di riflettere ben oltre la psichiatria e la sanità e quella di mantenere viva e attrattiva una rete immensa di rapporti, di scambi, di amicizie, di momenti di formazione.

Sono andato a Trieste a ritrovare e a farmi ritrasmettere la forza ma anche il calore di un gruppo che, trasversale alle nazioni del mondo, costituisce una piccola nazione di pensatori e lottatori intelligenti e decisi. E sappiamo bene quanto sia necessaria in questa stagione di miseria politica, morale e culturale la esistenza di gruppo vivo, riflessivo, organizzato, che veglia.

Sono andato a Trieste per rendere omaggio a Franco Rotelli e alla sua lezione di verità. Ovunque abbia viaggiato in questi anni di lavoro internazionale ho visto riprodursi sempre e immancabilmente la tensione fra il discorso di verità della follia, della vulnerabilità, della sofferenza, della emarginazione e il discorso limitato e limitante, povero e spesso falso della psichiatria. Tuttavia, se il discorso della psichiatria è troppo spesso discorso di mistificazione esso sa declinarsi dentro regole accettate e accettabili mentre la verità del discorso della malattia si declina troppo spesso fuori da ogni regola e dunque permane comprensibilmente inaccettato.

Lo sforzo di costruire luoghi, modi e opportunità affinché la verità della malattia sappia esprimersi e rappresentarsi dentro regole accettate dalla collettività, è stato ed è il compito che la psichiatria antistituzionale e comunitaria si è assunta.

Ambasciatori di verità tanto vere quanto scomposte e tragicamente “off”, gli operatori di Trieste (e di molti altri luoghi italiani e stranieri) hanno contribuito alla costruzione di luoghi di mediazione ove le regole accettate possano diventare meno inflessibili, esclusive ed escludenti e, al tempo stesso, la sregolatezza della verità della malattia e della emarginazione apprenda qualche regola in più’.

Di questo lavoro di mediazione e di verità, Franco Rotelli è, ed è stato, instancabilmente, fastidiosamente, caparbiamente, ossessivamente, pericolosamente, coraggiosamente, maestro per moltissimi di noi.