



**I RAPPORTI SUI LAVORI DELLE SESSIONI PARALLELE - 15 giugno 2019 ore 14.30 - 19**

## **Sessione n. 5: Il sociale per la Salute Mentale di comunità; il DSM e l'integrazione con il Welfare locale**

**Relatrice: Elisabetta Rossi**, Psichiatra SC Salute Mentale USL 1 Umbria

**Rapporteur: Antonello D'Elia**, Presidente Psichiatria Democratica

### **IL SOCIALE VISTO DAI SERVIZI, TRA SETTORE PUBBLICO E TERZO SETTORE**

- Il gruppo nella sua composizione ha permesso di analizzare il sociale visto dai servizi e i servizi visti da chi opera nel sociale e il quadro che è emerso non è stato consolante. E' sostanzialmente emerso che il pubblico - attraverso i servizi visti dall'interno e dall'esterno - non fa quello che dovrebbe fare, non conosce il territorio e non ha la capacità di attrarre le risorse del sociale, che pure è elemento costituente della psichiatria di comunità. In alternativa delega spesso 'in bianco' al privato convenzionato. E' stata sottolineata l'importanza delle associazioni di Terzo settore nel mappare le risorse del territorio, associazioni che di fronte alla ridotta dimensione del sociale nei servizi si organizzano in vario modo e con molteplici iniziative mettendo in campo anche importanti "risorse aggiunte", ma senza incidere molto proprio per la difficile collaborazione con i servizi.

### **IL SOCIALE NON HA SPAZIO NELLA VECCHIA PSICHIATRIA**

- E' stato rilevato poi che i servizi non sono in buona misura in grado di accogliere i bisogni sociali degli utenti o, peggio, li ridefiniscono come psichiatrici, così come manca il sostegno psicologico nelle fasi di transizione della vita, nei momenti di passaggio critici a partire dall'età giovanile. Sono insufficienti anche le risposte di sostegno sociale ai percorsi di inclusione dei pazienti attraverso le attività di riabilitazione nei Centri diurni e di formazione al lavoro avvalendosi, nel migliore dei casi, di Cooperative sociali che sono incorporate nel sistema dei servizi. Inoltre spesso questi non sono consapevoli degli effetti collaterali devastanti dei farmaci che interferiscono sia con la salute che con le potenzialità riabilitative, e solo oggi si fa largo un'attenzione a questa dimensione.

### **POCHE RISORSE, SPESSO DESTINATE MALE**

- Le conseguenze della riduzione dei finanziamenti hanno sicuramente come esito prestazioni ridotte o scarsamente efficaci da parte dei servizi e quindi in particolare di quelle sociali integrate, e questo evidenzia anche le carenze della politica, capace di magari di mobilitare risorse nell'emergenza ma non di assicurare continuità ovvero sostenibilità. Non vengono invece evidenziati gli annosi problemi dell'integrazione socio-sanitaria e quindi dell'apporto del sociale di estrazione municipale sulla salute, ambito che non ha ricevuto attenzione nei lavori di gruppo forse per una indifferenziata valutazione del servizio pubblico. Qualche eccezione, utilmente esemplare, riguarda progetti sull'abitare o sull'inserimento in tirocinio o al lavoro gestiti localmente. Negletti sono i problemi degli operatori, principali attori di un potenziale cambiamento di rotta.

## IL SOCIALE PER INCLUDERE NON PER CONTENERE

- In definitiva nel campo della salute mentale l'incontro tra i servizi e il sociale appare ancora poco vitale, se non nella dimensione della tensione, del conflitto e questo richiama anche il problema etico dei diritti degli utenti come chiave di lettura dell'attenzione al sociale dentro i servizi. Né mancano strumenti di recente introdotti che permetterebbero, ad esempio, di utilizzare un *budget* personalizzato: una tendenza che tuttavia rompe il fronte del sociale come luogo a cui far ricorso nel cercare soluzioni collettive e riporta ai singoli individui. In senso innovativo va anche la legge sul 'dopo di noi'. L'aspirazione rimane quella di riuscire a mettere insieme le risorse di sociale e sanitario, pubblico e privato in una visione sistemica che vada oltre l'integrazione e riformuli una cultura del sociale come trama di inclusione e non semplice luogo del contenimento di problemi. Due notazioni. E' stato da più parti citato Alexander Langer come militante del dialogo tra parti in conflitto e alfiere del dialogo sociale ed è emersa con decisione la voglia di ascolto di utenti e familiari, con la forza degli unici applausi provenienti da parte del pubblico partecipante.

### Il Report degli interventi

**Elisabetta Rossi** ha inquadrato il rapporto tra servizi e sociale come critico, con una evidente carenza a livello sistemico: si perde la connessione tra le pratiche e chi le porta avanti. Eppure il Sociale è elemento costituente della psichiatria di comunità, uno snodo essenziale tra territorio e comunità al cui interno sono possibili contraddizioni che possono essere generative o non generative cioè burocratizzate. Rossi cita anche il ruolo della comunità scientifica internazionale rispetto alla valorizzazione di un approccio di sistema. Ad esempio il recente rapporto Bocconi sul Servizio Sanitario mette in luce un sistema sottofinanziato che mostra tuttavia un buon risultato in termini di costo/efficacia il che pone quesiti decisivi rispetto a come mai possa verificarsi questa situazione a quale prezzo per le persone e per gli operatori se ancora non viene intaccato il livello di efficacia nonostante le carenze riscontrate. Sempre lo stesso rapporto evidenzia un aumento della spesa privata e una tendenza alla individualizzazione dell'erogazione economica: di fronte all'aumento dei bisogni la tendenza è pagare il singolo dandogli la libertà di scegliere come impiegare i fondi destinatigli. Ne consegue una apparente democratizzazione, un potenziale risparmio degli sprechi ma una perdita della dimensione sociale degli interventi. La soluzione che intravede Rossi è mettere insieme le risorse del sociale e del sanitario dando consistenza alla sempre proclamata necessaria integrazione. Se predomina la causalità nell'impiego delle risorse i tavoli regionali di integrazione per la salute mentale possono essere decisivi dando spazio al confronto tra pubblico e privato sociale. Nelle prospettive compaiono il budget di salute (con l'esigenza di ripensare il progetto individuale); le esperienze di inserimento lavorativo che si avvalgono dell'IPS o si analoghi strumenti; le esperienze di residenzialità leggera che mettono al casa tra le priorità di un progetto riabilitativo; le azioni di prevenzione nelle scuole a favore dei giovani. I servizi hanno ancora la capacità di promuovere esperienze pilota e di dare risposte a questi punti elencati in precedenza. Rimane il quesito su chi sa fare veramente e chi sa governare realmente questi processi, tema che rimanda al nodo della formazione. Ad esempio i fondi locali che utilizzano il budget di salute, il dopo-di-noi et. richiedono competenze non scontate e tutte da acquisire e sperimentare anche attraverso strumenti specifici (un esempio il *social inclusion toolbox* sperimentato a Perugia nei progetti individualizzati) e alcune forme di coinvolgimento materiale degli utenti che non sia strumentale o soltanto retorico.

**Don Virginio Colmegna**, della Casa Carità di Milano. Il contesto è in crisi e va trattato con idee nuove: il problema non è l'integrazione tra sociale e sanitario la una riqualificazione complessiva della cultura e della lettura del sociale. Se il sociale è solo contenimento se ne rischia un'accezione chiusa, emergenziale a cui bisogna sottrarsi deistituzionalizzando l'emergenza. La pratica milanese a lui riportata fa ricorso al concetto di cittadinanza terapeutica (Saraceno): la povertà non è da contenere ma da accostare con una logica modificata. Il rischio è quello sempre più incombente di riproporre la logica dei contenitori.

**Patrizia Monti**, DSM Frosinone. La proposta istituzionale dei servizi di salute mentale in Ciociaria è quella di chiudere e accorpare. La proposta in controtendenza è stata quella di avviare un gruppo di psicoanalisi multifamiliare come risorsa che si oppone alla distruttività istituzionale della psichiatria. Altro tema quello degli inserimenti lavorativi in provincia dove si rischia la dispersione dei fondi regionali per il lavoro attraverso progetti preformativi che non esitano in occupazione. In ultimo, in ambito di residenzialità, si pone il problema se accreditare gli appartamenti o i progetti, due opzioni in netto contrasto.

**Mirella Novelli**, della UIL. Porta la voce del mondo del lavoro e l'allarme per la sua carenza. Pur non avendo rapporto diretto con la salute mentale, segnala il tema giovani/lavoro e la correlata povertà minorile. L'obiettivo di un lavoro contrattualizzato e dignitoso è sempre più raro con le conseguenze inevitabile, tra cui la negazione del lavoro come luogo di prevenzione.

**Pino Palomba**, DSM Bari. Sottolinea come sia sempre più frequente che problemi sociali vengano scambiati come psichiatrici e cita ad esempio l'analfabetismo e alcune abitudini folkloriche che non trovano spiegazione tra gli psichiatri che assegnano etichette diagnostiche. Si criticano gli obiettivi aziendali e la psichiatria basata sulle evidenze in quanto espressione di una posizione culturale burocratica che non decodifica i bisogni. Esempio paradossale citato è quello dei test somministrati ai pazienti prima e dopo le gite a voler giustificarne l'efficacia clinica. Propugna un'evidenza basata sulla pratica e sottolinea il livello di sofferenza degli operatori della salute mentale.

**Anna Poma** parla del Festival dei Matti di Venezia. La follia viene osservata da un punto di vista non clinico, fuori dalle istituzioni, con un approccio indipendente teso ad esplorare il sociale e i territori. Inquietante constatare che Basaglia, a Venezia, tra la gente sia sconosciuto. Le istituzioni della salute mentale d'altra parte scompaiono e quello che un tempo era aperto e diffuso è ora confinato e separato: ad esempio lo storico CSM di Venezia è ora stato trasformato in un poliambulatorio.

**Alessandro Sirolli**, dell'associazione 180 amici de L'Aquila. Il punto di vista di un luogo che ha subito il terremoto del 2009. A distanza di 10 anni si registra il deterioramento dei servizi di salute mentale e il proliferare di servizi ambulatoriali in stile privatistico: il sociale non riesce più ad entrare nel sanitario e diventa dimensione sussidiaria, gestita a livello caritatevole. D'altra parte l'associazione di volontariato che rappresenta Sirolli mostra al servizio pubblico che margini per fare ce ne sono, ad esempio promuovendo sinergie con il terzo settore come il Centro Servizi per il Volontariato (CESV). L'emergenza de L'Aquila ha permesso di creare un efficace welfare di prossimità inclusivo nella comunità: diluitasi la dimensione emergenziale la rete creatasi intorno alle microaree si è dissolta. Il rapporto tra cittadini ed istituzioni è da rivedere e da garantire la sostenibilità nel tempo delle iniziative.

**Rita Falvo**, Associazione Vittime della 180. E' la madre di un giovane uomo con doppia diagnosi. Lamenta la mancanza di centri di emergenza abitativi (il figlio, dimesso, è rimandato a casa con lei). Il suo non è un intervento preordinato ma le lasciamo la parola. Le famiglie sono dimenticate e tutto il peso relazionale cade su di loro. Finirà per pagare al figlio un bed and breakfast. Il suo intervento suscita applausi nel pubblico.

**Riccardo Ierna**, del Centro Marco Cavallo di Brindisi/Latiano. Si chiede cosa sia il sociale oggi: bisogna partire da cittadinanza e territorio per sviluppare animazione sociale utilizzando gli strumento del Welfare residuale. E' per un'animazione dal basso che non utilizzi il terzo settore reinvestendo i fondi regionali per la risocializzazione e facendo un patto con la politica. L'esempio è un centro diurno non istituzionale avviato in una ex fabbrica.

**Patrizia Conese** della FP CGIL Medici Dirigenti di Bari lavora in ASL in un consultorio. Riporta un aumento della domanda e un vuoto dei servizi rispetto alla capacità di cogliere e rispondere ai disagi psicologici transitori, quelli che insorgono in fasi di passaggio del ciclo di vita, adolescenza in primis, e che se non intercettati esitano in più strutturate patologie. In assenza dei servizi queste richieste vanno inevitabilmente nel privato.

**Marco Espa** parla a nome dell'associazione dei genitori di bambini cerebrolesi che presiede. Il tema della segregazione per i portatori di disabilità è centrale. Rivendica il diritto a piani personalizzati, (dal 'faccio per te' al 'fai da te') che pongano al centro l'individuo, anche se, come già avvenuto per un precedente intervento, la perdita della dimensione sociale che è anche risorsa della relazione tra persone è pericolosa.

**Michela Vogrig** del Consorzio Cooperative Sociali del Friuli, nota come oltre agli strumenti tecnici, come il budget di salute, sia necessario curare le reti tra soggetti e sostenere una cultura del sociale attraverso la cooperazione sociale. Il tema è vedere la persona e non la malattia, di basagliana memoria, anche se il modello medico rischia di schiacciare quello cooperativistico. Altri applausi del pubblico.

**Francesca Massarotto** per la cooperativa sociale Ambra di Milano riporta tre progetti di valenza sociale. Il primo riguarda l'abitare individuale e di gruppo e mette in rete a sostegno di questo iniziative imprenditoriali commerciali che attraverso il tirocinio garantiscono un supporto materiale di autonomia alle persone in carico; il secondo riguarda progetti individuali per pazienti gravi e fa ricorso al piano urbano; l'ultimo è per i soggetti giovani all'esordio.

**Stefano Mantovani** della cooperativa Noncello, sottolinea il ruolo storico ed attuale dell'impresa sociale e delle cooperative B.

**Marcello Macario**, parla come operatore e coordinatore di un'associazione di uditori di voci. Cita l'Open Dialogue e l'accoglienza che propone come atto preliminare a qualsiasi possibile intervento "Sei venuto nel posto giusto...". Anche questo esordio suscita applausi nel pubblico. L'esempio degli uditori di voci (Marius Onder) è

cambiare noi stessi e non la psichiatria: è la sfida contro il paternalismo psichiatrico insieme a quella della dimissione dai farmaci (di cui è portavoce Robert Whitaker).

**Silvio Belletti** dell'Unasam Emilia Romagna è molto deciso: attenzione ai farmaci e al rischio di cronicizzazione! Inoltre i Piani Terapeutici Individuali andrebbero applicati a tutti gli utenti. A volte, dice, bisogna conquistarsi una maggiore libertà nei distretti sanitari per poter operare meglio, anche con leggere forzature delle leggi in vigore per potersi procurare i fondi necessari, ad esempio attingendo alla legge sul 'dopo di noi' per intervenire 'durante noi'.

**Alessandro Montisci**, DSM Cagliari, parte dall'idea di gratuità secondo Alex Langer, la capacità di spendersi relazionalmente senza un corrispettivo guadagno. Cita a questo proposito il progetto Sentieri di Libertà che parte dall'escursionismo montano e coinvolge centinaia di utenti, familiari, operatori e cittadini in Sardegna con il coinvolgimento dei comuni presso cui la lunga carovana di persone si ferma: circolano soldi prodotti dal benessere.

**Paola D'Amelia**, coop Aelle Il punto, Roma, parla di un progetto di accompagnamento e torcinio che attinge alle risorse cittadine in collaborazione con il DSM con l'obiettivo di contrastare l'assistenzialismo e la cronicizzazione.

**Elena Gentili**, associazione Oltre le Barriere, riporta la voce dei familiari cui non viene richiesto alcun parere né offerta una collaborazione: eppure, dice, noi ci battiamo per i servizi e promuoviamo iniziative come questa Conferenza perché crediamo nel loro lavoro. Un tema negletto è quello dell'inserimento lavorativo per il quale gli aderenti dell'associazione stanno acquisendo informazioni e competenze.

**Keika Lai**, un familiare, contribuisce alla discussione con un intervento non programmato in cui parla dei 'muri di gomma' della psichiatria con cui si è dovuta misurare. Ha riacquisito fiducia grazie all'associazionismo dei familiari e a qualche bravo terapeuta che ha incontrato nella storia del fratello. La sua è una protesta vibrata contro le cattive pratiche e i cattivi terapeuti, non contro tutto il sistema della salute mentale: è insopportabile non essere ascoltati per anni. Al tempo stesso le situazioni positive vanno premiate.

**Donato Boschi**, assistente sociale che ha avuto un'esperienza di sofferenza mentale e che ha fondato una associazione di promozione sociale, Terra Animator, che mira a diventare anche cooperativa di gruppo B. Il suo è un percorso da utente a educatore che gli ha insegnato la pariteticità come soluzione relazionale sana nel confronto tra le parti.

**Elisabetta Sacco**, dell'associazione di volontariato Riconoscere, lamenta l'assenza di proposte di integrazione tra sociale e sanitario. L'associazione sta lavorando a una mappatura delle risorse del territorio che i CSM non posseggono.



promossa in collaborazione con  SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA DIPARTIMENTO DI ECONOMIA E DIRITTO

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