

- Progettazione di Centri Diurni territoriali permeabili ai micro-processi sociali e culturali del territorio con una tensione, laddove è possibile, alle istanze di inserimento lavorativo;
- Moltiplicazione degli interventi di aiuto psicologico sia di tipo individuali che di gruppo con particolare interesse alla promozione di iniziative di auto-mutuo-aiuto;
- Sostegno alle esperienze di accoglienza territoriale e richiesta di adeguate risorse umane, economiche e strutturali, indispensabili ad un loro buon funzionamento;
- Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.);
- Costituzione di mini-equipe destinate all'area del disagio adolescenziale.

#### B) ATTENZIONE ALLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE

- Potenziamento degli organici medici ed infermieri ed incremento sostanziale di tutte quelle figure non sanitarie - previste dal "P.O. Tutela della Salute Mentale" (Psicologi, Sociologi, Assistenti sociali, Terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, etc.);
- Riflessione sul salto generazionale del comparto con l'inserimento di nuovi infermieri professionali che non hanno vissuto il processo di deistituzionalizzazione dei manicomi;
- Attenzione alla cooperazione sociale ed a quelle iniziative che favoriscono l'impresa sociale nel campo della Salute Mentale, se coerenti ad una progettazione unitaria ed a una operatività volta a soddisfare pienamente le richieste di presa in carico degli utenti dei Servizi. La pro-

mozione della corresponsabilità, nei progetti emancipativi delle persone con disagio psichiatrico, dovrà vedere le Aziende della Regione impegnate a garantire le risorse previste ed anche a superare gli ostacoli burocratici esistenti, al fine di favorire l'inserimento degli operatori sociali nei percorsi di formazione e di aggiornamento;

- Registrazione e superamento del Burn-out degli operatori (usura generazionale, aspettative onnipotenti, precariato, etc);
- Impegno per la formazione permanente degli operatori, con particolare sviluppo per i temi legati alle pratiche di integrazione ed al raccordo con le agenzie territoriali del lavoro, della scuola e del tempo libero.
- Messa a reddito o vendita del patrimonio immobiliare degli ex Ospedali Psichiatrici campani con destinazione d'uso del ricavato, per le attività territoriali delle Unità Operative di Salute Mentale.

#### C) ATTENZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE

- definizione e valutazione periodica di piani di intervento per talune aree di lavoro (cosiddette urgenze, ricoveri protratti, emarginazione ed abbandono, etc.) con il coinvolgimento permanente di Enti pubblici e volontariato, per quanto di competenza.
- Definizione e valutazione di programmi di prevenzione e lotta allo stigma.

Gruppo campano  
di Psichiatria Democratica

[www.psichiatriademocratica.it](http://www.psichiatriademocratica.it)



*psichiatria  
democratica*

**PSICHIATRIA DEMOCRATICA**  
*per la Salute Mentale in Campania*

In questo millennio che si apre, le città, le campagne e le comunità del Sud dell'Italia sono attraversate da rapidi mutamenti prodotti e/o accelerati da:

- fine del welfare e crisi dello sviluppo socio-economico;
- fenomeni di immigrazione e di neo-emigrazione;
- nuove povertà e false aspettative dell'iperconsumismo;
- logiche affiliative che rinnovano camorre e maffare politico-amministrativo;
- l'avvicendamento di tradizioni, culture e abitudini collettive locali con stili di vita tardoccidentali.

Di fronte a queste profonde trasformazioni, le pratiche della psichiatria rischiano di ridursi ad ammortizzatori di conflitti e disagi sociali. E ci riferiamo non solo a quella *psichiatria da discarica* che diventa contenitore provvisorio o definitivo di comportamenti devianti, antisociali, come di

abusi e dipendenze di sostanze, ma anche a quella psichiatria che pretende di confezionare risposte individuali a difficoltà sociali (insicurezza, emarginazione, violenze, ricatto e maltrattamenti, disoccupazione, etc.) attraverso l'uso senza regola di psicofarmaci, ricoveri, intrattenimento.

Mentre ribadiamo con forza che deve essere permanente il lavoro di deistituzionalizzazione, per evitare il rischio che i servizi territoriali diventino meri ambulatori, le case famiglia cronici ed i centri diurni ghetti sociali, vogliamo valorizzare l'impegno di tanti operatori che sostengono il quotidiano incontro con il disagio psichico e fra mille difficoltà costruiscono, pezzo dopo pezzo, quella pratica che abbiamo definito Salute Mentale dentro la Comunità:

- oltre la psichiatria, la Salute Mentale significa prendersi cura della persona, della sua storia e del suo contesto;
- oltre il paradigma in crisi del tecnicismo biomedico, la Salute Mentale significa riattivazione di risorse collettive a sostegno della crisi individuale;
- oltre la tentazione di rimozione della follia, la Salute Mentale significa accoglienza, condivisione della sofferenza, rapporti reciproci di aiuto con gli utenti e i loro familiari;
- oltre le logiche violente dell'abbandono e dell'espulsione, la Salute Mentale significa riappropriazione di relazioni significative e di potere sociale;
- oltre l'impotenza dell'isolamento degli operatori come degli utenti, la Salute Mentale significa partecipazione allargata ai percorsi di cura di nuovi soggetti sociali e istituzionali.

La Salute Mentale o è un problema/risorsa collettivo, di tutti o ritorna a diventare manicomio, deriva medico-psichiatrica di controllo sociale.

Ma la Salute Mentale, per P.D., non si è mai ridotta ad orizzonte utopico o peggio a semplice dichiarazione di intenti. Pertanto si rinnova l'urgenza, nella nostra regione, di politiche socio-sanitarie che forniscano gli strumenti, le risorse economiche, gli uomini e le donne, le strategie e le programmazioni capaci di definire e sostenere il complesso e delicato processo della S.M. e i suoi avanzati e reali effetti di democrazia e benessere diffuso.

In tal senso P.D. esprime alcune urgenze opzioni che appaiono non rinviabili per realizzare ogni credibile progetto di una Salute Mentale dell'inclusione.

#### A) AREE DI INTERVENTO

Nei servizi territoriali di Salute Mentale - anche attraverso il costante lavoro di equipe, che va sempre sostenuto - ogni intervento o pratica messa in campo deve avere come obiettivo principale il facilitare la massima partecipazione ed inclusione del paziente nella sua famiglia, nella comunità e nella società più in generale, in modo che lo stesso possa recuperare a pieno titolo la sua dignità di persona e di cittadino. Proponiamo pertanto:

- Incremento delle attività di cura ed assistenza riabilitativa domiciliari e territoriali in genere (uso della casa, uso del quartiere, dei mezzi di trasporto, dei luoghi di intrattenimento e degli spazi ludici della città, pratica all'espletamento di tutte le attività necessarie alla sopravvivenza autonoma e/o assistita, sostegno al lavoro e, quando necessario, assistenza durante il suo

svolgimento etc.). Tutti questi interventi, individualmente progettati, devono essere realizzati e seguiti in un "lavoro di rete" i cui nodi operativi sono tutte le agenzie e le istituzioni competenti a parteciparvi stabilmente. In primo luogo gli Enti Locali (con particolare impegno dei Servizi Sociali) così come il Mondo del Lavoro (Sindacati, Associazioni di categoria, Artigiani, Terzo settore, Volontariato organizzato) la Scuola e l'Università.

- Adeguamento dei Servizi di Diagnosi e Cura previsti dalle normative regionali e superamento della separatezza dell'intervento ospedaliero da quello territoriale, attraverso una attenzione partecipata dei Servizi invianti. Vanno inoltre sensibilizzati, costantemente, i Servizi di confine così da eliminare i ricoveri impropri e contestualmente vanno poste in essere tutte quelle strategie utili ad una presa in carico reale che conduca, sempre più, a ridurre il numero e la durata dei ricoveri ed a creare modalità altre e luoghi diversi da quello dell'ospedale dove sia possibile gestire la crisi;
- Favorire sempre più una accoglienza abitativa piuttosto che una residenzialità con delega totale e definitiva preferendo, ad esempio, progetti di gruppo-appartamenti (quando non la fuoriuscita dal circuito psichiatrico) ed attivando la partecipazione e le risorse del quartiere, della città e dei familiari. Vanno sperimentate - potendo contare su sufficienti risorse ed investimenti - forme alternative di residenzialità (case anche per gravi) supportate 24 ore su 24 dai servizi territoriali così come va costruito e sviluppato l'affido eterofamiliare dei pazienti psichiatrici, con sostegno formativo ed economico alle famiglie;