



RESIDENZE  
RIIORSO

**AIRSAM**

Associazione  
Italiana  
Residenze  
per la salute  
mentale

# **DOCUMENTO CONGRESSUALE**

## **Caltagirone**

*27 maggio – 1 giugno 2019*

## RIFLESSIONI DEL PRESIDENTE

*Dott. Marco D'Alema*

E' appena trascorso il quarantennale dell'approvazione della Legge 180 e ci troviamo in prossimità di una Conferenza Nazionale per la Salute Mentale che intende rilanciarne i valori. Partirò quindi considerando alcuni aspetti importanti dell'impegno di Basaglia, che ritengo essere di grande attualità.

- Critica del manicomio come luogo di cura della malattia mentale e disvelamento della sua natura di contenitore mortificante di varie forme di povertà.

- La psichiatria come pseudoscienza che giustifica, attraverso postulati epistemologicamente fragili, la necessità di controllo sociale di una parte dell'area di emarginazione prodotta dalle modalità di sviluppo economico.

- La violenza istituzionale che può derivare dal connubio fra ideologie pseudoscientifiche e necessità di ordine sociale, il cui rischio permane anche a manicomi chiusi.

- Critica alle teorie, anche di tipo psicologico, che si traducono in formulazioni di soluzioni tecniche mirate a creare consenso e che costringono la persona sofferente ad adattarsi a criteri teorico- tecnici rigidi piuttosto che aprire all'ascolto e al dialogo.

- "... non credo si faccia cultura scrivendo libri, si fa cultura soltanto nel momento in cui si cambia la realtà" (Basaglia).

- "... la produzione di cultura nuova non può che nascere da una pratica sociale nuova" (Basaglia).

L' originalità della situazione italiana, costituita dall'aggancio tra i tecnici e i movimenti di lotta di base, ha reso possibile la chiusura dei manicomi con la legge 180.

- Legge 833: l'inserimento della psichiatria tra le altre discipline mediche, all'interno della sanità, rischia di riproporre una mistificazione riducendo la sofferenza mentale dentro gli angusti paradigmi medico biologici ma nello stesso tempo è un rilevante risultato delle lotte condotte in quegli anni in quanto, restituendo dignità di malato al paziente psichiatrico, lo sottrae al giudizio etico morale e alla segregazione manicomiale.

- Dopo la legge 180 la costruzione dei servizi veniva demandata alle Regioni, in assenza di un preciso indirizzo nazionale che arriverà solo con il Progetto obiettivo nazionale del 1994.

- A partire da questa discrasia temporale inizia la diversità, così evidente e drammatica, tra i diversi sistemi regionali per la salute mentale, diversità che ancora oggi si mantiene e che è stata ultimamente documentata dai dati del sistema epidemiologico. Questi dati, elaborati, sono pubblicati dalla SIEP e sono consultabili nel sito della società.

Tornando a Basaglia è entusiasmante notare come lui sia consapevole che, proprio da un cambiamento determinato dall'azione innovativa, possa cambiare la qualità della relazione fra i soggetti, che a sua volta produce nuova conoscenza e genera cambiamento culturale e nuove prassi.

- "... se si crea una situazione di rapporto basato sulla fiducia, il rapporto stesso cambia ... si crea un servizio che risponde tendenzialmente a bisogni inespressi, di cui nessuno sa niente, né chi li esprime, né chi dovrebbe recepirne l'espressione" (Basaglia).

- Ne discende l'idea di Servizi di Salute Mentale centrati sulla relazione col paziente, il suo contesto relazionale, la comunità, la forte integrazione tra sociale e sanitario.
- Al centro sono i diritti del cittadino e della persona: fa parte della cura liberare il paziente da quei vincoli culturali, sociali ed economici che ne impediscono la più ampia abilitazione all'esercizio della cittadinanza e delle attitudini personali.
- Sempre più evidenze dimostrano che è ormai da superare la vecchia dialettica tra biologico, psicologico e psicosociale e confermano da un punto di vista scientifico i principali assunti basagliani da me richiamati all'inizio di queste note.
- Il comportamento, come manifestazione del mentale, è il risultato di interazioni complesse tra cervello e ambiente e l'organizzazione complessa del binomio cervello-comportamento, può essere modificata da stimoli molto diversi tra loro.
- Vari tipi di esperienze traumatiche o positive possono indurre, anche in soggetti adulti, cambiamenti anatomici del cervello e modificarne la funzionalità (amigdala, ippocampo, corpo calloso, corteccia prefrontale).
- Interazione tra ricerca in campo biologico, psicologico e sociologico: modello complesso di funzionamento della mente che mette in crisi il modello biologico lineare.
- Importanza degli studi epidemiologici che hanno messo in luce il ruolo di co-determinazione esercitato da fattori di rischio ambientale sia sullo sviluppo della malattia che sul decorso e l'esito.
- Fattori ambientali importanti: urbanizzazione e disgregazione familiare (Rutter); eventi di vita negativi (Brown e Harris) fra cui: morte precoce della madre, disoccupazione, mancanza di relazione affettiva; contesto socio-culturale (studio OMS) come fattore di protezione o di rischio.
- Cambio epistemologico nel momento in cui si assumono come oggetto di osservazione per la salute mentale e la sua psicopatologia elementi molto distanti dalla dimensione biomedica
- Nuovo approccio interattivo alla malattia mentale introduce i determinanti sociali e relazionali come fattori eziopatogenetici, il che implica la necessità di cambiamento nelle strategie di intervento e progettazione dei Servizi di Salute Mentale.

Variabili connesse alle strategie, all'organizzazione e agli stili di lavoro dei servizi sanitari giocano un ruolo importante nell'evoluzione e nell'esito delle malattie mentali:

- Riconoscere il ruolo degli utenti nella organizzazione dei servizi, sia in chiave di programmazione che di attività riabilitative;
- Riconoscere il ruolo della comunità, non in termini di contenitore ma come partner e generatrice di risorse e azioni integrate a quelle dei servizi;
- Non rimanere confinati al settore sanitario interagendo con il sistema di welfare e con quello economico, sia nell'ambito dell'impresa sociale che in quello dell'economia di mercato;
- Superare il modello centrato sulla relazione medica e/o psicologica esclusivamente individuale;

- Spostare l'asse dell'intervento dei servizi da quello esclusivamente clinico a quello psico-sociale;
- Superare il modello bio-medico centrato sull'ospedale passando al modello di Salute e Sanità Pubblica;

La disabilità non può mai essere utilizzata come motivo di limitazione delle libertà delle persone con disabilità fisiche o mentali.

- La convenzione ONU sui diritti dei disabili obbliga a considerare i diritti non solo come un riferimento di principio ma come obbligazione di processo e di risultato.
- Disabilità come limitazione legata alla patologia e alle caratteristiche personali conseguenti. Handicap come prodotto ambientale e comunitario.

In occasione della ricorrenza dei 40 anni dalla legge, la mancata applicazione o attuazione è un tema molto trattato nel dibattito pubblico.

- E' fondamentale però ricordare gli importanti e non reversibili mutamenti che sono intervenuti: la scomparsa delle psicopatologie da istituzione, la restituzione di una vita dignitosa alla maggior parte dei nostri pazienti, il proliferare di esperienze di pratiche innovative in tanti territori italiani con l'apporto diverse risorse del territorio tra le quali un particolare rilievo ha avuto la cooperazione sociale.
- La pratica dei Servizi di Salute Mentale in questi 40 anni ha dimostrato che è possibile un'assistenza psichiatrica senza l'ospedale psichiatrico, con una presenza capillare nel territorio e un numero di posti letto molto inferiore a quello di tutte le altre nazioni industrializzate.

Nella discussione pubblica spesso si parla indifferentemente di attuazione e applicazione, termini che però hanno un significato diverso:

- ✓ attuazione di una legge: lavoro di traduzione e trasformazione della norma in realtà;
- ✓ applicazione di una legge: messa in opera; ha a che fare con l'impegno, i mezzi che servono, la volontà.

Condivido con Cavicchi che, pur essendovi ovviamente una disapplicazione della legge da parte delle Regioni, il problema più importante che abbiamo di fronte, relativamente alla legge 180, è la parziale attuazione, legata ad alcune invarianze di sistema che hanno prodotto una disconferma della legge stessa .

- Invarianze: la formazione degli operatori; le ambiguità tayloristiche del dipartimento; il persistere della logica ambulatoriale; vecchie forme di gerarchia; la mancata ridefinizione delle professioni; fraintesi concetti di territorio e di integrazione.
- Formazione universitaria è ancora fortemente ancorata a un modello biologico che vede nello psicofarmaco il principale strumento terapeutico.
- Una prassi ambulatoriale – ospedaliera che determina anche i criteri di accreditamento delle scuole di specializzazione.
- Scarsa attenzione alle competenze aggiuntive necessarie nei Servizi di Salute Mentale di Comunità come l'integrazione sociosanitaria, il progetto individuale multidimensionale, inclusione sociale, lavoro di rete, dinamiche dei gruppi di lavoro.

- L'inserimento della Salute Mentale all'interno di logiche aziendalistiche che puntano al management e alla efficienza più che all'effectiveness.
- Prevalere di una logica ospedaliera e ambulatoriale centrata sulle prestazioni sanitarie con scarsa valorizzazione degli interventi di rete e di integrazione, essenziali in Salute Mentale).
- Trascinamento dei DSM nei processi di accorpamento aziendali con la creazione di mega DSM che perdono di vista la dimensione comunitaria.
- Malgrado la L.328 sia del 2000, c'è ancora grande difficoltà nell'individuare le sedi, le procedure tecnico-amministrative e i finanziamenti dedicati alla integrazione sociosanitaria.
- La partecipazione dei diretti interessati alle scelte, viene affermata da tutti come principio, ma...:
  - ✓ le consulte e i comitati consultivi per la Salute Mentale, che non tutte le Regioni hanno creato, hanno modesto peso sulle scelte politiche degli amministratori;
  - ✓ nei DSM è eccezionale la partecipazione di utenti e familiari ai Comitati di Dipartimento;
  - ✓ rarissimamente i DSM prevedono la presenza di utenti e/o familiari esperti nelle equipe di lavoro;
  - ✓ mancata istituzione di tavoli per la produzione di un piano locale per la Salute Mentale (linee di indirizzo 2008) capace di allargare la partecipazione alla governance del Dipartimento.

Le molteplici esperienze che i soci dell'AIRSAM hanno sviluppato nel loro agire quotidiano, ispirati ai principi e agli obiettivi che ho ricordato in questo testo, ci consentono di portare un contributo importante al dibattito e all'azione politica che si sta svolgendo nel nostro paese per rilanciare i servizi di Salute Mentale. E' proprio da ciò che abbiamo vissuto e sperimentato nella nostra azione culturale, tecnica e politica che nasce la convinzione che la risposta all'interrogativo che titola questo congresso debba essere positiva. La democrazia e il dialogo sono elementi necessari per porre un argine alla crisi e provare a ricostruire i servizi.

### **Dott. Marco D'Alema**

*Laureato in medicina e chirurgia l'Università degli Studi di Roma La Sapienza e specializzato in psichiatria presso l'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, iscritto all'albo degli psicoterapeuti, ha prestato servizio nella ASL RM 6 presso la quale ha assunto la carica di Direttore del DSM svolgendo attività di coordinamento, direzione e progettazione; ha svolto attività cliniche di diagnosi e cura in condizioni di urgenza e di trattamento ambulatoriale, attività di psicoterapia ad indirizzo analitico individuale, di coppia e familiare; conduzione di gruppi per i familiari di pazienti gravi. Ha svolto attività di Consigliere per la Salute Mentale del Ministro della Salute; ha partecipato all'elaborazione delle linee guida per il trasferimento dell'assistenza sanitaria in carcere e negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dall'amministrazione del Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale.*

*Socio fondatore di varie associazioni ("Le Torri", "Alchimia", "Novagorà", "AMA Castelli") è attualmente presidente nazionale dell'AIRSAM (Associazione italiana residenze per la salute mentale)*

## Da incontro Legacoopsociali del 22 febbraio 2019 Roma

L'incontro Legacoopsociali Gruppo di lavoro Salute mentale, aderente all'AIRSAM, se da un lato ha confermato differenze ed eterogeneità Regionali e Locali su più piani (da quello normativo a quello degli indirizzi, dalle risorse impiegate alle pratiche adottate), dall'altro ha evidenziato criticità e contraddizioni comuni, molte delle quali, già contenute nel documento AIRSAM del 13 Settembre 2017.

In primis la crisi dei Servizi Pubblici impoveriti sia dal punto di vista dimensionale che culturale con una tendenza a ridursi a servizi ambulatoriali e ad un abuso di ricoveri ospedalieri che coincide con la negazione dei diritti di cittadinanza mentre stiamo vivendo un pericolosissimo ritorno al paradigma biologico medico.

La "sanitarizzazione" dei servizi territoriali, storicamente gestiti dal privato sociale, si manifesta in varie forme: dalla medicalizzazione e infermierizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali, all'adozione del modello RSA che disincentiva il lavoro riabilitativo e, quindi, la dimissione dalla struttura; dalla maldestra differenziazione del profilo dell'educatore (di serie A quello che esce dalla facoltà di medicina, di serie B quello che esce da Scienze dell'educazione) all'impiego abnorme della figura dell'OSS.

L'evoluzione delle professionalità impiegate in Salute Mentale dalle Cooperative, evidenzia, negli anni, il passaggio dall'operatore senza un titolo specifico, che si forma sul campo, all'operatore con titolo (tecnico della riabilitazione, educatore, oss, infermiere). Se da un lato la "professionalizzazione" degli operatori è apparsa necessaria perché ha "normalizzato" un settore qualificandolo professionalmente, dall'altro, spesso, ha determinato, nelle pratiche, una organizzazione rigida, centrata pedissequamente sui compiti e sulle funzioni contrattualmente previste, un po' come avviene in ospedale. Una evoluzione che, sovente, in nome della differenziazione e della specificità professionali ha rinunciato al valore dell'esperienza e della competenza acquisita, ha rimesso in discussione la paritarietà dei profili nel funzionamento del gruppo di lavoro.

I criteri di affidamento dei Servizi evidenziano contraddizioni che riguardano sia gli accreditamenti istituzionali, spesso inadeguati perché distanti dai reali bisogni della persona, che le gare d'appalto sempre più caratterizzate da forme camuffate di massimo ribasso e con rette differenti per ciascun territorio.

Il Budget di salute sperimentato in diverse realtà, si conferma nella sua relativa validità perché meglio si presta alle esigenze di personalizzazione degli interventi e delle risposte, pur non rappresentando un modello facilmente attuabile soprattutto in quelle realtà con Servizi pubblici poco attrezzati sul piano delle competenze e capacità gestionali.

L'accordo Stato regioni del 2013, attraverso la riclassificazione dei servizi residenziali, ha, probabilmente, contribuito ad alimentare molte di queste contraddizioni. Le logiche ospedaliere debordano nella residenzialità prevedendo: la figura medica del direttore sanitario, i presidi ospedalieri, i carrelli e camici bianchi, spazi palestra e giardini interni. In nome della riclassificazione si affermano pseudo approcci terapeutici più contenitivi che spesso vuol dire neo custodialismo e sedazione farmacologica.

C'è da chiedersi quanto le REMS, residenze di nuova generazione, contaminano le logiche e le pratiche di residenzialità territoriale.

Il gruppo di lavoro Salute mentale Legacoop intende riaffermare le logiche della co-progettazione e co-gestione sancite dalla 328, riprese e rilanciate dal Codice del terzo settore ribadendo il valore del principio costituzionale di sussidiarietà. La cooperazione crede nelle pratiche fondate sulle evidenze

scientifiche, nella valutazione dei servizi e delle prestazioni da parte dei fruitori, dei familiari, degli operatori quotidianamente impegnati.

Propone pertanto una residenzialità centrata sul modello di comunità terapeutica democratica e l'accREDITAMENTO fra pari (Visiting). Più semplicemente rimettere al centro la Persona.

# CARTA DEI PRESUPPOSTI ALLA BUONA COOPERAZIONE SOCIALE

## Premessa

Lo sviluppo della Cooperazione Sociale è, storicamente, caratterizzato da un ruolo sussidiario del Servizio Pubblico.

Molte Risposte Territoriali, molti processi-culturali per l'emancipazione di persone a bassa contrattualità sociale, sono stati quindi, posti in essere grazie alla presenza, nei vari territori, di "Imprese Sociali": dal superamento degli Ospedali Psichiatrici, ai Servizi Domiciliari, all'Inserimento Lavorativo.

Nonostante diverse normative, fra cui la 328/00, abbiano formalmente riconosciuto tale profilo attribuendo al Terzo Settore e alla Cooperazione Sociale un'importante ruolo nella realizzazione del relativo nuovo modello di Welfare, si stenta a passare dalla enunciazione di principio alle prassi.

Nel riaffermare pertanto, coerentemente, la centralità di un Servizio Pubblico garante di giustizia, equità e solidarietà sociale, riteniamo che il Welfare che si intende costruire non possa rinunciare al ruolo che ha svolto e continua a svolgere "la Buona Cooperazione Sociale".

## Presupposti alla Buona Cooperazione Sociale

Consideriamo prerequisiti ad una Cooperazione Sociale di qualità:

**La genesi dell'Impresa**

**I valori identitari**

**La finalità pubblica**

## La genesi dell'Impresa

Intendiamo il processo associativo libero di persone motivate che si incontrano e condividono una idea-progetto. Su di essa investono, si mettono in gioco, intraprendono azioni finalizzate alla sua realizzazione. L'essenza dell'impresa è, allora, il suo capitale umano.

## I valori identitari

Sono valori peculiari della Cooperazione la Democrazia, la Mutualità, la Solidarietà.

Il riconoscimento costituzionale della funzione sociale della cooperazione (art. 45) a carattere mutualistico e senza fini di speculazione privata afferisce anche al carattere democratico e solidaristico che la cooperazione riveste nella società e nell'economia.

**Riaffermiamo pertanto il primato della persona che compone l'impresa sul capitale e dei conseguenti comportamenti ispirati al principio della partecipazione, protagonismo e responsabilità decisionale di ogni membro che ne faccia parte su quelli dell'efficienzismo e del profitto.**

Riaffermiamo il valore della dignità del lavoro e la difesa comune dello stesso ritenendolo veicolo di inclusione e di cittadinanza per vecchie e nuove categorie di persone svantaggiate.

## Finalità pubblica

Intendiamo l'intraprendere sociale coerentemente ispirato a "perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei suoi cittadini" (art.1 legge 381/91).

Riaffermiamo allora la centralità delle persone di cui ci prendiamo cura ritenendo fondamentale al suo perseguimento, la messa in campo di buone pratiche attraverso professionalità contraddistinte da motivazione, competenza ed eticità.

## Dare senso

Su queste basi condividiamo con le Istituzioni, Enti, Associazioni, operatori sociali e sanitari, per la realizzazione di un Welfare locale integrato, la necessità di assumere in quanto rilevante:

**L'impiego delle risorse economiche sanitarie e sociali non come costo passivo per la collettività ma come volano di sviluppo sociale ed economico delle comunità, generatore di salute e benessere dei cittadini e in grado di sostenere lo sviluppo dell'impresa locale e dell'occupazione;**

L'attuazione di modalità operative pubblico-privato sociale integrate sia fra gli operatori che a vario titolo concorrono alla presa in carico e alla cura delle persone portatori di bisogno sia fra gli Enti a cui gli stessi afferiscono attraverso l'adozione di appositi protocolli e l'integrazione delle rispettive risorse;

**La capacità innovativa dell'Impresa intesa come Impegno ad adeguare il proprio progetto agli effettivi quanto mutevoli bisogni delle persone di cui ci si prende cura;**

La conoscenza e il radicamento costante della Cooperativa nel territorio entro cui si svolge l'attività come valore e come elemento di maggiore garanzia per la persona e per il Servizio;

**La piccola dimensione dell'impresa non necessariamente come debolezza e fragilità della stessa ma quale potenziale modello di maggiore democrazia e partecipazione dei soci alla vita associativa e quindi al più diretto protagonismo nella comunità locale;**

La storia dell'impresa intesa come capacità di testimoniare e documentare il proprio percorso di coerenza in relazione ai presupposti di cui sopra.

## In conclusione

Riteniamo che: l'Italia disponga di saperi ed esperienze in grado di realizzare un modello di welfare integrato ed efficiente incentrato su un rinnovato impegno del Servizio Pubblico capace di restituire centralità alla persona ed in grado di interagire e valorizzare la Buona Cooperazione Sociale e tutte le risorse positive presenti sul territorio. Riteniamo che: i presupposti alla Buona Cooperazione Sociale abbiano dirette implicazioni nella messa in campo di buone pratiche e quindi sulla Salute e Benessere delle persone.



AIRSAM  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
RESIDENZE  
PER LA SALUTE MENTALE



## **Dialogo e democrazia per il benessere mentale di comunità.**

### **Un argine alla crisi?**

Concepire un Servizio di Salute Mentale democratico e dialogico significa ispirarsi ad un codice etico custodito di valori di verità compassione, uguaglianza, libertà, coraggio e responsabilità: ossia le basi delle moderne istituzioni scientifiche e democratiche. Bisogna tenere conto che come tutti i codici etici laici sono un sistema di valori a cui tendere piuttosto che una realtà sociale.

Siamo ben consapevoli che questo approccio è in controtendenza rispetto alla realtà della maggior parte dei contesti di lavoro in psichiatria. Infatti, in molti casi, il livello di sofferenza degli operatori e di insoddisfazione degli utenti e familiari è molto elevato.

Lo scenario della salute mentale è oggi molto difficile: in molti contesti utenti, familiari ed operatori della salute mentale sono “contenuti” in set(ting) di cura altamente spersonalizzanti e disumanizzanti, che spesso producono malessere anziché benessere, cronicizzazione anziché sviluppo.

A questi scenari va sommata la sempre più preoccupante diminuzione di investimenti in salute mentale, soprattutto nel settore pubblico.

I principi su cui si fonda un Servizio di Salute Mentale democraticamente orientato, riguardano in primis la partecipazione sociale, la co-costruzione condivisa delle buone prassi, la solidarietà, l'empowerment di tutti i soggetti che li attraversano: utenti, familiari, operatori, cittadini della comunità locale.

In questi anni, nella nostra pratica clinica centrata sui gruppi, sulla psicoterapia di comunità, sulla psicoanalisi sociale, svolta in contesti complessi e a volte difficile, abbiamo cercato ed incontrato colleghi di diverse parti del mondo, affini per stile di lavoro, per cultura e condivisione della pratica clinica e per visione politico-sociale.

Ci riferiamo ad approcci nei quali i principi della democraticità ed il rispetto dei diritti e della dignità delle persone con sofferenza psichica e delle loro famiglie vengono perseguiti e praticati, essendo considerati parte essenziale dello stile di lavoro degli operatori della salute mentale.

Essi sono il Gruppo Multifamiliare (GPMF), l'Open Dialogue (OD), la Comunità Terapeutica Democratica (CTD), l'Inclusione Socio-lavorativa.

Oggi in una società postmoderna dove la democrazia è a rischio, dove è a rischio il dialogo ai vari livelli della socialità: dentro la coppia, dentro la famiglia, tra pari, negli ambienti di lavoro, nella politica, nelle istituzioni; in un sociale dove è sempre più esigua la possibilità per il singolo di partecipare alla vita comunitaria ed esercitare un potere contrattuale, la nostra proposta potrebbe apparire, ad uno sguardo superficiale, utopica o dissonante.

Noi ipotizziamo, invece, che gli approcci di cui parliamo si stiano sviluppando e diffondendo con successo e con ottimi comprovati esiti proprio perché tali valori, fondamentali per il benessere degli individui e della società, sono attualmente a rischio.

Tali approcci restituiscono benessere a tutte le persone coinvolte; attivano relazioni fondate sulla compassione, sul coinvolgimento emotivo-affettivo, sulla solidarietà, sulla comprensione profonda dell'altro, sulla riattivazione della dimensione emotiva e personale anche dei terapeuti e degli operatori.

Tali approcci democratici, comunitari e dialogici tendono a creare un clima di maggiore coinvolgimento emotivo e di sostegno reciproco tra gli operatori. Infine riteniamo che la formazione continua e permanente degli operatori sia cruciale per dare risposte adeguate agli utenti e innovare i servizi, così come il contributo degli utenti esperti come facilitatori sociali diventa prezioso per creare

ambienti abilitanti e inclusivi. Questi ambienti si arricchiscono della competenza appassionata degli operatori e dell'esperienza maturate dagli utenti esperti.

Pensare costantemente al benessere mentale degli operatori non è prassi consolidata. Considerare gli operatori persone umane emotivamente e compassionevolmente impegnati in una relazione con altre persone umane sofferenti in uno scambio di reciprocità non è consuetudine diffusa. Le procedure abituali spesso prevedono una linearità di percorso. Invece noi pensiamo che se una relazione produce e/o induce un cambiamento o un movimento emotivo e affettivo, questa deve essere circolare e non lineare.

La rete AIRSAM a livello nazionale dalla sua nascita si è ispirata a questi principi. Ha sostenuto lo sviluppo dell'Associazionismo degli utenti e dei familiari. Ha promosso il movimento della cooperazione sociale che rappresenta uno degli ambiti di grande innovazione e di protagonismo nei servizi di salute mentale italiani.

I temi su cui la rete AIRSAM si è misurata ed ha pratica in tutta Italia sono i seguenti: processi di recovery, l'housing sociale, le pratiche dei gruppi multifamiliare, L'IPS, le fattorie sociali, la partecipazione, la psicoterapia di comunità, il budget di salute, l'introduzione nei servizi dell'open dialogue, il visiting e la comunità terapeutica democratica, l'inclusione sociale e lavorativa, il protagonismo degli esperti per esperienza.

Su questi temi ci confronteremo al congresso AIRSAM di Caltagirone del 31 maggio e 1 giugno confrontando il punto di vista degli utenti, dei familiari e degli operatori. Inoltre è possibile partecipare al forum nazionale dei facilitatori sociali, dei gruppi multifamiliaree alla giornata nazionale di formazione della rete nazionale Open Dialogue.