

PRESENTAZIONE PIATTAFORMA SALUTE MENTALE: QUALE RUOLO PER GLI UTENTI?

di Luca Atzori

Si è svolto il giorno 4 aprile, presso la Casa della Cultura di Firenze, il convegno di presentazione della Piattaforma della Salute Mentale Nazionale.

Il primo intervento è stato quello dell'assessore al Welfare (del Comune di Firenze) Sara Fularo che ha espresso i punti su cui intende focalizzarsi, ovvero dare centralità alla prevenzione, unire le due consulte presenti nella città per creare un organismo unico che possa determinare i bisogni complessivi della persona e favorire atti di sensibilizzazione ed educazione nelle scuole intorno alle tematiche della lotta allo stigma e al dialogo fra le parti.

E' intervenuto poi Franco Scarpa, in vece del direttore sanitario di Firenze che ha specificato l'importanza degli interventi sui meccanismi di creazione di misure coattive che verranno eseguite nelle nuove strutture REMS.

Alva Finn ha poi raccontato in cosa consiste il Mental Health Europe specificando che si tratta di una piattaforma europea che comprende 73 membri in 30 paesi europei, non riceve finanziamenti dalle case farmaceutiche, promuove i diritti umani fondati sulla Recovery, auspica a una riforma del Sistema di Salute Mentale, tematizza una maggiore importanza degli approcci psicosociali rispetto a quelli biomedici, e mantiene rapporti con le Nazioni Unite.

Ha poi specificato, lo psichiatra Pino Pini, l'importanza di considerare criticamente il DSM che dal 1980 ha perso radicalmente l'attenzione verso la sfera soggettiva, nel tentativo di raggiungere un'oggettività che si mostra conflittuale con le questioni legate alla sofferenza psichiatrica.

Marco D'Alema ha poi ribadito l'importanza di superare le mitologie degli strumenti farmacologici, per applicare una totale revisione della psichiatria, estendere l'Empowerment a ogni cittadino e valorizzare progetti internazionali di valutazione della qualità (non nel senso comunemente inteso nei termini del marketing).

L'intervento degli utenti è stato posizionato al fondo del convegno, fatto che ha suscitato da parte di Riccardo Silvestri, presidente della Rete Toscana, un intervento polemico che ha generato discussioni accese all'interno della sala.

L'intervento mio si è dunque focalizzato sull'importanza di accogliere il conflitto che proviene da parte degli utenti, in quanto la piattaforma non deve utilizzare le istanze che vengono proposte per determinare un'élite medica che non tenga conto dei bisogni che provengono dal basso della cittadinanza composta in particolare da famigliari e utenti. La piattaforma deve servire a rendere organiche le parti che costituiscono le rispettive identità facenti riferimento ai rispettivi coordinamenti.

C'è da temere che le questioni legate all'influenza politica che un coordinamento come quello degli utenti può avere, continuano ad essere marginali e strumentali. Infatti non è stato ancora ben definito il ruolo che dovrebbe assumere il facilitatore sociale. Da che parte dovrebbe stare? Quale posizione prende rispetto al sistema sanitario? decide di essergli subordinato (come nel caso di Trento, e della proposta di legge 181 o 2233) oppure auspica un'indipendenza dalla psichiatria e la possibilità che gli utenti possano assumere ruolo trasformativo all'interno del tessuto sociale, acquisendo dunque maggiore potere contrattuale?

Questo non è chiaro. La piattaforma deve chiarire bene questi punti per far sì che non diventino preponderanti le questioni legate a scissioni interne, dovute spesso alla mancanza di una tutela ufficiale che determini obiettivi comuni (situazioni dovute alla malafede dei vari non-detti).

La presa di posizione è chiara, il Coordinamento non vuole diventare ancella dei Partiti Politici che usano le istanze mosse dal sociale per valorizzare la facciata che intendono curare. L'utente non è il valore aggiunto alla proposta di marketing utile a ricevere finanziamenti dall'Europa. Il ruolo dei protagonisti della Salute Mentale è centrale. La leva deve assolutamente spostarsi dalla posizione dei professionisti a quella dei cittadini.

FACCIAMO SPAZIO

Riflessioni nate dalla lettura di un articolo apparso sul sito dell'ASL

Se tutto andrà secondo i piani della dirigenza ASL, dai prossimi mesi nel poliambulatorio di via Gorizia 114 a Torino ci sarà molto più spazio. Si libererà infatti la zona adibita a CSM, con relativo centro diurno, mentre gli ambulatori e gli uffici potranno godere di ambienti più ampi. Quali sono le motivazioni di questo ridimensionamento e che sarà del Centro di Salute Mentale?

Il CSM non andrà lontano e, sorpresa, anch'esso si amplierà. Proprio dietro l'attuale centro diurno infatti, collegata da un corridoio, sorge una palazzina (si parla di circa cinquecento metri quadrati), dotata di un grande atrio, spazi comuni e una dozzina di camere da letto. Quasi una reggia, occultata ai passanti dallo stesso imponente poliambulatorio; una risorsa eccezionale. Perché finora era rimasta inutilizzata?

Ecco la storia: nell'ottobre 2002 (e ben quattro anni e mezzo dopo averlo inizialmente annunciato) il Comune trasferisce la proprietà dell'area ex-Saint Gobain all'allora ASL2, per la realizzazione del poliambulatorio e di una RESIDENZA PSICHIATRICA PROTETTA. Questa la destinazione del fabbricato misterioso attiguo al centro diurno: quel corridoio avrebbe permesso agli ospiti di raggiungere le stanze comuni, senza dover attraversare il resto dell'ospedale né dover passare sotto lo sguardo a veneziane dei caseggiati intorno. Un anno dopo la delibera, iniziano i lavori. Fallisce una ditta, l'ASL sfora, la Giunta proroga, sparisce il rame. Infine, nel maggio 2012, quattordici anni precisi dalla presentazione, l'ambulatorio viene aperto al pubblico. Non la residenza psichiatrica però: la struttura rimane vuota. E qualcuno si lamenta. Perché l'ASL non ha i soldi che contava di avere quando si fece carico del progetto? Non avremo mai la risposta, come sanno bene gli utenti, che però cercano una via alternativa al semplice "muro contro muro". Che

accadrebbe se essi stessi occupassero quello spazio, dimostrando all'ASL quali attività sono in grado di portare avanti autonomamente?

Nel maggio 2014 gli utenti si impossessano dello stabile: nasce la Repubblica dei Matti, esperimento sociale senza precedenti. L'occupazione procede nonostante l'opposizione dell'ASL, che non concede agli occupanti (di cui uno versa in condizioni gravi, con rischio di necrosi a una gamba) neanche l'acqua corrente. I matti reggono alla bell'e meglio per quaranta giorni, infine si ritirano; non prima però di aver strappato una dichiarazione precisa ai capi della psichiatria: la direttrice di dipartimento dott. Vilma Xocco e l'allora direttore di SPDC dott. Roberto Gianni prendono l'impegno formale di aprire una residenza entro sei mesi (era il 25 giugno 2014). Passano i sei mesi, passa Natale. Nessuna novità. Passano altri QUINDICI mesi ed... esce un articoletto, sulla pagina dedicata alla psichiatria del sito dell'agenzia sanitaria: **“Lo sviluppo del book-sharing nel Presidio Sanitario di via Gorizia 114”**. Cosa c'entra adesso il *book-sharing*, vi starete chiedendo. Ebbene, durante la Repubblica dei Matti, tra le varie iniziative era nata anche una libreria-biblioteca, grazie all'impulso (e ai libri) di un utente poi deceduto, Simone Sandretti, che dopo l'occupazione aveva deciso di lasciarli perché qualcuno ne facesse buon uso. Riportiamo una frase dell'articolo:

L'idea di attivare il Book Sharing nei locali del Presidio Sanitario sito in V. Gorizia – 114 si è, pian piano, delineata allo scopo di “recuperare” i numerosi libri (circa 400) abbandonati nella palazzina, oggetto di occupazione da parte del MadPride, che avrà, entro la fine dell'anno una destinazione assistenziale molto innovativa.

Le imprecisioni possono infastidire chi ricorda gli eventi che vengono distorti (l'occupazione diventa del Mad Pride invece che degli utenti del Centro Diurno e l'idea del *book-sharing*, invece di essere a quel punto attribuita al Mad Pride, viene prodigiosamente incassata dai volenterosi dell'ASL), eppure impallidiscono di fronte alla sfacciataggine di chi, con due palazzine un teatro e un seminterrato pagati dai contribuenti e lasciati all'incuria e alla giungla incipiente, riesce a definire “abbandonati” i quattrocento libri dono di un morto fresco. Ma il vero scoop è un altro: “(la palazzina) avrà, entro la fine dell'anno, una destinazione assistenziale MOLTO INNOVATIVA”.

Ci stiamo ricongiungendo con l'inizio della storia, e ora siamo in grado di capire. Il CSM non viene spostato né per un reale bisogno di spazio né perché l'altra costruzione sia priva di destinazione. Piuttosto, ciò avviene perché si vuole nascondere uno scandalo. Tutte le stanze devono essere utilizzate, a costo di spalmare gli uffici e gli ambulatori sulla maggior superficie possibile. Allo stesso modo di un ristorante, che non avendo più abbastanza vivande da servire si arrabattasse a presentare guarnizioni quanto mai voluminose, a nascondere la vuotezza, la bianchezza dei suoi piatti. Non rideremo però per l'arguzia di questi furbacchioni come ridemmo per quella di Chichibio, che solo dall'amore era portato fuori rotta e che con ingegno tentava di cavarsi fuori dai guai; a questi signori che ci rigirano l'“abbandono”, sputando sulla memoria dei morti, vogliamo ricordare che c'è chi li osserva.

Lorenzo Peyrani

INTERVISTA A ROBERT WITHACKER

Di Luca Atzori

Risalente al 7 Maggio 2014

Robert Whitaker è un giornalista scientifico statunitense. Ha pubblicato recentemente un saggio intitolato “Indagine su un’epidemia”. Il sottotitolo “lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell’era del boom degli psicofarmaci” suggerisce la tematica che è stata affrontata in un convegno organizzato dal dott. Tibaldi, presso il gruppo Abele, dove io ho presenziato per intervistare Whitaker e confrontarmi.

Il nostro incontro è servito a confermare la tesi che: “ragionare sulla salute mentale” significa prestare attenzione alla costruzione di una rete sociale che possa, tramite il rafforzamento delle relazioni, prevenire il disagio e anche curarlo.

Nel suo ultimo libro “indagine su un’epidemia” lei ha riportato i dati che confermano un aumento dell’insorgenza di disagi psichici negli ultimi anni. Qual è l’origine di quest’epidemia?

Ci sono due cause, penso. Una è che la disabilità è influenzata dal fatto che ci sono più persone con problemi di tipo depressivo o disturbo bipolare dell’umore, problema complicato dal fatto che l’uso di antidepressivi cronicizza la depressione e da questo conseguono benefici economici, pensioni di invalidità civile, costi economici. Uno studio canadese sui pazienti depressi ha mostrato che il gruppo che si curava con antidepressivo aveva maggiore possibilità di ritrovarsi un’invalidità causata dalla depressione. La seconda causa, almeno negli Stati Uniti, è il numero maggiore di persone affette da disturbo bipolare, casi che vengono fuori dal fatto che molti pazienti depressi hanno manifestato episodi maniacali causati da antidepressivi. Un’altra causa molto comune è l’uso di farmaci per la terapia del disturbo del deficit di attenzione nei bambini, cosa che causa una diffusione del disturbo bipolare. Un’altra causa è l’allargamento dei confini delle diagnosi: più persone così vivono sé stesse come malate e quindi si cronicizzano.

Che cos’è la tolleranza oppositiva?

Le ricerche ci dimostrano che una sostanza psicoattiva, cioè che opera alterazione cerebrale, genera nel cervello meccanismi di feedback compensatorio, cioè cerca di opporsi all’effetto della sostanza.

In che modo il farmaco influisce sulla soggettività del paziente, cioè sulla capacità di effettuare scelte e identificare i propri bisogni?

Uno dei problemi più grossi che avvengono con le diagnosi è che molto in fretta l’ambiente medico e la comunità iniziano a pensare che tu non sia in grado di dire che cosa vada bene per te, quali siano i tuoi bisogni, quindi questo genera una deprivazione dell’autonomia che però è necessaria per esistere.

In che modo questo influenza la cronicizzazione?

Non possiamo separare il farmaco da quel che pensiamo di quel farmaco. Quello che si dice alle persone, negli Stati Uniti, è “il tuo cervello ha qualcosa di rotto, ti diamo questa medicina”, ma questo toglie la speranza, ti fa internalizzare l’idea che sei diventato incapace. Quest’idea di malattia diventa una profezia che si autoavvera.

C’è una relazione tra la condizione sociale del paziente, quindi il suo lavoro, la sua situazione familiare e la sua capacità di affrontare la psicosi senza i farmaci?

C’è una relazione, assolutamente. Se vediamo quel che succede nel nord della Finlandia dove c’è un meccanismo di presa in carico dei problemi psicotici che si basa su coinvolgimento attivo e reale di tutta la rete familiare e un sistema che si costruisce intorno alla persona delirante si vede che se la persona è lasciata sola diventa difficile, se invece viene inserita in una rete relazionale è meglio.

In che cosa consiste il dialogo aperto?

Il motivo per cui l’approccio basato sul dialogo aperto funziona è che non dice che la psicosi sta nella testa delle persone ma che sta nelle relazioni. Se abbiamo questo concetto in testa sappiamo che dobbiamo preoccuparci dello spazio fra le persone, la relazione. Non è solo la cura del cervello di una persona ma ristrutturare le relazioni esistenti in un gruppo di persone. In questo approccio non si dice a quella persona “in te c’è qualcosa di sbagliato” quindi quest’idea ci conduce a pensare che tutti possiamo stare male ma anche che tutti possiamo recuperare e stare meglio.

MORIRE DI PSICHIATRIA

Morire di Psichiatria

L’intervento di Rossana La Monica che denuncia quanto successo al fratello Stefano Biondo a Siracusa morto per soffocamento, così come hanno appurato i medici legali che hanno effettuato l’autopsia, a seguito delle azioni di contenzione attuate da infermieri del Dipartimento Salute Mentale presso una Comunità della zona.

Posted in Uncategorized on November 7, 2016 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale. Leave a comment

LA CURA VUOTA

Nota critica di Paola Simona Tesio ai disegni di Pigi (Pierluigi Paviola) sulla sua esperienza nell’ Opg

Come si fa a pensare che in un paese in cui gli ospedali psichiatrici sono stati gradualmente aboliti sin dall'attuazione delle legge 180 del 1978, nota come legge Basaglia, sia possibile assistere a quel grave fenomeno di tortura umana che avviene ancora negli Opg? È una contraddizione che lacera la dignità umana. Significa che alle persone recluse si destina una disparità di trattamento. Significa negare loro gli stessi diritti che hanno gli altri individui liberi. È impensabile credere che una legge del 1978 non abbia ancora varcato quei luoghi, ed è di una disumanità inaudita accettare che un sistema giudiziario "malato" viaggi con regole a sé che non tengono minimamente in considerazione le norme assodate nella società civile in cui esso si situa, violando anche i cardini della Costituzione. Perché chi abbraccia la professione medica si trasforma in aguzzino, carnefice e potenziale assassino? Come si concilia quest'abitudine dell'accettazione con il giuramento di Ippocrate? Purtroppo nei luoghi di reclusione manca qualunque presupposto etico, la medicina viene praticata senza alcun fine di "Cura", da intendersi nel significato più antico del termine, come il prendere con sé, occupandosi in modo premuroso ed amorevole dell'altro. Aristotele pensava che i confini di una città ideale potessero spingersi sin dove era udibile la voce di Stentore, personaggio dell'Illiade, che aveva la capacità di gridare con il tono di cento uomini. Potremmo pertanto interpretare il confine dell'ultima voce come i limiti di una comunità. Tutto quello che non si riesce più ad udire è al di fuori. Tali sono gli altri, "The Others". Noi non possiamo udire la voce dell'ultimo uomo, anche se grida con quella di cento perché è relegato tra le mura. Non possiamo vedere ciò che accade in un carcere perché un'insormontabile parete ideologica ci separa: quella realtà non è la nostra. Eppure un sottile filo lega questa visione distorta al "male banale", figlio dell'esperienza di Auschwitz. Un tempo si vedevano le ceneri uscire dai camini dei forni crematori, e tutti si giravano dall'altra parte ... Gli internati degli ospedali psichiatrici giudiziari vengono legati ai letti, torturati, abbandonati a se stessi, in condizioni prive di qualunque misura igienico sanitaria. In molti casi si tratta di persone normali a cui viene consigliato dai propri avvocati di fingere l'infermità di mente per avere una pena più lieve. Un consiglio diffuso a cui non vengono poi aggiunte tutte quelle atroci conseguenze che derivano da questa leggerezza. In altri casi si tratta di persone bisognose di cure, che vengono però abbandonate ad uno stato di sedazione continuo e protratto per anni che li rende inermi ed apatici, e che lascia impresso nei loro volti una deformazione drammatica: i comportamenti risultano stereotipati, la parola acquisisce un suono rallentato, il pensiero è offuscato da quell'abuso di farmaci imposto in massa e con una spietata cognizione. Questa non è medicina ma tortura.

Sedare significa quietare, far cessare un moto ... in questo caso equivale a spegnere il diritto alla vita.

Eppure qualcuno sopravvive e magari riesce anche a raccontare; e sceglie il linguaggio dell'Arte per farlo, da sempre mezzo visivo elettivo in grado di anticipare gli eventi, rivoluzionare, denunciare, svelare (anche ciò che si conosce e per abitudine si finge di non vedere). Edward Munch per primo ha restituito un'immagine sconvolgente della sofferenza umana sostenendo che: «l'arte emerge dalla gioia e dal dolore, maggiormente dal dolore». Dai lavori a grafite di Pigi, eseguiti su stralci di cartoncino e fogli strappati da un blocco, materiali poveri per eccellenza, emerge il vissuto di un uomo che, prima di essere artista, ha sopportato e superato. Sono solo alcuni frammenti, incisivi, crudi, tratteggiati con un tratto elegante che rievoca quello degli illustratori del passato. Ha imparato a dipingere in carcere, da solo, tra le mura di una cella in cui è rimasto recluso per 23 anni. In manicomio ha vissuto 40 giorni, in osservazione, perché gli era stato consigliato di simulare una parziale incapacità d'intendere e di volere, ignaro dei "trattamenti di tortura" a cui sarebbe stato sottoposto. È stato legato al letto di contenzione, strumento insano e raccapricciante, con il buco per la fuoriuscita dei liquidi organici intriso delle tracce degli altri pazienti. Gli sono state somministrate iniezioni di psicofarmaci in dosi talmente massicce da lasciarlo stordito per oltre un mese. Non aveva più la forza per mangiare, non

riusciva a cibarsi da solo, a tenere un cucchiaino in mano; la mandibola assumeva quella posa cadente tipica delle persone sedate, e non riusciva più a scandire le parole. Poi gli è stata somministrata per anni una terapia, che non ha mai preso, gettandola di nascosto nel lavandino: un cocktail di 4 farmaci in dosi massicce e devastanti (Tavor, Serenase, Disipal, Largactil per 3 volte al giorno). Una volta alcuni compagni di cella che si erano fatti dare una pastiglia di quelle gettate via da Pigi, hanno pensato di metterne metà per scherzo nel caffè offerto ad un ragazzo adibito alle pulizie della sezione: lo sventurato ne è subito rimasto stordito, ha barcollato e perdendo i sensi è caduto giù dalle scale ... Per sola mezza pastiglia! Ma i “medicamenti impropri” vengono somministrati anche per futili motivi, come è accaduto all’artista. Un dì, durante la sua quotidiana seduta ginnastica in cella, scivola ferendosi ad una tibia. Non aveva detto niente né si era lamentato. La guardia accortasi del fatto lo manda in infermeria dove, invece di medicarlo, gli viene fatta un’iniezione di Haldol, un potente farmaco che produce effetti collaterali devastanti e andrebbe usato solo in casi estremamente gravi; non certo prescritto da un comune medico di guardia. Appartiene alla categoria dei neurolettici, tra gli psicofarmaci più “pesanti”, condannati anche da esponenti della psichiatria, che li definisce “lobotomia chimica”, ritenendone deprecabile la somministrazione coatta, chiedendo «l’abolizione di questa prassi in quanto lesiva dei Diritti Umani e strumento di persecuzione politica nei regimi totalitari» ed auspicando «che la psichiatria abbandoni la funzione di controllo sociale» chiedendo «la fondazione di una psichiatria senza psicofarmaci, non organicista, che ripudi ogni tipo di terapia cruenta, che sia coerente con il giuramento di Ippocrate». È stato scientificamente provato che i neurolettici utilizzati per “contenere” le “personalità problematiche” contrastando stati maniacali, demenza, oligofrenia, psicopatia, schizofrenia acuta e cronica, disordini di personalità di tipo compulsivo, paranoide, istrionico, deliri ed allucinazioni, paranoia, confusione mentale acuta, alcoolismo, disordini di personalità di tipo paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, casi borderline (solo per citarne alcuni), in realtà non hanno alcun beneficio nella cura dei disturbi mentali. Anzi peggiorano le condizioni dell’individuo causando danni irreversibili che sfociano anche nella morte (sindrome maligna da neurolettici). La clorpromazina, sintetizzata a Parigi nel 1950, è “l’antenata” di questi composti; la sua applicazione è stata definita “camicia di forza farmacologica” poiché induce ottundimento dei sensi, dei riflessi e offuscamento del pensiero. Basti pensare che in seguito a quest’immotivata iniezione di Hadol l’artista rimase cieco per alcuni giorni. Pierluigi Paviola ce l’ha fatta semplicemente perché si è rifiutato di prendere la “terapia” prescrittagli anche negli anni successivi, nonostante fosse stato dichiarato sano di mente. Ma quante persone soccombono a questi “trattamenti rieducativi”, o meglio, a questi “abusi psichiatrici”, rimanendo inanimati per sempre? Anche fuori dalle mura delle carceri, in molti “luoghi alienati”, come in alcune case di riposo per anziani o in contesti “riabilitativi”, la “terapia” viene somministrata senza alcuna ragione etica. Hans Jonas, nel suo imperativo del principio di responsabilità, suggeriva: «Agisci in modo che le conseguenze della tua azione siano compatibili con la permanenza di un’autentica vita umana sulla terra».

LA PSICHIATRIA NON DEVE AMMINISTRARE LE NOSTRE VITE

di Ilenia (che ha scelto di non lasciare il cognome)

La malattia mentale esiste. E' una malattia falsa. Ma false, in fondo, lo sono tutte. La malattia mentale però è come se fosse una malattia privata di ogni aspetto legato alla fisiologia, conservandone dunque solo i processi mentali (amplificati a tal punto da diventare tangibili).

La schizofrenia, la depressione, i disturbi dell'umore, certo che esistono, come si può negarlo. Il fatto che le cause siano di natura sociale o organica poco importa. Di malattie si tratta. La scienza però non tiene minimamente in considerazione la società. La psichiatria lo fa ma indirizzandosi a un risultato medico che niente ha a che vedere con l'essere umano compreso nella sua socialità.

Questo non accade perché i medici siano una categoria nemica della cultura. Accade soltanto perché non siamo arrivati a un tale livello di analisi teorica tale da renderci consapevoli di quali prassi effettuare. Provare a caso, giustamente, non ha senso. In fondo sempre di scienza si tratta. Ma tutto sommato saremmo anche sciocchi a non pensare che forse da sempre gli scienziati sono stati attivi nella costruzione di realtà sociale.

L'ingegneria gestionale, che sembra diventi importante, serve proprio a costruire dispositivi sociali. Ora questo può essere anche non per forza del tutto negativo, tutto sommato. Ma in fondo, forse, c'è il rischio che la nostra libertà venga completamente limitata. Se l'amministrazione delle vite dipendesse infatti dalle risorse disponibili, ci converrebbe forse partire per un eremo perché la vita diventerebbe insopportabile.

La psichiatria in fondo fa questo con i pazienti. Amministra le loro vite, lasciando loro un margine di caos tale per cui essa possa sempre riproporsi come soluzione. Tutto sommato però il contesto sociale cresce. Io noto ad esempio a Torino che sempre più si parla di tematiche affini. Ciò significa che c'è la possibilità di affrontare la follia in diverse maniere. E che quel che si deve chiedere a gran voce è che la psichiatria capisca che non deve pretendere, tramite le sue ragnatele istituzionali, di controllare a pieno la vita degli utenti. La personalità ha bisogno di uno spazio completamente avulso dai paradigmi della psichiatria e della psicologia.

INVENTARE TERRITORI

Luca Atzori

Credo sia importante visitare i manicomi per concedersi la riflessione sui mutamenti sociali avvenuti nel periodo che intercorre fra il pre e il post legge 180. Confrontando la collocazione e la disposizione dei manicomi con le strutture di oggi cogliamo il segnale di un mutamento avvenuto nell'organizzazione territoriale che ci fa capire come oggi la nostra realtà sociale sia un'altra rispetto al secolo scorso. Il paziente psichiatrico non è più rinchiuso all'interno di uno specifico edificio che consente l'isolamento adatto ad operare un controllo implicito sul piano dei flussi di produzione; oggi esistono diverse strutture sparse per la città che rispondono di una direzione organizzativa che tiene conto dei rispettivi dipartimenti per adeguarsi ai bisogni dei pazienti. Peccato che in realtà non sia così. In realtà l'apparato

dirigenziale semplicemente definisce le regole al proprio interno e il cittadino è tenuto ad adeguarsi a quelle regole. Vengono erogati servizi che funzionano secondo regole ben definite e che quindi rendono obbligata una fruizione passiva all'interno della struttura che determinano. C'è sempre possibilità di creare influenza, ma perché questo avvenga c'è bisogno di associazioni che abbiano chiara e presente la direzione che intendono seguire, creando un'unità di intenti.

Ciò significa che è richiesta una coscienza chiara del territorio che si vuole andare a definire. Siamo infatti noi le parti di questo territorio, così come siamo noi gli agenti dell'organizzazione sociale. Eppure l'aggressiva normativizzazione (neologismo che utilizzo per indicare la tendenza a istituzionalizzare ogni movimento di scelte) impedisce il possesso di una viva responsabilità. Da un lato serve certamente a preservare un sistema che si regge sulla rappresentanza di un principio di democrazia, dall'altro serve a rimandare l'applicazione di una politica consapevole.

Credo che prima di tutto si dovrebbe capire come funziona il territorio urbano e da lì capire come rendere possibile l'accorpamento delle diverse realtà sociali in modo che possa essere prima possibile e poi necessaria una contrattazione.

BUONANOTTE

di Simone Sandretti

Spesso, alle persone che mal digeriscono i piatti di dolore che la vita cucina per tutti, risulta inevitabile cercare una compensazione emotiva nell'altruismo.

Con ciò non intendo dire che il volontariato ed il lavoro sociale siano delle vie di fuga dal dolore. Quello che intendo è che, in generale, spesso si confonde la disciplina dell'amore verso di se e verso gli altri con l'altruismo. Il dolore è un vestito unico e su misura per ognuno, per questo richiede rispetto e la massima attenzione nel trattarlo. Possiamo anche chiuderlo nell'armadio antidolorifico, antipsicotico, ansiolitico, antidepressivo, antibiotico quando la sua intensità ci getta nel panico ma l'unico modo per prendersene davvero cura è quello di allenarsi quotidianamente ad accoglierlo, guardandolo in faccia, rimanendo il più possibile lucidi. Il dolore sveglia dal torpore e dall'illusione che la nostra felicità dipenda dagli altri. Chi si lamenta non è nudo davanti al dolore ma rannicchiato sotto le coltri della sofferenza che si illude di trovare fuori l'origine della propria pena. Per questo è importante rendersi conto che amare non significa scaricarsi o caricarsi addosso il dolore degli altri. Il dolore è prezioso, prima o poi bisogna svegliarsi, togliersi il pigiama e indossarlo. Chi vuole aiutare qualcuno prima di tutto si alzi dal letto.

Buonanotte.

STORIA DI UN DISTURBO BIPOLARE.

Valeria

Avevo quasi venti anni ed erano tre giorni che non dormivo, non perché non avessi sonno ma perché mi piaceva vivere la notte guardando film con accanto il mio gatto. Certo avevo subito due lutti precedentemente, la morte di mia nonna e un altro che preferisco omettere. Le mie sicurezze erano svanite e dopo fatti gravi non avevo più fiducia in nessuno. Era il primo novembre, ero andata a trovare mio padre al cimitero con mia mamma. Al cimitero, mentre il prete recitava il Padre Nostro, ho alzato le mani al cielo e ho iniziato anch'io a pregare. Leggevo la bibbia tanto da impararla a memoria e amavo disegnare. Quel giorno ho incontrato il padre di mio figlio. Dopo due giorni, però, rientrando a casa ho alzato la musica a tutto volume, poggiato l'accendino acceso nei ripiani della cucina e sono uscita sul balcone saltando e urlando. Così è arrivata l'ambulanza, ho preso i miei pennarelli e davanti al medico, dopo aver spinto mia mamma per terra ho urlato la formula del dna.

Mi sono svegliata il 4 novembre del 1991, giorno del mio compleanno al reparto delle Molinette. Pensavo di essere in paradiso, invece era l'inferno. C'era di tutto: persone malate, persone drogate, persone senza soldi e con guai con la legge, e io non potevo uscire. Fortunatamente il padre di mio figlio mi ha salvato da villa Cristina. Ricordo che mi faceva schifo la colazione perché le tazze erano sporche. Ricordo che il parucchiere portandomi in bagno con la scusa di tagliarmi i capelli ha tentato di toccarmi. Alcuni di quel ricovero non ci sono più (in quello stesso mi è capitato di incontrare Meluzzi). La psichiatria di allora non è uguale a quella di adesso. Dopo essermi ripresa senza usare psicofarmaci con controlli periodici dei psicoterapeuti nel 1993 cioè dopo due anni e sempre a fine ottobre sono nuovamente stata male tanto che a mia madre hanno suggerito di non farmi leggere la Bibbia. Altro mese di internamento altre conoscenze. Dopo due anni nel 1995 nuovo ricovero caratteristico perché in mezzo alla strada ho sentito gli angeli cantare: voci di bambini, campane, sempre senza usare farmaci finché nel 1997 sono rimasta incinta ho utilizzato le cure omeopatiche e tutto è andato bene.

Dopo un mese dalla nascita di mio figlio ho incominciato a urlare e a buttarmi per terra. Mi hanno nuovamente ricoverato, mio figlio affidato al nido del mauriziano e io tiravo il latte. Altro mese di internamento. Poi mi sono rivolta a un vice primario e gli ho espresso che siccome avevo un figlio volevo stare bene. Mi ha consigliato il litio. Sono stata bene 5 anni. Nel 2002 ho ricominciato a stare male perché pensavo di essere guarita e non assumevo più il litio. Così ecco un nuovo ricovero nel 2005 sempre per mancata assunzione di litio. Poi sono stata malissimo per un periodo che va dal 2006 al 2008, tre ricoveri all'anno..

Ne sono uscita grazie alla cura dei psichiatri del mauriziano che mi hanno permesso di dipingere i muri del reparto. Ricordo che in una crisi, dopo la puntura, mi sembrava di stare morendo. Si sono addormentati i piedi, poi le gambe e via via il resto del corpo. Pensavo davvero di stare morendo. Dalla mia esperienza ho potuto constatare che devo continuare la cura ogni giorno, perché è una questione di vita e di morte, ma c'è da ricordare che quando arrivavano i portatini con la psichiatra o resistevo o tentavo di scappare perché essere rinchiusa era la cosa più brutale che potesse accadermi. Ora sono scesa a compromessi, mi curo per evitare brutti incontri. So benissimo che per la psichiatra sono solo un caso con una cartella e con dei numeri nulla più'.

In questi anni ho visto tanta gente morire e vorrei fare qualcosa per gli altri.

I PALCHI DELLA SALUTE MENTALE

di Francesco Contardo

È strano, ma sembra che quanto più si tenta di effettuare un cambiamento all'interno dell'istituzione psichiatrica, tanto più questo bisogno viene immediatamente riassorbito per poi essere riproposto come modello da imporre. Sembra che la psichiatria sia strutturata (e non ne sia del tutto consapevole...) come un'autorità che deve fagocitare tutto quel che trova per poi riproporlo al fine di riaffermare la propria autorità. Da diverso tempo è in corso una sfilata di proposte per l'innovazione nel campo della psichiatria: supporto fra pari, open dialogue, parole ritrovate, settimane della salute mentale, lotta allo stigma, psichiatri che condannano gli psicofarmaci... che non sembrano avere alcuna reale influenza sulla condizione degli utenti, ma che sembrano rivelarsi utili a nutrire la facciata della grande Azienda Sanitaria, fornendo agli operatori lo svago necessario a pensare creativamente il proprio lavoro che però, negli effetti, è limitato alle condizioni materiali severamente imposte. Si passa il tempo perché non si riconosca il proprio mestiere nella sua effettiva condizione di decadenza.

Le lotte svolte da Basaglia e colleghi sono state considerate troppo poco scientifiche e si è andata progressivamente diffondendo l'idea che questi individuassero l'origine della malattia in condizioni di natura sociale e trascurassero gli aspetti neuro-biologici, arrivando oggi a fraintendere e svalutare totalmente l'importanza di costruirsi un'identità sociale capace di trasformare le possibilità materiali di base. Oggi riappropriarsi di sé stessi e delle proprie scelte è diventato uno dei tanti prodotti da vendere su questi grandi palchi: la famosa Recovery!

In qualche maniera assistiamo a una pacificazione glaciale, un azzeramento del conflitto, utile a mantenere immutate le condizioni materiali e tutelare gli operatori dal senso di disagio che si genera nella contraddizione in cui sono inclusi; la condizione del paziente viene invece relegata alla routine della malattia: costantemente il soggetto diagnosticato riconosce sé stesso come malato e di conseguenza agisce da malato per poi trovarsi davanti alla conferma della propria condizione di malato e via dicendo... (la grande filastrocca della cronicizzazione, il malato che si amplifica rimanendo sempre al proprio posto).

I pazienti che salgono sui palchi della psichiatria per ringraziare i loro operatori, o per dichiarare di essere diventati loro collaboratori, rappresentano per me la drammatica testimonianza di resa davanti alla tensione al costruirsi una vita che non sia determinata dal controllo medico-sociale.

Credo, personalmente, che tutte le idee sorte in questi anni all'interno dei contesti assembleari che hanno visto coinvolti i pazienti di tutta Italia e che sono andate a confluire adesso nel progetto di stesura dei testamenti psichiatrici, o nel riconoscimento delle figure di supporto paritario professionalizzato, etc non serviranno a niente di niente finché non si opererà a individuare un programma di costruzione di un'identità collettiva che abbia un reale potere di contrattazione con l'istituzione, tale da costringere questa a doversi adattare alle condizioni che le verranno poste. Viene da pensare che l'unico modo di procedere consista nel formare un consenso direzionato a un'organizzazione solida proiettata verso la realizzazione di obiettivi di natura ben precisa (le utopie si nutrono della disperazione).

Per prima cosa, però, ritengo sia fondamentale agire su nuove forme di rappresentazione del disagio psichico davanti alla cittadinanza. Considerando che gli stessi bisogni che tutti crediamo di avere sono già di per sé in buona parte indotti, bisognerà forse operare per sottrazione per arrivare a far capire al cittadino medio che non c'è troppa differenza fra i bisogni suoi e quelli del paziente psichiatrico. Forse in qualche maniera siamo davanti al paradosso in cui diventa strategico chiedere un“peggioramento” delle condizioni di vita per creare uno spazio di condivisione che garantisca possibilità di reale AZIONE.

So che nessuno di noi è pronto per questo. Perciò non resta che sospendere il giudizio e osservare, tacendo

S'HADDA FA'

Di Jacopo Vespoli

Sull'essere utenti, talvolta pazienti, e basta, che per il resto matti invisibili ch'è meglio star nell'ombra perché paura diffidenza vergogna da fuori da dentro da tutto perché le cose stanno così...

...Ma magari no, altre possibilità? invertire la tendenza.

Qualcosa di più di una terapia, qualcosa d'altro, qualcosa d'anche.

Non farsi bastare l'unica possibilità conosciuta o proposta e talvolta imposta, crearne altre:

prendere contatto in luogo dell'Ascolto Permanente, ProporSI arrivando, raccontando,

di “medicinali e di storie infernali” confrontando e trovando che lo spaventoso e incomprensibile

è tale solo perché nascosto: che luce sia, meglio così.

Farsi mediatori tra punti oscuri e la confusione d'un traffico sociale che non dà respiro né attesa

né offre speranza a buon mercato: richiesti requisiti di rado possedibili.

Mettendo insieme brandelli prima sconnessi, vissuti, scienze e conoscenze, s'è fatto proposito

di professione, di lavoro, di formazione già in progetto e fecondata e in via di sviluppo,

molto precoce perché già cammina, curioso e cercante tutte le conoscenze e le individualità

che possano allo stesso tempo apprendere e insegnar di cose non dette.

Posted in Uncategorized on March 5, 2013 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale. Leave a comment

MESSAGGIO AI LAVORATORI DEL SOCIALE, MANIFESTANTI IL 9 FEBBRAIO 2013 A TORINO

Il coordinamento degli utenti della salute mentale parteciperà alla manifestazione degli operatori di cooperative sociali.

Sapevate che esiste questo coordinamento? Mi rivolgo sì alla cittadinanza, ma soprattutto a voi, operatori.

Si tratta di una rete di persone che avendo fatto (o facendo ancora) esperienza della psichiatria, hanno deciso di diventare potenziali protagonisti di un cambiamento.

Per anni gli utenti e gli operatori hanno lavorato insieme, senza accorgersene. Pare (mi si perdoni il cinismo) che adesso anche gli operatori si trovino in una condizione che costringe al mancare di un accorgimento professionale.

I tagli che vengono effettuati sono il segno evidente della svalutazione di tutto il cosmo sociale sopra il quale dovrebbe reggersi la salute mentale. Gli utenti patiscono il disservizio, gli operatori il futuro incerto.

C'è una soluzione pessimistica a tutto questo. Una soluzione ancor più pessimistica di quella che ciascuno di voi spererebbe non avvenisse. Parlo della possibilità che tutto torni come prima.

Il coordinamento partecipa per trovare un dialogo diretto con gli operatori. Ciò che cerchiamo è lavorare per una maggiore coesione sociale. Lavoriamo affinché si possa auspicare ad una collaborazione paritaria.

Operare socialmente non significa lavorare su un disagio che appartiene ad alcuni individui "malati" ma significa piuttosto creare solide basi per rendere possibile una società maggiormente organica. In questo caso dovremmo essere tutti operatori: utenti, cittadini, dottori etc...

Noi cerchiamo questo incontro.

Vogliamo che un giorno il nostro non si chiami più coordinamento degli utenti della salute mentale, ma più semplicemente Coordinamento.

Luca Atzori

Posted in Uncategorized on February 2, 2013 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale. [Leave a comment](#)

ALFREDO GAROFALO DAL MOLISE

SIAMO A BIELLA ...

siamo a Biella e Pino Apollonio, Luca Atzori e Paola Relandini stanno raccontando la nascita del movimento ed il ruolo che ha nel rapportarsi coi vari interlocutori della salute mentale.

Posted in Uncategorized, Quote format on November 23, 2012 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale.

[Leave a comment](#)

RELAZIONE DEL CONVEGNO: “MÀT” SETTIMANA DELLA SALUTE MENTALE MODENA

Pino Apollonio
Trieste

Dal 19 al 26 Ottobre del corrente anno si è svolto a Modena una manifestazione denominata (Màt) settimana della salute mentale promosso dal servizio sanitario regionale Emilia Romagna ,Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena,Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Durante questa settimana molto intensa di incontri ed eventi è stata illustrata da oratori di importanza nazionale la realtà attuale della salute mentale.

Uno dei primi argomenti trattati riguarda il rapporto con i Mass-media per quanto concerne le nostre problematiche ed i fatti di cronaca che ci riguardano.

A questo proposito interessante è stata l’iniziativa descritta dall’associazione di utenti “IDEE IN CIRCOLO” che in collaborazione con la stampa locale ha stilato un vade mecum sui termini da usare; che ha determinato nell’arco di un anno un calo notevole nell’uso dei termini impropri.

Gli argomenti principali trattati dal convegno si possono così riassumere:

- Il protagonismo inteso come partecipazione degli utenti tramite il coraggio di narrarsi rendendo partecipe il pubblico alla propria storia.
- I rapporti tra utenti e servizi sanitari.
- Il tentativo di limitare l’ospedalizzazione con l’inserimento in case alloggio.
- L’importanza del lavoro onde ottenere una autonomia economica ed il reinserimento nella società.

E’ stato affrontato anche il problema collegato al recente sisma dell’Emilia mettendo in luce i possibili risvolti psicologici e psichiatrici che hanno coinvolto anche a distanza di mesi la popolazione interessata.

All’interno del convegno sono state presentate varie manifestazioni : da quella di un’artista che si è pubblicamente liberato di una camicia di forza, alla lettura di brani letti dal libro “Tanto scappo lo stesso” di Alice Banfi riguardante il brutale trattamento nelle case di cura piemontesi, a questo proposito devo sottolineare il forte choc emotivo del pubblico quando è stato trattato il tema della libertà terapeutica e delle contenzioni.

Altro evento caratteristico è stata la marcia ciclistica per le vie centrali della città con cartelli esposti inneggianti: la libertà è terapeutica.

Ha fatto seguito la cena preparata dagli utenti in collaborazione con cooperative sociali particolarmente suggestiva ed infine una mostra di pittura con opere eseguite dagli utenti inaugurata personalmente dal capo Dipartimento Fabrizio Starace, infine uno spettacolosi prosa gestito anche esso da utenza modenese.

Interessante è l'attività della radio Liberamente, nata dal progetto social Point assieme al circolo Vibra, che collabora con "IDEE I CIRCOLO", gestita da utenti che hanno fatto un corso ,dj professionisti ed un operatore.

A conclusione del dibattito sulla chiusura degli O.P.G. c'è stato un incontro con i detenuti dell'O.P.G. di Reggio Emilia seguito da una discussione sul trattamento a loro riservato.

Un concetto molto importante emerso dal convegno è il rapporto che dovrebbe esistere fra i diritti di noi utenti e i nostri doveri , argomento che mi è particolarmente caro ed anche nei miei interventi ho tenuto a sottolineare l'importanza che ha per l'inserimento nella società l'assunzione da parte nostra di una responsabilità ed il conseguente riconoscimento di doveri per la ricostruzione di una nostra etica personale per un completo reinserimento nella società.

Nei rapporti utenza e servizi ho notato che vi sono ancora stigmatizzazioni nei confronti dell'utenza da parte degli operatori sanitari .

Ad esempio è stato fatto notare da parte di un medico , che gli operatori sanitari devono smettere di comportarsi come badanti nei nostri confronti.

E' da sottolineare a questo proposito una nuova presa di coscienza da parte delle nuove leve dovuta ad un forte coinvolgimento personale.

Un'esperienza molto diffusa a Modena e provincia è l'inserimento in case protette il cui scopo è quello di reintegrare l'autonomia delle persone interessate.

Da sottolineare due eventi ai quali ho partecipato: il, a numero chiuso riguardava la formazione degli operatori sanitari e cittadinanza come facilitatori sociali disegnando un quadro dal quale è emersa l'incombenza degli stessi ,il cui compito principale dovrebbe essere quello del coinvolgimento autonomo dei partecipanti; portando come esempio l'esperienza di Grosseto. L'altro evento importantissimo come tema è il congresso regionale SINPIA-SIP dal titolo : diventare maggiorenni nei servizi di salute mentale:missione possibile? Esso trattava del passaggio dalla neuropsichiatria infantile alla presa in carico dei C.S.M. e dei traumi che possono conseguire a questo brusco passaggio.

E' emerso all'interno del convegno l'importanza dell'associazionismo: quasi totalmente assente quello degli utenti , mentre per quanto riguarda l'attività dei familiari si è evidenziata la tendenza ad intromettersi nei problemi degli utenti stessi, anziché portare avanti le problematiche dovute alla loro posizione ;al riguardo sarebbe d'uopo che esistesse una vera cooperazione tra noi utenti e le loro associazioni uniti nella sofferenza comune e diversa ; a questo proposito

molto significativa è l'esperienza vissuta a Modena . Tutto questo mi è stato confermato dall'intervento dell'UNASAM ,nella veste del loro vicepresidente, che ha illustrato il lavoro svolto dalla loro associazione riguardo alle problematiche esistenti ma in totale assenza di una partecipazione attiva di noi utenti.

Un' ulteriore problematica sviscerata è stata quella del rapporto esistente tra utenti e i servizi di salute mentale, soprattutto è stato sottolineato l'inesistenza del potere decisionale e contrattuale degli utenti nei confronti dei servizi per quanto riguarda la terapia e le decisioni di scelta sui metodi di reinserimento nella società. Modena a questo proposito si sta muovendo in controtendenza.

Altro tema di vitale importanza è l'inserimento lavorativo dell'utenza visto come totale recupero alla vita sociale favorendo in ciò anche la rescolarizzazione.

Importante a questo riguardo sono i concetti di recovery ed empowerment, empowerment inteso non come punto di arrivo ma come viaggio verso la recovery (viaggio che dovrebbe essere fatto in cooperazione con i servizi ed i familiari), vista a sua volta come raggiungimento di un equilibrio tra la propria sofferenza ed il miglioramento della propria qualità di vita.

Ambedue questi concetti anno bisogno di una maggiore divulgazione penetrazione nel sociale.

Una mia considerazione personale che nei tre soggetti(utenti servizi sanitari e familiari) dovrebbe inserirsi anche la cittadinanza inserimento da raggiungere tramite il coinvolgimento consapevole di quest'ultima, reso possibile da una divulgazione tale che la nostra diversità deve essere accettata e non tollerata, in quanto anche noi facenti parte della cittadinanza stessa ,contribuendo così all'abbattimento dello stigma nei nostri confronti.

E' stato interessante un incontro tra i coordinatori regionali, del coordinamento nazionale utenti della salute mentale, presenti ed il dottor Fabrizio Starace a capo del Dipartimento di Modena dal quale è emerso quanto sia importante la nascita del coordinamento stesso, per la diffusione delle pratiche sanitarie virtuose in tutto il territorio nazionale , ponendo come primi traguardi l'istituzione della figura di un garante e di facilitatori sociali all'interno dei C.S.M.; ruolo che deve essere rivestito esclusivamente da utenti, onde poter aiutare persone che nella loro sofferenza non riescono a gestire il percorso terapeutico.

Trovo importante sottolineare l'utilità della promozione di questi incontri per un proficuo scambio di esperienze utile a promuovere una nostra attiva partecipazione al miglioramento della salute mentale.

Posted in Uncategorized on November 18, 2012 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale. Leave a comment

COORDINAMENTO NAZIONALE UTENTI DELLA SALUTE MENTALE

REPORT SETTIMANA DELLA SALUTE MENTALE "M&T" DI MODENA

di Luca Atzori

Il 25 e il 26 Ottobre, i rappresentanti delle regioni Emilia Romagna (Paola Relandini), Piemonte (Luca Atzori), Friuli Venezia Giulia (Pino Apollonio), Molise (Alfredo Garofalo), Puglia (Maddalena Sterlicchio), del CNUSM (Coordinamento Nazionale Utenti della Salute Mentale) si sono riuniti a Modena, in occasione della settimana della salute mentale "Màt".

Il 25 a Sassuolo abbiamo presentato, ciascuno brevemente, il Coordinamento. Il contesto incentrato sulla tematica della possibilità di conoscenza e partecipazione fra utenti e familiari, sembra aver fatto emergere un aspetto trasversale all'argomento, ovvero quello della cittadinanza:

valorizzare una partecipazione fra familiari e utenti è possibile solo rendendo maggiormente paritario il rapporto fra i due.

Ciascuno di noi si è trovato d'accordo sul pensare l'utente come un cittadino fruitore di un servizio, cosa che a conti fatti non si verifica in quanto si tratta spesso di una vita vincolata al sistema sanitario, privata dei pieni diritti, di una quotidianità, di una privatezza, e il percorso di cura si presenta ancora come assolutizzante e coercitivo, spesso svilente per la dignità della persona.

Genericamente, gli obiettivi che si pone il Coordinamento, sono quelli di creare la cittadinanza garantendo agli utenti un'autonomia professionale, valorizzando il loro contributo a livello sanitario con una partecipazione attiva e non passiva, che li veda come "protagonisti", proponendosi la creazione di servizi che si pongano in alternativa a quelli comunemente conosciuti ancora fondati sull'assistenzialismo o la privazione della libertà.

Essere cittadino significa aver conseguito i diritti e i doveri. Privare l'individuo di questi, significa violarne la libertà e la dignità. Chi soffre di un disagio psichico deve avere la possibilità di svolgere la sua vita in maniera del tutto normale, e quello sanitario deve essere solo un servizio. Nb Un servizio, non Il.

Chi ritenga di dissentire con le strade fornite dai servizi deve essere libero di dichiararlo, e la sua opinione deve essere non solo rispettata ma seguita. Nessuno è di proprietà di nessuno.

Il 26 a Modena si è tenuto l'ultimo convegno della settimana, il cui tema era "Entrare e uscire dai Servizi di Salute Mentale".

Sono state presentate alcune proposte di miglioramento e contestualizzazione della legge 180.

Nel primo intervento, il dottor Ferrannini si proponeva un lavoro di incontro fra "io e noi" in cui suggeriva di affrontare il problema collettivamente e non asimmetricamente.

Successivamente ha parlato il dottor Correale, del quale mi ha colpito molto un discorso:

“La psicosi costringe chi ne soffre a un rumore di fondo perenne che ne devia l’attenzione. Per curarla bisogna occuparsi proprio di quel rumore. Bisogna capire le necessità inconscie che risiedono dietro il sintomo, considerando che si tratta sempre di una dissociazione fra sé e sé. Bisogna entrare in ascolto e capire le reali necessità dell’individuo, valorizzandone le attitudini.”

Il mio intervento è stato questo:

“Parlo da persona che ha conosciuto la psicosi, esperienza che mi ha insegnato una cosa: la terapia non inizia con la consulenza psichiatrica ma bensì con la psicosi stessa. Potrei dire che la psicosi è per me come una reazione sana a un contesto sociale, una progettualità e un io di per sé malati. Quando la solidità di una certa identità sociale viene negata, inizia un lavoro di ricostruzione che ha, a mio parere la forza di una contestazione (certo disperata) la quale può porsi come fine quello di una re-identificazione non più indotta. Quando cadono i pilastri dogmatici entro i quali siamo cresciuti, dobbiamo riscoprire la nostra identità, e il mondo circostante non ci permette di fare questo lavoro, si ha poco spazio, poco tempo. La cura dovrebbe quindi guidare a una riscoperta dei veri bisogni, un percorso di consapevolezza, dovrebbe fondarsi sul puro ascolto. Chi deve parlare non è il medico ma il paziente. Bisogna imparare ad ascoltare il paziente nella maniera più assoluta. Solo con la valorizzazione della figura di un utente esperto possiamo sopperire alle mancanze in cui incappa la psichiatria. L’utente deve poter diventare terapeuta e questa figura deve essergli riconosciuta a livello ufficiale”.

La mattinata può riassumersi così:

Per superare lo stigma è necessario valorizzare maggiormente l’ascolto e la risposta, e questo è possibile farlo con un ripensamento totale dei servizi.

Bisogna proporre formazioni reciproche fra utenti, familiari, operatori, psichiatri, in maniera da rendere unitario il sistema della salute mentale.

Non possiamo più pensare che siano sufficienti le divisioni. Il disagio psichico è un problema che va affrontato passando oltre il paziente, oltre il sintomo. Forse, per lo psichiatra, è più importante il momento in cui il paziente è assente. Bisogna creare una comunità di persone che insieme lavorino intorno al disagio. Per questo gli utenti devono acquistare maggiore protagonismo. La loro funzione deve essere ufficializzata. Il sogno di Basaglia non era quello di chiudere i manicomi, ma quello di creare una maggiore coesione sociale.

Durante il pomeriggio abbiamo presentato il programma che si pone il Coordinamento e le attività che ciascuno di noi ha svolto nella propria regione, quindi io ho parlato anche del Torino Mad Pride.

Abbiamo poi iniziato a costituire uno Statuto che si propone (detto adesso in linea molto generale) questi obiettivi:

-Valorizzare la cittadinanza dei fruitori di servizi della salute mentale

-Rendere unitario il rapporto tra associazioni e servizi con formazioni reciproche.

-Esaltare nuove figure di garanti e facilitatori che servano gli uni a tutelare e gli altri a supportare il paziente nel momento di incontro con gli psichiatri.

-Garantire il diritto di ciascun paziente a ricercare un rapporto fiduciario con il proprio terapeuta, con la libertà di scelta del dottore e della terapia.

-Costituire un vero e proprio Tribunale della Salute Mentale che raccolga le denunce, i bisogni, le condizioni dei pazienti nelle varie strutture. Creare, quindi, una segreteria disposta sul territorio in csm, centri diurni, comunità, case alloggio, spdc etc etc dove si possa raccogliere tutto il materiale che alcune persone volontarie si prendano l'incarico di valutare.

-Ridiscutere le parole della salute mentale.

-Creare strutture e servizi alternativi.

Lo statuto verrà discusso più approfonditamente con la presidentessa del CNUSM Maria Grazia Bertelloni.

Posted in Uncategorized on November 18, 2012 by Rete Nazionale dei Cittadini della Salute Mentale. 1 Comment