

*Marco Goglio (a cura di)*

*con la collaborazione di*

*Roberta Venieri, Nicolò Parini e Laura Vittani*

# Quando 1+1 fa 3

La psichiatria nella logica del *fareassieme*  
raccontata da operatori, utenti, familiari e volontari



**Quando 1+1 fa 3**

*EDITING*  
DAVIDE BORTOLI

*GRAFICA*  
GIORDANO PACENZA  
LICIA ZUPPARDI

*IMPAGINAZIONE*  
LORENZA FAES

*IMMAGINE DI COPERTINA*  
MARCO BRIX, *FAREASSIEME*

---

© 2012 Edizioni Erickson  
Via del Pioppeto 24  
38121 TRENTO  
Tel. 0461 950690  
Fax 0461 950698  
[www.erickson.it](http://www.erickson.it)  
[info@erickson.it](mailto:info@erickson.it)

*Tutti i diritti riservati. Vietata  
la riproduzione con qualsiasi mezzo effettuata,  
se non previa autorizzazione dell'Editore.*

© 2012, M. Goglio, *Quando 1+1 fa 3*, Erickson, [www.ericksonlive.it](http://www.ericksonlive.it)

*Marco Goglio (a cura di)*  
*con la collaborazione di Roberta Venieri,*  
*Nicolò Parini e Laura Vittani*

# Quando 1+1 fa 3

La psichiatria nella logica del *fareassieme*  
raccontata da operatori, utenti,  
familiari e volontari





## Vivi. Scrivi. Pubblica. Condividi.

La nuova linea editoriale di Erickson che dà voce alle tue esperienze

È il progetto firmato Erickson che propone libri di narrativa, testi autobiografici, presentazioni di buone prassi, descrizioni di sperimentazioni, metodologie e strumenti di lavoro, dando voce ai professionisti del mondo della scuola, dell'educazione e del settore socio-sanitario, ma anche a genitori, studenti, pazienti, utenti, volontari e cittadini attivi.

Seleziona e pubblica le esperienze, le sperimentazioni e le idee che questi protagonisti hanno sviluppato e realizzato in ambito educativo, didattico, psicologico e socio-sanitario, per dare loro la possibilità di condividerle attraverso la stampa tradizionale, l'e-book e il web.

Sul sito [www.ericksonlive.it](http://www.ericksonlive.it) è attiva una community dove autori e lettori possono incontrarsi per confrontarsi, dare e ricevere suggerimenti, scambiare le proprie esperienze, commentare le opere, trovare approfondimenti, scaricare materiali. Un'occasione unica per approfondire una serie di tematiche importanti per la propria crescita personale e professionale.

# Indice

Presentazioni ( <i>T. Maranesi, G. Cerati, P. Castiglioni, G. Tibaldi</i> )	9
Premessa	15
Introduzione	17
<b>PRIMA PARTE – Un Centro Psico Sociale che si riorganizza</b>	
<b>1</b> La riorganizzazione del CPS	21
<b>2</b> Il Case Manager in psichiatria: tra formazione e realtà	33
<b>3</b> La band musicale La Nuova Risonanza: esperienze di riabilitazione psicosociale	45
<b>4</b> Il Facilitatore Sociale visto dagli operatori dei Servizi	53
<b>SECONDA PARTE – La comunità terapeutica</b>	
<b>5</b> La comunità accoglie nuovi disagi	61
<b>6</b> Infermieri e operatori	65
<b>TERZA PARTE – La parola agli utenti</b>	
<b>7</b> Storia della cooperativa di Facilitatori Sociali	75
<b>8</b> Storie di recovery	89
<b>9</b> Dibattito al «Clan/Destino», Associazione di cittadini tra cui: utenti, operatori, familiari, volontari	125

**QUARTA PARTE – Il *fareassieme***

<b>10</b>	La parola a familiari e volontari	143
<b>11</b>	Esperienze di <i>fareassieme</i>	155
<b>12</b>	Interviste	173
	Glossario	195
	Appendice – Le Associazioni	197



Azienda Ospedaliera  
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio  
Busto Arsizio Saronno Tradate



## I Tutor del Programma Innovativo

Nicolò Parini per Busto Arsizio – Tradate  
Christian Orlandelli, Manuela Montagnoli, Roberta Venieri per Saronno  
Maria Grazia Pisoni per Legnano

### Contributi scritti di:

#### **Operatori, Facilitatori Sociali, Familiari e Volontari<sup>1</sup>**

Massimo Airoidi, Roberto Albergucci, Alfredo, Denise Amiens,  
Aldo, Andrea, Anna, Antonia, Patrizia Banfi, Marco Benedetti,  
Nadia Benvenuti, Maria Cardetta, Margherita Cattaneo,  
Orietta Cristoforetti, Daniela, Dario, Michela Darò, Deborah, Edda,  
Eleonora, Filomena Di Cosmo, Valentina Danielis, Deborah, Franca,  
Francesca, Antonella Freddi, Glauco Ghidetti, Laura Giudici,  
Marco Goglio, Luisella Gomiero, Irma, Leonardo, Luciano, Luisella, Marino,  
Massimo, Maurizio, Giuseppe Mitra, Monica, Barbara Monti, Mariella  
Ninni, Christian Orlandelli, Donatella Pagani, Lorenzo Padula, Alessia Pasini,  
Liliana Petronella, Edo Piazza, Gigi Roncari, Rosangela, Tiziana,  
Mauro Tonveronachi, Simone, Valentina, Nadia Vignati, Laura Vittani

### Copertina

Marco Brix, *Fareassieme*, pittura su seta, acquarelli, murales, Saronno  
e-mail: marco.brix.05@gmail.com

---

<sup>1</sup> Alcuni nomi sono scritti per esteso, altri solo con il nome di battesimo, altri ancora sono anonimi; la scelta è stata fatta nel rispetto dei desideri degli autori.



## **Ringraziamenti**

Al termine di questo nuovo lavoro sento il piacere di ringraziare tutte le persone che hanno contribuito con i loro scritti, testimoniando ancora una volta la bontà del *fareassieme*. Penso innanzitutto ai tutor del Programma Innovativo, ai Facilitatori, ai familiari e ai volontari. Agli operatori va un mio particolare ringraziamento; non è stato facile coinvolgerli nell'impresa dello scrivere e proprio per questo sono riconoscente: per essersi messi in gioco, per aver dedicato parte del loro tempo «clinico» anche al promuovere nuove idee intorno alle cure.

Tra le persone che ringrazio non possono mancare i riferimenti amministrativi della nostra Azienda Ospedaliera (dr.ssa Anna Marazzi e dr.ssa Giuliana Uslenghi), che pazientemente rispondono alle molte richieste che derivano dal mettere in pratica i Programmi Innovativi ma anche alla Dirigenza aziendale, che ci permette di proseguire nella ricerca di nuove risposte di cura e alla ASL di Varese che ascolta le insistenti richieste di noi operatori.

# Presentazioni

## Teodoro Maranesi

La seconda puntata dell'avventura editoriale che partì dall'esperienza dei Facilitatori prosegue, e ben si capisce che i contributi riflettono un'operatività che si evolve, che si arricchisce e che sempre più coinvolge l'insieme degli utenti, dei familiari, dei volontari e degli operatori. Leggendo questo secondo testo è un po' come se gli intenti dichiarati all'inizio dell'esperienza a poco a poco prendessero forma e divenissero un patrimonio da consolidare e proteggere.

Ma la vera differenza tra il primo (*Dottore, non sono di psichiatria!*) e questo secondo testo (*Quando 1+1 fa 3*) appare chiara nei rispettivi indici: nel primo testo tra gli autori dei contributi non appaiono gli operatori, che invece nel secondo non si limitano a fare capolino, ma si «appropriano» di una consistente fetta dell'esposizione.

È un'appropriazione tutt'altro che indebita.

Il testo si apre con un intervento della responsabile del CPS di Saronno che, prospettando una riorganizzazione del Servizio, riflette su pazienti e operatori con pari attenzione e determinazione. Il concetto elaborato di CPS come base sicura per entrambi (operatori e pazienti e — aggiungo io — anche familiari) riesce a valorizzarne le specificità e nel contempo le collaborazioni, a fare chiarezza sui ruoli professionali e nel contempo a produrre forza nel lavoro d'insieme. L'invito conclusivo che viene rivolto ad altre équipes di condivisione di questo percorso di pensiero e di cambiamento mi trova molto interessato e disponibile.

Il rapporto fecondo operatori-pazienti trova conferma nelle valutazioni sul lavoro dei Facilitatori Sociali nei Servizi psichiatrici da parte degli operatori; è veramente unica un'esperienza che chiami un operatore a esprimersi non sulla patologia ma sulla... operatività di un paziente. Anche qui non c'è confusione di ruoli, ma occasioni (date e cercate) di fattiva collaborazione e di benessere.

Anche la sintesi sul ruolo del case manager fatta dal personale infermieristico del CPS o le riflessioni dei molti operatori della Comunità e del Centro Diurno sono materiale per professionisti e non, per volontari, pazienti e familiari che possono così informarsi su metodologie di intervento che valorizzano un lavoro d'équipe pluriprofessionale ma individualizzato; è un rendere comprensibili e accessibili all'utenza e ai familiari tematiche di solito riservate a contesti specialistici.

L'idea poi della band musicale «vera», promossa dall'educatore Massimo, che si cimenti in un'esperienza per offrire una possibilità di lavoro a chi di musica si appassiona e se ne intende, mi pare la sintesi di un lavoro che può coniugare creatività e professionalità.

E gli utenti? E i familiari? E i volontari? I loro contributi sono complessivamente una sintesi di quello che intendiamo per Psichiatria di comunità, da quelli più teorici e di riflessione alle testimonianze-interviste. Vanno letti con attenzione e curiosità. Ma è soprattutto loro merito esserci con la stessa forza degli operatori nelle parole e nell'esperienza.

Con rinnovato affetto, un ex di Saronno.

*Dr. Teodoro Maranesi*

Direttore Dipartimento Salute Mentale  
Azienda Ospedaliera – Polo Universitario  
«Luigi Sacco», Milano

## **Giorgio Cerati e Pierluigi Castiglioni**

Accogliamo con gratitudine l'invito di Marco Goglio a svolgere qualche considerazione sulla psichiatria territoriale oggi, consapevoli che l'argomento richiederebbe forse un intero volume.

La politica sanitaria territoriale in ambito psichiatrico è attualmente attraversata da molteplici sollecitazioni che rendono il panorama di grande complessità. All'interno del volume viene già esposta buona parte di questi problemi, di ordine clinico o di gestione di «emergenze» esterne. La complessità riposa

nell'aver scelto di affrontare in modo concreto una serie di nodi critici ineludibili: l'aumento sempre crescente di persone con gravi disturbi di personalità, la necessità di intervenire nelle fasi precoci del disturbo psicotico, la collaborazione sempre più stretta fra UONPIA e UOP/CPS per affrontare i problemi psichici gravi nell'età di passaggio o per dare ad esempio risposta a persone con disturbi dell'alimentazione. Vi è ora anche la necessità di lavorare in collaborazione con i servizi deputati per i casi clinici di «doppia diagnosi», come pure di organizzare i percorsi dei pazienti dimessi dagli OPG, con il problema della presa in carico clinica associata agli aspetti sociali e ai compiti di garanzia affidati agli operatori. Un'altra sfida attuale: cercare, nella complessità sopra descritta, di ottimizzare le risorse dovendo oggi reggere una crisi economica che tuttavia alimenta ulteriori forme di disagio psichico. *Last but not least*, il diffondersi dei progetti, avviati anche da noi, legati all'empowerment e alla recovery dei pazienti, divenuti poi Programmi Innovativi per Facilitatori Sociali, in cui il soggetto stesso è il protagonista di una ripresa di vita.

Uno dei metodi che abbiamo cercato di sviluppare per garantire il «governo clinico» dei casi di disturbo grave e spesso persistente, con bisogni più complessi, inscritti nel percorso clinico di «presa in carico», è quello della definizione di micro-équipe formate dagli operatori direttamente interessati al trattamento integrato della persona. All'interno della micro-équipe viene individuato un operatore case-manager, figura che tiene le fila della complessa rete in cui si articola la gestione (management) del paziente in carico. Questo modello di intervento nella pratica non si definisce una volta per tutte ma, se funziona, si traduce in un costante *work in progress*, dove le varie figure si integrano e si interrogano sull'andamento della situazione del paziente, sempre in evoluzione.

In molti CPS questo metodo di lavoro ha suscitato interesse e coinvolgimento e ha promosso una spinta motivazionale ulteriore nel lavoro quotidiano del territorio, anche con il sostegno di un importante sforzo formativo capillarmente svolto in tutti i territori regionali. Esso prevedeva un percorso di aggiornamento professionale sulla base di tre approcci: il lavoro di rete sociale e il case management comunitario; la clinica e la riabilitazione psicosociale; il modello dell'integrazione funzionale nelle psicosi. L'orizzonte del case management nella psichiatria di comunità consiste infatti nella sua potenzialità di esprimere operatori che sappiano integrare il progetto di cura nel suo attuarsi, in rapporto con la rete primaria e secondaria.

In conclusione, sarebbe interessante avviare una riflessione a tutto campo sulle possibili evoluzioni dell'organizzazione del lavoro territoriale, che possa offrire alla popolazione e alle persone un'immagine realmente innovativa di

servizio, aperto, centrato sui percorsi di cura diversificati e in costante tensione a intercettare le condizioni di bisogno emergenti nelle diverse età: ...verso un nuovo modello di CPS?

*Dr. Giorgio Cerati*

Direttore Dipartimento Salute Mentale  
Azienda Ospedaliera Legnano

*Dr. Pierluigi Castiglioni*

Direttore Unità Operativa Psichiatria  
Presidio Ospedaliero di Legnano

## **Giuseppe Tibaldi**

Il bel titolo di questo libro è molto evocativo, per me, di qualcosa che c'è, ma quasi nessuno vede nelle fasi iniziali di un percorso di sofferenza psicologica ed emotiva grave. Di questo «qualcosa» possono essere date tante definizioni: capacità latenti, parte sana, voglia di riprendersi, speranza di guarigione, resilienza. I termini sono tanti, ma il comune denominatore è lo stesso: il disturbo è sempre solo una parte di noi, o una fase della nostra vita. Questa parte — che domina all'inizio — può arrivare a perdere di peso, di importanza; questa fase negativa — che sembra talora interminabile — può arrivare a concludersi.

Questa non è solo una mia convinzione personale. I risultati delle ricerche che hanno valutato l'evoluzione nel tempo delle esperienze che rientrano nell'area dei disturbi schizofrenici dimostrano che un'evoluzione positiva avviene in più del 50% dei casi. A questi dati si aggiungono centinaia di testimonianze personali di chi ha attraversato questa landa desolata e ci racconta come, e quando, ne è uscito. Un concorso letterario nazionale dal titolo «Storie di Guarigione», organizzato a Biella alcuni anni fa, ha visto la partecipazione di quasi 600 persone, da ogni Regione d'Italia. Sono quindi in molti a crederci.

Tra gli elementi che influenzano un pieno recupero personale e sociale gioca un ruolo di primo piano la presenza di aspettative positive da parte dei professionisti, dei familiari e dei diretti interessati. Anche i professionisti soffrono, spesso, di un disturbo abbastanza grave: il pessimismo sulle possibilità concrete di un'evoluzione favorevole. Anche questo disturbo induce alla passività e alla demotivazione, o spinge ad avere meno fiducia del necessario nelle proprie e nelle altrui risorse. Quello dell'inguaribilità può essere considerato uno dei muri

invisibili che, dopo la scomparsa del manicomio, continuano a tenere separato l'universo della sofferenza mentale dal resto della società civile.

Questo libro ci mostra, con chiarezza, che il *fareassieme* è anche un aiutarsi reciprocamente a non cedere al pessimismo, un sostenere il diritto di tutti (operatori compresi) a darsi molte «seconde occasioni», anche quando le prime non hanno dato i risultati sperati.

*Dr. Giuseppe Tibaldi*  
Direttore Scientifico del Concorso Letterario  
«Storie di Guarigione»  
btibaldi@hotmail.com



# Premessa

Gli scritti che abbiamo raccolto sono il risultato corale che ha coinvolto le Équipe del Dipartimento di Salute Mentale di Busto Arsizio, Tradate e Saronno, non solo nel suo lavoro clinico ma anche nel rapporto e nello scambio con i molti referenti della cura: l'utente, il familiare, il volontario e la realtà territoriale. Accanto a questi contributi abbiamo raccolto altri scritti provenienti da utenti e operatori del DSM di Legnano-Magenta che negli ultimi anni ha collaborato con noi sul Programma Innovativo riguardante gli utenti Facilitatori Sociali.

Il testo non vuole rappresentare la carta d'identità di un Servizio, al contrario vuole esprimere e comunicare gli sforzi che quotidianamente l'operatore mette in atto nel lavoro di cura: lavoro a volte doloroso e sempre più complicato per le risorse economiche in diminuzione e per la crescente conflittualità sociale. Nei nostri percorsi di cura l'utente e il familiare diventano una risorsa e sono sempre più protagonisti nella terapia. Nascono rapporti di cura e di condivisione del dolore nella ricerca di una lettura del disagio, di una nuova consapevolezza e nella fiducia del miglioramento verso la guarigione (*recovery*).

Nei capitoli verranno presentate alcune innovazioni che abbiamo adottato nei Servizi, ma troverete anche la faticosa ricerca del senso attraverso la diretta esperienza di utenti e di familiari. La consapevolezza degli operatori di poter offrire una cura sempre più adeguata incontra le risposte degli utenti a volte critici a volte fiduciosi.

La scommessa di tutti è quella di offrire una possibile ricerca di un senso perduto.



Parlo di scommessa, perché ricercare un senso nella nostra società appare sempre più un ideale romantico. I sociologi ci presentano una società frammentata, incerta e conflittuale; oggi sembra che non ci sia più il tempo per pensare e meditare, ma solo il tempo per pretendere, per evadere, per prevedere. Sembra che allo psichiatra venga chiesto di prevedere il comportamento del proprio paziente nell'intento di proteggere la società (posizione di garanzia) e al paziente sia concesso o di guarire e diventare produttivo o di non nuocere e passare la propria esistenza in comunità (i nuovi manicomi). L'agire dell'operatore e l'agire del paziente diventano più importanti del domandarsi: chi sono? come soffro? che senso dare?

Chi oggi ha il tempo, se non il coraggio, di ascoltare le parole del dolore e dell'angoscia? Il dolore del malato e del familiare trovano il luogo di espressione nello spazio del Servizio al riparo dagli occhi sociali perché la società ha altri obiettivi: deve correre, deve essere fatta da uomini che funzionano sempre!

Il *fareassieme* che abbiamo imparato dalle frequentazioni degli amici trentini, assieme all'esperienza di utenti che diventano Facilitatori Sociali, ci vuole concretamente dare una profondità dell'intervento: se la cura parte nelle stanze del Servizio la guarigione deve avvenire fuori, nella comunità del territorio e nelle stanze della cittadinanza attiva.

*Marco Goglio*

# Introduzione

Nel testo si fa riferimento particolare ai due Programmi Innovativi della Regione Lombardia che sono stati assegnati al nostro DSM:

1. «La presa in carico dei pazienti con disturbo di personalità: il CPS come “base sicura”» (TR74, Responsabile scientifico dr.ssa Franca Molteni, Responsabile DSM di Busto Arsizio). Programma che ha contemplato una formazione specifica rivolta agli operatori al fine di offrire un servizio aderente alle emergenti richieste di utenti con disturbi di personalità.
2. «Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa facilitatore sociale» (TR75, Responsabile scientifico dr. Marco Goglio). Programma che offre agli utenti un percorso di formazione e di consapevolezza e utilizza le risorse di queste persone che ottengono un riconoscimento come Facilitatore Sociale. Il Facilitatore offre un servizio ad altri utenti in ambiti assistenziali, riabilitativi e organizzativi; riteniamo che questi contributi possano offrire ai nostri utenti un approccio dal volto più umano e possano significare un rinforzo nella direzione della partecipazione attiva del paziente ai propri percorsi di cura.

Nella prima parte, il lettore troverà scritti di operatori intorno a nuove proposte organizzative e operative dei nostri ambulatori (CPS). La seconda parte tratta in particolare dell'esperienza degli operatori presso le comunità terapeutiche: come la comunità può rispondere ai bisogni di una utenza in continuo cambiamento? La terza parte, la più ricca di contributi, riprende il filo del discorso iniziato dagli utenti nel testo uscito nel 2010, sempre nella linea editoriale EricksonLIVE (*Dottore, non sono di psichiatria!*). Anche in questo

nuovo lavoro abbiamo pubblicato gli scritti di utenti e di Facilitatori Sociali, le emozioni che vivono, le testimonianze del lavoro che svolgono e due storie di guarigione. Nella quarta parte troviamo nuovi contributi di volontari e molti racconti di familiari; anche questi ultimi, al pari degli utenti, stanno diventando un valido supporto nei nostri percorsi di guarigione. Il testo si conclude con le nostre esperienze sulla pratica del *fareassieme*. Rispetto a questo approccio, mi sembra giusto riconoscere all'amico De Stefani la capacità di averci contaminato. A seguire due interviste promosse dai nostri familiari dell'AsVAP4: una al presidente dell'Associazione di utenti «Il Clan/Destino», l'altra a uno psichiatra, intorno alle tematiche del disagio psichico. In fondo al testo troverete un *glossario*, che rappresenta un nostro modo di scusarci per tutte le sigle che trovate nel testo e non sempre sono riconducibili alle realtà e ai Servizi dove si svolgono i nostri percorsi di guarigione.

## PRIMA PARTE

### Un Centro Psico Sociale che si riorganizza

*Nelle pagine della cronaca è sempre più facile trovare le responsabilità di medici, di operatori e dei Servizi che vengono accusati di «malasanità». Non vogliamo sostenere l'infallibilità della professione medica; noi tutti sappiamo che la medicina non è una scienza esatta ma procede per prove ed errori. Se da un lato errare humanum est, dall'altro ci sembra giusto sottolineare gli sforzi che un Servizio compie per cercare di offrire il meglio che può ai propri utenti.*

*Nelle pagine che leggerete potete trovare il grande sforzo che un Centro Psico Sociale sta facendo, con l'aiuto di un Programma Innovativo della Regione Lombardia, per poter seguire il cambiamento dei bisogni delle patologie degli utenti; a fronte di errori umani, a fronte di proteste che possono arrivare da utenti che non si sentono curati, ci sembra importante scrivere anche intorno alla ricerca, a volte faticosa, che gli operatori compiono per aggiornarsi e per offrire servizi sempre più innovativi e vicini ai bisogni degli utenti.*

*Nell'intervento sul Case Manager presentiamo il lavoro formativo e operativo che ha coinvolto vari operatori del CPS su sollecitazione dell'I.Re.F (Euopolis Lombardia).*

*Viene poi descritta la banda musicale La Nuova Risonanza; si tratta di un'iniziativa artistico-lavorativa sollecitata da un secondo Programma Innovativo della Regione, all'interno di un percorso di consapevolezza che offre all'utente di diventare Facilitatore Sociale e con questa esperienza artistica si propone di raggiungere un'inclusione sociale e lavorativa nel campo musicale.*

*Riportiamo infine alcune riflessioni degli operatori, protagonisti imprescindibili della nostra esperienza.*



## Capitolo 1

# La riorganizzazione del CPS

### Il CPS si riorganizza

Dal 2009 il DSM di Busto Arsizio ha ottenuto, dalla Regione Lombardia, l'approvazione del Programma Innovativo «La presa in carico dei pazienti con disturbo di personalità: il CPS come “base sicura”» (TR 74).

Il finanziamento ottenuto ha permesso sia di assumere un educatore e uno psicologo, sia di attuare una formazione, volta ad apprendere una tecnica terapeutica specifica (DBT: terapia dialettico comportamentale) e a lavorare sui processi organizzativi del Centro Psico Sociale, nel tentativo di renderli più funzionali.

La formazione organizzativa fatta con lo Studio APS di Milano ha rappresentato un'importante occasione di riflessione sul nostro lavoro.

Nei primi incontri è emerso in tutta la sua importanza e gravità il senso di frustrazione e impotenza degli operatori: come essere «base sicura» per gli utenti se non ci sentiamo noi stessi sicuri? L'insicurezza nasce dalla quotidiana pressione esercitata da un'utenza sempre più difficile da comprendere e da curare, dalla violenza della quale siamo spesso oggetti o testimoni, dalla pressione sociale a un mandato «onnipotente» di cura e controllo e ai suoi risvolti medico-legali (posizione di garanzia). Si è delineato un sentimento di «invasione» dello spazio di cura, di disorientamento, di impotenza.

Il lavoro di un anno ha permesso al gruppo di esprimere tali contenuti e di trovare strategie organizzative che ci hanno aiutato a sentirci più sicuri ed efficaci nel nostro lavoro. Si è evidenziata l'importanza di trovare spazi di studio,

aggiornamento e riflessione, nella convinzione che l'aumento delle competenze contribuisca a migliorare il senso di sicurezza dell'operatore, e si è impostato un lavoro di ridefinizione di percorsi di cura specifici per classi diverse di utenti.

Le riflessioni del gruppo di lavoro e le proposte organizzative sviluppate hanno trovato una corrispondenza con quanto indicato attualmente sia dalle linee guida riportate nel Piano di Salute Mentale regionale (2004), sia in convegni e testi sul tema della cura nei Servizi pubblici dei disturbi di personalità.

Il *Piano regionale*, nel capitolo 1.3, «Le aree critiche della situazione attuale», sottolinea:

L'emergere di nuove problematiche nell'ambito del trattamento dei disturbi psichici quali i disturbi del comportamento associati a disturbo della personalità e più in generale le situazioni di comorbidità e di doppia diagnosi richiede la predisposizione di nuovi modelli operativi specifici.

Sembra emergere una scarsa progettualità nell'erogazione dei percorsi di assistenza. [I pattern di attività considerati (ad es. prevalenza netta di visite specialistiche rispetto ad altri interventi, numero di persone limitato coinvolte in CD, ecc.)] sembrano riconducibili a una insufficiente differenziazione della domanda e ad una insufficiente responsabilizzazione rispetto ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi. In ogni caso, tale situazione genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti.

La situazione attuale sembra indicare che, nei disturbi psichici gravi, si interviene in modo aspecifico nelle fasi più critiche della malattia, quando sarebbero possibili interventi per contrastare l'evoluzione cronica, e si opera invece in modo massiccio durante le fasi successive, per contrastare una cronicità ormai instaurata, con interventi incerti dal punto di vista dell'efficacia e dispendiosi per la collettività.

Nell'ottobre 2010 è uscito un interessante testo curato, fra altri, da Luigi Ferrannini, presidente della Società Italiana di Psichiatria: *Disturbo borderline di personalità: continuità e discontinuità nel trattamento*, in cui nell'introduzione si evidenzia

la necessità di qualificare l'offerta dei trattamenti nei Dipartimenti di salute mentale con percorsi specifici per gruppi di pazienti che non rispondono al trattamento generalistico, o comunque rispondono molto meno: disturbi della alimentazione, esordi psicotici, doppia diagnosi e naturalmente disturbi di personalità. [...] l'orientamento al miglioramento della qualità non è sostenibile senza una differenziazione dei percorsi.

Gli stessi operatori, da anni, denunciano la costante carenza di risorse e la preoccupante perdita di operatori negli organici delle UOP.<sup>1</sup> È nostra opinione che i CPS siano organizzazioni bisognose di riformarsi per rispondere in modo più adeguato ai bisogni attuali nel campo della salute mentale. Nati più di 30 anni fa in un contesto socio-culturale profondamente diverso dall'attuale, rispondevano al bisogno di «de-istituzionalizzazione», di cura e riabilitazione dei tradizionali disturbi psichici: prevalentemente psicosi e disturbi affettivi gravi. Ci sembra che oggi il panorama sia molto cambiato.

- Le persone affette da psicosi che giungono oggi ai nostri Servizi non provengono da anni di istituzionalizzazione, di neurolettici e di isolamento. Vi è un'attenzione costante all'intervento precoce, con lo sforzo di una sempre maggiore precisione diagnostica e di un utilizzo appropriato di farmaci e interventi riabilitativi. La riabilitazione non può più essere solo «ri-abilitazione», cioè recupero di abilità perdute, ma deve essere precoce intervento per evitare/ridurre la perdita delle abilità stesse, e come tale necessita di interventi diversi e specifici. Ciò nonostante, la cronicità rimane un problema-tabù della patologia psichiatrica, in particolare psicotica. Per il monitoraggio di pazienti stabilizzati con gradi diversi di disabilità e necessità assistenziali occorre un'integrazione con altre agenzie, in particolare con i Medici di Medicina Generale, i Servizi Sociali dei Comuni, il volontariato. Ciò che deve essere evitato è l'eccessivo utilizzo di risorse sanitarie specialistiche su tale fascia di utenza, a scapito dei pazienti con storia recente di malattia.
- I disturbi di personalità, in parte forse in aumento, in parte forse meglio diagnosticati, richiedono un grande impegno in termini di formazione specifica e di impiego di risorse. Attualmente sembrano mettere in crisi un sapere psichiatrico negli ultimi anni forse eccessivamente limitato all'aspetto farmacologico e una consolidata prassi di lavoro di operatori abituati a trattare con persone affette da psicosi. La cura del disturbo di personalità richiede competenze diagnostico-terapeutico-riabilitative specifiche e profondamente diverse da quelle tradizionalmente praticate nei CPS. Un'attenzione particolare dovrebbe essere posta alla formazione specifica.
- Le reazioni da disadattamento, da quelle ansioso-depressive, fino a quelle con disturbo prevalente delle emozioni e della condotta, sono situazioni talvolta associate a un elevato rischio auto/etero-aggressivo. Ci mettono a confronto con persone spesso disperate per eventi di vita (separazioni, gravi difficoltà economiche), rispetto alle quali la nostra impotenza riflette la loro. Non è

---

<sup>1</sup> Si veda la *Lettera aperta a tutti coloro che operano nella salute mentale in Lombardia*, marzo 2009.



possibile affrontare tali problemi senza interrogarsi sugli «effetti collaterali» che può provocare una società fondata sull'individualismo e sull'immagine narcisistica di successo ed efficienza.

- Il vasto campo dei disturbi di ansia è trattato per lo più a livello di consulenza; la presenza di maggiori risorse potrebbe permettere risposte più adeguate a una sofferenza in aumento.
- La recovery e l'empowerment sono sempre meno slogan ideologici e sempre più una stella polare che ci guida nel viaggio della cura alla persona, per restituire ad essa responsabilità e dignità, da qualunque parte si provenga, qualunque sia lo strumento terapeutico usato, qualunque sia la prognosi. C'è una responsabilità di chi cura: di formazione, di competenza, di attenzione alla persona, di rispetto di leggi e regolamenti. C'è una responsabilità, speculare, di chi è curato: di accettare e di collaborare al proprio percorso di cura, di rispettare leggi e regolamenti («Le leggi son, ma chi pon mano ad esse?», *Purgatorio*, XVI, 97).
- La chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la Legge 180 non sono avvenuti per restituire i malati alle famiglie e ai DSM, ma per reintegrarli nella società. Per tanti, troppi anni i Servizi psichiatrici hanno continuato a essere quasi l'unico riferimento per i malati e le loro famiglie, per qualsiasi problema. Ora motivi economici di redistribuzione della spesa socio-sanitaria chiedono di attuare quello che in realtà doveva essere lo spirito della 180: le persone affette da disturbo psichico sono cittadini pari agli altri. Vanno ai Servizi Sociali comunali se hanno necessità assistenziali o se non hanno una casa; vanno dal Medico di Medicina Generale se hanno un problema di salute; vanno da un'associazione sportiva se vogliono fare dello sport, ecc. La società attuale è culturalmente molto diversa da quella che ha visto nascere la 180. La solidarietà e la tolleranza della diversità sono obiettivi da raggiungere e per questo è importante mantenere vivo il dialogo con il territorio, per sensibilizzare e promuovere ogni forma di aiuto al lavoro di integrazione.
- Un aspetto critico è quello del rapporto con le Forze dell'Ordine e il Sistema Giudiziario, che diviene fondamentale per persone in carico ai CPS a rischio/autori di reato. Si auspica che la chiusura degli OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) possa essere occasione di riflessione e riprogettazione di un lavoro integrato. È forte oggi la pressione sui Servizi psichiatrici per un mandato di controllo sociale, e se la psichiatria non può negare una sua compartecipazione alla gestione del problema, deve assolutamente esigere una stretta collaborazione con le altre istituzioni. Su tale questione è pro-

tabilmente ora di abbandonare ideologie e pregiudizi da parte di tutti e di valutare i possibili interventi, comprese eventuali riforme legislative.

Cosa possono fare gli operatori di un CPS?

- È fondamentale pensare che qualcosa si può fare. Ci sono cose che vanno attualmente accettate perché non abbiamo il potere di cambiarle, ci sono cose che possiamo cambiare e altre di cui possiamo con tenacia chiedere ad altri il cambiamento, costruendolo insieme. È necessario navigare con senso di responsabilità tenendo faticosamente la rotta tra Scilla e Cariddi, tra il senso di impotenza e quello di onnipotenza.
- È necessario accettare i cambiamenti, vincendo quella sorta di «inerzia psicotica» che talvolta serpeggia nei nostri Servizi e tende a cronicizzare utenti e operatori.
- Un primo punto da ridiscutere è l'équipe. Vi è una sorta di «mito dell'équipe»: su di essa si è sempre fondata l'organizzazione del lavoro dei CPS. Tale metodologia di lavoro ha portato innegabili novità nel lavoro sanitario: l'integrazione tra diverse figure professionali, per quanto sempre da migliorare, rimane un'importante innovazione, nella quale la psichiatria è stata pioniera. Anni di lavoro hanno forse un po' usurato l'équipe e il suo funzionamento. In alcuni casi vi è un'integrazione solo formale tra le professioni, a cui non corrisponde una reale integrazione di punti di vista e valutazioni; in altri vi è un'organizzazione comunque «verticistica», in cui tutto dipende dal medico; infine vi è talvolta una difficoltà a riconoscere e accettare come potenzialità positiva la diversità di competenze, che si possono efficacemente integrare solo se si riconoscono nella loro diversità. Nel nostro gruppo di lavoro cerchiamo di farci guidare dal principio della «delega con fiducia», che si basa sulla responsabilità dei singoli operatori per le loro specifiche competenze e sul riconoscimento delle stesse da parte degli altri componenti dell'équipe.
- Nei gruppi di lavoro numerosi sarebbe utile arrivare alla definizione di «équipe funzionali», che si organizzano attorno a specifici temi e necessità operative. Un esempio ne sono i sottogruppi di operatori che si occupano di riabilitazione. Un ulteriore sviluppo può essere quello di formare sottogruppi di operatori (eterogenei per professionalità) che sviluppino competenze specifiche per la cura di determinati disturbi, cercando così di rispondere al bisogno di superare i trattamenti «generalistici». Le competenze acquisite, per quanto possibile, dovrebbero poi essere trasmesse attraverso una formazione interna, che favorisca la diffusione delle competenze stesse.

## La nostra proposta organizzativa

### *CPS come «base sicura» per i pazienti e per gli operatori*

Nel lavoro di gruppo con il formatore dello Studio APS si è giunti a ipotizzare che il CPS possa essere una base sicura, sia per i pazienti che per gli operatori, se riesce a essere un reale *spazio relazionale*. Dal punto di vista del paziente, si è pensato al CPS come una «palestra relazionale», dove gli utenti imparano nuove tecniche/strategie e si allenano nell'esercizio delle loro competenze relazionali. Tale attività di «socializzazione» sembra però necessitare di un ripensamento rispetto alle modalità tradizionali dell'operare psichiatrico. Si è posto l'accento sulla «diversità» di questi pazienti, che difficilmente si rispecchiano negli utenti tradizionali dei nostri CPS, e sulla loro necessità di giocare la relazione in spazi più informali, che permettono loro un rapido alternarsi di vicinanza/allontanamento, appartenenza/estraneità al luogo di cura e alle relazioni in esso create.

### *La ricerca di possibili evoluzioni organizzative*

Il gruppo si è soffermato innanzi tutto sul significato della *microéquipe*, intesa come spazio nel quale gli operatori pensano il paziente, condividono dubbi, elaborano e verificano le strategie di intervento. Essa è inoltre il riferimento relazionale per il paziente, che dovrebbe vedere lì ricomposta in un pensare e in un agire finalmente coerenti degli operatori la sua patologica disorganizzazione.

Si è sottolineata l'importanza della *microéquipe* rispetto alla intera équipe del CPS, sentita come troppo allargata, dispersiva, dove le comunicazioni possono difficilmente essere condivise a sufficienza, e quindi poco contenitiva per il paziente.

Ci si è accorti però che le *microéquipe*, soprattutto in un CPS relativamente numeroso come il nostro, sono uno strumento in parte inadeguato. Da un lato rappresentano un necessario strumento di confronto e progettazione degli interventi sui singoli utenti. Dall'altro, vi è il rischio di un'eccessiva frammentazione del pensiero e degli interventi, troppo variabili a seconda del paziente e degli operatori interessati, con l'impossibilità di giungere a una «produzione sociale della conoscenza», cioè a un'elaborazione di contenuti teorico-pratici condivisa all'interno del gruppo di lavoro, da tutti utilizzabile e contemporaneamente verificabile.

A partire da queste riflessioni è emersa nel gruppo l'idea di costituire un'équipe formata da un sottogruppo di operatori con il compito di occuparsi

stabilmente dei disturbi di personalità. Ciò avrebbe il vantaggio di evitare la dispersione degli operatori (e delle loro energie) in molteplici miniéquipe sempre diverse come composizione, favorendo una maggiore collaborazione tra il sottogruppo degli operatori interessati e la possibilità di una maggiore specializzazione. Di riflesso, questo verrebbe trasmesso al paziente come pensiero e azione più coerenti e quindi più efficaci.

Tale ipotesi ha destato risposte contrastanti nel gruppo di lavoro. Da un lato, vi sono stati operatori desiderosi di cambiamento, di una riorganizzazione che permettesse di smuovere forze creative e di ricercare risposte nuove e più efficaci per i pazienti con disturbi di personalità. Dall'altro, alcuni operatori hanno espresso dubbi e scetticismo, forse dettato da disillusioni passate.

L'approfondimento delle questioni poste ha portato alla formulazione di una prima proposta operativa, che ha cercato di unificare diverse esigenze e di utilizzare competenze provenienti da differenti attività formative in atto, attraverso un percorso condiviso all'interno dell'équipe, che faciliti una riorganizzazione del lavoro del CPS relativamente a tre categorie di utenti:

- pazienti con disturbo di personalità;
- pazienti cronici e clinicamente stabilizzati (prevalentemente con disturbo psicotico);
- pazienti con esordio psicotico (pazienti con storia di malattia relativamente recente e che non hanno una cronica compromissione delle abilità personali).

Nella riunione di équipe è stato presentato un caso scelto a turno tra i tre gruppi, dopo una revisione dello stesso in microéquipe.

#### OBIETTIVI:

- cercare di elaborare una modalità condivisa e omogenea di presentazione-monitoraggio dei casi;
- evidenziare i punti di forza e i punti di debolezza dei vari percorsi analizzati;
- riflettere sulle modalità di cura più adeguate per ogni tipologia di utente considerata;
- valutare la effettiva possibilità/disponibilità a dividere l'équipe in sottogruppi, che si «specializzino» nella cura di una determinata classe di pazienti.

#### TEMPI:

- entro il primo anno (2010) si doveva fare una prima valutazione con definizione della possibilità di attuare gli obiettivi sopra indicati, in particolare la creazione delle «équipe specializzate».

Nonostante si siano presentati pochi casi in équipe, si è iniziato a pensare ai pazienti come appartenenti a una delle suddette categorie e si è apportata qualche piccola modifica nell'operare quotidiano.

### *La riformulazione del concetto di «base sicura»*

Prima della fine dell'anno si è giunti alla formulazione di una *seconda proposta operativa*, che si è pensato di attuare all'inizio del 2011. Premessa indispensabile è stata quella di recuperare, all'interno dell'operare del CPS, uno «spazio» in cui i diversi operatori potessero *pensare* e creare idee che permettessero la realizzazione di una nuova organizzazione del CPS, inteso come base-sicura per operatore e pazienti. Per base sicura si intende, primariamente, un *luogo del pensiero e della riflessione*, ove vengano accolte le inquietudini e le difficoltà degli operatori che possono essere assunte dall'assetto organizzativo. È da sottolineare che tale spazio non è pensato per il singolo operatore in difficoltà (per ciò possono essere utilizzati altri spazi, quali ad esempio le riunioni di équipe del giovedì, le supervisioni, i casi clinici portati a cadenza quindicinale) e non deve essere predisposto per trattare un caso singolo.

Tale spazio è un luogo di confronto dinamico e creativo tra pensieri e prassi diverse e talvolta divergenti, in un costante dialogo con la letteratura attuale. Questo lavoro si auspica possa produrre pensieri «convergenti», che sostengano la creazione di orientamenti condivisi, in grado di favorire la formulazione di *linee guida*, elaborate a partire dall'analisi delle nostre esperienze di lavoro e dal confronto con la letteratura. Nella condivisione e nella necessità di sviluppare idee, nella *produzione sociale di conoscenze*, sta proprio il concetto di «base sicura»; strumento per non lasciare soli gli operatori nella ricerca e nella messa a punto di modalità relazionali con il paziente. È importante che il gruppo mantenga al suo interno una modalità dialettica di confronto costruttivo e «disciplinato», che promuova la diffusione nell'équipe e nelle micro équipe degli orientamenti elaborati e condivisi, che preveda un costante monitoraggio e verifica degli orientamenti adottati.

### *La proposta riorganizzativa per il 2011*

Dal punto di vista strettamente organizzativo, si è pensato di suddividere (come prima indicato) i pazienti in tre grandi gruppi:

- pazienti con disturbi di personalità;

- pazienti all'esordio (inteso nella accezione più ampia di pazienti con storia di malattia relativamente breve, non ancora sufficientemente stabilizzati e che non presentino una significativa compromissione delle abilità personali);
- pazienti con patologia stabilizzata.

Sulla base di questa suddivisione per patologia, si è proceduto alla creazione di *tre gruppi di lavoro dedicati*, stabili e aperti, dove gli operatori possono «entrare e uscire». Ogni operatore può scegliere dove collocarsi con il vincolo di partecipare al massimo a due «gruppi di lavoro dedicati». Questi gruppi sono coordinati da una coppia di operatori ciascuna (*promoter*), incaricati di gestire l'organizzazione del lavoro (calendario incontri, predisposizione materiali, documentazione), di tenere vivo l'interesse per l'area e di promuovere la messa a punto di linee guida da mettere a disposizione di tutto il CPS. L'introduzione di questi gruppi di lavoro dedicati serve per rinforzare il sistema sul «pensare insieme» (organizzazione dei casi, percorsi terapeutici, confronto con la letteratura). Ogni operatore, pur garantendo la continuità di partecipazione al/ai gruppo/i che sceglie, può muoversi successivamente da un gruppo all'altro (figura 1.1).

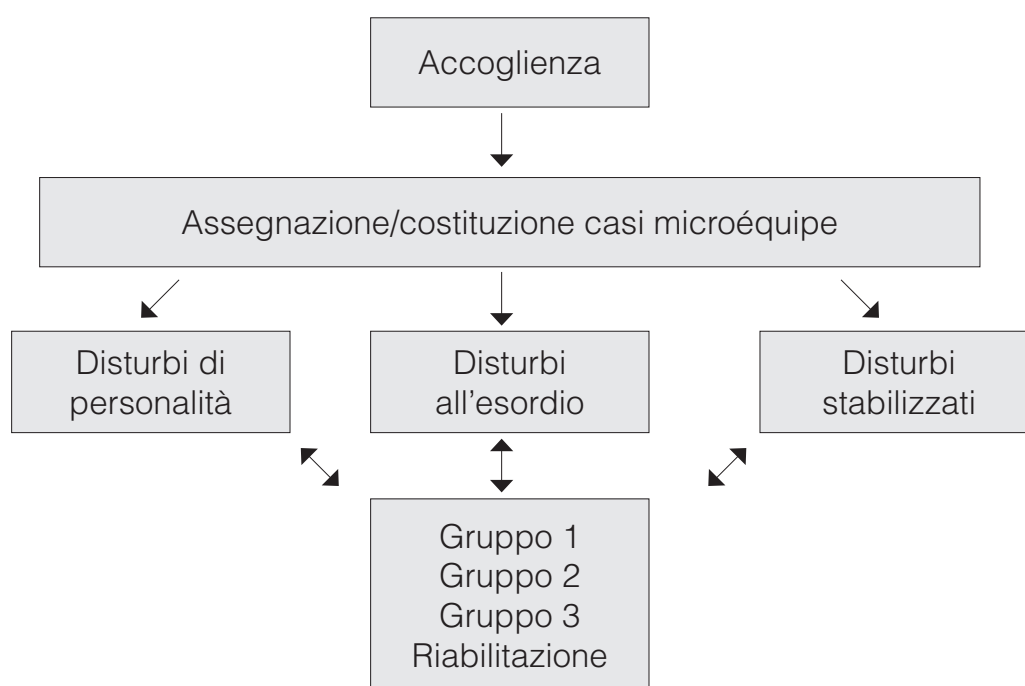


Fig. 1.1 Schema di sintesi della nuova articolazione organizzativa.

L'attivazione dei tre «gruppi di lavoro dedicati», creando uno spazio riservato all'elaborazione dei principali problemi portati dai pazienti e alla socializzazione degli interrogativi che questi sollecitano, non vuole sostituire

o sminuire l'operato degli strumenti clinici e gestionali attualmente utilizzati (équipe e microéquipes), ma vuol essere un'opportunità per rinforzare il loro operato. Questo è stato garantito attraverso la costruzione di convergenze nelle analisi dei problemi e nella produzione di indirizzi operativi condivisi messi a disposizione delle microéquipes e dell'équipe (figura 1.2).

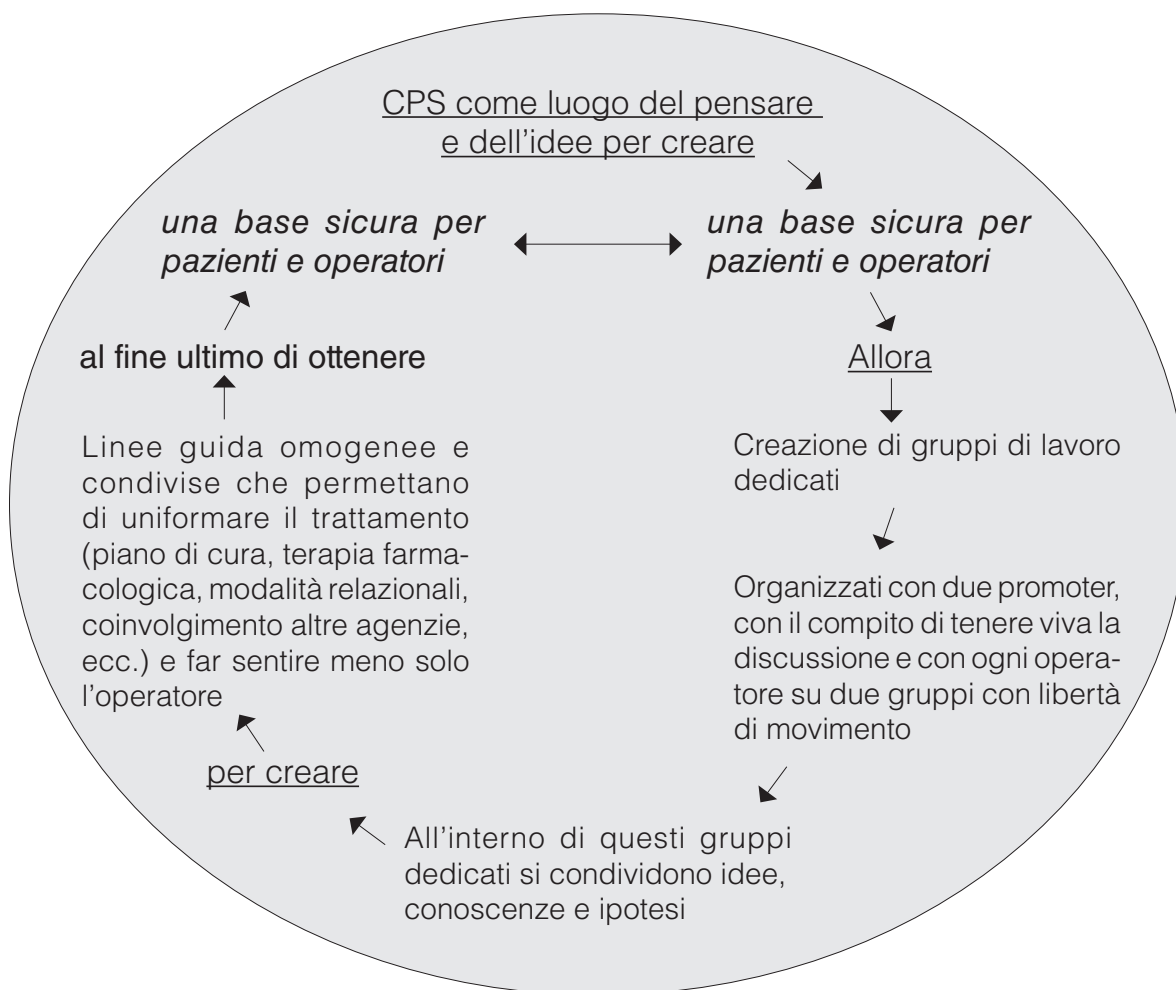


Fig. 1.2 Sintesi del percorso realizzato.

### *Tempi e organizzazione riunioni dei «gruppi di lavoro dedicati» e dell'équipe del CPS*

Le riunioni dei «gruppi di lavoro dedicati» sono realizzate nella giornata utilizzata per la riunione di équipe generale, riducendo i tempi dedicati a quest'ultima. Questo richiede una precisazione dei contenuti da trattare nella riunione di équipe generale. In questo modo non aumenteranno complessivamente i tempi dedicati alle riunioni. Nella tabella 1.1 è riportata la proposta di riorganizzazione delle riunioni da sperimentare nel 2011.

**Tabella 1.1**

Organizzazione mensile delle riunioni dei «gruppi di lavoro dedicati»

<b>Orario</b>	<b>1<sup>a</sup> settimana</b>	<b>2<sup>a</sup> settimana</b>	<b>3<sup>a</sup> settimana</b>	<b>4<sup>a</sup> settimana</b>
9,00-10,15	Riunione «gruppo dedicato» DISTURBI DI PERSONALITÀ	Riunione «gruppo dedicato» DISTURBI ALL'ESORDIO	Riunione «gruppo dedicato» DISTURBI STA- BILIZZATI	Riunione équipe generale Restituzione degli elaborati dei tre «gruppi dedicati»
10,30-13,00	Riunione équipe generale	Riunione équipe generale	Riunione équipe generale	Riunione équipe generale

Attualmente stiamo proseguendo su questa nuova organizzazione che ci ha permesso di focalizzare l'attenzione sulle singole problematiche mosse dalle diverse patologie e ha mantenuto un livello costante di aggiornamento e di condivisione sulle modalità di approcciare le crisi, le *empasse*, le difficoltà di molti casi.

Questa modalità, iniziata come una sperimentazione, sta diventando una modalità consolidata di lavorare; il gruppo di riflessione prosegue anche nella ricerca di possibili e futuri cambiamenti organizzativi che ci piacerebbe condividere con altre équipes istituzionali.

*Dr.ssa Laura Giudici*  
Responsabile CPS Saronno





## Capitolo 2

# Il Case Manager in psichiatria: tra formazione e realtà

### Introduzione

In ambito sanitario, in tutto il territorio nazionale nell'ultimo decennio abbiamo assistito a un'evoluzione nella finalizzazione delle cure e delle prestazioni sanitarie, ponendo l'attenzione alla qualità dei servizi erogati e alla centralità del *paziente*. Regione Lombardia, allineandosi a questo pensiero, ha tradotto attraverso il PSSR (Piano Socio Sanitario Regionale) le modalità per l'implementazione di comportamenti uniformi su tutto il territorio. In ambito di Salute Mentale, ha identificato percorsi di cura diversi e specifici per gravità di patologia. Per soddisfare al meglio i bisogni dei pazienti a seconda della loro complessità e necessità di trattamenti integrati, sono stati così individuati tre percorsi di cura:

- Consulenza
- Assunzione in cura
- Presa in carico.

La differenziazione dei percorsi clinico/assistenziali identifica la complessità di erogazione delle cure e la necessità di una modalità diversa di trattamento e di osservazione e di erogazione delle prestazioni. Particolare attenzione è stata posta ai pazienti con percorso di cura «Presa in carico» vista la complessità e la gravità della patologia a cui si rivolge. Maggiore rilevanza è stata data all'integrazione fra figure professionali diverse, che prestano servizio presso la stessa struttura, e tra Servizi diversi, che si trovano a condividere obiettivi comuni

per lo stesso paziente. Ciò consente di non disperdere risorse e di fornire un servizio ad ampio raggio che copra tutte le richieste socio-sanitarie del paziente.

Il PSSR in ambito psichiatrico sottolinea l'importanza di integrare le figure professionali con competenze diverse che assicurino la gestione, il trattamento terapeutico-assistenziale e riabilitativo personalizzato per pazienti complessi, individuando nel Piano di Trattamento Individuale (PTI) un ottimo strumento di lavoro. La gestione di un trattamento personalizzato così complesso prevede l'impiego di figure professionali che seguano tutto il percorso del paziente, che ne valutino l'aderenza ai bisogni in divenire e che si interfacci con tutto il gruppo multidisciplinare (microéquipe) che ha condiviso e steso il PTI. Questa figura professionale è stata identificata nel Case Manager, che viene individuato tra i componenti della microéquipe e ha un ruolo complesso e articolato, per svolgere il quale sono necessarie competenze specifiche e preparazione adeguata.

A tale proposito, la ASL di Varese ha organizzato, su mandato della Regione Lombardia (Scuola di Direzione in Sanità: IReF), corsi di formazione specifici per la figura del Case Manager con l'obiettivo di individuare delle linee guida di comportamenti comuni che consentano di identificare i ruoli, le competenze e gli ambiti di lavoro omogenei per tutti i CPS del territorio. Alla formazione hanno partecipato Infermieri, Educatori e Assistenti Sociali del CPS di Saronno, traendone un arricchimento professionale e personale e determinando una sensibilità diversa nel proprio ruolo di Case Manager nella quotidianità lavorativa.

La figura del Case Manager ha origine nei Paesi anglosassoni, negli anni Sessanta, come individuazione di un nuovo metodo di approccio globale al paziente, trovando un referente che faciliti l'integrazione fra Servizio e territorio, coordinando gli interventi e garantendo la continuità delle cure. Le funzioni del Case Manager in ambito psichiatrico possono essere svolte da:

- Infermieri
- Educatori
- Assistenti Sociali
- Psicologi
- Psichiatri.

Solitamente è la figura professionale della microéquipe che ha la relazione terapeutica più significativa con il paziente. Questo consente di diventare per il paziente la figura di riferimento facilitando i rapporti con la struttura che lo ha preso in carico. Le funzioni del Case Manager si esplicano su più versanti.

- **Territoriale:** deve facilitare l'integrazione fra territorio e Servizi psichiatrici, deve essere a conoscenza di ciò che il territorio offre in relazione ai bisogni del paziente e deve esserne il collegamento.

- Con il paziente e la sua famiglia: il ruolo del Case Manager si esplica nell'«accompagnare» il paziente nel suo percorso di cura creando un'alleanza terapeutica, divenendo un punto di riferimento nell'ascolto nei momenti di difficoltà, di supporto nelle situazioni di disagio emotivo, sostenendolo e favorendo il reinserimento sociale, supportando il paziente e la famiglia nella consapevolezza della malattia e facilitandone i canali relazionali e comunicativi.
- All'interno del Servizio stesso: il Case Manager diventa il referente del percorso di cura attivando le figure professionali, della microéquipe, a seconda delle competenze specifiche e delle necessità del paziente. Inoltre ha il compito di monitorare i progressi del paziente in relazione agli obiettivi condivisi nella stesura del PTI.

Di seguito riportiamo la nostra esperienza come operatori del CPS di Saronno nella formazione tenutasi a Milano e a Varese e la nostra esperienza nella pratica quotidiana, soffermandoci in una breve riflessione sulle difficoltà che operativamente vengono riscontrate.

## **Formazione**

Come da mandato regionale, la ASL di Varese si è attivata per garantire e trasmettere modalità operative e condivisione di metodo trasversali sul territorio. La formazione è quindi stata indirizzata a individuare linee guida comuni nella funzione del Case Manager che si traducano in operatività omogenea sul territorio. Presso l'IReF di Milano si è tenuta la formazione che ha coinvolto operatori territoriali di tutta la Lombardia. Il programma formativo si è sviluppato in due fasi: una centrale e una locale.

Nella fase centrale, i partecipanti hanno acquisito nozioni e strumenti utili per progettare e guidare gli interventi territoriali. Si è cercato di coinvolgere il più possibile i partecipanti su casi e situazioni concrete proprio per stimolare e incrementare la capacità di progettazione e di guida, utilizzando una didattica attiva. Scopo di questa fase è stato di acquisire una metodologia da trasmettere successivamente, come momento formativo, in sede lavorativa ai propri colleghi del CPS («Fase locale»).

La fase centrale si è articolata in sette incontri, con un impegno di due incontri mensili sviluppati in circa sette mesi di lavoro. Gli obiettivi prefissati dalla formazione sono stati i seguenti:

1. approfondire le capacità relazionali;
2. attivare tecniche finalizzate ad amalgamare i processi lavorativi e a implementare i modelli funzionali dell'integrazione in microéquipe;

3. favorire la conoscenza degli strumenti applicativi disponibili a supporto dell'attività professionale;
4. mettere in evidenza il ruolo del Case Manager nell'attività di intermediazione con le famiglie e la rete sociale.

La *mission* del Case Manager, in ambito psichiatrico, trae fondamento nell'esperienza maturata negli anni sul campo. Si è evoluto per migliorare e sviluppare processi clinico assistenziali, aderenti ai principi di personalizzazione delle cure per offrire una continuità assistenziale in coerenza con gli indirizzi generali del sistema socio-sanitario lombardo, con specifica attenzione alle funzioni di integrazione sia degli interventi che dell'équipe.

Con la prima implementazione della funzione del Case Manager indicata dal PRSM è stata avviata l'esperienza del case management nei Servizi territoriali. L'attivazione è avvenuta in modo disomogeneo e poco strutturato; da ciò nasce l'esigenza di un intervento formativo che si prefigge di individuare linee guida per la funzione del Case Manager e di consolidare una pratica effettiva e omogenea in tutti i CPS. La formazione è stata articolata in sette giornate, suddivise in diverse tematiche che fornissero conoscenze di base legislative e operative e strumenti applicabili nella quotidianità lavorativa. Sono stati quindi affrontati e approfonditi i seguenti argomenti.

- Presentazione del PRSM (Piano Regionale Salute Mentale) e di tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale (Regione, ASL, Az. Osp., Privati accreditati, Medici di Medicina Generale, Enti Locali, Associazioni, Volontari, ecc.).
- Utilizzo delle scale di valutazioni intese come strumento abituale per la valutazione dei bisogni e del funzionamento psicosociale del paziente.
- Utilizzo del gruppo di lavoro inteso come risorsa e come strumento per «uscire» dalla solitudine soggettiva che ci vede coinvolti sui casi problematici.
- Promuovere l'utilizzo della rete sociale per sfruttare al meglio le risorse primarie (familiari, conoscenti, amici, colleghi, ecc.) e quelle secondarie (Servizi territoriali, istituzioni, volontariato, ecc.), ma soprattutto promuovere l'integrazione tra i soggetti istituzionali e non, che contribuiscono alla tutela della salute mentale in risposta ai bisogni che man mano si presentano.
- Sviluppare gli interventi riabilitativi: sia in ambito comunitario che in sede domiciliare come quello territoriale. Le esperienze riportate evidenziano i buoni risultati ottenuti con gli interventi di tipo cognitivo (IPT), messi in atto nelle comunità terapeutiche riabilitative. Questi interventi vengono rivolti anche ai familiari, dando loro informazioni sulla malattia e su come gestire e affrontare momenti di criticità per migliorare il clima emotivo familiare.

- Trattamento del paziente con doppia diagnosi, visto l'aumento delle persone che afferiscono ai Servizi psichiatrici in seguito all'uso di stupefacenti con conseguenze più o meno gravi, come si evince da studi statistici che evidenziano, dagli anni Sessanta, un sempre maggiore incremento nell'uso di sostanze. Si rende necessaria quindi una collaborazione tra i Servizi che si occupano delle diverse problematiche (SERT, NOA, CPS).
- Psichiatria trans-culturale: l'aumento della presenza di persone di diverse etnie comporta un approccio clinico assistenziale diverso in quanto deve tenere conto di cultura, credenze e tradizioni del Paese di origine.

Le ultime giornate di formazione sono state dedicate ad applicazioni pratiche su casi clinici, confronto fra le varie realtà psichiatriche territoriali e condivisione di esperienze comuni.

In questa sede è emerso come la professionalità e la competenza siano già bagaglio acquisito e attivato nel quotidiano lavorativo e si debbano solo tradurre in una registrazione puntuale e quotidiana nella documentazione clinica-assistenziale del paziente.

Successivamente la formazione è stata attivata dall'ASL di Varese presso l'Ospedale di Circolo di Varese, sviluppandola in tre giornate di formazione. Principalmente l'obiettivo è stato di trasferire le conoscenze teoriche acquisite nella fase centrale agli operatori dei CPS con ruolo di Case Manager, per diffondere una metodologia omogenea e favorire l'utilizzo di strumenti come il PTI in modo unitario. Le tre giornate di formazione hanno focalizzato la riflessione in ambiti specifici:

- Lavoro di gruppo e metodologia di lavoro (lavoro di équipe)
- Modelli integrati di trattamento (sviluppo della rete sociale)
- Stesura PTI
- Ruolo Case Manager comunitario
- Confronto pratico su casi clinici.

## **Lavoro di Gruppo e metodologia di lavoro**

Il lavoro di gruppo è considerato un luogo di apprendimento organizzato, in quanto prende in considerazione sia gli aspetti personali dell'operatore, sia gli aspetti più organizzativi. Condividendo i propri pensieri, l'operatore non si sente solo nelle decisioni e nelle difficoltà operative. Parallelamente il gruppo, attraverso la condivisione delle osservazioni e delle riflessioni dei singoli, stimola

a un cambiamento culturale, invitando a una revisione critica dell'operato, accentuando gli aspetti innovativi e rivalutando i ruoli professionali.

L'attenzione deve essere rivolta anche alla metodologia, che comprende la delimitazione delle competenze, la linearità del processo e la continuità della cura, che devono essere pratiche, lineari, standardizzate in modo da consentire una valutazione comune.

Lavorare in gruppo fa scaturire inevitabilmente delle complessità determinate dalla differenza di competenze e di ruoli. Per favorire un funzionamento fluido gli operatori devono: saper lavorare in équipe, usare un linguaggio adeguato e accessibile a tutti, avere competenze specifiche al proprio ruolo e utilizzare il proprio sapere come «merce di scambio» per apprendere dall'altro qualcosa e cedere all'altro qualcosa. Il fine ultimo è di arrivare a possibili soluzioni condivise e unitariamente lavorare su queste condividendo lo strumento di lavoro del PTI.

### *Modelli Integrati di Trattamento*

A questo riguardo ai partecipanti alla formazione sono stati presentati gli strumenti operativi utili per definire una carta di rete realizzando una fotografia delle realtà di vita del paziente contestualizzandolo alla città in cui esso vive.

### *Stesura del PTI*

Dal PRSM il percorso di presa in carico del paziente deve risultare un insieme di diverse attività che siano coordinate tra loro in modo organizzato e valutabile. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) è una valutazione multidimensionale che considera diverse aree:

- diagnosi
- gravità clinica
- funzionamento sociale
- caratteristiche della rete familiare e psicosociale
- precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici.

Questo consente la definizione mirata degli obiettivi terapeutici.

Il PTI è il punto di partenza del progetto individuale che garantisce l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dell'intervento in un contesto di risorse limitate. Esso è il risultato di un pensiero comune, che unisce le competenze delle diverse professionalità ed è di supporto al Case Manager per gestire le criticità

che si possono incontrare con il paziente; è il documento formale presente nella cartella clinico-assistenziale.

### *Ruolo del Case Manager*

In psichiatria il Case Manager ha il compito di facilitare e coordinare l'assistenza al paziente; il suo ruolo si definisce in modo più specifico all'interno della microéquipe e si traduce nel coordinare le figure sanitarie afferenti al paziente, coinvolgendole nel progetto sia supportando il paziente stesso, con il quale instaura un rapporto di fiducia, sia attivando tutti i Servizi territoriali e sociali utili al percorso di cura del paziente. Per questo, l'operatore che assume il ruolo del Case Manager non può improvvisarsi tale, ma deve possedere requisiti personali e formativi ben definiti, per evitare errori e/o prevenirli e per raggiungere un modello sempre più integrato e uniforme all'interno dell'équipe.

### *Confronto pratico su casi clinici*

A seguito della formazione teorica, gli operatori coinvolti hanno effettuato un tirocinio pratico presso le sedi di lavoro. Il loro compito è stato di scegliere un caso clinico, applicare tutti gli strumenti operativi appresi, sviluppare una relazione clinica che comprendesse le motivazioni della presa in carico e la storia clinica del paziente, la creazione di una microéquipe con stesura della carta di rete e del PTI che definisce gli obiettivi comuni, infine una relazione che riprendesse il progetto di case management.

Successivamente, i gruppi si sono ritrovati in sede formativa e hanno confrontato i singoli elaborati, da cui è scaturito un confronto costruttivo sulle esperienze diverse e sulle metodologie utilizzate, evidenziandone i punti di forza e condividendo anche le difficoltà comuni, rielaborandole al fine di trarne comunque utile insegnamento.

## **Gli Strumenti**

### *La microéquipe*

Il Case Manager, come emerge dal significato letterale, è colui che si occupa della gestione del caso; il CPS è il Servizio che, per mandato istituzionale, nella



cura della persona presa in carico deve assicurare un intervento multidisciplinare «tramite la microéquipe».

Essa è composta da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale e educatore, i quali, a seconda delle competenze, si occuperanno di seguire un completo iter di accoglienza, diagnosi, terapia, assistenza e riabilitazione del paziente, formulando il Piano Terapeutico Individuale, che consente di avere sia una valutazione completa dei bisogni dell'utente sia, dove possibile, la condivisione con l'utente stesso degli obiettivi da perseguire. La scelta dell'operatore che svolgerà questo compito avviene nella microéquipe ed è il risultato di un lavoro di analisi della situazione in cui si tiene conto del grado di conoscenza del paziente, del tipo di relazione instaurata, dei bisogni e della possibilità di attivare tutte le risorse disponibili sia interne al servizio che a livello territoriale.

Quanto descritto precedentemente mette in luce la complessità di tale compito e l'importanza, per l'operatore che svolge il ruolo di Case Manager, di sentirsi parte di un gruppo di lavoro dove alla base esiste uno scambio chiaro e professionale di tutte le informazioni utili a monitorare e supportare il perseguimento del progetto. La microéquipe è allo stesso tempo promotore del progetto di presa in carico e strumento di lavoro. Al suo interno vengono discusse le particolari sfaccettature del caso (aspetti clinici, funzionamento psicosociale, caratteristica della rete, ecc.) e l'intervento verrà di volta in volta definito sulla base dei cambiamenti delle condizioni di partenza.

Il Case Manager avrà un compito di primaria importanza nel permettere alla microéquipe e al singolo operatore impegnato in un particolare compito di svolgere a pieno il proprio ruolo, coordinando e monitorando l'attività svolta, ma anche negoziando fra il bisogno espresso dal paziente, gli obiettivi del PTI e le risorse a disposizione (personali del Servizio e territoriali). Uno degli elementi significativi del PTI è legato alla presa di coscienza della necessità che il paziente svolga, dove possibile, un ruolo attivo e di condivisione del progetto.

All'interno della microéquipe, il Case Manager in qualità di referente principale si occupa di svolgere un lavoro di mediazione fra l'utente e il Servizio, fra l'utente e le agenzie territoriali e fra il Servizio e il territorio. Spesso, infatti, le aspettative dei singoli attori del progetto non coincidono e non sempre sono chiare le competenze; ciò rende difficile la comunicazione e rischia di agire negativamente sulla possibilità di raggiungere un risultato positivo per il paziente che è, di fatto, l'elemento più fragile e che rischia un deterioramento delle proprie condizioni vita. Per approfondire la conoscenza del caso e valutare i bisogni dei pazienti la nostra équipe ha a disposizione diversi strumenti.

### *La Carta di Rete*

L'esplorazione delle reti, argomento trattato durante il corso, si può compiere attraverso vari incontri con utenti e/o familiari. La Carta di Rete mette in evidenza anche graficamente la maggior parte dei legami dell'utente, costituiti dalla rete primaria, in particolare la rete familiare, parte centrale dell'esplorazione, e la presenza di rapporti con vicinato e amici, e dalle reti secondarie, che sono costituite da reti di servizi, di mercato e da associazioni o volontariato. Questo strumento, ben strutturato, mette a conoscenza di tutta l'équipe del tipo di rapporto che intercorre fra l'utente e la sua rete familiare e sociale e in quali ambiti intervenire per mantenere la rete e sostenerla.

### *La Scheda Vado*

La Scheda Vado è il frutto di un intenso lavoro condotto da professionisti in psichiatria e può essere utilizzata per tutti i tipi di intervento riabilitativo. Permette di condurre un'agevole valutazione delle disabilità sociali attraverso un'intervista semi-strutturata, condotta dall'operatore-chiave; oltre che con il paziente, dove necessario, anche con i familiari. Segnala in quali aree è utile intervenire operativamente con la partecipazione del paziente, in base ai suoi obiettivi di vita, e impone alle persone coinvolte nel progetto di tener presente che lo scopo ultimo della riabilitazione è l'applicazione delle abilità apprese nell'ambiente di vita definitivo del paziente e non nell'ambiente protetto di una struttura riabilitativa.

### *L'Asse V di Kennedy (Asse K)*

L'asse K è un strumento psichiatrico che misura sette aree funzionali che colgono l'impressione clinica della microéquipe sul livello funzionale globale dell'utente. Le sette aree valutate sono:

1. compromissione delle funzioni psicologiche
2. abilità sociali
3. comportamenti violenti
4. attività della vita quotidiana – abilità occupazionali
5. abuso di sostanze
6. compromissione delle condizioni fisiche
7. compromissione delle altre aree (familiari, legali, ecc.).

Il punteggio definisce il livello di funzionamento al momento stesso della valutazione, fornendo indicazioni di trattamento o di cura.

## *La visita domiciliare*

La visita domiciliare viene intesa come intervento finalizzato a conoscere in modo più approfondito le condizioni di vita nella quotidianità dell'utente e permette di entrare in contatto diretto sia con i familiari che con le persone che si occupano di lui, cercando di instaurare un rapporto di fiducia. È uno strumento di lavoro che serve a reperire elementi di realtà e valutare in modo diretto i problemi che si presentano.

La decisione di effettuare le visite domiciliari viene presa all'interno della microéquipe; i programmi domiciliari sono caratterizzati da continuità, in modo da costituire un ponte sicuro fra il Servizio e l'utente, al fine di ridurre al minimo i *drop-out* e prevenire le recidive. Esse vengono effettuate dagli operatori dell'équipe e in base alle necessità possono coinvolgere una o più figure professionali, in modo da avere una visione ad ampio raggio delle problematiche dell'utente e del contesto familiare.

Le visite domiciliari hanno diversi scopi: il proseguimento terapeutico; la somministrazione della terapia e la valutazione della sua efficacia; il controllo degli effetti collaterali; l'osservazione dello stato di igiene ambientale e della cura del sé; il sostegno a domicilio delle abilità quotidiane; il monitoraggio dell'andamento del progetto riabilitativo, ecc. L'osservazione effettuata dagli operatori viene riportata alla microéquipe, permettendo così di studiare nuove strategie per cercare di migliorare il benessere bio-psico-sociale dell'utente.

## **Conclusioni**

Questa esperienza formativa è stata per tutti gli operatori positiva e coinvolgente. Ha permesso di riscontrare che molto di quanto appreso già era applicato nella realtà lavorativa, rendendoci consapevoli dell'impegno messo in campo da tempo dai singoli operatori anche se in modo disomogeneo e poco strutturato. La formazione ci ha consentito di avere una chiara visione dell'effettivo ruolo del Case Manager, che deve essere necessariamente supportato dalla formazione e da competenze specifiche. Tale ruolo può essere ricoperto da tutte le figure professionali e deve condividere il pensiero del Servizio, che vede la centralità del paziente nel progetto. Il Case Manager non può essere, quindi, pensato in modo riduttivo come solamente colui che svolge compiti di segretariato o burocratico-amministrativi. Nel percorso formativo, durante il confronto con gli altri Servizi, sono emersi punti di forza e criticità.

Nei punti di forza si è vista la centralità dell'utente, protagonista del proprio percorso di cura, che condivide il progetto e gli obiettivi con gli operatori. Per fare questo il Servizio dovrà rivedere alcune prassi organizzative e potenziare il lavoro di microéquipe, al fine di sostenere l'operatore nella realizzazione del progetto e nel superare le criticità che si presentano, evitando l'isolamento del singolo. L'implementazione del lavoro di équipe consente di instaurare nuove modalità di relazione all'interno del gruppo.

Fra le criticità è emersa la difficoltà di coinvolgimento del paziente, non sempre disposto a collaborare, in quanto gli obiettivi identificati, nella stesura del PTI da parte degli operatori, non coincidono con le aspettative personali e risulta faticoso il lavoro di mediazione e il percorso di consapevolezza della malattia e accettazione della cura stessa.

All'interno dell'équipe il confronto esplicito in alcuni casi può diventare conflittuale, quando si impone un'unica visione a scapito della visione complessiva, che è il risultato dell'integrazione delle varie professionalità e del riconoscimento di ambiti di intervento specifici di uguale peso e valore tra competenze diverse. Il motivo di maggior demotivazione per gli operatori è risultato essere quello dello scarso riconoscimento o della svalutazione del lavoro fatto, rispetto alla progettualità di intervento sul paziente o alla non condivisione del progetto e del «pensiero» comune, che porta al disinvestimento e alla perdita di interesse nel proseguire il lavoro con l'équipe; in questi casi l'équipe diventa un «peso» e non un supporto/sostegno alla presa in carico.

Sicuramente questo confronto con le altre realtà ci ha permesso di riscontrare che le difficoltà sono comuni e che la motivazione che ci accompagna nella pratica quotidiana è sicuramente un punto di forza. Pertanto siamo convinti che questa nostra formazione sia non solo l'inizio del cambiamento nel modo di lavorare, ma anche nel modo di pensarci in relazione al paziente, che sia utile trasmettere le conoscenze apprese anche ai nostri colleghi delle diverse professionalità, per iniziare a implementare un modello univoco di lavoro e di consentire, anche a chi non ha partecipato alla formazione, di utilizzare al meglio gli strumenti operativi a disposizione e di condividere il processo terapeutico-assistenziale-sociale-riabilitativo.

*Patrizia Banfi*, Infermiera psichiatrica  
*Orietta Cristoforetti*, Infermiera  
*Filomena Di Cosmo*, Infermiera  
*Barbara Monti*, Educatore professionale  
*Donatella Pagani*, Coordinatore Inf.



## Capitolo 3

# La band musicale La Nuova Risonanza: esperienze di riabilitazione psicosociale

*La nostra musica  
vuole ricomporre il suono di parole antiche,  
sprofondate nel silenzioso oscuro  
della sofferenza.*

### Un progetto di musicoterapia

#### *Lo storico*

La goccia all'origine di tutto questo è stato il felice incontro fra Massimo e Christian, un anno fa. Il primo da 13 anni educatore-musicoterapista della UOP; il secondo giunto lo scorso anno come psicologo specializzando-musicista; ambedue accomunati dallo stesso interesse per il musicale e dalla voglia di sperimentare ed elaborare nuove vie di cura con questo strumento. La medesima intuizione, venuta con tempi e sfumature e da strade diverse, li trova ora «legati» da questo progetto elaborato assieme, nato e iniziato, prima nel cuore e solo dopo nella testa, come spesso capita per le grandi passioni che hanno a che fare con l'Arte.

Iniziato nel marzo 2011, dal musicoterapista, nel lavoro settimanale con un paziente, con l'obiettivo di dar suono e voce ai contenuti di alcuni testi-canzoni scritti dall'utente, dopo oltre due mesi, in seguito al buon coinvolgimento e interesse mostrato, il progetto è stato gradualmente ampliato ad altri due pazienti.

## *L'idea di fondo*

L'esperienza estetica e/o artistica, nota a chi ha particolare sensibilità o attitudine, è quella in cui si radica l'origine della nostra identità personale e sociale. Secondo la concezione musicoterapica, il bagno uterino sonoro-musicale originario lascia un *imprinting* unico in ciascuna persona, un *iso* primitivo, un segno identificativo e indelebile, al pari delle impronte digitali. Alcuni continuano a coltivarlo, altri l'accantonano, altri «vorrebbero», se non fosse che un qualche accadimento della vita ne blocca l'evoluzione e lo relega nelle profondità dell'anima. È così che si limita il proprio nucleo creativo, linfa vitale dell'identità, con il rischio di minare l'autostima e la comunicazione con l'esterno. Il limite e la sofferenza interiore che ne deriva sono grandi, poiché la creatività non è spenta, non è morta, ma solo coartata e sepolta dal tempo e dal peso che la solitudine del disagio comporta. L'esperienza musicale quindi non è semplicemente un fatto ludico o ricreativo, bensì ha a che fare con la forma della propria esistenza, con la rappresentazione psicologica che l'individuo ha di sé.

Con il nostro progetto vorremmo creare uno spazio in cui questo nucleo creativo possa ri-editarsi, cioè trovare modo di rielaborare il proprio materiale interno, ridandogli voce, suono e forma, creando «nuove risonanze», appunto, per poterlo ri-conoscere e riappropriarsene, per poi comunicarlo. In questo percorso si sollecita il desiderio alla bellezza e al benessere, tipico dell'esperienza artistico-estetica.

La band si rivolge a pazienti che abbiano spiccata tendenza all'espressione artistica e musicale, accanto a una franca motivazione al progetto; nel percorso l'utente esprime la propria identità storica, affettiva e artistico-musicale, attraverso l'esperienza individuale artistica (musica, canto, ritmi, danza, poesia).

## *Obiettivi*

Si punta a favorire l'inclusione sociale, in linea con i principi dell'empowerment e della recovery dell'utente (obiettivi guida della riabilitazione psicosociale, ormai recepite appieno anche dall'OMS), attraverso la creazione di un «vero» gruppo musicale, composto da persone con disagio psichico, che abbiano già un'attitudine artistico-musicale o delle competenze musicali (cantare, suonare, scrivere testi). Vogliamo realizzare questo programma puntando a grossi obiettivi.

1. La produzione di un disco di canzoni inedite e la sua vendita sul mercato musicale. Il materiale (musiche e testi) sarà esclusivamente quello che i pa-

zienti producono da sé e per sé e vorranno offrire liberamente. Tecnicamente avremo il supporto di alcuni amici professionisti nel campo dell'editing e del mastering musicale e artistico (tecnici e musicisti), al fine di elaborare un prodotto di qualità professionale, capace di competere sul mercato. Il confezionamento del format finale del CD prevede anche la collaborazione di altri pazienti per l'impostazione della presentazione grafica e del libretto con i suoi contenuti (testi, foto, immagini, testi, copertina, ecc.). Al termine l'intero prodotto (composizione, trascrizione, partitura, metrica dei testi, ritmica, melodia, armonizzazione, arrangiamenti, ecc.) sarà regolarmente depositato per la tutela del diritto d'autore.

2. La realizzazione di una possibile forma alternativa di inserimento lavorativo, con un riconoscimento economico della vendita del CD.
3. L'organizzazione di spettacoli o esibizioni pubbliche. All'inizio prevediamo piccole partecipazioni a eventi pubblici e privati (convegni, manifestazioni, collaborazioni su invito, ecc.), ma progettiamo anche la realizzazione di un intero spettacolo auto-prodotto, magari anche arricchiti da altre forme di espressione e spettacolo, in uno stile di ricerca e sperimentazione.

### *Metodo*

La parola chiave è «noi»; si fa tutto assieme: si decide, si sceglie, si modifica, si confronta, si progetta, si costruisce, si prova, si crea... Ogni scelta passa solo se è condivisa e maturata fra tutti, altrimenti si aspetta. La velocità è quella del gruppo, né del più lento né del primo: ci si sintonizza a un ritmo d'insieme, di tutti e di nessuno; non sempre è uguale e cambia da incontro a incontro. Non abbiamo fretta, né affanni, ci muoviamo «a piccoli passi», al nostro passo. È una ginnastica alla tolleranza e ai tempi dell'altro.

Pensiamo di coinvolgere anche altre persone, del campo musicale e non, che giochino le loro varie competenze, offrendo il loro contributo per il confezionamento intero del prodotto finale (spettacolo, scenografie, album, copertina e testi del CD-book, foto, video, sito internet, ecc.), così come si aggiungeranno anche altri collaboratori, musicisti o tecnici, che potranno offrire le loro capacità, il loro tempo e il loro desiderio di partecipare, magari anche a una sola parte di un solo brano, ma regalando quel «tocco» unico che fa la differenza.

Le prove effettuate fino a ora sono molto intense e impegnative: una/due volte alla settimana, dalle 16 alle 19, tre ore filate durante le quali nessuno esce a fumare e nemmeno va in bagno (!).



## *Lo stato dell'arte*

Concretamente questa nostra avventura è iniziata nel settembre 2011. Il gruppo, a tutt'oggi, è formato da quattro pazienti e due operatori. Collaborano con noi due musicisti e un produttore-arrangiatore. Altri tre musicisti ci hanno supportato nelle uscite pubbliche. Da settembre abbiamo prodotto otto canzoni con relative basi masterizzate e tre brani recitati. Abbiamo eseguito tre rappresentazioni, una partecipazione congressuale e abbiamo fatto uno spettacolo pubblico (con grande successo). In cantiere ci sono tre brani in elaborazione e altri cinque testi in lista d'attesa, scritti da tre pazienti.

## *Da ultimo*

Ci stiamo accorgendo (Massimo e Christian) che siamo proprio fortunati: questa speciale esperienza fa bene anche alla nostra anima, ci divertiamo, agiamo la nostra creatività, viviamo la nostra passione, siamo noi stessi, liberi di incontrare e di creare, viviamo emozioni uniche che hanno a che fare con il nostro mondo interno, e questo gruppo se ne prende cura!

*Massimo Airoidi*

Educatore professionale, Musicoterapista

## **Re-Sonare. L'esperienza della band musicale La Nuova Risonanza**

L'abbiamo chiamata *La Nuova Risonanza*. Proprio così. *Nuova* perché è un'avventura nuova, un'esperienza nuova, un incontro con persone uniche e nuove. *Nuova* perché sembra essere tutto fuorché un piano ben stabilito, con certezze, punti fermi, metodologie ben strutturate. *Risonanza* perché, come suggerisce la stessa etimologia latina della parola *re-sonàre*, ha come motivazione portante la possibilità di rimettere in vita — e in musica — qualcosa di esclusivamente intimo e personale, che fa parte della nostra sostanza più antica e sconosciuta, quel qualcosa che spesso viene accantonato, dimenticato, abbandonato in un cassetto o, ancor peggio, mai scoperto.

Ricordo ancora oggi con grande emozione la prima volta che, quasi casualmente, ebbi modo di leggere alcuni scritti poetici di pazienti, pubblicati su una piccola bacheca anonima. Rimasi profondamente colpito ed emozionato. Le immagini che quei testi evocavano erano di una profondità quasi sconcer-

tante. Con parole a volte semplicissime, che qualche cultore di lirica potrebbe persino etichettare come banali, quei testi riuscivano a dar vita a spaccati di vita quotidiana con un'immediatezza e una profondità raramente riscontrabili. E proprio di quotidianità si parlava, della quotidianità di tutti noi, me per primo. Non di psichiatria, di diagnosi, di farmaci, ma di emozioni, ricordi ed esperienze talmente umane e universali da potersi immediatamente identificare e riconoscere.

Io, musicista per passione e molto poco per professione, ho sempre fatto piuttosto fatica nello scrivere testi. Molte volte ci ho tentato, qualche volta ci sono riuscito, pochissime volte con un risultato personalmente soddisfacente. Da questa osservazione nacque una semplice, quasi scontata probabilmente, domanda: perché non provare a mettere insieme le capacità con lo scopo di scrivere canzoni inedite? Perché non tentare di valorizzare tali capacità, di ognuno a suo modo e in modalità diverse, al fine di produrre un qualcosa di nostro, unico, nuovo?

E proprio di capacità stiamo parlando, anche se questa parola mi piace poco. Molto spesso in psichiatria è sostituita con altre parole come risorse, competenze, *skills*. Ma siccome parliamo di musica, quindi di arte, mi piace molto pensare di poter cambiare la parola capacità con la parola *talento*. E La Nuova Risonanza vuole essere proprio il luogo di incontro dei nostri talenti più veri, quelli rimasti nascosti, o dimenticati, o lasciati da parte, talvolta proprio a causa dell'incontro con la malattia psichica. E non siamo a caccia di visibilità e fama, ma semplicemente siamo in cammino, a *piccoli passi*, prima di tutto come persone che provano emozioni, rivivono esperienze e ricordi, condividono la loro interiorità in un'esperienza di gruppo. La visibilità, la fama, il successo li lasciamo a coloro che utilizzano il talento — se di talento possiamo parlare — per costruire macchine da soldi come i *talent show*. Il talento, così come lo intendiamo noi, è sicuramente ben altra cosa.

Le nostre canzoni parlano di noi, della nostra vita, della nostra esperienza. Ognuna a suo modo, colorata diversamente, descrive spaccati di vita comune, toccando i più importanti e universali temi quali l'amore, la morte, la speranza, l'abbandono, la gioia, la spontaneità. Il nostro più profondo intento è quello di provare a lasciare una traccia del nostro cammino, in attesa che le nostre storie possano diventare almeno in parte le storie di coloro che le ascoltano. Come una *Nuova Risonanza*, appunto.

*dott. Christian Orlandelli*  
Psicologo, Musicista

## I componenti della band

Ho iniziato la mia esperienza nella band La Nuova Risonanza nel settembre 2011. È la prima volta che partecipo a un gruppo musicale di questo tipo, dove i pezzi del repertorio sono creati dagli stessi membri della band. Nel passato ho cantato spesso con un tastierista, ma lì eseguivo solo cover di canzoni famose. Invece con la band mi ritrovo a imparare sempre nuove melodie e testi, con un grande impegno da parte mia e degli altri membri. Tutto ciò è molto stimolante ed emozionante per me, ma richiede molto lavoro da tutti i punti di vista (tempo, creatività, responsabilità, ecc.).

Ci siamo esibiti in varie occasioni: il «live» è molto emozionante per il rapporto diretto che si crea con il pubblico... abbiamo ricevuto tante manifestazioni di apprezzamento e affetto. Concludendo per me è un'esperienza importante, perché ho potuto ricominciare a esprimere il mio talento musicale, da tempo dimenticato anche a causa della mia malattia. E questo mi dà un po' più di speranza per la mia vita futura!

*Liliana Petronella*

Ogni lunedì prendo il treno da Milano e raggiungo Saronno. Mi aspetta un pomeriggio di prove con La Nuova Risonanza: è un impegno, ma è anche un momento di condivisione e di confronto. Ogni talento nella band trova un posto e viene valorizzato. Io scrivo poesie da tempo e vederle pubblicate è stata già una grande soddisfazione. Con La Nuova Risonanza i miei scritti hanno assunto una nuova veste: presentati così hanno qualcosa in più! Adesso grazie al nostro lavoro so quanto è bello fare musica so che grande e appassionante lavoro si nasconde dietro una canzone. Esprimo un grazie a Massimo e Christian, gli ideatori di questo bellissimo progetto.

*Valentina Danielis*

Ho voluto partecipare a questo progetto mossa sicuramente da quella che per me è stata una fondamentale esperienza fatta prima come tirocinante e poi come volontaria presso il CPS al gruppo di musicoterapia attiva condotto da Massimo Airoidi.

Allora come adesso, nel gruppo La Nuova Risonanza, quello che mi colpisce e risuona dentro di me è la parola «cura»: prima di tutto la cura e la dedizione che chi ha attivato questi progetti ha usato e continua a usare nel tenere alti i propri ideali, per non smettere di sognare di poter raggiungere gli obiettivi del

cambiamento e della trasformazione, come scelta nel qui e ora. Ed è proprio questo ciò che mi ha spinto a decidere di dedicare queste ore insieme a Massimo, Christian e i componenti di questa nuova avventura.

Chi partecipa si prende «il tempo» per prendersi cura, appunto, della propria creatività, esprimendo liberamente un'idea, portando un proprio scritto, un testo, mettendo un suono o un silenzio, dove lo scambio delle proprie risorse diventa un terreno stimolante per continuare a fare musica: per conoscersi, per condividere, per mettersi in «gioco» in modo costruttivo, creativo, rispettoso e professionale. Ritrovo impegno e ideale che ho sempre inseguito nella mia vita: poter fare delle proprie passioni e capacità naturali una risorsa di crescita personale, collettiva, esplorativa e anche una professione. «Quanto ci nutrono effettivamente le attività nelle quali investiamo solitamente il nostro tempo?»

*Alessia Pasini*  
Volontaria band

Mi chiamo Roberto e sono un musicista. Suono la chitarra e canto in svariate situazioni in base ai progetti che mi vengono offerti. I generi musicali che prediligo sono il blues e il jazz. Attualmente, sto partecipando a un progetto con il gruppo La Nuova Risonanza.

Si tratta, secondo me, di una band molto diversa dalle altre, perché quando ci incontriamo per suonare provo una sensazione nuova: riesco a percepire il calore e le emozioni che ognuno di noi sprigiona utilizzando l'unico mezzo a disposizione, la musica: straordinario!

I testi delle canzoni, rigorosamente in lingua italiana, riguardano svariati temi e vengono scritti e analizzati da tutti i componenti del gruppo per poi comporre e arrangiare la parte strumentale. C'è molta collaborazione e i risultati sono soddisfacenti; siamo pronti per esibizioni dal vivo che ci porteranno ad affrontare il passo successivo, cioè quello di incidere il nostro duro lavoro su CD.

*Roberto Albergucci*  
Volontario band



## Capitolo 4

# Il Facilitatore Sociale visto dagli operatori dei Servizi

### Facilitatori in CPS e CD

Quando l'educatrice Maria Grazia, che lavora presso il nostro Centro Diurno, mi ha parlato del progetto, sono rimasta un po' perplessa circa la concreta possibilità di inserimento dei Facilitatori nel nostro Servizio. Via via che gli incontri e le comunicazioni in merito procedevano, si andavano delineando diverse possibilità.

La prima considerata si riferiva all'«utilizzo» dei Facilitatori al front-office durante la fascia oraria della nostra riunione settimanale di équipe del lunedì mattina, dalle ore 11,30 alle ore 13,30 circa. La presenza in tale momento sarebbe stata importante e significativa per noi, in quanto avrebbe consentito anche all'operatore, abitualmente impegnato al front-office, di partecipare fattivamente e senza interruzioni alla riunione.

Inizialmente, la Facilitatrice individuata per tale attività era timorosa di sbagliare, di non essere in grado di dare risposte esatte e di interagire adeguatamente nei confronti dell'utenza. Viceversa, dopo un periodo di affiancamento con il personale infermieristico che l'ha indirizzata sui tempi e le modalità di intervento, rassicurandola comunque sulla condivisione di presenza, laddove necessaria, la Facilitatrice, la Signora E.P., è stata in grado di svolgere in maniera discreta ed efficiente il compito assegnatole. La sua assenza, in talune circostanze, ha infatti reso evidente l'importanza del suo contributo per l'intero Servizio, e il costante rimando in tal senso da parte della sottoscritta è risultato molto gratificante per la Signora.

L'altra modalità posta in essere presso il nostro Servizio è stata l'inserimento di altri Facilitatori direttamente al domicilio di alcuni pazienti, con l'intento di affiancarli in taluni ambiti, piuttosto carenti della vita quotidiana, supportandoli inoltre nell'aspetto relazionale e nella creazione di una rete «sociale e affettiva» più presente e significativa.

I risultati più che positivi di tale sperimentazione non possono che fare da stimolo nel proseguimento di questa esperienza da orientarsi, a mio avviso, in modo particolare all'affiancamento agli utenti, per favorirne la riabilitazione e il reinserimento sociale a volte piuttosto arduo e problematico, ma che viene favorito dalla vicinanza con persone che, avendo vissuto la medesima esperienza di disagio psichico, sono riuscite a conviverci, superarlo e dividerlo.

*Nadia Benvenuti*  
Coordinatore Infermieristico  
CPS e Centro Diurno, Legnano

### **Spiritualità. Sessione di lavoro sulla spiritualità in CPS-CD**

Con questo lavoro abbiamo cercato di fornire informazioni su cosa sia la spiritualità, allo scopo di avvicinare le persone alla voce del proprio cuore; il percorso ha permesso di canalizzare l'energia sulla parte sana di ognuno, attraverso il dialogo aperto e l'ascolto di una musica attivante.

La spiritualità è un bisogno profondo dell'essere umano come quello di mangiare, di dormire, di avere relazioni, ecc. Nella nostra società è un'area molto repressa, più repressa di quella sessuale. Abbiamo un bisogno intimo di comunione, di sentirci insieme, di sentire e vivere la bellezza in ogni sua forma. Esiste un nucleo, un'essenza libera dentro di noi, libera dalle paure, dalle limitazioni culturali, dalla negatività, una parte luminosa, quella che chiamiamo «anima».

Siamo fatti di ombra e luce: quando siamo in contatto con la parte di luce, stiamo bene, siamo fiduciosi, positivi, sentiamo che le cose vanno bene e sentiamo di avere la forza per affrontare le situazioni meno piacevoli; quando ci allontaniamo dalla luce entriamo nella parte d'ombra e non ricordiamo più chi siamo. La spiritualità è quello stato di grazia e di pace a cui tutti aspirano. È l'amore per se stessi, è la capacità di nutrire sentimenti di amore verso di sé, verso gli altri e verso tutto ciò che ci circonda. Essere in contatto con la propria parte spirituale significa abbandonare ogni forma di negatività e orientare la propria vita a creare «serenità», «armonia».

La spiritualità è la capacità di riscattare il «sacro» nella nostra vita, è riscoprire il miracolo della vita in ogni cosa. Si può dire che il desiderio di spirito sia presente nella nostra anima, dove possiamo capire il mistero che c'è nella nostra vita e avere le risposte alla nostra esistenza. Le risposte le cerchiamo nella razionalità, nella scienza, ma solo integrando tutto questo con la voce del cuore possiamo vivere l'interezza dell'universo.

*Maria Cardetta,*  
Infermiera CPS, Legnano

## **Concetti chiave**

Ormai c'è concordanza nel ritenere che gli obiettivi della *Riabilitazione Psichiatrica* siano il recupero da parte del paziente delle capacità e autonomia che possedeva prima dell'esordio della patologia e il superamento dello stigma sociale. Per arrivare a ciò noi utilizziamo un insieme di procedimenti, tecniche, strategie, volte da una parte a evitare la cronicizzazione, dall'altra a sviluppare abilità necessarie per supportare e rinforzare un livello di funzionamento efficace.

La riabilitazione psichiatrica si basa sul coinvolgimento attivo di tutti i partecipanti a tale esperienza: pazienti, familiari e operatori.

Ho conosciuto V. nel 2009, all'inizio della mia esperienza lavorativa come psichiatra al CPS di Busto Arsizio. V. mi ha da subito detto, timidamente, di essere una Facilitatrice Sociale, e che svolgeva la sua attività presso il Centro Diurno.

A dire il vero, provenendo da una esperienza lavorativa completamente diversa, di reparto e ambulatoriale, svolta solo in un ambiente universitario, l'avvicinarmi all'argomento e al lavoro con una paziente coinvolta a doppio giro nelle attività riabilitative mi ha posto di fronte a una realtà che di primo acchito ho percepito come variegata e confusa. È stato importante per me operatore dover sviscerare tale confusione. Mi ha aiutato il lavoro con V. E mi ha aiutato in questo la considerazione, anche teoricamente sostenuta da vari studiosi, sulla necessità di individuare una serie di concetti chiave, reperibili anche nel percorso terapeutico dell'utente.

*Empatia.* Scrive Borgna nel 1991<sup>1</sup> che «alla tecnica [...] si accompagna la fondazione di una intersoggettività radicale e di un *climax* psicologico e umano

---

<sup>1</sup> Borgna E., *Dal modello assistenziale al modello terapeutico in psichiatria*, Pisa, Pacini, 1991.



che consentano ai pazienti di avvertire (e di sentire) intorno a sé non fredde applicazioni tecnologiche e strumentali, ma presenze umane capaci di ascoltare e di fare insieme».

*Insight.* Jaspers, nel suo *Allgemeine Psychopathologie* del 1913,<sup>2</sup> dedica un intero capitolo a «l'atteggiamento del malato verso la malattia»: il grado a cui il paziente può giungere nell'esaminarsi, nel valutare i diversi livelli delle proprie motivazioni, nell'accettare possibili punti di vista nuovi che sconvolgono la usuale stratificazione dei convincimenti su di sé è un dato di grande importanza da rilevare.

*Speranza.* Anthony nel 1990<sup>3</sup> sottolineava quanto la speranza sia un «ingrediente importante della riabilitazione in psichiatria», definendola come la «disciplina dell'orientarsi verso il futuro». La speranza come disciplina, come difficile esercizio a cui deve esercitarsi un gruppo terapeutico-riabilitativo, è un sentimento che, se da una parte è essenziale per poter formulare progetti, dall'altra va coltivato e contenuto per sfuggire al baratro dell'aprogettualità.

Tali parole-concetti chiave mi paiono elementi essenziali del lavoro sulla paziente e con la Facilitatrice. Gli aspetti critici non sono mancati: la difficoltà di muoversi nel setting curativo come operatrice e come paziente, di distinguere i due ruoli, con un atteggiamento che l'ha portata a bloccarsi, a tratti quasi a paralizzarsi, durante lo svolgimento della sua attività al Centro, ma anche con me in ambulatorio. Sono emerse intense reazioni emotive e di rabbia a causa della fatica nel districarsi su un piano di realtà che diveniva sempre più «normale». Durante il suo percorso di Facilitatrice, V. è riuscita a superare una sorta di *numbing* (stato di insensibilità o, meglio, ottundimento emozionale e affettivo), dal quale sono risaltate intense reazioni emotive, sia nei confronti del suo lavoro di assistenza ad alcuni pazienti del Centro Diurno, sia di se stessa nel setting ambulatoriale. V. sta provando a riattualizzare vecchie «sensibilità e affetti» e a riscoprirne di nuovi, a modulare le reazioni di fronte alle sollecitazioni ambientali, alle «banali» difficoltà della vita quotidiana, agli abituali conflitti inerenti all'interazione familiare e sociale, fonte di disagio, ma non più caratterizzati da un'esistenza coartata sul piano affettivo e dall'impossibilità di stabilire una reale empatia con gli altri.

*Dr. Lorenzo Padula*  
CPS Busto Arsizio

---

<sup>2</sup> Jaspers K., *Psicopatologia generale*, Roma, Il pensiero scientifico, 1964.

<sup>3</sup> Anthony W.A., Choen M. e Farkas M., *Psychiatric rehabilitation*, Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990.

## Chiacchierata tra me e... me!

Pregiudizioooo! È qualcosa di veramente istintivo (e pericoloso); la prima cosa che ho pensato quando ho sentito parlare di Facilitatori Sociali è stata: «Facilitatore cosa? L'ennesimo tentativo di far finta che tutti sanno fare tutto; ora anche i pazienti vogliono fare gli operatori!».

Oggi, a qualche anno di distanza e dopo aver lavorato con loro penso: «...e se chiedessi la collaborazione di un Facilitatore? Forse lui riuscirebbe dove io non posso arrivare».

Ebbene sì, mi rendo conto di aver detto cose ovvie e forse retoriche ma, grazie a questo articolo, ho potuto dirle e ne sono contenta. Credo che la «competenza» dei Facilitatori risiede proprio nel fatto di poter fare quello che gli operatori non riescono a fare. Il loro intervento si inserisce, come «collante» in quelle «fessure» della vita delle persone per evitare che queste divengano «fratture» insanabili. Possono agire con aiuti concreti o relazionali lasciando le persone che incontrano «fortunatamente meno sole».

Sono contenta di aver conosciuto persone pazienti, attente, originali sensibili... professionali (che strano... non volevo dirlo!).

Beh, ci sono state e ci sono ancora delle difficoltà, non tutti sono adatti a svolgere questo tipo di lavoro, ma chi di noi non ha incontrato un geometra, un meccanico, un educatore o un medico incompetente? Per fortuna non è la regola ma l'eccezione! E le difficoltà insieme si possono superare.

*Scritto anonimo di Operatrice*



# SECONDA PARTE

## La comunità terapeutica

Quando avrà fine...

*Quando avrà fine  
questo frenetico fuggire  
dei giorni,  
e le stelle  
avranno infiniti ammiratori,  
un lieve vento notturno verrà  
e sarà,  
un caldo sospiro d'amore  
in una virgola d'eternità.*

Simone Turetta

*Come nel precedente capitolo, ci sembra giusto offrire uno sguardo anche sul cambiamento che le comunità per il disagio psichico stanno facendo per mantenersi adeguate sia alla richiesta crescente di riabilitazioni per utenti con disturbo di personalità, sia per aggiornarsi alle nuove ricerche della riabilitazione psichiatrica e della riabilitazione psicosociale.*



## Capitolo 5

# La comunità accoglie nuovi disagi

### **Criteri di inclusione e di esclusione in un programma di riabilitazione in comunità**

#### *La Struttura*

Il CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza) di Saronno nasce nel 1993, come centro residenziale con 20 posti e offre la possibilità di frequenza per semiresidenti (attualmente circa 30), sopperendo alla mancanza di un Centro Diurno nella UOP. Come previsto dalle normative regionali, il CRA è un presidio deputato a realizzare programmi terapeutico-riabilitativi a termine, che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura di tipo abitativo assistita 24 ore su 24.

L'accesso è indiretto: richiede la presentazione dei curanti del CPS che definiscono obiettivi e tempi dell'inserimento, concordati previamente con l'utente (Piano di Trattamento Individuale), per programmi fino ai 18 mesi più eventuali sei mesi di proroga. I pazienti che vengono accolti sono adulti tra i 18 e i 50 anni, con gravi patologie psichiche in Asse I (DSM-IV-TR) (schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbi dell'umore; doppie diagnosi) e in Asse II (differenti disturbi di personalità); i pazienti non vengono accolti in fase di crisi e devono condividere e poter sostenere i programmi riabilitativi. Il CRA è una struttura aperta: gli ospiti hanno ampi margini di autonomia, sono liberi di entrare e uscire dalla struttura quando non sono impegnati in attività.

L'organico della Comunità è costituito da due medici psichiatri, una psicologa, tre educatori, una coordinatrice infermieristica, nove infermieri professionali, cinque operatori socio-sanitari (OSS). È presente un gruppo di volontari, legato all'Associazione AsVAP4 (Associazione di familiari e volontari per l'aiuto alle persone con disturbi psichici) che collabora con gli operatori del Centro fin dalla sua fondazione. L'attività dei volontari si concretizza con l'animazione di un pomeriggio alla settimana in Comunità, la partecipazione ad alcune attività gruppali con funzione di osservatore-partecipante e l'offerta dell'opportunità di un laboratorio di *bricolage* e *decoupage* presso la sede dell'AsVAP4 (Progetto «Grazie dei fiori»).

Dal 2001 è stata fondata l'Associazione «Il Clan/Destino Onlus», Associazione di auto-mutuo aiuto costituita da utenti/ex-utenti, operatori e volontari, che ha come presidente un utente; obiettivo dell'Associazione è promuovere una cultura dell'auto-mutuo aiuto (empowerment, recovery) e coinvolgere il più possibile anche utenti della Comunità.

### *Il programma di riabilitazione*

Il lavoro clinico è individualizzato e tiene conto della storia e del contesto di vita dell'ospite: spesso una normale vita in famiglia è compromessa e vi è bisogno di un altro luogo, protetto, dove stare. Anche le famiglie possono perdere la capacità di convivere con la malattia; per questo viene loro chiesto di essere presenti e di condividere il programma di cura (partecipando al gruppo di auto-mutuo aiuto per familiari e a colloqui specifici con i terapeuti del paziente).

Il paziente, presentato dai curanti del CPS, viene invitato a visitare la struttura e, nei casi più difficili, a frequentare la Comunità come semiresidente per familiarizzare con il Centro e con gli altri ospiti. Dopo l'inserimento come residente, il primo mese è dedicato all'osservazione e alla fattibilità della residenzialità, ed è seguito dalla formulazione del programma terapeutico-riabilitativo (PTR) e dalla valutazione con la scala VADO (Valutazione Abilità Definizione Obiettivi; Morosini, Magliano e Brambilla, 2000) e con l'Asse K, questionario autosomministrato dall'operatore (*Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione*, James Kennedy, 2007). La scala VADO prevede un'intervista semistrutturata all'utente, la determinazione di un punteggio quantitativo di Funzionamento Personale e Sociale, un profilo qualitativo per aree, la descrizione dei punti di forza e di debolezza. L'asse K prevede una valutazione del funzionamento psicosociale del paziente tramite quattro scale (Compromissione del funzionamento psicologico, Abilità Sociali, Comporta-

menti violenti, Attività della vita quotidiana – abilità occupazionali), oltre alla valutazione di complicazioni di cui eventualmente tenere conto, misurate da tre scale (Abuso di sostanze, Compromissione delle condizioni fisiche, Compromissioni di natura abitativa, finanziaria, legale).

I programmi riabilitativi del CRA propongono attività sulle abilità base e gruppi di tipo risocializzante ed espressivo, al fine di potenziare o acquisire capacità utili per il reinserimento (solitamente in famiglia) e per un eventuale inserimento lavorativo. Il programma viene periodicamente discusso e verificato tra il paziente e i suoi curanti (psichiatra, psicologo, *case-manager* nella figura di un IP o EP), per ridefinire alcuni impegni ed evolvere verso fasi successive del trattamento.

Le attività riabilitative svolte nel CRA possono essere sommariamente descritte come segue:

- attività riabilitative rivolte alle *abilità di base* (ad esempio, la cura del corpo e dell'igiene personale; la cura dell'ambiente in cui si vive: sia gli spazi comuni che la propria stanza; altre abilità pratiche inerenti alla vita quotidiana, come fare la spesa o maneggiare il denaro, che costituiscono l'oggetto di specifici momenti individuali e di gruppo, quali la preparazione di dolci o la conduzione di un bar interno alla struttura);
- attività riabilitative rivolte alle *abilità espressive*, attuate in laboratori che spaziano dalle arti grafiche, pittoriche, plastiche fino alla musica e allo psicodramma. In questo caso, le finalità sono complesse, quali una migliore conoscenza del proprio mondo interno, la possibilità di osservare l'evolversi delle relazioni interpersonali all'interno dei laboratori, al fine di favorire il confronto e l'apprendimento di nuove strategie e modi di sentire e di esprimersi;
- attività riabilitative rivolte alle *abilità risocializzanti*; sono parte della vita stessa della Comunità e vengono incoraggiate con la condivisione di momenti di discussione aperta — ad esempio, la riunione settimanale di comunità — o di attività ludiche (il pomeriggio dei volontari, gite, visite a musei, ecc.), nonché la partecipazione a gruppi omogenei per interesse o curiosità: ad esempio il Gruppo Giornale;
- attività legate alla *riabilitazione psicosociale*, attraverso la partecipazione di tutte le attività promosse dall'Associazione «Il Clan/Destino Onlus», che hanno la finalità di aprire un confronto con la realtà territoriale, intervenendo attivamente in convegni e seminari, promuovendo incontri e sensibilizzazioni rivolte alla cittadinanza, sostenendo attività (redazione Giornale, teatro) e momenti di intrattenimento presso la propria sede (cene, spazi pomeridiani di socializzazione).



### *Fattori riabilitativi aspecifici e specifici*

Il programma di riabilitazione sopradescritto è fondato, come ogni programma di trattamento per le patologie psichiche, su alcuni fattori riabilitativi aspecifici e specifici. Possiamo esemplificare i primi indicando:

- il «clima» della Comunità;
- l'«accoglienza» organizzata per i nuovi ingressi;
- la «socializzazione spontanea» tra residenti (sottogruppi, amicizie per affinità, solidarietà reciproca su bisogni primari, ecc.);
- gli effetti secondari e conseguenti al programma di sensibilizzazione con i familiari.

Fra i fattori specifici vengono considerati:

- il coinvolgimento del paziente nel processo di consapevolezza dei propri problemi a livello soggettivo e interpersonale, nonché dei suoi punti di forza e di debolezza;
- la contrattazione di un programma riabilitativo condiviso fra operatori e paziente;
- la mobilitazione delle risorse del paziente, realizzata attraverso programmi individualizzati di partecipazione sia alle attività collettive, che a specifici momenti di presa in carico individuale.

*Dr.ssa Mariella Ninni*

Psicologa CRA, Referente per la riabilitazione in ambito residenziale

## Capitolo 6

# Infermieri e operatori

### Le considerazioni degli infermieri

Il CRA (Comunità Terapeutica ad Alta Assistenza) è una delle strutture dell'UOP (Unità Operativa di Psichiatria). Aperto nel 1994 ha subito notevoli cambiamenti e trasformazioni, sia riguardo all'utenza sia rispetto al personale che vi opera. Lo scopo del CRA è la riabilitazione psichiatrica, cioè la realizzazione delle attività individuali e di gruppo che hanno lo scopo di aiutare la persona a riappropriarsi delle capacità e delle risorse di vita autonoma. Le attività di gruppo si suddividono in sei aree principali:

- attività espressive;
- attività psicosociali;
- attività risocializzanti;
- attività psicoterapeutica;
- attività sulle abilità di base e cognitive;
- inserimento lavorativo.

Gli scopi della riabilitazione sono:

- migliorare le competenze delle persone con disagio psichico;
- migliorare il comportamento della persona nei luoghi in cui vive o andrà a vivere in seguito;
- reinserire lavorativamente, ove possibile, l'utente;
- coinvolgere attivamente la persona: si riabilita *con* e pure *attraverso* la sua cooperazione;

- sviluppare le risorse dell'ambiente: la famiglia, gli amici, le associazioni di volontariato, le risorse del territorio (comunali, parrocchiali, circoli di svago, ecc.);
- eventuale riduzione della terapia e diminuzione dell'ospedalizzazione.

Presso il CRA sono presenti giornalmente infermieri, educatori, OSS (operatori socio-sanitari), psichiatri, psicologi che insieme si occupano di 20 persone residenti e 30 semiresidenti: ogni utente ha per Case Manager un infermiere o un educatore che coordina le risorse e la rete di relazioni familiari e non; questo affiancamento ha l'obiettivo di ristabilire livelli di autonomia nella persona con disagio psichico. In pratica, il Case Manager svolge molteplici funzioni: dalle attività più terapeutiche a altre più pratiche; è il riferimento più importante per l'utente. Grazie a una formazione specifica, il Case Manager svolge colloqui con l'utente e utilizza strumenti professionali specifici come l'intervista VADO, la valutazione Asse K e la scheda Nosie.

Con la stesura del PTR (Progetto Terapeutico Riabilitativo), ogni mese si valutano con lo psichiatra i progressi, le difficoltà, le nuove esigenze dell'utente e si adegua in base a tutto ciò il processo riabilitativo. Questo metodo di lavoro contribuisce pure a prevenire la cronicizzazione, quel processo per cui un paziente passa da una situazione di gravità temporanea a una di gravità cronica. Per gravità cronica si intende una condizione di scompenso durevole della persona (dai meccanismi difensivi alle relazioni interpersonali problematiche, ecc.), che si esprime in sintomi e/o comportamenti stabilmente o periodicamente disfunzionali.

Le patologie più frequenti fra gli ospiti del CRA sono: disturbi schizofrenici, disturbi schizoaffettivi, disturbi di personalità e trauma. Negli ultimi anni la gestione del CRA ha visto un notevole cambiamento per l'aumento degli utenti che presentano un disturbo di personalità, patologia per la quale stanno aumentando gli invii in comunità (a fronte di un 10% di utenti inseriti nel nostro CRA nel 2000, oggi arriviamo al 40% circa). Gli operatori hanno dovuto perfezionare la loro formazione per affinare le loro abilità relazionali, in modo da essere sempre più preparati a gestire le innumerevoli problematiche sollevate da tali utenti e dal contatto di questi con gli altri ospiti. Nello specifico, il disturbo di personalità è caratterizzato dall'incapacità della persona a controllare le proprie pulsioni emotive e fisiche, con gravi conseguenze nella vita di relazione e quindi in quella della comunità.

Da tutto ciò discende quanto sia essenziale la figura dell'operatore, che deve trasmettere fiducia, congruenza, autenticità, speranza, pazienza; l'operatore necessita quindi di una buona capacità di auto-osservazione e di modulazione

del proprio intervento, per evitare un'eccessiva rigidità o un'iperattività (difficoltà ad ascoltare, impazienza, rabbia, il sostituirsi al paziente, il tono di voce troppo alto o l'eloquio troppo veloce).

Il burnout, così frequente in psichiatria, si evita anche attraverso l'attenzione a una serie di aspetti:

- una formazione personale continua;
- una «buona vita» al di fuori del lavoro;
- il lavoro in équipe (diminuisce le insicurezze, favorisce i confronti fra varie visioni, permette la condivisione della responsabilità);
- la condivisione delle emozioni negative;
- il concentrarsi sul presente;
- il sospendere il giudizio nei confronti degli utenti;
- il mantenere un interesse e una curiosità genuina nei confronti degli utenti;
- una buona flessibilità verso i cambiamenti;
- una positività e un ottimismo in generale, che non significa essere irrealistici, ma incarnare un atteggiamento fattivo e propositivo verso tutto e tutti.

*Margherita Cattaneo e Luisella Gomiero*  
Infermiere Professionali

## **Le considerazioni degli operatori**

*L'educatore professionale in CRA: pensieri, parole, opere e... missioni!*

Negli anni Settanta in Italia si sviluppò un singolare fenomeno, ormai bene analizzato e di notevole importanza, che è il volontariato. A partire da quel fenomeno spontaneo e massiccio di 40 anni fa, si sono venute strutturando nuove figure professionali, tra cui gli educatori, che tutt'ora esprimono una serie di contraddizioni e ambiguità di portata ben superiore al loro specifico problema di ruolo e inquadramento istituzionale. Tali figure si sono poste come elemento oggettivamente critico verso il continuo tentativo di operare una rigida partizione dei livelli di intervento tra operatori — separazione che ha come effetto solo quello di confermare i ruoli e i saperi che tale separazione comporta —, confondendo ciò con le differenze di competenze, oggi definite «responsabilità».

In base a una preparazione teorico pratica, l'educatore professionale svolge la propria attività mediante la formulazione di progetti educativi (da rilevare che nella definizione del profilo non si menziona «progetto riabilitativo»!),

volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti portatori di disabilità e di persone a rischio di emarginazione sociale. L'obiettivo principale che si prefigge l'educatore è quello di promuovere e contribuire allo sviluppo delle potenzialità degli utenti, intervenendo sull'utente stesso, sulla famiglia e il suo contesto relazionale abituale. Gli strumenti di cui si avvale sono relativi a metodologie di operatività psicopedagogica e di riabilitazione psicosociale e psichiatrica, in termini terapeutici. Infatti, la riabilitazione e la psicoterapia sono momenti differenti della risposta terapeutica, concependo il progetto terapeutico come un'operazione globale; dove il termine globalità sta a indicare una presa in carico della persona nella sua totalità concreta e fantasmatica, soprattutto laddove non è possibile operare una netta distinzione tra mondo dei vissuti e mondo delle azioni.

Con questo bagaglio di buoni propositi, circa 20 anni fa ho iniziato a lavorare presso la UOP di Saronno e ho avuto la possibilità di operare in tre diversi contesti: CPS (15 anni), SPDC (3 anni e mezzo), CRA (da un anno) e pertanto mi sento di definirmi «l'educatore della UOP». Proprio nell'attualità non riesco ancora a sentirmi vincolata a un unico Servizio, seppure al CRA io viva una situazione di «sentirmi a casa»; questa sensazione l'ho vissuta anche in CPS.

L'esperienza in SPDC è stata intensa di emozioni, anche contrastanti; mi sento di aver mantenuto chiaro in me che ero lì a compiere «una missione». L'educatore in SPDC non era previsto e pertanto, con l'aiuto di altri, ho dovuto crearmi un ruolo, a volte non ben definito o poco compreso da un ambito così sanitario. Mi sentivo di passare dall'esperto in riabilitazione al jolly da animazione e intrattenimento. Come detto, non essendo l'educatrice una figura storicamente prevista in SPDC, non avevo colleghi di staff con cui confrontarmi e da cui sentirmi sostenuta. Comunque ritengo di aver svolto un buon lavoro, con la collaborazione di tanti che hanno permesso di definire alcune pratiche consolidate in termini di attività. Sicuramente è stato un periodo che mi ha permesso di pensare e parlare tanto per far conoscere le funzioni dell'educatore: ero in SPDC perché io l'avevo richiesto, come chance di sperimentare il nuovo, come possibilità di inventare qualcosa che in passato avevamo tentato in modo incostante.

Lasciare il CPS, che è stato il mio primo grande «amore», non è stata cosa facile! Lì tutto conoscevo e sapevo, mi muovevo veramente come fossi in un mondo mio: quell'ambiente, quello studio, quella sedia e scrivania, sapevano di me e ancora oggi non mi è facile transitare davanti perché si scatenano i ricordi, le emozioni, i sentimenti... Ricordo sempre quel paziente che, io alle prime

armi (avevo 21 anni quando iniziai), sosteneva che non voleva essere visto da una «piscinina dal nom tutt sturpiaa!».

Ebbene, la «piscinina» professionalmente è cresciuta, lo dico con orgoglio, grazie ai vari percorsi intrapresi, alle varie possibilità di contatto con le persone e di questa mega grande famiglia che attualmente è il CRA. Al CRA la storia è proprio diversa. Ogni storia è diversa, ma il CRA offre una dinamicità che sento molto più vera, reale, concreta. Avevo veri pregiudizi nei confronti di questo Servizio. Lo percepivo statico, con pochi interventi all'esterno della propria realtà, e io che arrivavo dalla chiusura «monacale» del SPDC avevo una necessità quasi viscerale di ributtarmi nuovamente sul territorio che in 15 anni di esperienza avevo maturato al CPS. In CRA il contatto che sento con il paziente è diverso, è più sentito e partecipe e coinvolgente. Il vivere comunitario in sé è qualcosa di unico e speciale, differente da ogni altra situazione. Le sollecitazioni sono continue e ti senti in prima linea; realmente avverti che per la persona che segui hai un valore, un significato che le consente di sviluppare quelle potenzialità e capacità che in altri ambiti non puoi e non riesci a osservare. Come operatore mi sento di garantire gli strumenti per far sperimentare alla persona se vi siano alternative alla propria follia e permettere, con una presenza rassicurante e stimolante al contempo, di compiere i passi necessari per vivere senza angoscia la realtà da cui si era magari ritirata. Mi sento ogni giorno di attivare la «pratica dell'ovvio», del ri-apprendimento delle banalità, di rispettare il rapporto tra tempo interiore e tempo sociale, dello spazio riservato a chi si serve del mio lavoro. Lo stimolo che avverto in questa nuova impresa di educatore al CRA è quella di cercare un significato per operare al meglio, rivolto a un'utenza che sottopone il Servizio a domande non omogenee e scontate; per trovare cosa significa utilizzare la cultura «banale» del quotidiano senza però fornire una risposta appiattita e generica che sostituisca all'astrattezza della psichiatria le false concretezze del buonsenso; per comprendere cosa significa descrivere il proprio lavoro secondo un'attitudine non aneddotica ma in qualche modo codificabile e comunicabile.

E i colleghi? Sono una parte indispensabile di tutta la faccenda! Mi reputo fortunata, al di là di riuscire a condividere una pratica lavorativa molto impegnativa, e in cui la capacità di confronto senza entrare in conflitto non è cosa irrilevante; mi fa dire che ho incontrato delle persone (una collega l'ho ritrovata dal CPS) interessanti, propositive, capaci, impegnate nella loro *mission*, che sanno farti sentire che sei parte di un mondo condiviso, anche se sei l'ultima arrivata e tante cose che ancora non comprendi le vorresti già modificare! C'è la disponibilità a mettersi in discussione, a valutare se le varie proposte siano

in termini migliorativi per il Servizio, si fa in modo di trovare compromessi e negoziazioni.

Ricordo sempre un mio docente (Prof. Donelli Angelo), che sosteneva durante la formazione agli educatori che «in psichiatria o ti innamori o scappi!». Ebbene penso che il mio sia un innamoramento che resiste al tempo! Con tutto il batticuore del caso!

*Dr.ssa Denise Amiens*

### *Centro Diurno*

Il Facilitatore Sociale esprime attraverso il suo disagio psichico, la forza, la speranza e la risorsa. Nel calarsi nella relazione d'aiuto con il proprio pari, è anche rinforzato nel recupero della propria salute e dell'autostima.

Nella mia quotidianità lavorativa ho avuto modo di vivere a contatto con i Facilitatori; credo che nel loro percorso di consapevolezza della malattia siano in grado di aiutare l'altro, con uno stile autentico e naturale. Il sapere dell'esperienza rafforza la vicinanza e il coraggio e alimenta la credibilità nel futuro.

*Antonella Freddi*

Educatrice Professionale CD Legnano

### *Relazione sull'esperienza del «tocco», promossa da un Facilitatore Sociale*

L'intervento del «tocco», realizzato dal Facilitatore Dario, è stato proposto nel Percorso Personalizzato per allievi disabili del 2° anno, attivato presso il nostro Ente di formazione IAL. La tecnica consiste in un massaggio dolce e moderato che mira, più che al trattare la massa muscolare, a restituire consapevolezza corporea.

È stata un'esperienza di interazione e comunicazione molto significativa. Il gruppo identificato per l'intervento è composto da dieci allievi con disabilità motoria, intellettiva e psichica. L'esperienza si è realizzata dalla metà di novembre 2010 alla fine di maggio 2011 con cadenza settimanale, il giovedì, dalle 12.00 alle 13.30 circa.

A partire dalla presentazione della proposta al gruppo classe, Dario ha mostrato consapevolezza del suo ruolo e grande disponibilità all'incontro con allievi disabili che presentavano difficoltà nei movimenti, nella comunicazione e nella relazione. Ha riconosciuto i referenti con cui relazionarsi: la coordinatrice,

il formatore, l'educatore e si è rapportato ad essi correttamente. Ha interagito con calma, serenità e pazienza per i tempi più o meno lunghi di preparazione al tocco che la disabilità, propria di ogni giovane allievo, comportava.

L'intervento è diventato per gli allievi un «appuntamento» atteso del giovedì, suddiviso in turni perché tutti potessero prendervi parte; anche quegli allievi che inizialmente erano più restii all'iniziativa si sono in un secondo momento fatti coinvolgere dal racconto dei compagni. Gli allievi trattati hanno manifestato rilassamento e un ritorno sereno all'attività di classe. In alcuni casi è stato necessario dare tempo al giovane disabile trattato per superare l'inibizione e rendersi disponibile al «tocco»: anche in queste occasioni Dario ha agito con sensibilità e attenzione alla persona e ai suoi bisogni.

*Nadia Vignati*  
Coordinatrice del settore disabili  
IAL Lombardia





# TERZA PARTE

## La parola agli utenti

### Marinaio dell'amor taciuto

*Marinaio dell'amor taciuto navigo  
verso te, isola nel mare della mia infelicità  
sarai scogliosa e impervia o dolce e sabbioso approdo?  
Per ora sei soltanto tempesta.*

Simone Turetta

*Nel 2011 abbiamo pubblicato con EricksonLIVE un testo dal titolo: Dottore, non sono di psichiatria! Consapevolezza di utenti con disagio psichico.<sup>1</sup> In questo capitolo riprendiamo il tema del Facilitatore Sociale: utente che svolge un percorso di consapevolezza che lo mette in grado di offrire una propria competenza spendibile nell'assistenza e nel contatto con altri utenti. Presentiamo la Cooperativa che è nata dal Programma Innovativo della Regione Lombardia: «Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa Facilitatore Sociale» (cod. TR75). Troverete scritti sull'esperienza di malattia, ma anche scritti dove il Facilitatore trova risorse spendibili nel rapporto con altri utenti. Poesie e scritti sono la diretta testimonianza di un percorso dove il paziente intraprende la via della propria recovery (guarigione). Proprio sul tema della recovery sono dedicati due racconti di storie personali. In conclusione uno spazio dedicato all'Associazione «Il Clan/ Destino Onlus» e ad alcuni dibattiti su questioni di interesse per utenti e non utenti soci dell'Associazione.*

---

<sup>1</sup> Il testo è scaricabile gratuitamente dal sito [www.ericksonlive.it](http://www.ericksonlive.it).



## Capitolo 7

# Storia della cooperativa di Facilitatori Sociali

### **Cooperativa Facilitatori Sociali «Sun Chi»**

La Cooperativa «Sun Chi» è stata costituita in data 19/12/2007. Alla costituzione hanno partecipato 25 soci fondatori. Successivamente alla costituzione, si è proceduto alla formazione della struttura amministrativa e organizzativa. È stato nominato il primo Consiglio d'Amministrazione e il Comitato direttivo. La Cooperativa è stata iscritta all'Albo Nazionale e all'Albo Regionale, con la qualifica di Cooperativa Sociale di sezione «B». La Cooperativa è di diritto una Onlus.

La Cooperativa si propone di gestire servizi assistenziali e attività produttive, attraverso le quali realizzare l'integrazione lavorativa di persone socialmente svantaggiate e in particolare coloro che abbiano conseguito l'attestato di Facilitatore Sociale. La Cooperativa si ispira al principio della solidarietà sociale, è tassativamente apolitica e senza finalità di lucro; si propone, in via prioritaria, di offrire servizi nel campo socio-assistenziale, educativo, formativo e socio-sanitario, volti a facilitare l'inserimento nella vita attiva di persone con disagio psichico e quanti altri possono essere riconosciuti dalla Cooperativa come persone in stato di emarginazione.

Dal 2008 è stato sottoscritto un primo contratto con un'altra Cooperativa, che ha in appalto da parte dell'Ospedale di Circolo di Busto Arsizio la gestione della Comunità protetta di Saronno, dove sono ospiti dieci utenti in fase di avanzata riabilitazione psichiatrica. Il contratto prevede servizi di facilitazione sociale nei confronti degli ospiti della Cooperativa. L'intervento dei Facilitatori è stato ampliato, dal 2011, anche alla Residenzialità Leggera.

Negli anni successivi sono seguiti altri contratti con cooperative che gestiscono altre realtà del disagio psichico: Facilitatori Sociali sono presenti alla CRM di Tradate e al Centro Diurno di Fagnano Olona. Con l'Unità Operativa Psichiatrica di Saronno è stato stipulato un accordo per favorire progetti riabilitativi che l'utente svolge presso enti e aziende; in questo accordo si definisce il pagamento per rimborsi di tirocini riabilitativi da parte della Cooperativa. Un'iniziativa innovativa, rispetto alle precedenti, è l'accordo stipulato con una famiglia privata di Saronno per interventi settimanali da parte di due Facilitatori, per il sostegno a singoli componenti del nucleo familiare.

Nel 2010, dopo la conclusione del secondo corso di formazione per i Facilitatori Sociali, finanziato dal programma Innovativo della Regione Lombardia, si è definito con il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio l'avviamento di interventi che i Facilitatori Sociali svolgono nei diversi Servizi del Dipartimento.

I Soci impiegati dalla Cooperativa come lavoratori svantaggiati sono 34, i volontari sono 15, i Soci cooperatori 4 e i Soci sovventori 2. Complessivamente i Soci iscritti nel libro Soci sono 55.

La Cooperativa ha partecipato nel 2008 e nel 2010 a due convegni tenuti a La Spezia, ai quali hanno preso parte le cooperative sociali che svolgono attività di Facilitatore Sociale. In questi contesti la Cooperativa «Sun Chi» è stata particolarmente apprezzata per i risultati ottenuti. Nel 2011 la Cooperativa «Sun Chi» ha partecipato, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio, alla realizzazione di un corso per Facilitatori Familiari, rivolto a familiari di utenti in carico alle Unità Operative Psichiatriche.

## **Il Facilitatore Sociale**

Il Facilitatore Sociale è una persona che ha attraversato un disagio psichico oppure lo sta attraversando, ha una buona consapevolezza di sé e di convivenza con la propria sintomatologia; tramite un corso di formazione e un aggiornamento continuo, oltre alle supervisioni mensili o su richiesta, può trasformare il suo vissuto personale di «malattia» in una risorsa per gli altri.

Il Facilitatore Sociale non è l'amico della porta accanto, anche se la sua presenza è palpabile. Non è un dispensatore di consigli, né di verità precostituite. Non giudica, non si pone al di sopra degli altri, è un pari tra i pari, favorisce il dialogo e mette l'altro a proprio agio.

Ascolta cercando di mettersi nei panni dell'altro senza sovrapporre la propria voce e le proprie idee. Ha un tempo d'azione, un obiettivo ed è sotto-

posto a verifica, lavora in équipe con gli psichiatri, gli psicologi, gli educatori, gli assistenti sociali, i volontari e la famiglia, svolgendo un ruolo importante, aiutando l'utente a utilizzare le opportunità di cura offerte e a comunicare con sincerità i propri bisogni ai medici, permettendo alla persona di essere al «centro». Soprattutto, sa che non ha a che fare con mostri, ma con persone che stanno attraversando momenti che egli stesso ha passato.

Il Facilitatore rivede in chi aiuta il proprio problema ormai ridimensionato, trae spunto dalla sua esperienza per aiutare chi gli è vicino senza però farsi coinvolgere troppo, senza perdere i confini. Deve e può farsi aiutare, quando si trova in difficoltà, da chi ha più esperienza

Si spende ad aiutare altre persone in vari modi: fare la spesa, tenere compagnia, incoraggiare le relazioni, gestire i gruppi di auto-mutuo aiuto, gruppi d'intrattenimento; può essere paragonato alla figura di un arbitro, di un mediatore, di un allenatore che funge da intermediario tra la persona a disagio e la vita socio-relazionale. Il Facilitatore può trovarsi di fronte a utenti che non vogliono essere aiutati e che hanno difficoltà a condividere il proprio disagio; in tal caso deve rispettare questa necessità, senza attribuirsi la responsabilità di ciò.

*Edo Piazza*

### *Le parole del Facilitatore*

#### Dare fiducia

Dare fiducia con la propria presenza, aiutare anche nel silenzio, essendo lì a partecipare con l'utente, con le proprie emozioni e con le emozioni dell'altro. Dare fiducia, anche solo per un'ora, a ciò che si potrebbe costruire assieme... Dare gli spazi opportuni all'altro.

*Leonardo*

Facilitatore al domicilio

#### Aiuto

Ho aiutato una persona del mio gruppo a uscire dal problema familiare. È riuscita a buttar quel rospo che da tempo la faceva star male. Ogni tanto le telefonavo e ci trovavamo al bar per un caffè. Usciamo anche con il gruppo; questa persona mi ha ringraziato per l'aiuto che le abbiamo dato.

*Eleonora*

Facilitatrice di gruppo di auto aiuto

Aiuto, comprensione, accompagnamento

Tra le esperienze fatte come Facilitatore, quella che ricordo più frequentemente è quella di aiuto. Tempo fa ho aiutato a leggere un ragazzo autistico. Non conoscendo la patologia ero rimasto male quando ho saputo che non riusciva a leggere, Poi, con impegno, aiutandolo piano piano, lettera per lettera, siamo riusciti a leggere una frase.

*Massimo*

Facilitatore in comunità per minori psichiatrici

Consiglio, fiducia

Io, all'utente che seguo al domicilio, ho capito di offrire coraggio, sicurezza e fiducia. Anche nel gruppo di accoglienza del Centro Diurno, le persone presenti seguono alcuni miei consigli sull'alimentazione. L'utente che seguo al domicilio un giorno mi disse: «Se lo dice lei, mi fido!».

*Antonia*

Facilitatore gruppo risocializzante e a domicilio

*Autostigma/Solidarietà tra utenti*

Per chi è appassionato di calcio una delle cose più negative è l'autogol. Una squadra che corre e lotta per un obiettivo unico: la vittoria. Poi, però, bisogna anche fare i conti con un difensore, forse maldestro, che sbaglia porta e portiere e l'autogol è servito.

Bando agli scherzi; l'autostigma è molto più serio e sottile. Quando si ha un disagio psichico una parte fondamentale nella cura oltre all'approccio bio-psichico è la socializzazione o risocializzazione. Spesso l'utente deve battersi contro lo stigma di chi lo giudica, di chi lo mette in disparte nella società e nel mondo del lavoro. Questa preclusione si fonda sul pregiudizio, figlio dell'ignoranza.

Tornando indietro di un passo, se il nostro calciatore sta segnando un goal e un suo compagno lo sgambetta impedendoglielo, voi cosa pensereste? Si è venduto la partita in maniera subdola andando contro il fine, principe del gioco, cioè la coesione e l'unità di squadra per un intento comune.

Mi è successo, diverse volte, di sentire utenti etichettare altri malati con frasi del tipo: «Ma quello è matto», «Ha problemi più grandi dei nostri», «È una cattiva persona». Questa è una mancanza molto grave perché se ti stai salvando da un naufragio e sei su di una scialuppa non puoi buttare a mare chi è stato devastato quanto te per un evento del tutto inaspettato. Nel nostro

caso è la malattia che si insinua nella nostra mente e nel nostro fisico fino a minarli gravemente.

Tutto ciò è quello che io definisco autostigma, che è la completa mancanza di empatia con le altre persone.

*Giuseppe Mitra*

### *La mia esperienza di Facilitatore Sociale*

Ho incontrato S., dolce, ho avuto a pelle una sensazione gradevole. Ci siamo conosciute e continuiamo a scoprirci: è nato feeling. Ho conosciuto anche la sua casa. Insieme svolgiamo vari lavori casalinghi. Ascoltiamo la musica, leggiamo poesie. Parliamo un po' di tutto e ci scambiamo le nostre esperienze. Spesso sorseggiamo del tè, è un momento di quiete e di tranquillità.

Un giorno aveva acquistato ago e filo e mi chiese di insegnarle a cucire, insieme abbiamo riparato un indumento con soddisfazione. Spesso mi mostra acquisti di abbigliamento chiedendomi consigli e così creiamo abbinamenti gradevoli, con un certo compiacimento da parte mia avendo lavorato nel settore.

Quando vado da lei mi aspetta sempre sulla porta, spesso mi viene incontro e quando ci salutiamo con un bacio aspettativa per la prossima volta. Io voglio bene a S. S. dice che con il mio aiuto ha un amore per la casa. S. mi ha detto «cuore di mamma».

E io aggiungo che S. non la lascio più.

*Edda*

### TRA SOGNO E REALTÀ

*Sogni, ministri dei nostri pensieri,  
come trame tessono le nubi di un tramonto in corsa  
e nelle stanze buie del cervello, frammenti  
di mosaici ricoprono di accecante curiosità e profonda passione,  
idee vaganti in cerca di una sfolgorante speranza  
dal lento sapore dell'illusione.*

*Nel pessimismo cinico un'isolata realtà, nemica del sogno,  
rivela la sua trepidante amarezza; si riconosce nello stridulo  
grido proveniente dall'oscurità, nel gemito passeggero delle foglie  
mosse da un gelido vento simile al suono metallico della sofferenza  
più nera. E la realtà e l'immaginazione si sposano di umana passione,  
si dividono nel loro grigio livore o come ioni si respingono e attraggono  
reciprocamente, creando una divertente gazzarra: si uniscono  
come persone in un'isterica danza, in un vorticoso coinvolgimento*



*di ardore alternato ad una magica avversione;  
due mondi diversi: la realtà vestita di nero nel suo aspro tormento,  
nella sua antica noia imbrattata dai traumi della paura.  
L'immaginazione intrisa dei colori dell'arcobaleno, un concentrato  
di eternità accende di rosso il tramonto, dipinge di blu un sorriso,  
colora di giallo la voce radiosa dell'alba: al tempo stesso è un cane spento  
circondato da varie illusioni,  
perché è nella realtà che si ritrova l'abitudine alla rassegnazione  
ad un caparbio destino, nella tangibilità delle sue dottrine.  
Il sogno precursore dell'immaginazione si fa beffe dell'anima  
in preda a mille emozioni, il sogno un fiore che nasce e poi muore e  
l'immaginazione stessa, sua complice d'inganno o d'invenzioni un  
fiore ogni volta diverso, non muore mai cambia sempre forma e colore,  
così mi consola l'immaginazione insieme alla coda d'illusione che la  
pervade; rinfranca l'anima anch'essa, in un momentaneo distacco  
dal mondo reale, un mondo innaturale nell'eremo della mente.  
Dal gusto rancido di una cruda realtà in essa ritrovo la sincera esistenza  
del mondo terreno: orme segnate nel cuore ogni giorno e nella  
paura del futuro.<sup>1</sup>*

«Deh! L'Irante»

Lascia che Rabbia vada via con Ironia.

Con Dolore torna accompagnata e si rivelò Vergogna assieme a una certa Colpa che non può piacere a nessuno, nemmeno a Consapevolezza. Lei è di quelle buone, ma non dimentica.

Non dimentica soprattutto Dolore per il quale era quasi impazzita.

Comprensione parla di Perdono, ma non sempre o quasi mai l'ascolto. È inaccettabile dimenticare con Amore quando Amore è stato così presente. Appare e scompare a opera di Confusione, la quale cerca spesso amici quali Aggressività e Poco Buon Senso.

Invece Buon Senso non si è perso. Ha seguito altre vie.

Strade in cui comparivano Sogno e Libertà.

Libertà è bellissima, ma anche molto complicata da raggiungere, anche in un piccolo mondo a parte. Spesso è stata Fuga a cercare di ingannare Sogno e Libertà. Ma Fuga, Sogno e Libertà rimangono legate forse con una certa Ipocrisia che nessuno accetterà per sé, se non Consapevolezza che porta dentro Buono, che era quasi stato soffocato da Rabbia.

---

<sup>1</sup> Poesia di Deborah.

Buono cresce, con tutte le sue eredità, e si rivolge spesso a Comprensione, anche quando incontra l'Ignoto o lo vuole incontrare nei nuovi viaggi che farà.

Buono sa che c'è da qualche parte anche Male, che forse è parte di Lui, ma ora Lo conosce meglio e se pur con Paura cerca di affrontarlo.

Il Potente Vuoto è capace di far tornare Rabbia, però ora che la strada fatta è tanta e Vita conosce meglio di Consapevolezza Dolore Amore Sogno e Libertà...

Lascia che Rabbia se ne vada via... con Ironia.

*Leonardo*

### *Il gruppo AMA «Arcobaleno»*

Il gruppo di auto-mutuo aiuto di cui faccio parte è costituito da donne con problemi diversi, provenienti dal centro di riabilitazione mentale di Legnano. Non ci conoscevamo prima di arrivare al Centro, ma qualcosa ci accumulava portandoci là dove pensavamo di poter trovare un po' di sollievo alle nostre sofferenze fisiche ma soprattutto alle nostre sofferenze intime.

Ci incontriamo lunedì in un locale della Biblioteca che il Comune di Cerro Maggiore ci ha messo a disposizione. Più numeroso all'inizio, il gruppo si è assottigliato lungo il cammino per motivi diversi (malattie proprie o dei familiari, difficoltà a raggiungere la sede o altro), ma continuiamo a incontrarci perché crediamo in tutto questo che stiamo facendo, in questo scambio di esperienze che ci permette di sostenerci a vicenda e che ci ha fatto capire come nel momento in cui ognuno di noi dà aiuto all'altro, in effetti ne riceve altrettanto.

In un primo, lungo periodo, nei nostri incontri siamo stati seguiti costantemente dagli Educatori professionali Antonella Freddi e Davide Pisi; ultimamente, nelle vesti di Facilitatore Sociale, quando è assente l'educatore, prendo io la conduzione del gruppo, mi informo sull'andamento della settimana di ciascuna e in particolare mi soffermo su chi nell'ultima riunione ha evidenziato un certo malessere; invito quindi a esporre eventuali problemi personali, a «sputare il rospo», cercando di moderare gli interventi per poter dare spazio a tutte. Se non riusciamo nel gruppo a trovare risposte, a dare consigli, comunico con l'operatore in modo da affrontare nella riunione successiva il disagio emerso nella odierna riunione.

Il nostro incontrarci non si esaurisce qui; abbiamo una rete di telefonate per tenerci informate l'una dell'altra; se qualcuna manca a una riunione ci preoccupiamo di telefonarle per farle sentire la nostra vicinanza, se qualcosa non va. Che il gruppo funzioni lo rileviamo non solo dal vedere l'altro affrontare le situazioni personali in maniera più consapevole, ma anche dalle affermazioni di

ciascuna di noi in merito alle aspettative nei confronti del gruppo (es. Patrizia o Loredana).

Abbiamo preso coscienza che non cerchiamo la soluzione ai nostri problemi, che comunque permangono: stiamo cercando di cambiare il nostro modo di affrontarli. Il gruppo ci ha reso in qualche modo consapevoli del fatto che dobbiamo essere noi stesse a prendere in mano la nostra vita; stiamo imparando a conoscere i nostri limiti e le nostre potenzialità: stiamo imparando che, se non si può cambiare la situazione, o si accetta o cambiamo il nostro modo di vedere; stiamo imparando a saper dire anche di no, superando i nostri sensi di colpa.

Ringraziamo Antonella e Davide che ci accompagnano in questo nostro cammino e ci hanno spronato a fare il faticoso ma necessario viaggio nel nostro intimo, per conoscerci meglio e per volerci un po' più bene.

*Eleonora*

FORTUNATA TU SEI  
*Amore,  
Amore mio  
Occhi color del cielo  
Capelli rossi come il sole che tramonta  
Fortunata tu sei  
Quante lacrime versate per te  
Quanti sorrisi dedicati a te  
Tante delusioni d'amore sono passate ad amare te  
Fortunata tu sei ad aver avuto un amico come il mio  
Ti prego dimenticami, perché quando ti ricorderai di me  
Sarò guarito per nuovi orizzonti  
Arrivederci ad un'altra vita  
Fortunata tu sei<sup>2</sup>*

### *Spiritualità*

Spiritualità è una cosa che una persona si sente dentro e può trasmettere anche agli altri. La musica ci fa viaggiare con la fantasia in un mondo diverso. Se si parla di religione è una cosa che ci accompagna nei momenti difficili e dà la forza di superarli, però devi avere un aiuto da parte di una persona che crede fermamente.

*Eleonora*

---

<sup>2</sup> Poesia di Maurizio.

Nella mia esperienza a domicilio dalla signora che seguo mi è successo un fatto. Dopo un po' di tempo che andavo dalla signora la signora mi chiese se andavo a Messa e dopo la mia risposta positiva vidi in lei una tranquillità, gli diedi la sicurezza di essere una persona religiosa.

*Antonia*

Pensando al papà

Io purtroppo non ce l'ho più ma non per questo non è nei miei pensieri e ricordi. Anzi ogni giorno io me lo sento addosso. I suoi insegnamenti mi risuonano ogni giorno nelle orecchie, ciò che sento è una forte spiritualità, la preghiera mi aiuta a pensarlo come fosse vivo e non morto. I suoi «attenta a non sbagliare» li ho ben presenti. Qualche sberla l'ho ricevuta anch'io, ma non mi sono mai voltata indietro ho lasciato che i suoi richiami fossero fonte di quell'educazione che crescendo mi avrebbe fatto solo bene, e questo è stato. Io quando entro in una chiesa e accendo un lumino il primo pensiero e la prima preghiera sono per lui e poi anche per tutti noi. Auguri a tutti i papà del mondo, da chi il suo non lo ha più e sa molto stringersi intorno a lui per dire: «Papà, ti voglio bene così come sei».

*Irma*

#### POESIA

*D'estasi mi  
culla.*

*Apri l'eremo  
del mio cuore  
serrato.*

*Folgora con  
bagliori di luce  
la mia anima.*

*E lontano e muto  
mi sovviene il  
ricordo del  
quotidiano.<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Poesia di Giuseppe Mitra.

## *Come affronto la mia giornata*

Da martedì a venerdì vado a lavorare in ditta, così mi tengo impegnato per otto ore al giorno e trascorro un po' di tempo, gli altri giorni riposo, tranne la domenica e il giovedì sera quando, nel mio ruolo di Facilitatore Sociale, gestisco due gruppi di risocializzazione sul territorio. Nel tempo libero esco con gli amici, oppure, a casa, ascolto musica, guardo un film o leggo un libro, a volte una rivista, raramente faccio le parole crociate.

Generalmente le mie giornate sono così, un po' come quelle di tutti, tranne quando ho il colloquio al CPS o al SIL, oppure quando organizzo una gita o le vacanze che trascorro di solito in Sardegna, dove è nata mia madre, o in Calabria, dove è nato mio padre, anche se ultimamente non sono così frequenti come le visite ai parenti, a causa dell'invecchiamento dei miei genitori che non hanno più molta voglia di spostarsi.

È difficile trovare cosa mi aiuta di più, credo un po' tutto, ma per il mio carattere non devono mancare i buoni rapporti con le persone che giornalmente incontro, se no perché incontrare qualcuno? Se non c'è uno scambio di benevolenza, che è il motore che fa funzionare tutto condito dal fatto di essere accettato per come sono, come trovare un equilibrio? Io cerco di avere un equilibrio tra il dare e l'avere per non sentirmi in eccesso né in difetto.

Un'altra cosa importante sono i toni forti, come i film d'azione, libri horror e polizieschi, hard rock, che hanno sempre fatto parte della mia vita e continuano a farne parte, sono l'ingrediente che più si addice al mio essere, mi aiutano a provare sane emozioni che altrimenti non avrei, mi tengono energico, e pronto all'evenienza che la vita ci mette davanti.

Importante è anche l'amore per la natura, animali e vegetazione; non tanto i fiori, ultimamente mi rende triste vedere quanto la gente trascuri l'ambiente: tutti ne parlano ma nessuno fa niente... e anch'io sono tra quelli.

*F.F.*

## *Migliorare i Servizi*

Per migliorare i servizi psichiatrici offerti agli utenti bisognerebbe potenziarne meglio alcuni già offerti dalle ASL e dall'Azienda Ospedaliera. Ad esempio, bisognerebbe spendere maggiori risorse nella prevenzione nelle scuole, coinvolgendo i genitori. Alcuni segnali dell'insorgere di un disagio mentale sono molto chiari per noi utenti, ma non così per le famiglie che, la maggior parte delle volte, vedono l'indolenza o la scarsa partecipazione del figlio alle attività

scolastiche ma anche ludiche come una scarsa volontà di partecipazione ai vari contesti formativi. Un motivo di grande miglioramento sarebbe formare adeguatamente il personale del Pronto Soccorso, che di solito non si rende conto della gravità e dell'urgenza che queste patologie comportano.

Nei miei diversi ricoveri, ho avuto modo di accorgermi di un dato molto significativo ma altrettanto consueto nel rapporto che intercorre tra il paziente e la maggior parte degli operatori sanitari. Mi riferisco al modo standardizzato di trattare la persona che spesso viene equiparata a un bambino, nel frangente del ricovero può esser comprensibile, ma non a distanza di tempo.

Ho notato che la malattia mentale prende le persone in maniera totalmente diversa lasciando, per alcuni, grandi margini di miglioramento e oggi, lo sappiamo dagli studi, non sono neppure pochi. Quindi, perché non stimolare le capacità residue senza pensare solo alla protezione del paziente? Si eviterebbe da parte di quest'ultimo un adagiarsi progressivo stimolando la parte vitale che è in lui, sollecitando, dopo il periodo di grande squilibrio e depressione, la voglia che molti hanno di riemergere ma che poco si addice al compatimento altrui.

Quindi: malato = persona e non bambino; disabile = diversamente abile e non inabile.

*G.M.*

Due lettere a confronto

Caro dott. Goglio,

sto sperimentando una situazione davvero singolare. Mi sono consegnato mani e piedi legati alla depressione. In concreto, sentendomi svuotato delle necessarie energie psicofisiche e avendo da tempo formulato delle considerazioni assai critiche circa il presente che sto vivendo e il mio futuro, non ho fatto altro che passare tutto il tempo che ho a disposizione a letto, a dormire. È così liberatorio l'aver depresso speranze (o illusioni?), progetti, responsabilità e rapporti interpersonali... Adesso mi sento come una bolla di sapone che fluttua liberamente per aria. Se è vero che la morte è un sonno senza fine, allora io dalla morte non ho proprio nulla da temere. Come le dicevo, dormo per tantissime ore, facendo sogni assai curiosi, mangio disordinatamente, assumo i farmaci solo quando me ne ricordo, ma soprattutto non penso a nulla di particolare. Adesso niente più colloqui medici, niente più atteggiamenti autoimposti da utente responsabile e disciplinato.

Ciascuno di noi deve seguire la voce che ha dentro di sé, e nel mio caso la mia personale versione del richiamo della foresta è il disancoramento dalla

realtà. In fondo non ho mai creduto di farcela nella vita, semmai ho sempre cercato di dimostrare ansiosamente qualcosa a me e agli altri, come nella mia famiglia mi è stato insegnato a fare. Questa fuga dal reale mi è tanto più facile se si pensa che io non ho una base affettiva sicura. Chiamo le persone amici, dico di innamorarmi di questa o quella ragazza, ma in effetti l'unica, dico l'unica persona alla quale ho voluto bene, in modo completo e totalizzante, è stata mia madre. Morta lei, c'è e ci sarà sempre il deserto. Io in questi anni mi sono avventurato in questo deserto, percorrendolo in lungo e in largo alla disperata ricerca di nuovi riferimenti dentro e fuori me. Poi ho capito che è un deserto senza fine, e che in un deserto non puoi costruire nulla; così adesso è davvero dolcissimo quello che sto sperimentando: inginocchiarmi e astrarmi da me stesso per trasformarmi in una duna di sabbia in mezzo a miliardi di dune.

*Lettera firmata*

Caro dott. Goglio,

le scrivo all'indomani degli «Strapazzi di Primavera» (26-27 maggio 2012). Sinceramente all'inizio non sapevo nemmeno se essere dei vostri, lì presso il Centro Psico Sociale, perché ultimamente non sono stato benissimo. Poi però ho deciso di mettere la testa fuori dal guscio, e così ho partecipato alla grande festa, sia sabato che domenica. Così, stringendo mani, ricevendo e offrendo abbracci a tutti i miei amici, sentendomi circondato dal calore di persone cui voglio bene, ho ripensato a una mail che le avevo inviato tanto, ma davvero tanto tempo fa. Lì parlavo di disperazione e della mia volontà di abbandonarmi, finalmente, alla depressione; c'era un senso in quello che scrivevo, un senso forte, perché quelli erano giorni proprio bui, in cui non avevo elementi per intravedere varchi per costruirmi un futuro di qualche genere. Ero subissato dal dolore. Rivedendo quella mail in queste ultime ore, ho avvertito una sensazione stranissima. L'ho riconosciuta come mia, ma al tempo stesso è come se mi sia trovato di fronte a qualcosa proveniente da un lontanissimo passato, dalla preistoria, da eoni fa. Mamma mia, ho ancora la pelle d'oca a pensarci... Quanto ho rischiato, quanto sono arrivato vicino all'orlo del baratro...

Adesso ho un lavoro appagante, ho amici, ho una casa che presto renderò accogliente e che andrò ad abitare. Non è buonismo il mio, creda, o ottimismo d'accatto; non c'è la morale del «Mulino Bianco» in quello che le sto scrivendo. Ho tentato davvero, come le scrissi allora, di inginocchiarmi per lasciare che il tempo facesse di me una duna in mezzo a miliardi e miliardi di altre dune. Invocavo davvero, con convinzione, l'annullamento esistenziale. Solo che, e questa è la mia verità in tutta questa faccenda, la vita è più forte di tutto. La vita mi ha

assassinato nel modo più completo tra il 2004 e il 2006, togliendomi quanto di più caro avevo al modo, poi mi ha fatto rinascere a un'esistenza tutta nuova, e posso dire oggi più ricca, di quella passata. È la mia seconda vita, questa che sto vivendo oggi! E guardandomi intorno, non vedo più deserto, come le scrissi invece allora, ma tante belle cose, tutte da scoprire e da animare con l'amore che mi porto dentro. Così ora voglio fortemente vivere, tra le gioie e i dolori, fino all'ultimo dei giorni che mi toccherà in sorte di avere...

Il suo paziente e amico.

*Lettera firmata*

#### QUANDO I PONTI

*Quando i ponti non ci sono*

*Si possono costruire.*

*I baratri sembrano solo*

*Piccole fosse.*

*Penso ad una cosa e me ne viene in mente un'altra...*

*Tante cose da dire*

*Nessuna da dimostrare...*

*Se non è semplice sentimento.*

*Io non posso far altro che raccontare...*

*Storie...*

*Siamo*

*E quindi viviamo*

*Per quello che siamo.<sup>4</sup>*

Una voce fuori campo

Una voce fuori campo, alla fine di un film, diceva: «Noi siamo un fiume e aderiamo a ogni forma: al giorno e alla notte, al male e al bene. Forma su forma noi riempiamo senza tregua e nessuna diviene una casa per noi: siamo sempre in cammino».

Eppure, noi siamo abituati ad avere sempre tutto sulla pelle in un mondo che appiccica tutto addosso. Entrare nel mondo della psichiatria spesso significa entrare a far parte della squadra più generica dei matti o di quella più selettiva degli schizofrenici, dei bipolari o degli uditori di voci. Di conseguenza tutti gli altri si sentono autorizzati a entrare in automatico, quantomeno in loro presenza, nella squadra dei normali, dei sani, dei volontari. È anche per questo che molti, forse i più, non ammettono di avere problemi o si curano nel mondo ovattato

---

<sup>4</sup> Poesia di Leonardo.



e soprattutto riservato delle cliniche private. Eppure, tutti noi abbiamo delle diversità, legate ancor prima che al disagio alla specificità di ciascun individuo. Due cose ancora:

- lo stigma spesso parte dallo stesso mondo della psichiatria;
- liberatevi da una visione buonista del malato in genere e del malato psichico in particolare: spesso in loro domina l'ingratitude, l'egoismo, l'invidia; sentimenti che nascono comunque dal mancato soddisfacimento dei bisogni primari e dei bisogni di sicurezza.

Il malato psichico che frequenta i centri pubblici appartiene a una classe sociale piuttosto bassa (anche perché nella medio alta o viene nascosto o «amovoltamente» curato in cliniche costose) e capita quindi che sia quotidianamente occupato nel cercare i mezzi per soddisfare questi bisogni, costretto com'è, se lo fa, a lavori precari e saltuari. Difficilmente quindi si è disposti a dar retta agli altri o a cercare di aiutarli: a lui importa soprattutto trovare i soldi per le sigarette, il cibo, qualche vestito, qualche divertimento, qualsiasi cosa che lo accomuni agli altri, ai «normali», ed essere sicuro che durino nel tempo, magari una pensione, magari l'accompagnamento.

Cosa cambiare? Penso che prendere il farmaco aiuta, certo, ma raramente è di per se stesso risolutivo: è come prendere la pastiglia per il mal di testa; si ha il dolore, generato da una causa qualsiasi, quindi si prende la pastiglia che fa passare il mal di testa, ma non si risolve la causa che determina il dolore, che rischia di tornare non appena si sospende il farmaco o il nostro corpo si assuefa ad esso. Il farmaco quindi va bene ma non è risolutore. Bisogna sempre cercare di capire da dove arriva il dolore, altrimenti bisognerà prendere la pastiglietta per tutta la vita, finché, a un certo punto, anche lei non servirà più, per cui si dovrà aumentare la dose o prenderne un'altra; si risolverà il mal di testa quando si risolverà la causa che l'ha determinato. La stessa cosa vale anche nell'intervento psichiatrico: la psichiatria deve essere sempre di più una psichiatria sociale che punta a individuare e curare le cause prime dei malesseri e a intervenire su di esse con interventi adeguati a carattere sia psicologico che socio-ambientale. Il farmaco da solo lenisce, quando lenisce, il dolore del momento. In questo ambito l'intervento deve essere sempre prima preventivo, a lungo termine con il coinvolgimento di figure quali i Facilitatori Sociali. Occorre scommettere sulla capacità delle persone di star bene magari con interventi mirati piuttosto che agire davanti alla crisi del momento: se solo chi ha la gestione economica della psichiatria lo capisse... risparmierebbe pure.

*Mauro Tonveronachi*

## Capitolo 8

# Storie di recovery

Il contenuto di questo racconto riguarda storie recovery raccolte da me, Mauro Tonveronachi, in reparto e non solo. Il percorso della mia personale recovery passa anche attraverso questo racconto: poterlo scrivere, raccontare e inviare a un concorso può ben rappresentare la mia autonomia ed è senz'altro utile alla mia autostima.

### **Scacco matto**

Luca si svegliò di soprassalto. Si guardò attorno stranito, vedendo un'altra persona dormire nel letto vicino e una fioca luce oltre la camera. Cercò la bottiglia sul comodino e bevve a lunghi sorsi. Poi prese le sigarette e l'accendino nascosto in fondo e uscì nel corridoio buio illuminato da due luci notturne. La porta dell'infermeria era socchiusa: un infermiere era al computer, un altro sonnecchiava su di una poltrona. Sorrise e si avviò in fondo. Accese la luce e di conseguenza le ventole e rivede, come se fosse a un pic-nic, le sedie bianche di plastica e il tavolo rotondo con delle bruciaciture a forma di foglie di palma. Si accese una sigaretta e, guardando il fumo salire, pensò che di lì a poco si sarebbero accese tutte le luci e le parole sarebbero rimbalzate da una parte all'altra. Si sarebbe allora cominciato ad aspettare: l'ora della colazione, delle docce, della terapia, della visita dei parenti, del carrello con il pranzo, mentre Francesco, incurante di tutto ciò, avrebbe preso a camminare su e giù per il corridoio con come unica meta il muro o la porta chiusa a chiave di quel reparto dell'osp-

dale. Luca lo guardò e si ricordò di come si sta la mattina a svegliarsi e sentirsi come morti, non avere voglia di alzarsi, non avere voglia di niente perché tutto sembra inutile, sorpassato e la tua testa non reagisce, e allora cominci a camminare piano piano, a piccoli passettini. Tutto è come se ti sfuggisse, niente è più sotto controllo e vaghi senza meta come se il mondo non fosse veramente lì ma chissà dove, universo parallelo che ti esclude dalla sua presenza finché non ti butti sul letto a fissare il vuoto per delle ore. E fumare, bruciarsi le dita con qualsiasi cosa: le tue, le sue, quelle degli altri o dire: «lasciami gli ultimi due tiri»; o addirittura prendere il mozzicone non finito nel posacenere. Tutte cose che diventano una gioia nella speranza che quel fumare possa dare qualcosa: fermare il tempo, ricucire il passato per camminare nuovamente, lucidamente, nel presente.

«Luca, vieni che devo farti il prelievo» lo chiamò un infermiere, mentre un altro gridava: «Terapia!», e tutti si avvicinarono verso l'infermeria con un bicchiere di plastica in mano. C'era Caterina, una bella ragazza alta e slanciata, che era arrivata con un pigiama azzurro e un enorme scialle bianco al collo che sembrava la coperta di Linus; c'era Filippo, con i pantaloni troppo larghi e senza cintura che lo obbligavano a tirarseli su continuamente; c'era Anna, già vestita di tutto punto che sembrava dovesse andare chissà dove; c'era Antonio, laggiù in fondo, pallido ed emaciato, con la testa bassa che chissà cos'aveva da nascondere. Nemmeno il tempo di un amen ed ecco che fu subito il momento della colazione: caffè, latte, the e fette biscottate con la marmellata. Solo Filippo voleva sempre un panino della sera prima. Quel giorno arrivò anche Pasquale, un vecchietto smunto che camminava piano con l'aiuto di un'infermiera che trascinava il trespolo con la flebo. Nessuno di loro sapeva ancora cosa sarebbe successo di lì a poco.

Erano già le dieci. A quell'ora i medici facevano il solito giro per stabilire il punto della situazione con i pazienti che, proprio per questo, non potevano uscire ed erano in camera in attesa. Loredana, l'Asa di turno, intanto finiva trafelata di passare la bandiera in corridoio dopo aver pulito le camere e cambiato le bottiglie d'acqua nei comodini. Passarono cinque e poi dieci minuti e dei medici non c'era traccia o, meglio, tutti aspettavano che uscisse il primario dal suo ufficio. La caposala, Luisa, piccolina e grassottella, con il viso arrossato per l'ansia della situazione imprevista, bussò alla porta ma non ottenne risposta. Ribussò e il risultato fu uguale, aumentandole solo il rossore. Allora si frugò nelle tasche decidendosi ad aprire la porta. Ripensandoci dopo non si capacitava di come non fosse svenuta per lo stupore di ciò che vide. Rimase invece in piedi a bocca aperta per almeno venti secondi per poi riuscire solo a dire «aiuto!» con voce strozzata.

Tutti i medici e gli infermieri a quel grido accorsero dietro di lei e videro uno spettacolo stupefacente: alla scrivania del primario, con la mano destra sul mouse del computer, c'era un barbone di corporatura imponente, barba lunga e capelli neri, scompigliati e lunghissimi, a prima vista unti e bisunti, con addosso un cappotto anch'esso nero e lacerato in più punti. «Chi è lei? Cosa ci fa qui? Dov'è il primario?» furono le domande che concitatamente tutti fecero. Due o tre dei più coraggiosi stavano per avvicinarsi alla scrivania ma il barbone, che chiameremo Piero, li bloccò subito: «State fermi dove siete!» intimò estraendo una pistola. Tutti impallidirono, Luisa, la caposala, questa volta svenne davvero. Si affacciò alla porta Filippo, dicendo di avere delle allucinazioni, al che gli fu risposto: «Anche noi, torni in camera che poi ne parliamo». Il barbone si alzò, brandendo la pistola e facendo andare tutti in infermeria, mentre i pazienti erano sulla soglia delle camere interdetti, ma bastò uno sguardo inceneritore per farli rientrare spaventati da quel cambiamento improvviso. «Datemi le chiavi» disse allora Piero. Un infermiere glielne porse e lui li chiuse dentro con un ghigno sinistro dopo aver reso inutilizzabile telefono e pc. «Aiuto, aiuto» gridavano picchiando alla porta. Intanto, Piero si rivolse ai pazienti che avevano seguito con gli occhi sgranati la scena: «Forza, vestitevi, usciamo da qui». Luca, Antonio e Filippo, che sbirciavano dalla stanza più vicina all'infermeria, si guardarono increduli, poi fecero spallucce e andarono verso gli armadietti per cambiarsi. Furono seguiti da tutti gli altri, Anna poi era agitatissima perché non sapeva cosa mettersi. Solo Pasquale rimase a letto date le sue condizioni. Intanto Piero fumava tranquillo sul balconcino con le inferriate, dove tutti i mattoni a vista erano firmati da generazioni di pazienti. Non ci misero molto per essere pronti dopo essersi tolti chi la tuta, chi il pigiama. Allora Piero spense la sigaretta e li guidò verso l'uscita.

Il più contento era Francesco: finalmente poteva uscire da quella porta che lo rimbalzava sempre indietro. Chiamarono l'ascensore mentre Piero faceva cenno di stare in silenzio. Ne arrivarono due, schiacciarono zero e furono a piano terra. Uscirono tranquilli senza dare nell'occhio in mezzo a tanta gente che cercava un ambulatorio, una macchinetta del caffè, un parente o un referto. Fuori poi c'era un'atmosfera surreale, con la neve e la nebbia che li proteggevano. Passarono dal cancello in fila indiana e a testa bassa. Finalmente erano fuori. Piero li condusse verso il parcheggio, dove c'erano due pulmini bianchi ad attenderli. Salirono in silenzio e partirono. Rapidamente le strade non furono più piene del traffico convulso della città e il panorama che si scorgeva dal finestrino era sempre meno pieno di case e sempre più di natura. A un certo punto scorsero un lago e poi la strada salì. Nessuno di loro parlava, ma nell'aria c'era una strana eccitazione per quel qualcosa di nuovo, proibito e incredibilmente straordinario

che stava loro accadendo. Piero guidava uno dei due pulmini, l'altro una donna misteriosa nascosta da cappello e sciarpa di lana che lasciava intravedere solo due bellissimi occhi chiari. Intanto la strada continuava a salire sempre più stretta, finché non girarono in una stradina sterrata e arrivarono a un ponte dove fecero una piccola pausa, durante la quale il barbone si allontanò un poco con una borsa in mano. Dopodiché arrivarono all'altra riva del fiume e poi a una specie di cottage. Non c'era più la nebbia, ormai, anzi il sole invadeva maestoso la radura. «Prego, scendete!» disse Piero, il barbone.

Fuori dalla porta, familiari e amici aspettavano l'ora delle visite. Ormai erano le 14.30 e uno di loro suonò il campanello, ma non ottenne alcuna risposta. «Forse non hanno sentito», e riprovò ancora e poi ancora, ma nessuno si avvicinava come sempre verso la porta per aprire con le chiavi e far entrare le persone. «Adesso cosa facciamo?» chiese un donnone con un vestito grigio che lasciava scoperti solo i grossi polpacci. «Andiamo qua di fronte, c'è un altro reparto: loro sapranno pur qualcosa» fu la risposta decisa dell'uomo che prima aveva suonato il campanello. Fu così che si avviarono tutti in processione verso il reparto vicino e, un po' intimiditi di fronte alla caposala, posero la loro domanda ma ottennero solo stupore e incredulità. «Provate ad andare all'ufficio infermieristico. Loro chiameranno l'addetto alla vigilanza di turno. Lui ha copia delle chiavi.» E così fecero. Risalirono al piano con il vigilante che cercò nel mazzo la chiave giusta avendo, incredulo, provato anch'egli inutilmente a suonare. All'entrata non c'era nessuno, e nessuno nelle camere. Tutti erano sbigottiti. «Ehi, c'è nessuno qua?» ed ecco che, dall'infermeria, dove si erano stancati di urlare e di picchiare alla porta, giunsero finalmente delle voci: «Siamo qui, siamo qui, venite ad aprirci!». Il sorvegliante aprì quella porta e uscirono medici e infermieri: «Presto, presto! Bisogna intervenire subito! Non bisogna perdere un minuto! Chiamate subito i carabinieri, la polizia, i vigili!». «Ma cos'è successo? Calmatevi, mi sembrate più agitati dei ragazzi che curate qua dentro» disse il sorvegliante. «Calma un cazzo!» disse un dottore con la barba e il camice bianco forse di una taglia in meno. «Un barbone ha rapito il primario e probabilmente anche tutti i pazienti e ci ha rinchiusi in infermeria!» «Bisogna prenderlo subito» aggiunse la caposala. Finalmente fu fatta una parvenza di calma, s'ispezionarono ancora tutte le camere scoprendo solo il povero Pasquale. A questo punto il vigilante avvisò la direzione dell'ospedale, la quale a sua volta allertò i carabinieri.

Davanti al cottage c'era una grande veranda di legno con dondoli, sedie e tavolini. Tutto lo stabile era di legno, immerso in una pineta proprio come nei film, o in una pubblicità di Natale. Quando la donna aprì la porta, ai dieci pazienti increduli si presentò uno spettacolo affascinante: un'immensa sala con un

camino sulla sinistra, dove la legna scoppiettava, come si sul dire, e un grande tavolo rotondo al centro dove avrebbero potuto mangiare almeno venti persone. Sulla destra, una moderna cucina a vista con un piano di lavoro e sgabelli girevoli. Di fronte a loro c'era una porta che nascondeva camere e bagni dove ognuno mise le proprie cose. Dopo parlotarono un po' tra di loro, commentando, ancora increduli, cos'era successo nelle ultime ore finché non andarono, un po' intimiditi, nella grande sala dove li attendeva una tavola imbandita con la donna che stava finendo di apparecchiare e il barbone che si era tolto il cappotto nero, aveva fatto una doccia e indossava pantaloni di velluto e un maglione a lupetto.

«Finalmente vi siete decisi a venire qua, forza che tra poco si mangia. Ah, lei è Laura» disse indicando la donna. Fecero allora le presentazioni, a Laura e Piero si presentarono Filippo, Francesco, Luca, Anna, Antonio, Ginevra, Caterina e Deborah (con l'h, diciamolo perché lei ci tiene tanto). C'era una chitarra appoggiata a una parete, Luca la prese cominciando a strimpellare finché, poco alla volta, tutti si unirono a lui intonando canzoni celebri, di quelle che si cantano sempre quando si va in gita. La cosa distese ulteriormente l'ambiente e il pasto successivo li trovò tutti allegri e spensierati, non si ponevano domande su ciò che era loro successo, ma accettavano la cosa come una scampagnata. Poi si accorsero che non c'era una TV e che i cellulari non prendevano. Ci fu chi uscì a godersi il panorama e a fare quattro passi, chi si sedette davanti al camino a leggere delle vecchie riviste trovate in giro. Intanto Piero si ritirò nella sua stanza mentre Laura lavava i piatti con Caterina e Anna che si erano offerte d'aiutarla.

Non era mai successa una cosa del genere. Arrivò un sacco di gente quel pomeriggio: carabinieri, polizia, vigili, addirittura il sindaco e il direttore generale, spettinato e smunto, molto diverso dall'uomo sorridente e accattivante che si faceva fotografare alle inaugurazioni. Trovarono solo il povero Pasquale con gli infermieri e la scacciacani che il barbone aveva usato per tenere tutti a bada. Poi arrivò anche uno dei servizi speciali, una specie di detective in giacca e cravatta che masticava in continuazione gomma americana perché aveva smesso di fumare. Il suo nome era Lopez, Gianni Lopez. Appoggiò l'impermeabile chiaro stile Colombo ed entrò nell'ufficio del primario. Si sedette sulla sedia, dove di solito si sedeva lui, ma anche il barbone quella mattina, e accese il PC mentre guardava distrattamente l'orologio appeso al muro che segnava le 20.30. Sull'homepage c'era un'icona di word che lo fece sussultare perché c'era scritto: «Per l'ispettore Lopez. doc». Cliccò due volte con il mouse sinistro aprendo la lettera, lesse d'un fiato cosa c'era scritto e imprecò: «Cazzo! Sei proprio un bastardo figlio di buona donna!». Poi si mise le mani sulla faccia per cercare di concentrarsi e di riflettere. Sul tavolo c'era anche una scacchiera, dispose alcuni pezzi in modo tale da ricomporre una

partita che stava cercando di vincere con un amico per corrispondenza, una delle pochissime concessioni che faceva al romanticismo. Fece una mossa, poi ritornò a guardare la lettera. C'era scritto: «Ciao Gianni, sapevo che avrebbero chiamato te e anche che adesso saresti stato nervoso perché senti che se risolvi questo caso potresti finire in prima pagina e avere una promozione. Tranquillo, stanno tutti bene e, probabilmente, adesso stanno finendo di cenare. Sono le 20.30 vero? Non cercarci, torneremo. Piuttosto, cestina la lettera. Ciao bello, ci si vede».

Gianni Lopez non seguì i consigli di Piero, anche se più tardi tornò a quel PC e cestinò la lettera. Nella sua mente ronzavano queste domande: come può essere entrato un barbone in quest'ufficio e come un primario vi può sparire? Come può essere accaduto un simile scambio di persone? E perché il barbone ha portato via i pazienti? Guardando distrattamente la scacchiera, si accorse che qualcuno aveva fatto una mossa con il cavallo nero. La cosa lo fece imbestialire ancora di più: chi poteva essere entrato lì? Mai in tanti anni gli era successo di essere così scombussolato. Più che ragionarci sopra scelse di passare all'azione, non prima d'aver fatto un'altra mossa sulla scacchiera: voleva vincere la partita e risolvere il mistero. Naturalmente la prima cosa che fece fu quella di controllare le serrature, ma non c'era la minima traccia di scasso. Si sentì impotente e impreccò contro chiunque avesse scritto quella lettera per poi ripartire a testa bassa interrogando tutti, a partire dagli infermieri, compreso il povero Pasquale. Dopodiché si occupò di tutti i medici e gli infermieri che avevano preso l'ascensore quella mattina e, a piano terra, delle impiegate dell'accettazione e di quelle che distribuivano i referti. Nulla. Dall'ospedale passò all'ingresso ma come vide la televisione nel gabbiotto, passò oltre andando ai parcheggi. Fu proprio lì che trovò finalmente un indizio, anche se dovette ricorrere a tutta la sua diplomazia per convincere a parlare gli extracomunitari che lì vendono braccialetti, accendini e DVD. Fatto sta che loro gli dissero dei due pulmini bianchi su cui era salita una decina di persone tra cui, uno era particolarmente trasandato e aveva una lunga barba. Lopez diramò i dati dei pulmini a polizia e carabinieri facendo mettere posti di blocco all'uscita delle autostrade. «Adesso si tratta solo di aspettare» disse ai suoi collaboratori tornando nell'ufficio del primario per cercare di risolvere il mistero dello scambio di persone. Come d'abitudine quando voleva concentrarsi, si mise a cazzeggiare su internet quando vide un nuovo messaggio. «L'avevo cancellato! Come può essere?». Lo riaprì e leggendolo rimase letteralmente a bocca aperta: «Bravo, hai scoperto l'unico indizio che ho lasciato dietro di me. Comunque non gasarti troppo: mi credi così stupido d'aver preso l'autostrada? Voglio darti io un indizio: la via stretta e in salita è più faticosa ma dà più soddisfazione della via larga in pianura! Ciao

bello e pensaci su...». Incredibilmente trovò anche un'altra mossa fatta sulla scacchiera che, oltretutto, lo metteva in grosse difficoltà. Imprecò e fece la sua contromossa cercando di riportare la situazione in equilibrio.

Il giorno dopo i dieci ospiti di quell'enorme casa di montagna si svegliarono tardi, trovando sul comodino la colazione e la terapia. Si meravigliarono sia per l'una sia per l'altra: alla prima non erano abituati, alla seconda sì, ma sembrava loro strano che i due ospiti sapessero perfettamente cosa fosse stato loro prescritto. La sorpresa più grande l'ebbero quando entrarono nell'ampio salone e trovarono ad aspettarli nientemeno che il primario. «Buongiorno ragazzi, come state?» li salutò con un ampio sorriso. Anche lui come Piero portava pantaloni di velluto e un cardigan molto elegante. Lo subissarono subito con una quantità di domande che attendevano dalla sera prima una risposta ma che, per l'agitazione del momento e la soggezione per Piero, non avevano avuto modo di porre. «Cos'è successo?», «Perché?», «Chi sono Piero e Laura?», «Cosa ci facciamo qui?», «Dove siamo, poi?», «Quando andremo via?». «Calma, calma, ogni cosa a tempo debito. Vedrete che tra qualche giorno capirete tutto. Laura intanto ci farà assaggiare qualcuno dei suoi manicaretti». Esterrefatti, gli ormai ex ospiti di un reparto d'ospedale presero posto sulle sedie guardandosi increduli.

Lopez capì al volo l'indicazione che gli era stata data ma, ancora una volta, privilegiò l'azione alla meditazione. Partì con due unità verso l'unica strada che si poteva ancora percorrere verso la montagna. Arrivarono al fiume, ruppero una corda messa da una parte all'altra della strada, sentirono uno scatto, il ponte improvvisamente saltò e la bianca neve che ricopriva gli alberi, il ponte e il fiume ghiacciato fu sporcata da detriti neri e fumanti che lasciarono Lopez e i suoi uomini spaventati e sbigottiti. Non c'erano altre vie per proseguire e non rimase loro che tornare indietro. Lopez chiese una sigaretta e riprese come un tempo a fumare nervosamente. Ormai era una sfida per lui, qualcosa di ben più importante di una semplice inchiesta: non poteva certo perdere contro un barbone e men che meno a scacchi... Fu così che ordinò l'arrivo degli elicotteri con una squadra speciale.

Le ultime parole del barbone si mischiarono al rumore degli elicotteri sempre più vicini. Tutti andarono alle finestre per cercare di capire cosa stesse succedendo tra le foglie portate da ondate di vento. «Presto venite, da questa parte!» urlò il barbone premendo un pulsante nascosto alla base del camino che aprì un passaggio segreto angusto e tetro, pieno di ragnatele. Si mise davanti a tutti con una potente torcia, mentre Laura chiuse il gruppo premendosi di richiudere l'ingresso. Procedevano piano, circospetti. Anna, con il suo vestitino nuovo ormai sporco, piangeva sommessamente. Il cunicolo all'improvviso



cominciò a salire e l'aria a mancare, faceva sempre più caldo e le forze diminuivano. Nessuno ormai sapeva da quanto tempo erano lì dentro. Qualcuno cominciò a pensare che sarebbero rimasti lì per sempre, cibo per i vermi. Poi, il miracolo: l'aria ricominciò a circolare e, in fondo in fondo, s'intravedeva un pallido chiarore. Tornò così un po' di speranza e di energia. Camminarono, però, ancora a lungo prima di mettere piede fuori dal tunnel. Erano in un pianoro innevato con un'alta croce di ferro al centro. Niente alberi, solo qualche sasso e, in lontananza, tra la foschia, le luci di un paesino arroccato sulle rocce. Faceva freddo. Qualcuno scese nella boscaglia a prendere dei rametti e accesero un fuoco. Fu proprio quando furono attorno a quel fuoco che il barbone disse: «Abbiamo rischiato e adesso ne ridiamo, ma bisogna sempre correre il rischio, perché il più grande pericolo nella vita è non rischiare. Chi non rischia niente non fa niente, non ha niente, non è niente...».

A queste parole, Francesco, quello che in ospedale camminava avanti e indietro, incredibilmente prese l'iniziativa e, tra lo stupore di tutti, disse: «L'uomo, a volte, vorrebbe elevarsi, ma si ferma al bisogno di sicurezza visto secondo i canoni del buon senso comune, del quieto vivere delle persone per bene. È qui che nasce il concetto di normalità che fa di un dato statistico un valore, un giudizio di merito: ciò che è normale è giusto, è buono, ciò che non lo è evitato, deriso, ghettizzato. Eppure, la normalità non esiste né è la felicità. La felicità è universale ma personale, è uno stato mentale non uno squallido stereotipo, esiste solo mentre si tende verso una meta non, paradossalmente, quando si è raggiunta. Eppure, l'uomo festeggia da sempre ogni nuovo anno: allo scoccare della mezzanotte si accendono le luci, compaiono magicamente rametti di vischio e bottiglie di spumante, ci si bacia e si spera che quel momento duri per sempre e allora si buttano dalla finestra le cose vecchie perché tutto deve essere nuovo, bello, perfetto... La vita però scorre nel tempo e il tempo, diceva Leonardo, si fa "col moto dello istante" e quindi non è più immobile, immutabile e infallibile come nel sogno. Il rischio è che, sempre di più, si viva nel provvisorio, in attesa di qualcosa che non arriverà mai, di avere una vita senza tempo barattandola con l'altra. È vivendo però che si muore, è soffrendo che si è felici, è sbagliando che s'impara, è essendo diversi che si è uguali. Anche noi che siamo qui in alto, arrivati alla meta, ci sentiamo come dei fucili sparati. Forse, proprio perché siamo quei diversi che, quando cominciano a cercare qualcos'altro che entrare nel mondo dei normali, esprimono tutta la loro diversità. Non per nulla tra di noi ci sono artisti, pazzi e santi. I diversi sono la speranza del mondo: possono abbattere la normalità e fare in modo che il mondo sia l'espressione di tutta una serie di diversità che aspirano a qualcosa di più grande».

Nessuno parlò più per un po'; qualcuno guardava le fiamme del fuoco, qualcuno le luci delle case giù in basso. Solo Laura e il barbone parlavano piano tra di loro in disparte... Chissà, tutto dipendeva dal fatto che erano su quel pianoro innevato con un'alta croce di ferro al centro che faceva ricordare loro parole lette tanto tempo prima. Fu Laura a leggerle a tutti: «Ci saranno sempre strane creature che, oltre al bisogno di cibo, avranno fame d'altro e, per sopportare questa vita, avranno bisogno di un po' di stima in se stesse proprio come San Bartolomeo, quell'uomo arretrato e primitivo che, per non rinnegare la sua fede, preferì lasciarsi scorticare vivo; egli affrontò l'atroce supplizio per quella cosa ridicola, superflua e impalpabile che si chiama verità. Egli non si domandò come un buon parrochiano d'oggi: "Chi me lo fa fare"? Egli compromise la sua carriera in modo insensato e scandaloso con un atto interamente gratuito, con un'impresa di vera pazzia. Non si è ammogliato, non ha avuto molti figli, un suocero, una suocera, cognati, cognate e nipoti e non è morto in età avanzata, magari malato di gotta ma, in ogni caso, con un bel gruzzolo in banca... Già, i preti hanno un'esperienza secolare nell'arte di rendere la croce innocua... ma malgrado ciò neppure a quei raffinati maestri riesce sempre d'impedire che ogni tanto dei semplici cristiani prendano la croce sul serio e agiscano da pazzi ostinandosi a pensare che la libertà sia ancora la ragione principale per cui vivere e battersi».

«Eppure — continuò senza più leggere — tra molti e forse anche tra di noi spesso dominano l'ingratitude, l'egoismo, l'invidia, sentimenti che nascono comunque dal mancato soddisfacimento dei bisogni di sicurezza. Statisticamente, il malato psichico che si rivolge al Servizio pubblico appartiene a una classe sociale piuttosto bassa (anche perché nella medio-alta spesso è nascosto o "amorevolmente" curato in cliniche costose) e capita quindi che sia quotidianamente occupato nel cercare i mezzi per soddisfare questi bisogni costretto com'è, se lo fa, a lavori precari e saltuari. Difficilmente quindi è disposto a dar retta agli altri o a cercare d'aiutarli: a lui importa soprattutto di trovare i soldi per le sigarette, il cibo, qualche vestito, qualche divertimento, qualsiasi cosa che lo accomuni agli altri, ai "normali" ed essere sicuro che durino nel tempo, magari con una pensione, magari con l'accompagnamento. Naturalmente non bisogna stigmatizzarlo: a volte è molto antipatico, proprio per le costanti richieste di aiuto, ma è pur sempre una persona che ha bisogno di aiuto e nello stesso tempo di essere contenuto nelle sue richieste, perché l'eccessiva accondiscendenza porta a un peggioramento della malattia per il formarsi di vantaggi secondari. Eppure si può andare oltre, arrivare ai bisogni superiori d'integrazione, di gruppo, di stima di se stessi e degli altri e, perché no, di autorealizzazione,

quel bisogno che spinge il soggetto a ricercare quelle attività più consone alla sua natura, alle sue abilità o predisposizioni. L'importante infatti è lasciarsi qualcosa dietro quando si muore, che sia un bimbo o un libro o un quadro o una casa o un paio di scarpe cucite da noi. Non ha importanza quello che si fa, purché si cambi qualche cosa da ciò che era prima in qualcos'altro che porti poi la nostra impronta. Qualcosa che la nostra mano abbia toccato, in modo che la nostra anima abbia dove andare quando moriamo; così, quando la gente guarderà quella cosa, noi saremo là.»

Rimasero ancora in silenzio per molto, moltissimo tempo, finché non venne il momento che tutti si alzarono e si incamminarono infreddoliti al buio verso quel paesino lontano di cui scorgevano, in lontananza, le luci. Il sentiero era stretto e accidentato e, anche se in discesa, non era facile da affrontare, sia per la poca visibilità sia per la neve che nascondeva sassi, radici e altri intralci. Poi, all'improvviso, la strada si fece più larga e più in pianura e cominciarono a vedere i lampioni appena fuori dal paese e poi il paese stesso da cui entrarono attraverso una grande arcata. Non c'era nessuno in giro, solo un cane nero accompagnava il loro cammino stando un po' in disparte. Scodinzolava, intimidito, impressionato da così tanta umanità. Anche dentro il paese la neve era immacolata. I lampioni illuminavano le strade in pavé. Vicino alle case, ma anche appesi ai muri con vasi a metà, c'erano dei fiori, anch'essi ridisegnati dalla neve, che rendevano l'atmosfera ancora più magica. Passarono la notte in un fienile e l'indomani ripresero il cammino. Quella notte però ebbero modo di raccontarsi le loro storie.

«La mia vita» cominciò Anna, «è stata segnata pesantemente dalla malattia, dalle “voci”... Avevo solo sedici anni, ero nel fiore della gioventù, quando è comparsa maligna evolvendosi rapidamente. Ho dovuto affrontare gli ospedali, i farmaci, i cambiamenti del mio fisico e della mia anima. Le mie relazioni sociali si sono quasi da subito limitate alla ristretta cerchia dei parenti: tutti si sono allontanati da me, soprattutto gli amici. Anzi, oltre al danno anche la beffa degli sfottò che potete ben immaginare come mi facessero sentire. Le voci sono esplose perché il mio inconscio mi ha riportato a ricordi che avevo rimosso di quando avevo solo sei anni e fui sottoposta alle attenzioni di un vecchio pedofilo schifoso.» «Calmati, Anna, non stare male, è passata ormai» le disse Caterina. «È sempre un dolore per me rivivere quei momenti pieni d'incubo, paura, schifo, tanto schifo, tanto da arrivare a non avere più attrazione sessuale per un uomo.»

«So cosa vuoi dire» la interruppe Caterina. «Io ero una ragazza felice: la scuola, le amiche, le passeggiate sul corso, in centro, le prime uscite con i ragazzi. Poi è successo un fatto che ha segnato per sempre la mia vita. Sono uscita con

un ragazzo che avevo conosciuto da poco, anche se le mie amiche dicevano che era un poco di buono ma lui era bello e io ingenua... Fu una bella serata, ero molto contenta. Mi baciò ma quando volle andare oltre e io mi tirai indietro, lui diventò violento e mi violentò. Piansi per giorni, non uscivo più di casa, non mangiavo nemmeno più e me ne stavo tutto il giorno in camera a guardare il soffitto. Poi cominciai ad avere nausea e a vomitare. Mia madre mi portò da un dottore che dette il suo verdetto: ero incinta. Fece anche altri esami da cui risultò che quel ragazzo era sieropositivo, mi aveva trasmesso la malattia e probabilmente l'avrebbe trasmessa anche alla creatura che io volli tenere contro l'opinione di molti. Lui fu arrestato e la sua posizione si aggravò con quegli sviluppi, ma quando ci fu il processo lo condannarono solo a quattro anni e poco dopo era già fuori. Nacque una bambina, malata anch'essa. Rimase a casa dei miei. Ufficialmente, e anche per lei dopo, eravamo sorelle. Venni quassù con il mio diploma di ragioneria appoggiandomi a mia zia per un certo periodo. Continuavo a ripetermi: "Perché proprio a me? Che ho fatto di male io?". Quand'ero nella mia camera continuavo a piangere, non mi davò pace, tentai anche il suicidio impasticcandomi, un pomeriggio che credevo di essere sola in casa. Fui salvata da mia zia che per caso quel giorno aveva cambiato turno di lavoro. La mia vita da allora è stata sempre molto dura: il lavoro precario, le continue visite in ospedale, la terapia da prendere, i problemi con la mia famiglia giù e anche gli approcci con i ragazzi che dopo tanto avevo ricominciato a frequentare ma che spesso si tiravano indietro quando sapevano la mia storia. Vivo tante giornate in solitudine in compagnia della depressione e di un po' di serenità, contando sulle telefonate con la mia migliore amica del mio paese o con mia zia, che mi è sempre stata vicina, sognando l'estate e il Natale quando vado giù da mia figlia cui ho raccontato da poco la verità e non l'ha presa bene...»

«Io sono riuscita» continuò Deborah, «piano piano e con tanta fatica, a rimuovere gli abusi sessuali che ho subito che mi avevano fatta sentire sporca e sola con tanta pazienza e con l'aiuto del Sert, dove ci sono dottori e psicologi che sento vicini; ho superato questo blocco. Però continuo a sentirmi inferiore, perché non mi accetto fisicamente e non conosco il mio carattere, avendo fatto uso di sostanze stupefacenti per vent'anni, e ho così perso la mia adolescenza e la vita che tutte le ragazze che conoscevo facevano. Solo ora sto cominciando a conoscermi.»

«Beh, io sono un esperto nel sentirmi inferiore» s'intromise Luca. «Ho sempre convissuto con le mie paure, le mie ansie, i miei complessi. Avete presente quei ragazzi con i capelli biondi a caschetto, gli occhi azzurri, le lentiggini, il fisico perfetto, la parlantina sciolta, ricchi e beati, a cui si perdona tutto soprav-

valutando qualsiasi cosa positiva facciano? Ebbene, io ero l'esatto contrario; uno che credeva a qualcosa di innato che lo escludeva dal mondo. Potevo cancellare le mie radici, non soffrire più, solo con un cambiamento radicale, assoluto: tutto doveva essere perfetto, sotto controllo, ma dietro a un problema ne vedevo mille altri, tanto che per cominciare a vivere dovevo sapere prima cosa fosse la vita stessa... Questo anche in amore. Ricordo ancora quando m'innamorai per la prima volta: abitavamo nella stessa via e allora mi accontentavo di starmene alla finestra a guardarla passare mentre andava alla stazione a piedi, di sedermi a volte vicino a lei sul treno, di parlarle come un imbecille di scuola, di tennis, di conoscenti comuni e intanto morivo dentro... Facevo di tutto per essere perfetto e poter ambire a lei, ma quando fu lei che mi fece capire che potevo farmi avanti, sorpreso non lo feci, perché non mi sentivo pronto e avevo paura che mi prendesse in giro, o che gli altri prendessero in giro lei...»

«Io invece me lo sono sposato il mio primo amore» disse Ginevra. «Mia madre da giovane voleva fare l'attrice di teatro. Chi l'ha vista recitare dice che era anche molto brava, bella lo era di certo. Dovette rinunciare ai suoi sogni proprio per me: rimase incinta e dovette sposarsi in fretta e furia, ché in quei tempi, soprattutto in un paese, lo scandalo di un figlio fuori dal matrimonio sarebbe stato tremendo. Suo marito, mio padre, era molto ricco e non le fece mancare mai niente, ma lei ogni tanto s'immalinconiva e guardava fuori dalla finestra le montagne lontane assorta nei suoi pensieri. Mio padre invece era sempre lontano per lavoro, a volte anche per giorni, e quando era a casa era distratto, assente. Ricordo che a tavola leggeva sempre il giornale, si arrabbiava se mi alzavo prima che tutti avessero finito e non veniva quasi mai a vedermi quando ballavo ai saggi di danza. Ho sempre pensato che dipendesse dal fatto che mio fratello Carlo morì di un male incurabile quando aveva solo pochi mesi di vita. Studiai ragioneria e poi divenni commercialista con tanto di studio mio. Fu lì che incontrai quello che poi divenne mio marito. Era un cliente, si chiamava Andrea e tutte le volte che lo vedevo mi prendeva una specie di tachicardia, sudavo e diventavo rossa. Dovevo abbassare spesso gli occhi perché mi vergognavo di mostrare così i miei sentimenti. Era bello, alto, moro con gli occhi verdi e un ciuffo ribelle che vagava sulla sua fronte. In breve, c'innamorammo e sei mesi dopo eravamo marito e moglie. Dopo due anni ebbi nostro figlio Antonio. Vivevamo come in una favola, felici e contenti. Gli screzi tra di noi si potevano contare sulle dita di una mano. Poi successe che Andrea, anche se non aveva cambiato le sue abitudini alimentari, deperiva sempre di più, finché una mattina, radendosi, sentì una pallina dura all'altezza dell'esofago. Al momento non gli dette peso, me ne parlò perché faceva fatica a ingoiare. Fu

così che andammo in ospedale a fare gli accertamenti del caso, finché non gli fecero una biopsia e da lì si scoprì che si trattava di un tumore maligno. Ricordo perfettamente il momento in cui il medico venne a comunicarmi la notizia, quello fu il giorno più brutto della mia vita. Piansi tutta la notte. Il giorno dopo tornai in ospedale cercando di minimizzare il problema con lui, sforzandomi di sorridere, ben sapendo però che quel giorno sarebbe iniziato il nostro calvario. Cominciarono con l'intervento, poi con la radioterapia e infine con sedute di chemioterapia. La chemio lo fece star meglio, così i dottori lo fecero tornare a casa per continuare la cura ogni due giorni. Passai ogni respiro di quel periodo con lui, coccolandolo e viziandolo. Finalmente venne il giorno del controllo e la risonanza magnetica dette il suo terribile verdetto: le metastasi si erano allargate, non c'era più speranza. Pregai i dottori di farmelo portare a casa dicendogli che le cose erano migliorate. Lui alla notizia fece finta di essere contento, ma in cuor suo penso sapesse o almeno sospettasse la verità. Cercavamo di fare una vita normale: andavamo a fare la spesa, ai giardinetti e a guardare nostro figlio giocare a basket. Cominciò a non mangiare più, a essere sempre stanco tanto da non avere nemmeno la forza d'alzarsi dal letto: dovevo portarlo io anche in bagno. Lo accudivo in tutto, non dormivo quasi più spiando ogni suo respiro. Poi, una sera, mi chiamò che stavo facendo da mangiare per Antonio: aveva in corso una forte emorragia. Lo strinsi tra le braccia piangendo. Lui mi disse: "Non piangere Ginevra, io non ho paura". Morì così, con la testa sul mio seno. Ho passato mesi come un zombi, vegetavo ripetendo meccanicamente le azioni quotidiane. Solo il pensiero di mio figlio mi dava una certa forza per andare avanti. Il mio cuore cominciò a diventare duro, a non avere più una speranza per il futuro ma a credere solo nell'attimo fuggente anche con gli uomini che cominciai a frequentare invertendo i fattori: prendevo da loro qualcosa, a volte anche del sesso, e poi li lasciavo perché avevo paura di soffrire ancora e non lo avrei sopportato. Un bastardo mi molestò sul lavoro e lasciai anche quello. Forse solo il tempo potrà ridarmi un po' di serenità ma adesso sono solo estremamente depressa.»

«Un po' com'è successo a me» disse Francesco. «Io sono sempre stato un bambino tranquillo e ubbidiente, ligio ai voleri di chi mi circondava. Feci l'università, trovai lavoro, mi sposai e occupai il mio posto nella società aspettando di trasmettere ai miei figli come si sarebbero dovuti comportare. Finalmente nacque mio figlio e io ero pazzo di gioia. Un giorno non stava bene, lo portammo all'ospedale ma sbagliarono la diagnosi: minimizzarono il problema che invece era molto più importante. Mio figlio morì e io non mi detti pace, impazzii, tanto che mi ricoverarono dove eravamo fino a ieri.

Quella prima volta fu cinque anni fa, lo ricordo bene perché fu proprio allora che mia moglie mi lasciò.»

«Io invece» disse Antonio, «ho visto mio padre e mia madre delirare travolti dal male e il disagio mentale che albergava in me sin dall'adolescenza è diventato dominante. Dopo aver dato l'addio ai miei genitori ho interrotto gli studi universitari e il lavoro. Prima della mia sciagura familiare facevo il giornalista, ma come continuare a lavorare? Dormivo sempre e, oltretutto, non ero più nemmeno in grado di guidare l'auto. Prima c'erano stati gli amici, e qualche frequentazione affettiva; dopo, il nulla.»

«Vedete, ragazzi» disse Piero, «le varie patologie psichiatriche, anche le peggiori, non sono sempre e necessariamente originate da una disfunzione fisica o cerebrale; spesso alla base di tutto può esserci un'esperienza vissuta male e mai elaborata, come ad esempio un trauma o una difficoltà relazionale, determinati da una serie di fattori non per forza anatomici. Il farmaco spesso funziona per quanto riguarda l'eliminazione o la riduzione dei sintomi, talora agendo direttamente sull'alterazione fisica alla base del problema, ma più spesso intervenendo su meccanismi biochimici derivati e conseguenti a un problema ben più complesso. Quando una situazione ambientale è ansiogena, ad esempio, il nostro corpo risponde secernendo alcune sostanze chimiche che poi vanno a determinare le sensazioni fisiche che noi riconosciamo come ansia, ma è la situazione ambientale, non il nostro corpo, che innesca questo meccanismo. A volte alcuni meccanismi fisiologici vanno in tilt e si sta male, ma spesso accade esattamente il contrario: si vivono situazioni che provocano sofferenza, stando male si finisce con l'alterare una funzione fisiologica e le cose peggiorano ulteriormente in una sorta di spirale. Ecco perché prendere il farmaco aiuta, certo, ma raramente è di per se stesso risolutivo: è come prendere la pastiglia per il mal di testa: si ha il dolore, generato da una causa qualsiasi, quindi si prende la pastiglia che fa passare il mal di testa, ma non si risolve la causa che determina il dolore, che rischia di tornare non appena si sospende il farmaco o il nostro corpo si assuefa ad esso. Il farmaco quindi va bene ma non è risolutore. Bisogna sempre cercare di capire da dove arriva il dolore, altrimenti bisognerà prendere la pastiglietta per tutta la vita, finché, a un certo punto, anche quella non basterà più, per cui si dovrà aumentare la dose o prenderne un'altra; si risolverà il mal di testa quando si risolverà la causa che l'ha determinato. La stessa cosa vale anche nell'intervento psichiatrico: la psichiatria deve essere sempre di più una psichiatria sociale, che punta a individuare e curare le cause prime dei malesseri e a intervenire su di esse con interventi adeguati a carattere sia psicologico che socio-ambientale. Il farmaco da solo lenisce, quando riesce, il dolore del momen-

to. Molto però dipende dalla tipologia di persona che il medico si trova davanti, perché non tutti sono in grado di affrontare una psicoterapia; alcune persone non ne hanno voglia e comunque, nei casi gravi, senza l'aiuto del farmaco non si può attuare. Il problema della psicoterapia, nei Servizi pubblici, resta quello dell'assunzione del personale e della solita burocrazia. Di sicuro con i tagli di adesso e con i carichi di lavoro che ci sono, sarebbe impossibile dare a tutti la possibilità di avere il proprio psicoterapeuta. Credo inoltre che per "guarire" si debba anche fare l'incontro giusto, in quanto la psicoterapia funziona se si stabilisce una buona relazione tra medico e paziente; non può fare tutto il medico, serve anche la volontà del paziente di uscire dal proprio tunnel senza stare ad aspettare passivamente che lo psicoterapeuta faccia qualcosa per lui.»

«Ah, se è per questo ho dovuto mettercene molta di volontà io» l'interruppe Anna. «Ho cominciato a frequentare molti gruppi, a partecipare a congressi, a costruirmi una nuova consapevolezza di me, della mia malattia e del mondo. Nel gruppo uditori di voci, in particolare, sono rimasta stupita di vedere come la condivisione di un problema, anche molto grande, in realtà diventi un nuovo stimolo per ripartire, insieme con un po' più di forza e uno spirito nuovo. Stare in un gruppo mi ha aiutata a scaricare parte del carico emotivo, riuscendo a mettere da parte le difficoltà e il pensiero sulle voci e a dedicarmi ad altro e agli altri, a capire che c'è anche altro oltre all'allucinazione uditiva. Quando ho iniziato a fare il gruppo ero quasi spaventata, perché temevo di dovermi confrontare con un mondo troppo doloroso e allo stesso tempo delicato e fatto di grosse sensibilità; è stato sorprendente rendersi conto che la quotidianità, i desideri, i bisogni e i sogni alla fine sono simili. Le persone del gruppo, senza nemmeno rendersene conto, mi hanno mostrato l'importanza di lottare, la forza che serve per affrontare la vita con le sue difficoltà; a volte quando c'è qualche problema ci si sente all'angolo, come se non ci fosse più modo di uscire dal baratro, e invece loro sono riusciti a farmi vedere quanto sia duro, ma altrettanto possibile, rialzarsi, lottare e cambiare le cose. Con il passare del tempo la mia sensazione di paura, il timore per chi avrei incontrato che provavo all'inizio del gruppo, si è trasformata in grande ammirazione per le persone che affrontano la vita con grande forza, nonostante tutto, e riescono a trovare la spinta per cambiare e perseguire i loro obiettivi, affrontando le paure e le difficoltà. Il sogno mio più grande è quello di far sparire completamente le voci e che il mio passato di bambina plagiata scompaia, con un colpo di spugna, dai miei ricordi.»

«A me ha aiutato aiutare...» disse Luca. «Come quando prendevo un ragazzo alla stazione che lavorava nella mia cooperativa in borsa lavoro. Viveva in una comunità, si chiamava Aldo e scendeva dal treno un po' ingobbito e



spaurito se non mi vedeva subito. Poi s'illuminava tutto e veniva verso di me. Dovevo tra l'altro aumentare la sua autonomia e cominciai dal fargli prendere il treno del ritorno. All'inizio lo accompagnavo sul binario e lo vedevo salire, poi scendevo con lui ma me ne andavo subito nascondendomi per non farmi accorgere che lo curavo, infine se ne andava da solo. Al lavoro gli facevo fare piccoli lavoretti e lavorando parlavamo molto. Mi raccontava della sua vita in comunità, del suo amore per la musica, del suo desiderio di avere un walkman ormai fuori produzione per registrarsela, della madre morta, del padre malato con cui si sentiva tutte le sere, del fratello che gli prometteva sempre di andarlo a trovare ma che non lo faceva quasi mai, di quella volta che non voleva più vivere e s'era buttato giù dal balcone... E poi di Luisa, una parrucchiera sua amica, che ogni tanto andava a trovare e della quale era innamorato, delle partite di calcio del venerdì e della piscina del mercoledì. E poi di ciò che sentiva alla TV, e mi chiedeva il significato di parole difficili che sentiva. A volte però s'immalinconiva, pensando al padre che forse sarebbe peggiorato, alla paura della solitudine e all'ineluttabilità della morte. Ricordo anche, prima di Natale, come mi abbracciò alla stazione e come mi sentii ancora vivo, nonostante tutto.»

«Ma come si fa a uscire dalla solitudine?» chiese Deborah. «Per esempio dopo tanto, tantissimo tempo l'altro ieri ho trascorso una giornata tranquilla, senza troppe lacrime, senza nemmeno la terapia al bisogno. L'unico problema è la continua solitudine che provo, anche se sono circondata da molte persone. Non riesco ad accettarmi, anche ora che sono astinente, invece di provare soddisfazione mi sento debole e fragile. Non riesco a guardare la TV, a sentire la musica, a leggere un libro, perché mi sento scoppiare la testa! Spesso mi passano dei pensieri velocemente, che non riesco a fermare, ma ne colgo il significato; sono tutti indirizzati verso una sola direzione: la maggior parte di essi sono possibili tentativi di suicidio studiati nei minimi particolari!»

«Solitudine? Senti me allora» disse Filippo. «Io abitavo da solo alla fine di una scaletta, in un monolocale con bagno: senza finestra e senza persiane, al loro posto un vuoto chiuso da due coperte con lo scotch; senza un armadio né una cucina, ma nemmeno un fornello, al loro posto sacchi neri che contenevano dei vestiti e, su una sedia, qualcosa da mangiare; senza la luce: al suo posto, sul soffitto dove l'intonaco era caduto, una piccola lampadina che forse andava bene anche per una torcia e delle candele sul tavolo; senza un bagno come si immagina di solito ma tutti i sanitari intasati, incrostati, ruggini, pieni di urina, il cui odore acre permeava nauseabondo. Non avevo un letto, un comodino, un abat-jour, ma una brandina con delle coperte buttate sopra. Ho quasi quarant'anni, una famiglia disastrosa alle spalle compreso una figlia

sparsa chissà dove tra comunità e affido, una pensione di poco più di 200 euro a causa di un'invalidità e forse qualche spinello retaggio del passato e qualche centesimo recuperato alla stazione elemosinando. È questo tutto ciò che ho.»

«Io» disse Francesco, «superai la solitudine con la pittura: mi diedero dei pennelli in mano e la mia vita cambiò. Per la prima volta in vita mia facevo qualcosa che mi piaceva senza dover rendere conto a qualcuno. Era una sensazione molto bella. Tornai a casa ma continuai a dipingere. A volte, quand'ero particolarmente ispirato, buttavo giù intere moka di caffè e dipingevo tutta la notte le pareti delle stanze riempiendole d'immaginazione, sensazioni, ricordi, emozioni ricorrenti: allegria, tristezza, disagio, serenità. I colori per me sono un anello di congiunzione tra cielo e terra uniti misteriosamente dall'arcobaleno, ponte di luce. Amo molto il nero, il bianco e il rosso, che erano i colori base nell'antichità e simbolizzavano tenebre, luce e sangue; il sangue di mio figlio che a volte ritorna nella mia mente e allora comincio a sudare, a bere e a dipingere sempre più freneticamente finché non mi addormento da qualche parte, sognando sempre di camminare con lui su di un prato fiorito.» «Beh» puntualizzò Filippo, «adesso la situazione igienico-sanitaria a casa è decisamente migliore: metterò uno scaldabagno, dell'acqua, delle prese nuove, un divano al posto del letto, un armadio per i vestiti, un altro armadio a muro in una piccola nicchia e, soprattutto, vorrei tanto le pareti pitturate di fresco, magari m'aiuti tu Francesco... Mio fratello è tornato e mi sta aiutando, i servizi sociali m'hanno trovato un lavoretto.»

L'ispettore Lopez sognò degli elicotteri, tanta neve e lui che scendeva nei pressi di una baita ma sul più bello si svegliò di soprassalto. Si guardò attorno stranito, vedendo un'altra persona dormire nel letto vicino e una fioca luce oltre la camera. Cercò la bottiglia sul comodino e bevve a lunghi sorsi. Poi prese le sigarette e l'accendino nascosto in fondo e uscì nel corridoio buio illuminato da due luci notturne, di cui una difettosa lampeggiava a intermittenza. La porta dell'infermeria era socchiusa: un infermiere era al computer, un altro sonnacchiava su di una poltrona. Sorrise e si avviò in fondo. Accese la luce e di conseguenza le ventole e rivede, come se fosse a un pic-nic, le sedie bianche di plastica e il tavolo rotondo con delle bruciature a forma di foglie di palma. Si accese una sigaretta e, guardando il fumo salire, pensò che di lì a poco si sarebbero accese tutte le luci e le parole sarebbero rimbalzate da una parte all'altra e si sarebbe cominciato ad aspettare: l'ora della colazione, delle docce, della terapia, della visita dei parenti, del carrello con il pranzo, mentre Francesco, incurante di tutto ciò, avrebbe preso a camminare su e giù per il corridoio con come unica meta il muro o la porta chiusa a chiave di quel reparto dell'ospedale.

«Lopez, vieni che devo farti il prelievo» lo chiamò un infermiere, mentre un altro gridava: «Terapia!» e tutti si avvicinarono verso l'infermeria con un bicchiere di plastica in mano. Poi tornò in camera, si mise a letto e cominciò a pensare a chi era e a cosa era successo. Arrivò il primario per il solito giro: aveva una corporatura imponente, barba lunga e capelli neri, scompigliati e lunghissimi e sotto il camice un vestito nero. Rimase allibito, non sapeva più cosa pensare, non sapeva più chi era, né cosa ci facesse lì. Poi il primario gli disse: «Lopez, tu soffri di allucinazioni, devi curarti. Pensa che a volte addirittura credi di essere un ispettore e che qua l'altro giorno non c'era nessuno perché tutti erano stati rapiti da un barbone». Lopez si lasciò cadere sul letto e cominciò a guardare il soffitto.

Arrivò Pasquale, quel vecchietto smunto che camminava piano.

Aveva in mano una pedina degli scacchi e un biglietto.

La pedina era un re, quel re.

Sul biglietto c'erano scritte solo due parole: «scacco matto».

## **I miei progetti ripresi**

### *Premessa*

Con questa testimonianza riprendo il filo logico contenuto nell'articolo a mia firma pubblicato in *Dottore, non sono di psichiatria!*. La scelta del titolo è tutt'altro che casuale: in quella circostanza parlavo de «I miei progetti interrotti», questa volta faccio un passo avanti, prendo nota di una diversa fase del mio percorso terapeutico ma anche esistenziale e così analizzerò: «I miei progetti ripresi». Tra questi due titoli, che sono ben altro che semplici parole scritte su un foglio di carta, è passato davvero molto in termini di vicende, idee, emozioni e contenuti.

Il primo articolo era stato originariamente pubblicato in un numero del periodico del «Clan/Destino» e nasceva in un momento di transizione (ma non è vero che tutta la nostra vita è una transizione verso qualcosa che possiamo definire solo in ridottissima misura?); c'era molto malessere, si allungavano ancora nella mia mente le ombre dei brutti traumi subiti negli anni precedenti, soprattutto avvertivo a fronte di una marcata reattività, di una gran voglia di reagire, l'esiguità di punti di riferimento, di basi solide e sicure all'interno del mio quotidiano.

Cosa c'è di nuovo in questa ulteriore testimonianza che porto all'attenzione del lettore? Siamo, mentre sto scrivendo queste righe di fronte al mio computer,

nel novembre del 2011, e direi che in linea generale la transizione prosegue. Nella mia esistenza faccio cose come curarmi (colloqui psicoterapeutici individuali e gruppo DBT) e frequentare i miei tanti, carissimi amici, con cui condivido momenti caldi e appaganti. Poi a volte cedo all'impulso un po' intimistico di chiudermi in me stesso per leccarmi le ferite, che naturalmente ancora ci sono e ci saranno sempre, o semplicemente per lasciar vagare i miei pensieri così, senza scopo e senza meta.

Continuo anche il mio impegno come Presidente del «Clan», un'esperienza per me ricca di implicazioni, complessa, attraverso la quale sto cercando di mettermi al servizio di una causa in cui credo fermamente, ma anche con cui cerco di sfidare una parte di me stesso, quella più cinica, rinunciataria e passiva, per traghettare me stesso verso una maggior apertura sociale e mentale. Sì, diciamo che grazie al «Clan» (a me piace chiamarlo così, in forma abbreviativa!) cerco ogni giorno di «prendere il toro per le corna», di confrontarmi con quel formidabile richiamo della foresta che da sempre mi porta a eleggere come mia una condizione di rifiuto dei rapporti interpersonali e quindi di isolamento.

### *Alla ricerca di un lavoro...*

Dunque, giunti a questo punto, il lettore si domanderà legittimamente cosa potrà mai trovare di nuovo e interessante in questo articolo rispetto a quanto ho già scritto in precedenza. Beh, una novità c'è, e si tratta dell'esperienza che sto facendo da oltre quattro mesi e che cercherò di analizzare nelle prossime pagine, non solo e non tanto come un qualcosa di fine a se stesso, ma ponendola in relazione ai riflessi riabilitativi che essa ha su di me.

È successo che a luglio, così all'improvviso, mi è capitata l'opportunità di partecipare a un concorso pubblico per un posto di lavoro come impiegato presso la Segreteria del Comune di Uboldo (VA). Più precisamente, vincendo il concorso si otteneva un tirocinio di sei mesi tramite una convenzione stipulata tra il Comune e il Servizio Inserimento Lavorativo di Saronno, cui poi sarebbe seguito un contratto di assunzione a tempo indeterminato.

Direi di partire da un aggiornamento sulla condizione che vivo nel periodo precedente la partecipazione al concorso. In realtà, un'occupazione già la stavo cercando da mesi, diciamo dall'inizio dell'anno. Meglio ancora, diciamo che nel momento in cui sono stato dimesso dal CRA per iniziare l'esperienza della residenzialità leggera nell'appartamento di via Bergamo, quindi siamo nell'ottobre del 2010, in me è cresciuto il bisogno di trovare un lavoro, di essere attivamente impegnato e di disporre di una fonte di reddito.

Questa esigenza agli inizi del 2011 si è concretizzata in un'intensa attività di ricerca, che ha presto preso a riempire le mie giornate (non si dice talvolta che cercare un lavoro è già di per sé un lavoro?!). Ho stilato e consegnato curricula vitae, ho fatto «il giro delle sette chiese» (cioè delle agenzie interinali presenti a Saronno), ho fatto parecchie ricerche tramite le banche dati in internet.

Tramite la rete mi sono imbattuto in due opportunità di lavoro, che in tempi diversi ho accettato e per le quali ho speso impegno e aspettative. La prima opportunità è consistita in un lavoro presso un call center di Sesto San Giovanni, presso il quale dovevo vendere prodotti editoriali tramite il telemarketing. La cosa è durata poco. Da un punto di vista logistico mi toccava prendere ogni giorno treno e metropolitana e poiché venivo pagato a provvigione, senza poter contare su una base di emolumenti fissi, alla fine il gioco non valeva la candela, nel senso che a conti fatti le spese in trasporti risultavano quasi superiori a quanto riuscivo a mettermi in tasca.

Qualche tempo dopo aver detto basta al call center mi sono imbattuto, sempre tramite una banca dati informatica, in una società energetica tedesca che era alla ricerca di rappresentanti. Così mi sono imbarcato in questa nuova «avventura», e uso questo termine perché si trattava di una vera e propria incognita, dato che io di questo settore non conoscevo nulla. Anche qui sono emersi abbastanza presto dei problemi insormontabili, il principale dei quali era che non guidando scontavo forti difficoltà a muovermi sul territorio che mi era stato assegnato per stabilire i contatti con i potenziali clienti. E comunque, intendiamoci, anche lì il trattamento economico era tutt'altro che principesco.

Così tra la primavera e l'estate del 2011 scorse mi sono ritrovato con le mani in mano, con tanti (troppi!) pensieri per la testa e una gran voglia di mettermi in gioco in qualche modo. Questo periodo lo ricordo oggi con un certo disagio, perché è stato un periodo caratterizzato da notevoli alti e bassi, attraversato da una marcata instabilità umorale e psicologica. Diciamo che mi sentivo in trappola, imprigionato in un tunnel senza fondo (come puoi immaginare di costruirti un futuro all'insegna dell'autonomia senza un lavoro e uno stipendio?).

Le conseguenze di questo «clima» interiore ricadevano sui miei comportamenti e sul modo con cui affrontavo le mie giornate. C'erano giorni in cui faticavo a mettermi in piedi la mattina, ad esempio. Ero più scostante del solito nel sottopormi ai colloqui medici e al gruppo terapeutico in CPS. Poi erano comparsi o si erano intensificati determinati disturbi, e qui segnalavo soprattutto i disordini alimentari. Mi capitava di abbuffarmi in tarda serata o nella notte; in pratica venivo colto da un impulso irrefrenabile che mi portava a saccheggiare voracemente il frigorifero, quel che è peggio mescolando cibi salati a dolci, con

il risultato di procurarmi brutti malesseri gastrici e contraccolpi psicologici che mi abbattevano.

*Un barlume di luce...*

Poi a luglio si profila un'improvvisa novità. Il Comune di Uboldo sta cercando un impiegato da assumere come categoria protetta per l'Ufficio Segreteria. Come vedete scrivo ora al tempo presente, e ciò non costituisce una svista bensì una scelta consapevole, dettata dal fatto che gli eventi che sto per raccontare ai lettori «me li sento ancora addosso», rappresentano per me l'attualità del qui e dell'ora, soprattutto perché li ho vissuti con grande intensità. Succede che l'educatrice del CRA Denise Amiens ha segnalato alla dott.ssa Feletti, della CPM, che c'è questo concorso di cui è venuta a conoscenza, per cui, detto fatto, io e un altro ragazzo che vive in appartamento con me, Andrea, c'iscriviamo e, con l'aiuto dei nostri educatori, ci diamo da fare per prepararci adeguatamente.

Bisognerà affrontare due prove, un test scritto e un colloquio orale. Lavoro a questa cosa per un mese scarso, e in almeno due circostanze sono sul punto di gettare tutto alle ortiche. Il fatto è che non sempre ci credo, ci sono momenti in cui il pessimismo prevale su tutto, per cui mi prefiguro scenari in cui in sede di concorso mi dimostrerò inadeguato e verrò surclassato nella graduatoria finale da gente molto più sveglia e preparata di me.

Se oggi penso a quei momenti di sconforto mi si gela il sangue, perché sono andato davvero vicinissimo a sfasciare tutto, a lasciarmi passare davanti un treno così importante. Alla fine, aiutato e sostenuto anche da medici, operatori e amici, opto per la strada della ragionevolezza, il che significa tenere i piedi per terra senza precipitare le cose in chiave troppo ottimistica o pessimistica. Mi dico: «Impegnati al massimo e poi vedremo. Ovviamente non hai garanzie, non puoi sapere come andrà a finire, non puoi dire a priori se andrà bene o male, per cui fissa degli obiettivi di massima». Così decido che la missione da compiere è andare fino in fondo, presentandomi alle date previste dal concorso, dopodiché mi dirò soddisfatto se sarò riuscito a conquistare una delle prime tre piazze nella graduatoria finale, mentre rianalizzerò criticamente un eventuale piazzamento più modesto.

Con il senno di poi, secondo me questo momento di cui sto parlando da un punto di vista squisitamente psicologico è stato un passaggio di fondamentale importanza, un vero passo avanti nella mia storia di persona e di paziente psichiatrico. Infatti il mio tallone d'Achille è sempre stato questo, il fatto di non tollerare le sfumature intermedie nell'affrontare la realtà, da cui un procedere

direttamente dal «tutto bianco» al «tutto nero», con una forte tendenza alla ricerca di un perfezionismo scarsamente produttivo.

Certo, poi è venuto tutto il resto: ho superato il concorso, ho ottenuto la mia scrivania in ufficio e mi sono adattato un po' per volta alle tante problematiche del lavoro; però quel frangente è stato qualitativamente cruciale, perché ho condotto un braccio di ferro dentro la mia mente e ho accettato di essere né un superuomo né un brutto anatroccolo, ma semplicemente una persona che affrontava una prova importante nella consapevolezza e nell'accettazione del proprio personale mix di risorse e limiti.

Comunque non nascondo che nei giorni delle prove il barometro del mio umore segnava burrasca, perché continuavo a dirmi: «Bah, ma ti pare possibile che io possa aggiudicarmi una cosa così bella e importante per il mio futuro? Dopotutto sono sempre stato un perdente, giusto?».

*A volte la realtà ci sorprende...*

Me lo sono ripetuto fino alla nausea, finché mi è arrivata dalla Segreteria del Comune la telefonata che mi annunciava il mio piazzamento in graduatoria: «Dopotutto sono sempre stato un perdente, giusto?». Sbagliato!!

*Vedere il bicchiere mezzo pieno*

Il resto è cronaca recente. Ho vinto il concorso e quindi ho iniziato a lavorare, e se qualche lettore sta pesando che a questo punto mi metterò a descrivere minutamente le caratteristiche del mio impiego, si sbaglia.

Il discorso che riguarda il lavoro è assai semplice e me ne disimpegno in poche battute. Sono diventato un impiegato amministrativo, le mansioni che svolgo mi piacciono e i colleghi sono simpatici e gentili, per cui nell'ambiente del Comune mi trovo decisamente a mio agio. Il tirocinio che ho iniziato il 18 luglio 2011 finirà il 31 gennaio del 2012, dopodiché se verrò giudicato all'altezza della situazione ci sarà un'assunzione definitiva.

In questa sede però non è tanto delle caratteristiche «esterne» del mio lavoro di cui voglio parlare; a me interessa chiarire delle implicazioni psicologiche, un paio di dinamiche che mostrano come un buon lavoro possa assumere una valenza assolutamente terapeutica, in linea con i concetti di empowerment (affrancamento dallo stato di fragilità) e recovery (presa in carico con consapevolezza della propria condizione), che sono tanto cari a noi che svolgiamo un duro lavoro su noi stessi.

Vado per metafore, e la prima immagine cui faccio ricorso è quella del «bicchiere mezzo pieno». Non è che non ci avessi già pensato, non è che medici e operatori non mi avessero già dato indicazioni in questo senso in passato, e comunque non sto sicuramente facendo una scoperta rivoluzionaria, però ciò di cui sto per parlare si sta traducendo in una novità che apporta grandi benefici alla qualità del mio vissuto.

È successo che in questi primi mesi di impegno lavorativo una persona affetta da notevoli note di narcisismo e perfezionismo come sono appunto io ha cominciato ad accettare l'idea che il proverbiale bicchiere mezzo pieno ha il suo valore, e qualche volta pure un certo fascino. Mi spiego meglio. Quand'ero ospite presso il CRA di Saronno per quindici mesi ho svolto un tirocinio presso una cooperativa sociale (la «Ozanam») e allora ho marcato assenza in circostanze nelle quali invece avrei potuto stringere i denti. Delle volte mi svegliavo la mattina con «la testa per aria», per qualcosa di negativo che mi era successo il giorno prima o più semplicemente perché mi sentivo depresso, perché la mia patologia aveva deciso di fare la voce grossa dentro di me, e il risultato era che proprio non ce la facevo a vestirmi e a prendere il treno per Rovellasca, dove si trovava la sede del lavoro. Io seguivo una logica tutta mia, una logica distorta ma terribilmente radicata: «Non stai bene e se vai al lavoro sarai impresentabile, non farai una buona prestazione, per cui oggi il gioco non vale la candela. Getta la spugna e rimani in comunità».

Capite? Io ero concentrato sul bicchiere mezzo vuoto, anzi *io ero* un bicchiere mezzo vuoto; non ero in forma, non ero al cento per cento, per cui perché accettare di scendere a patti con quella che si preannunciava come una giornata poco brillante?

Lavorando in Comune a Uboldo in questi primi mesi, un po' per l'aiuto degli operatori e dei colleghi, un po' perché grazie al Cielo un bel giorno si trova la forza di fare i conti con i propri tabù, ho cominciato a rovesciare questa logica, vedendo il bicchiere, quello stesso bicchiere di sempre, mezzo pieno. Il bicchiere mezzo pieno corrisponde a un grande atto di accettazione; si accetta che nella realtà non ci sono il bianco e il nero, ma una vastissima gamma di tonalità intermedie. Glauco non è né bianco (ovvero un superuomo, una persona infallibile), né nero (un omuncolo indegno di fare delle cose sul globo terracqueo). Glauco contiene tantissime sfumature che dipendono da altrettanti fattori, molti dei quali non è lui stesso in grado di controllare, ed è partendo da queste sfumature che deve fare i conti con la realtà.

Questa considerazione si è tradotta in un dato statistico: da che sono applicato in Segreteria a Uboldo, il trend delle assenze si mantiene in un ordine



decisamente fisiologico. Ciò avviene perché accetto di andare a lavorare anche quando, certe giornate, nella mia testa spira la bora, quando stati quali l'ansia o movimenti paradedpressivi bussano alla mia porta. Adesso ho capito che l'importante è timbrare il cartellino con regolarità, e anzi, se timbro all'ingresso una mattina in cui mi sento vacillare, allora posso dire che alla fine quella giornata lavorativa avrà avuto per me un valore ancora più elevato delle altre.

### *Accettare la crisi*

Ma ovviamente alla fine un momento di crisi doveva pur esserci. I guai sono sempre dietro l'angolo, come si suol dire, e così io ho dovuto fare i conti con la mia maledizione: così, all'improvviso, quando meno me l'aspettavo, a causa di un evento banalissimo. A fine ottobre (siamo nel 2011, in pieno tirocinio) mi stavo godendo la mia luna di miele con il lavoro in Comune, quando dall'oggi al domani sono finito in ospedale per sottopormi a una semplice appendicectomia. In totale sono rimasto a casa per quindici giorni, la prima settimana per la degenza ospedaliera, la seconda per la convalescenza.

Devo premettere che il solo vedere un ospedale mi mette ancora oggi, a tanti anni di distanza, i brividi, perché richiama alla mia mente la tragica perdita dei miei genitori, che si sono spenti proprio presso il nosocomio di Saronno tra il 2004 e il 2006. Però adesso è di altro che voglio parlare, perché la crisi che mi arrivata addosso non veniva solo da quella direzione. È successo che finita la convalescenza sono rientrato al lavoro, di lunedì, ed è stato come essere travolto da un treno in piena corsa.

Il primo giorno ho stretto i denti, ho dissimulato il mio reale stato interiore (gran brutta scelta!) di fronte a me stesso e a Paola e Lorena, le mie due colleghe della Segreteria. Così ho trascorso il tempo sorridendo e mostrandomi gentile, come se nulla fosse. Il martedì ho vissuto una giornata tragica, complice anche il fatto che ero chiamato a sostituire una collega in ferie nello svolgimento di una mansione, che anche in condizioni normali genera in me una certa ansia. È andata a finire che mi sono sfogato con Mariella, l'assistente sociale che lavora nell'ufficio accanto al mio, e sono poi tornato a casa. Il mercoledì sono tornato alla carica: altra messinscena, come il lunedì, per poi trincerarmi a letto prestissimo la sera, scosso da mille risonanze negative. Il giovedì ho capito che così non si poteva più andare avanti, per cui sono rimasto a casa, come consigliatomi dai medici che mi seguono.

Cosa mi stava succedendo e, soprattutto, come ho fatto a uscirne? I dottori non mi hanno rivelato arcani, mi hanno aiutato semmai a fare i conti in quel

frangente con un demone interiore che nasce proprio dal tipo di disturbo che mi è stato diagnosticato, una cosa che mi perseguita da una vita, a causa della quale tante aspettative sono andate deluse, tipo quella di laurearmi. In gergo tecnico sto parlando di una «ferita narcisistica», uno stato di elevata sofferenza psicologica che nasce da una distorsione interpretativa. Per dirla in parole semplici io, forte (ma sarebbe meglio dire debole) della mia logica binaria per cui le cose possono esistere solo se perfette, ho semplicemente rifiutato la realtà rappresentata da quelle due settimane di assenza dal lavoro, anche se quell'assenza nasceva da ragioni indipendenti dalla mia volontà.

Mi sono detto: «Adesso nulla sarà più come prima, non potrai più lavorare come facevi sino a prima dell'intervento, perché questi giorni di assenza sono il tuo neo; ora non sei più credibile di fronte a te stesso e ai tuoi colleghi». Mi sono ripetuto nella testa queste idee in mondo tambureggiante, fino ad autoconvincermi del fatto che ormai il tirocinio era irrimediabilmente compromesso, per cui alla fine non sarei stato assunto. Non importava che ricevessi rassicurazioni e che tutti intorno a me si mostrassero gentili e premurosi nei miei riguardi (non finirò mai di ringraziare Paola, Lorena, Mariella, Antonio e tutti i miei colleghi, Lorenzo, il Sindaco, e poi Gabriella, Serena, Davide e tutta la comunità della CPM, operatori e ospiti, i medici che mi hanno ascoltato nei colloqui di quei giorni, e ancora Sabrina, Andrea e Walter, i ragazzi che abitano con me in residenzialità leggera, per concludere con Piero, il mio preziosissimo e insostituibile «secondo padre»): io ero salito a bordo di quel treno mentale e mi rifiutavo categoricamente di scendere.

Mi ero imbattuto ancora una volta nella mia vita nell'Uomo Nero che tanti danni ha fatto, che tanti miei progetti ha spezzato. Solo che in questa circostanza ho ascoltato, sia pure con non poca titubanza, il consiglio dei medici e me ne sono rimasto a casa per un paio di giorni. Non ho respinto la crisi, l'ho lasciata scorrere dentro di me, sperando che a un certo punto se ne sarebbe andata com'era venuta. Gli psichiatri mi dicevano di assecondare la crisi, di dare tempo al tempo, di riposarmi senza fare troppi calcoli e soprattutto evitando scelte troppo reattive, e così ho fatto. Ho passato del tempo a letto, sono uscito la sera con gli amici, ho letto un libro, insomma ho fatto cose semplici, lasciando che dentro di me la tempesta si placasse.

Dunque, per ristabilire un minimo di cronologia, di giovedì ho interrotto il lavoro, mi sono riposato per quattro giorni, quindi il lunedì successivo sono tornato in Comune e a quel punto è stato come se in me si fosse riannodato un filo che avevo dato per irrimediabilmente spezzato. Ho ripreso a svolgere le mie mansioni con serenità, ma soprattutto ho capito che nulla in quel breve ma dif-

ficile lasso di tempo era andato compromesso, che in realtà mi ero proiettato un film sullo schermo della mia mente. Le cose perfette non fanno parte di questo mondo (forse fortunatamente), le cose che contengono vero valore sono quelle in cui ciascuno di noi sprema i suoi principi, la sua immaginazione, la sua volontà.

Questi concetti di cui ho parlato, il bicchiere mezzo pieno e l'accettazione radicale dello stato di crisi, costituiscono per me una grande svolta; ne ho sentito parlare in forme diverse da che sono in carico ai Servizi psichiatrici, ma diciamo che il lavoro in Comune è stato il laboratorio nel quale li ho messi in pratica per la prima volta senza riserve e con successo.

Adesso, mentre sto terminando di scrivere questa testimonianza a metà strada tra un'analisi e uno stralcio di diario di bordo (sera del 24 novembre 2011), mi aspetto ulteriori sviluppi, in quanto questi nuovi modi di avvicinarmi alla realtà li potrò esportare al di fuori dell'esperienza lavorativa, sperimentandoli nei rapporti interpersonali, nel tempo libero, nel mio impegno associativo all'interno del «Clan/Destino», ecc.

Certo, non sono così sciocco da non sapere che altre fasi critiche mi attendono dietro l'angolo, però l'importante è che la mia mente e la mia sfera emotiva stiano andando verso un'evoluzione positiva, e che il mio modo di gestire le situazioni del quotidiano sia meno rudimentale e ingenuo che non in passato.

*«Sentirlo!»*

Così, provando e riprovando, sbagliando, subendo batoste e rialzandomi, a volte mi capita di sentirlo. A cosa mi riferisco? Parlo del richiamo della mia identità, di una cosa che va oltre le tante sfaccettature del mio quotidiano, il lavoro, gli amici, il percorso di cura, il «Clan», unificandole e amalgamandole tutte.

Sento che la mia identità è un po' più coesa e armoniosa rispetto agli anni bui della mia vita, quegli anni che sto cercando di mettermi alle spalle con tanta fatica. Sento che un po' alla volta nell'affrontare le situazioni posso fidarmi del mio istinto, di ciò che mi detta la voce profonda del mio essere uomo.

Per me è una novità assoluta e bellissima, perché per retroterra caratteriale e patologico nelle questioni della mia vita in trentasette anni ho spesso delegato ad altri le decisioni, ho demandato le scelte, ho accettato acriticamente i punti di vista altrui. Mi sono tantissime volte detto: «Meglio che lasci fare ai genitori, o che ascolti qualche tuo amico; se affronti questa cosa con la tua testa va a finire male».

È bellissimo costruirsi il quotidiano con le proprie mani, la propria mente e il proprio cuore, ed è bellissimo potersi fidare di se stessi, sentirsi abbastanza

forti e saldi da riuscire a determinare qualcosa della propria esistenza senza scontare eccessive forme di dipendenza dall'esterno. Così, adesso, sia pure zoppicando e qualche volta cadendo a terra, sto cominciando a fare dei passi in autonomia. Magari ciò non avviene sui massimi sistemi, ma nelle piccole cose, nelle piccole questioni, quelle che messe tutte assieme tracciano la direzione verso la quale procediamo. Non so dire quando sia cominciato a succedere, non c'è ovviamente una data «x», ma da qualche tempo comincio a «sentirlo», e il lavoro sta fornendo un notevole contributo a questo processo.

### *Un messaggio nella bottiglia*

Poiché faccio parte del «Clan» e credo fermamente nel principio dell'auto-mutuo aiuto, ovvero nell'idea che vi debba essere un forte, intrinseco legame tra la responsabilità individuale e la solidarietà all'interno dell'esperienza della cura, mi sembra giusto concludere questa mia testimonianza con qualcosa che possa suonare anche solo lontanamente utile a chi ha avuto la pazienza di leggere queste mie righe.

Non mi rivolgo al Lettore, cioè a una categoria privilegiata, ma ai lettori, ovvero alle persone in generale. Ciò in quanto non ritengo che la trasmissione di saperi ed esperienze vada a senso unico, ma reputo semmai che ci possa e ci debba essere uno scambio all'insegna della reciprocità. Perciò sono convinto che anche una persona che ha delle fragilità come me possa spendere una parola in qualche modo utile, sia per chi è nella sua stessa condizione, sia per chi invece non ha problemi di natura psichiatrica. Forse riesco a fare questo proprio perché la malattia mi sta obbligando da cinque anni a un intenso lavoro su me stesso, e quindi a non dare nulla per scontato, a riflettere e a vivere in modo intenso le tante sfumature del rapporto quotidiano con la realtà.

Un avvertimento: nella bottiglia non ho messo cose tecniche, perché ciò non mi compete; ho messo semmai un piccolo distillato di mio, personale sapere esperienziale. Credo sia giusto così. In sintesi, non dirò troppe cose perché non vorrei confondere le idee ai lettori e perché penso sia meglio concentrarsi su pochi, chiari e semplici concetti pratici, anziché dire di tutto e di più.

Per prima cosa, nell'esperienza evolutiva mia così come in quella di tanti altri miei amici ha centralità il fattore della consapevolezza, il che equivale a dire l'importanza di conoscersi. Se ti conosci sai chi sei, da dove vieni e dove stai andando, e soprattutto non ti trovi nella condizione di una mosca cieca quando gli eventi della vita volgono a tuo sfavore. È sin troppo facile esibire i muscoli e un sorriso a trentadue denti quando tutto scorre bene, mentre la

vera sfida è rimanere in piedi quando subentra una condizione di crisi. Allora la consapevolezza dei propri limiti, delle proprie fragilità, delle proprie risorse e dei propri mezzi fa la differenza, perché ci permette di comportarci come un marinaio esperto che conduce in porto la sua barca, manovrando con prudenza tra le onde di un mare burrascoso. Conoscersi significa anche non esaltarsi eccessivamente quando le cose vanno bene, e viceversa non annullarsi quando si deve fare i conti con un insuccesso; è importante mantenere nelle varie situazioni una percezione per quanto possibile equilibrata di sé, perché senza questo fulcro interiore di fatto si rinuncia ad accettare l'evidenza che la vita è una sfida difficile, fatta di gioie e delusioni, di fasi belle e brutte. Se ragioniamo secondo la logica binaria del «tutto o niente», la nostra esistenza sarà molto facilmente un saliscendi stressante e improduttivo.

Secondo concetto: l'importanza del tempo. Ci pensiamo raramente, perché siamo per tanti motivi concentrati sul presente, sul qui e ora, ma, al di là dei nostri sforzi e del nostro brigare, il tempo svolge già di per sé una propria funzione migliorativa, lenitiva e terapeutica rispetto ai nostri affanni. Attenzione, non sto virando il discorso nella direzione di una china di stampo «new age», sto dicendo che il trascorrere del tempo ci conferisce una maggior padronanza di noi stessi e delle circostanze, ci fa maturare, contribuisce alla cicatrizzazione delle nostre ferite interiori. Io riesco a svolgere oggi un lavoro che non sarei stato in grado di svolgere diciamo un anno fa, e per questo non devo ringraziare solo la mia volontà di migliorare, le cure, chi mi è stato vicino, ma anche proprio il fatto che il tempo ha agito positivamente su di me in molti modi diversi. Ad esempio ha contribuito alla progressiva metabolizzazione dei gravissimi traumi, a causa dei quali nel 2006 mi sono ritrovato a pesare quarantasette chili partendo da un peso forma di settanta. Dare valore al tempo ci permette di capire che nella vita esiste necessariamente un'alternanza di fasi, che dobbiamo sapere tollerare o gustare a seconda delle circostanze, tenendo ben presente che le cose sono destinate a cambiare. Ciò implica l'idea della prospettiva: giusto è costruire nel presente, ma bisogna anche saper guardare avanti. Se procedi bene, devi lavorare perché ci siano i presupposti per continuare nella direzione giusta. Se viceversa sei in difficoltà, non devi abbatterti, pensando che sarà sempre così; devi dirti e ripeterti che puoi fare uno sforzo di logica e fantasia per porre i presupposti per un cambiamento.

Un'altra idea cui sono molto affezionato è quella cosa che nella terapia del disturbo del comportamento viene inquadrata come «accettazione radicale». L'accettazione radicale significa partire nelle situazioni dal riconoscimento pieno, onesto e incondizionato dei dati di realtà che ci troviamo di fronte. Può

sembrare un modo di porsi passivo e rinunciatario, da «perdente», per così dire, ma in effetti io ho qualche possibilità di migliorare la mia condizione solo se ne accetto le premesse, se smetto di assumere inutilmente degli atteggiamenti reattivi di fronte a dei semplici dati di fatto. Se sto male a causa di qualcosa che mi è successo; questo è un dato di fatto, e l'accettare la sofferenza per quella che è costituisce il primo, indispensabile passo per riuscire a stare un po' meglio.

Ecco, ho infilato nella bottiglia il mio messaggio per i lettori, ed è giusto che a questo messaggio segua una necessaria postilla. Forse pecco nello stile della scrittura, forse mi capita di dare un po' la sensazione di scrivere in modo dottorale, «dalla cattedra», perché ho fatto il giornalista per sei anni e così ho contratto la «deformazione professionale» di chi, pur volendo farsi comprendere dal lettore, non rinuncia a una certa dose di esibizionismo (nessuno è perfetto, no?). Assicuro però quanti stanno leggendo queste righe che io mi pongo solo e unicamente come una persona che desidera mettere a disposizione degli altri il modesto frutto dell'esperienza maturata sulla propria pelle, sbagliando e correggendosi di giorno in giorno.

Lungi da me l'idea di essere «arrivato», di aver risolto i miei problemi, che rimangono tanti e impegnativi e a proposito dei quali magari ci sarà un'altra occasione per parlarne approfonditamente. Chissà, magari...

Intanto, mi piace concludere questa mia testimonianza con la stessa frase con cui conclusi l'articolo pubblicato in *Dottore, non sono di psichiatria!*, una frase che per me è uno slogan che riflette un'intera filosofia di vita.

Ve la ricordate?

*Navigherò lungo quest'oceano finché avrò vento nelle vele e ci sarà nuova terra da scoprire...*

*Glauco Ghidetti*

## **La mia guarigione**

Ieri ho visto un tramonto. Bello nel breve volgere di istantanee immortalate da colori rosso vivo fino al rosa più tenue. Mai avrei immaginato di tornare a godere di questi momenti di pace e serenità. Per affacciarsi al mondo bisogna stare bene con se stessi e non prigionieri di una malattia dolorosa, che lascia poco spazio al di fuori della persona tormentata e sofferente. Nel mio caso, sette ricoveri in un anno e mezzo nel reparto di psichiatria sono veramente tanti. Ormai, nel 2006, dopo avere perso i genitori e i suoceri negli anni precedenti

e un matrimonio da poco alle spalle con due figli adolescenti, con la malattia che incombeva, non vedevo via d'uscita.

Il primo approccio con il CPS non fu dei più positivi. Non c'era dialogo con il mio referente e, di conseguenza, la via era alquanto impraticabile. Poi, casualmente, questo medico andò a lavorare da un'altra parte e conobbi il suo sostituto, che mi avrebbe dato una grande mano nel mio percorso di recovery (guarigione-riabilitazione). Subito si instaurò un rapporto di reciproca stima e rispetto. Finalmente capivo esattamente perché dovevo assumere la mia terapia, ma anche gli eventuali effetti collaterali.

Di pari passo, incominciai a frequentare il «Clan/destino», gruppo AMA (auto-mutuo aiuto) composto da persone con disagio mentale guidato da un'operatrice e alcuni volontari. Conobbi utenti con cui condividere gli aspetti della mia malattia e, soprattutto, realizzare di non essere il solo ad averla. In quel periodo riuscii a ritagliarmi dei piccoli spazi con la psicologa del gruppo e posso assicurare che erano momenti fondamentali per il prosieguo della mia riabilitazione. Cominciai ad avere degli amici che non scorderò mai, come D., che mi aiutava ad attraversare la strada tanto ero provato e poco reattivo. Ricordo con piacere le «pizzate» organizzate dal «Clan/destino» e la voglia di partecipare alle attività di gruppo.

Quel senso di impotenza e di panico, a poco a poco, si stava attenuando. Dopo un anno disastroso per il lavoro, il 2005, cominciai a riprenderlo con un part-time. L'educatrice che mi seguiva mi diede degli ottimi consigli e ottenni di diventare una categoria protetta al lavoro e di godere dei benefici della legge 104/92, che garantisce dei giorni retribuiti per attività di riabilitazione. Fino ad arrivare, nel 2010, a frequentare il corso di Facilitatore Sociale e conseguirne l'attestato.

Oggi, posso dire che sto molto meglio. Sono molto bene compensato, ho un mio equilibrio e lavoro a tempo pieno. C'è chi dice che sono guarito. Io non so come posso definire il mio stato di benessere. So solo che l'uso corretto e in maniera costante dei farmaci, il confronto con la mia psicologa (mitica Roby), la risocializzazione e l'amore dei miei figli mi hanno fatto ottenere il risultato di non avere più avuto ricoveri ospedalieri negli ultimi cinque anni.

Penso che il mio cammino non sia finito, ma sia solo il punto di partenza per avere una vita più vivibile e più lunga possibile. La mia guarigione non è altro che un percorso che affronto quotidianamente, come tutte le persone di questo mondo. Cerco di lottare sempre e di non fermarmi mai. Al passato non penso, non serve, ma nemmeno al futuro, perché voglio vivere il presente nel migliore dei modi.

*Giuseppe*

SOGNI COLORATI BIPOLARI  
OVVERO... FESTINA LENTE

*E...*

*...svegliarsi la mattina e sentirsi come morti:  
non avere voglia di alzarsi,  
non avere voglia di niente  
perché tutto sembra inutile, sorpassato  
e la tua testa non reagisce  
ed allora cominci a camminare a piccoli passi  
e tutto è come se ti sfuggisse,  
niente è più sotto controllo:  
entri in una camera e non sai più il perché,  
stai facendo una cosa  
e non trovi più gli oggetti che stai usando,  
vagli senza meta  
come se il mondo non fosse veramente lì  
ma fosse chissà dove  
universo parallelo  
che ci esclude dalla sua presenza...*

*E fumare,  
bruciarsi le dita con qualsiasi cosa:  
le tue, quelle degli altri,  
o dire:  
«lasciami gli ultimi due tiri»,  
o addirittura il mozzicone non finito nel posacenere  
è una gioia  
nella speranza che quel fumare  
ti possa dare qualcosa,  
fermare il tempo,  
ricucire il passato  
per camminare nuovamente,  
lucidamente,  
nel presente.*

*E buttarsi sul letto e non pensare più a niente,  
star seduti su di una sedia  
e fissare il vuoto per delle ore  
finché qualcuno non ci porti via...  
E poi svegliarsi la mattina  
con l'incubo dei numeri luminosi della sveglia  
e sentirsi perfettamente svegli,  
presenti,*



*ed organizzare quelle ore che ci separano  
dalla vita normale  
con i pensieri e le azioni che si succedono  
ad un ritmo impressionante  
come scendere da una montagna senza freni...  
e non dire di no a niente,  
permettersi di tutto  
con il mondo che gira troppo lentamente...  
e...*

*Bere l'acqua sul fondo del mare  
e respirare l'aria dove più non si sale,  
essere pecora  
e poi leone,  
essere campione  
e poi coglione,  
credere di essere al centro di tutto  
e non saper più dove nascondersi  
per non farsi vedere  
per non farsi riconoscere;  
eppure...*

*eppure basterebbe un po' d'amore  
e l'aquila volerebbe con l'avvoltoio  
e la destra stringerebbe la sinistra  
solo un po'  
d'amore  
solo un po' d'amore  
per dormire  
per fare  
fare sogni colorati  
e sentire  
sentire che tutto deve ancora venire...  
poi senti freddo  
l'avvoltoio è diventato un gallo  
senti una mosca che gira nella stanza  
Canale5 pepepepepepe  
apri un occhio  
lo butti sul led rosso di fianco  
7:00  
è ora  
no cazzo*

*è tardissimo  
devi cominciare il lavoro mezz'ora prima  
è giovedì  
merda  
ecco, sei in piedi  
corri in cucina scalzo, in mutande  
accendi il gas  
metti su la moca  
meno male era già pronta...  
adesso sei in bagno  
fai scorrere l'acqua  
merda è ancora fredda*

*ma non c'è tempo  
ti lavi la faccia  
i denti dopo chi se ne frega  
pantaloni,  
maglietta,  
scarpe da ginnastica...  
il caffè sale  
giusto in tempo  
cazzo scotta  
e le chiavi dove sono adesso?  
panico  
corri da una stanza all'altra  
ahhh, che male  
hai sbattuto contro uno spigolo  
ma senti le chiavi  
le avevi in tasca...  
la guardi, dorme  
meno male  
via, fuori!  
7:10  
l'ascensore è fermo  
ti butti di sotto per le scale.  
Sali in macchina  
sigaretta  
radio  
via!!!  
Che fa 'sto imbecille?  
vai, pirla!*

7:15  
Giornale radio  
Il Milan perde ai rigori col Canicatti  
tempo brutto su tutta la Lombardia.

oroscopo:  
giornata negativa  
state a casa se potete  
e adesso me lo dici?

Scemo!

7:23

Eccolo, il cancello  
ci sei...

Buongiorno dottore, tutto bene?

Bella giornata eh?

Timbri...

È fatta

Sei dentro...

...

Sei fuori.

Le 17:04

Potresti fare un giro

Ma dove vai?

Ma, vediamo...

Sigaretta

Telefonino

Pronto, mi prendi il latte?

Torni presto?

La tapparella non scende...

Lo sai che poi non dormo.

Si amore

vado

minchia la coda

il carrello

«ha la tessera?»

Certo amore

arrivo tesoro

merda...

amore, hai finito?

dai che si mangia

*inizia Gerry Scotti!*  
*Amore, lavi tu i piatti?*  
*C'è la seconda puntata*  
*sai la Arcuri...*  
*sì, amore*  
*certo amore*  
*ma amore che vuoi fare?*  
*No stasera no...*  
*ho mal di testa*  
*dai su fermo non mi toccare*  
*magari domani eh?*  
*Bacio bacio...*  
*E fissare il vuoto per delle ore*  
*in silenzio*  
*rassegnati*  
*immobili*  
*sperando di dormire*  
*ma perché poi dormire?*  
*Per poi sentire*  
*una mosca che gira nella stanza*  
*e non avere voglia di alzarsi,*  
*non avere voglia di niente?*  
*O per sentirsi leone*  
*e scendere dalla montagna senza freni?*  
*Ma dov'è la montagna?*  
*Adesso poi sei stanco*  
*hai fretta d'addormentarti*  
*devi svegliarti presto domani...*  
*Eppure...*

*eppure basterebbe un po' d'amore*  
*solo un po'*  
*d'amore*  
*solo un po' d'amore*  
*per dormire*  
*per fare*  
*fare sogni colorati*  
*e capire che...*  
*...*  
*se sei stanco*  
*o hai fretta*

*quello è il momento di rallentare  
anzi più sei stanco  
o più hai fretta  
e più dovrete rallentare,  
riordinare le idee,  
capire chi sei e dove stai andando...*

*festina lente,  
tienilo a mente...<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Poesia di Mauro.

## Capitolo 9

# Dibattito al «Clan/Destino», Associazione di cittadini tra cui: utenti, operatori, familiari, volontari

**Naufrago nell'indivisibile**

*Naufrago nell'indivisibile  
indifferenza della vita.*

*Cosa sarà di me ora?*

*Alla realtà che giunge  
non oso oppormi.*

*Quante volte dovrò perdermi  
prima di essere  
me?*

*Vago nella speranza,  
mi spengo nella rassegnazione.*

Simone Turetta

### **Intervento di presentazione dell'Associazione «Il Clan/Destino» al corso Familiari Facilitatori**

Vorrei soffermarmi sul concetto di auto-mutuo aiuto, che è una modalità attraverso la quale le persone con disagio psichico recuperano e rafforzano due dimensioni fondamentali: una, quella della responsabilità individuale; l'altra, quella della solidarietà e del mutualismo. Il concetto è che riesci a curarti efficacemente solo attraverso una forte assunzione di responsabilità, che ti porta a non delegare i tuoi problemi a operatori, familiari e quant'altro; però è anche

vero che nel tuo percorso non sei solo, hai tanti compagni di viaggio con cui confrontarti e con cui mettere in comune esperienze, idee e suggestioni.

Il bello dell'auto-mutuo aiuto è che concretamente si applica a tante situazioni diverse. La nostra associazione così ha un self-help di comunità, ospitato presso il CRA, poi uno spazio dedicato all'abitare e infine un gruppo per uditori di voci. L'auto-mutuo aiuto ti «apre» mentalmente tantissimo, ti porta a confrontarti, a essere solidale con chi sta peggio di te e, al tempo stesso, a chiedere aiuto quando la sofferenza ha superato la soglia di sopportazione. È un'esperienza «orizzontale», tra pari, davvero arricchente, grazie alla quale gli utenti scoprono tutto il potenziale del cosiddetto «sapere esperienziale».

Ecco, dipaniamo per un attimo le implicazioni di quest'ultima definizione. Essere in possesso di un sapere esperienziale, dal punto di vista di un utente, o di un familiare, o di un volontario, vuol dire che si dispone di un complesso di informazioni, conoscenze, capacità interpretative, ma anche di un particolare intuito e di una particolare sensibilità, che anche se non sono certificati da un titolo accademico risultano di fondamentale importanza nell'affrontare quotidianamente la realtà del disagio mentale.

Essere in possesso di una fonte di sapere esperienziale, per un utente come me, significa aver imparato a conoscersi, saper cogliere determinati segnali di malessere prima che s'inverni una crisi, essere in grado di valorizzare le proprie risorse cognitive ed emotive, saper utilizzare in modo estremamente pratico e versatile la «cassetta degli attrezzi» che ciascun paziente accumula attraverso mesi, ma il più delle volte anni, di lavoro terapeutico eseguito su se stesso.

Se mi passate la metafora, direi che un utente che sa padroneggiare adeguatamente il proprio bagaglio di sapere esperienziale è come un marinaio che dirige la propria barca nel mare aperto, tra acque a volte serene ma altre volte agitate. Quest'immagine non è mia, è stata adoperata in letteratura clinica per descrivere il concetto di «resilienza», che è la dote innata presente in ciascuno di noi attraverso la quale ci adattiamo ai problemi e alla sofferenza e vi reagiamo trovando il modo di rafforzarci.

Il tema della resilienza mi è assai caro, perché è lì a dire a ogni persona con disagio psichico che nulla è irrimediabile, che non si è mai spacciati, dal momento che la capacità di far fronte al disagio non è mai compromessa irreversibilmente dai traumi, sta sempre lì, in noi, anche se magari servirà un impegnativo lavoro di scavo per disseppellirla dalle macerie che vi si sono accumulate sopra.

Mi rivolgo direttamente a voi che siete familiari di utenti per dirvi che in voi c'è già oggi tanto sapere esperienziale, un sapere che avete sicuramente acquisito con coraggio affiancando i vostri cari — e parlo di figli, fratelli, sorelle e coniugi o genitori — in un percorso quotidiano di sorprese, gioie e dolori,

come sempre è il cammino lungo il quale alla fine si trova una propria dimensione umana, soggettiva e personale all'interno della realtà del disagio psichico.

Con questo corso voi acquisirete strumenti, competenze e informazioni preziosissimi per approcciarvi in modo più adeguato alla sofferenza dei vostri cari; ciononostante ricordatevi che l'esperienza di cui siete divenuti titolari con fatica e coraggio è già di per sé un tesoro d'inestimabile valore.

E adesso lasciatemi parlare per un attimo del percorso di noi utenti, che abbiamo vissuto e viviamo un'esperienza di crescita e di rafforzamento della nostra consapevolezza, gioendo ma talvolta anche piangendo lacrime amare.

Io mi sono rivolto alla psichiatria nel 2007 e ricordo benissimo quali sono stati i miei primi approcci con questo mondo così complesso! All'inizio sentivo parlare di definizioni diagnostiche e di nomi di farmaci con un certo disagio, perché tutto ciò che sapevo era che stavo davvero male. Ricordo i miei colloqui medici, in CPS. A volte stavo zitto del tutto, a volte parlavo a raffica, riferendo al medico le suggestioni che in quel momento dominavano la mia mente.

C'è voluto del tempo perché riuscissi a «centrarmi» rispetto a questa condizione di malattia che mi era piombata addosso. Un po' per volta ho cominciato a mettermi nella condizione di avere con lo psichiatra e con gli operatori una relazione più «orizzontale», facendo domande, esponendo dubbi, qualche volta formulando delle idee o delle ipotesi.

Il titolo di un famoso film recita «La ricerca della felicità»: io e tantissimi miei compagni di percorso lo abbiamo adattato alla nostra situazione. Ne è uscito qualcosa di «nostro», un qualcosa per cui ci impegniamo ogni giorno affiancati dai nostri naturali alleati: medici, operatori, familiari e volontari. Noi siamo «alla ricerca della serenità», a noi basta questo, che può sembrare poco ma che in realtà nelle nostre vite corrisponde a un dato preziosissimo.

Dunque, auto-mutuo aiuto, sapere esperienziale, resilienza, recovery ed empowerment sono le nostre risorse per star meglio. A volte li mettiamo in pratica senza nemmeno rendercene conto, ma io penso che non esista sulla faccia della terra un solo paziente psichiatrico che almeno in una circostanza non abbia fatto ricorso a queste doti, anche se poi realisticamente io non sono qui a dirvi che è tutto rose e fiori, perché sappiamo benissimo che ci sono situazioni e situazioni.

Credetemi, voi potete fare tantissimo per i vostri cari che soffrono, potete aiutarli a dispiegare mezzi e forze che loro magari oggi nemmeno sospettano di possedere, e ciò alla fine arricchirà anche voi, farà di voi persone in grado di oltrepassare con gli occhi della mente e della sensibilità la cappa della malattia.

Grazie.

*Il Presidente de «Il Clan/Destino»*



## **Cari amici del Clan,**

lo scorso mercoledì 23 sono intervenuto assieme a Max e a Gigi a nome della nostra Associazione a una sessione del nuovo corso per familiari facilitatori. Si è trattato proprio di una bella esperienza, che mi ha suscitato delle riflessioni, così ho pensato di scrivervi due righe per condividerle con voi. Spero che quello che sto per dirvi sia occasione per un confronto piacevole e costruttivo all'interno di questo spazio del martedì mattina, che come sapete io sono costretto ormai da tempo a disertare per motivi di lavoro.

Beh, innanzitutto volevo parlarvi di quanto sia bello, di quanto faccia bene, di quanto arricchisca sul piano personale un'esperienza associativa come quella che facciamo noi (ma penso anche ad altre realtà come quella dell'Associazione «Delfini Birichini», che sono intervenuti al corso per bocca di una loro rappresentante).

Essere in un'associazione, e specialmente in un'associazione di auto -mutuo aiuto come la nostra, è arricchente perché una persona impara ad assumersi delle responsabilità, diciamo non tutte le responsabilità di questo mondo, ma un pezzettino di responsabilità che coltiva in base alle proprie caratteristiche, al proprio saper fare, ai propri principi.

Il bello del Clan è che ciascuno, si tratti di un utente, di un operatore o di un volontario, partecipa e fa qualcosa, definisce un proprio spazio di azione, dicendo: «Questa cosa mi appartiene, so di poterla fare, obbedisce ai principi e ai valori in cui credo, per cui posso e voglio farla».

Qui davvero il mio ringraziamento in quanto presidente va a tutti voi che mi state ascoltando e anche a quanti in questo momento sono impegnati in un altro spazio della loro vita, riservando sempre comunque un angolo della propria mente e del proprio cuore al Clan.

Secondo me il motivo per cui succede che ciascuno di noi s'impegna e dà qualcosa all'associazione va ricercato nel fatto che in questa nostra piccola ma accogliente «casa» non siamo soli, per cui ogni socio o simpatizzante si assume una responsabilità positiva e costruttiva, in quanto è supportato dal calore, dall'amicizia e dalla solidarietà di tutti gli altri.

E così avviene che si cresce, tutti assieme come gruppo e al tempo stesso individualmente.

Vi porto il mio esempio personale. Io ho una storia di sociopatia, per anni prima di entrare in contatto con il Clan e di iniziare a curarmi in CRA ho vissuto da eremita, evitando i contatti e i rapporti. Ricordo un episodio. Una delle prime volte che ho messo piede nella nostra sede, e parliamo del 2007, il

dr. Goglio mi propose di partecipare a una trasferta per seguire un convegno assieme ad altri membri; io avrei dovuto seguire il dibattito per poi scrivere un articolo da pubblicare sul nostro periodico. Beh, vi giuro che a fronte di questa richiesta mi prese il panico, lì per lì non seppi cosa rispondere e alla fine solo con estremo timore accettai la cosa. Chi avrebbe detto che a distanza di quattro anni mi sarei preso la responsabilità di fare il presidente? Se me l'avessero detto allora, sarei scoppiato a ridere, semplicemente, e invece è successo. È successo perché in me c'è stato un percorso, una trasformazione, del resto ancora in atto, resa possibile dal fatto che tramite il Clan mi sono definito come persona più solida e più forte nel contatto diretto con persone vere, in carne e ossa, con cui condividere idee, progetti ed emozioni, quali siete appunto voi.

Io sono convinto che questa metamorfosi che ci porta a essere un po' meno pazienti e un po' più persone e cittadini riguarda ciascuno di noi, e penso che l'esperienza associativa che stiamo facendo non vada ad arricchire solo gli utenti, ma anche gli operatori e i volontari che con tanto impegno ci affiancano.

Allora il mio invito, un invito che rivolgo innanzitutto a me stesso, è quello a credere sempre più nel Clan, a stringerci intorno ad esso, ma non come a una costruzione astratta, bensì come a un gruppo di persone che nel loro piccolo fanno un percorso di crescita individuale e collettiva, con intelligenza, perseveranza e passione.

Nel corso della serata alla sala Morandi, di fronte ai familiari facilitatori, si è parlato anche dei limiti e delle difficoltà che scontano il Clan e le altre associazioni che si sono presentate al pubblico.

Vorrei fare un cenno a queste «dolenti note», non per metterla giù dura e fare il guastafeste, ma perché se davvero teniamo alla nostra Associazione allora è giusto che guardiamo anche le cose realisticamente, non per deprimerci (guai a fare autolesionismo!), ma semplicemente per migliorare.

Butto lì un po' di problemi, di cui secondo me è giusto parlare tra di noi.

Ad esempio siamo un po' in pochi, il Clan ha ancora poche braccia e poche teste (però quelle che ci sono, sono buone!) su cui contare, così a volte portare avanti le iniziative risulta davvero faticoso, e magari non riusciamo neanche a fare tutto ciò che sarebbe nelle nostre corde e nella nostra missione di fare.

Poi siamo ancora un po' chiusi, c'è da parte nostra una certa difficoltà a relazionarci con le altre identità del territorio. Diciamo che ci servirebbe una bella «boccata di ossigeno», e qui però penso che la partecipazione al *fareassieme* si rivelerà sul medio e sul lungo periodo un investimento lungimirante, perché grazie ad esso già ora ci troviamo a lavorare e a ragionare con altri gruppi e altre associazioni, oltre alle istituzioni territoriali.

Va anche detto che la nostra Associazione nasce sul tema del disagio mentale, cioè una problematica che non sempre il grande pubblico trova proprio così appetibile. A volte io nell'affrontare una platea, parlando della nostra realtà, avverto un certo distacco, non dico un muro, ma comunque una distanza che, lo confesso, io stesso non sempre riesco a colmare. Da qui la preoccupazione che dobbiamo far nostra di andare alla ricerca di modi, forme e linguaggi con cui farci ascoltare dalle persone che nulla sanno dei temi che ci stanno a cuore.

Infine, secondo me nel Clan l'utente è ancora solo relativamente protagonista, è ancora un po' in retroguardia rispetto alle decisioni e ai processi organizzativi. La cosa sicuramente dipende da un complesso di motivi. Ad esempio può capitare di «sedersi» un po', quando a fare le cose sono persone speciali e in gamba come Max, Gigi e il dr. G. Poi è ovvio che noi utenti abbiamo i nostri problemi (non ci siamo certo inventati di avere una patologia!), per cui ci capita di procedere a corrente alternata, mentre un'associazione deve poter contare su figure che garantiscano una continuità, un'ordinaria amministrazione, altrimenti si chiude baracca.

Ecco, cominciamo a discutere serenamente di queste questioni.

Oh, sia chiaro: io non vi ho parlato di questi problemi «dalla cattedra», con la pretesa di essere un marziano senza limiti e difetti. Anzi, io da presidente mi ci metto dentro per primo, nel senso che ultimamente ho fatto il bilancio di questi primi mesi della mia presidenza e mi sono detto che posso fare di più. Complice il fatto di aver trovato proprio qualche tempo dopo la mia elezione un impiego cui non ho potuto giocoforza dire di no, mi sono un po' eclissato dal Clan e da voi; in più di una situazione ho fatto davvero fatica a rimbocarmi le maniche per essere al vostro fianco nelle tante belle esperienze che l'Associazione ha portato avanti. Questo succede anche perché, credetemi, io sento davvero su di me il peso della responsabilità che mi sono assunto; io non mi sono candidato alla presidenza del Clan per farmi bello, ma perché credo nei principi e nei valori dell'auto-mutuo aiuto.

Concludo con una doppia scommessa: sul piano personale, sono convinto che riuscirò a rendermi più presente e più utile alla nostra causa, perché è ciò che voglio, perché voglio proseguire questo percorso con voi; collettivamente, io dico che il Clan troverà le energie per essere sempre più un qualcosa di cui andare fieri.

Vi saluto con affetto! Viva il Clan!

*Glauco*

## **Il dibattito: recovery/guarigione**

*Irma*

Per me la recovery è il percorso di consapevolezza del tuo disagio; non è un momento preciso ma è un percorso che ti porta a conoscerti meglio e anche ad avere dei miglioramenti. Il mio obiettivo è raggiungere un buon livello di autonomia e di indipendenza.

*Anna*

Non tutti riescono a guarire ma alcuni ce la fanno. È più facile pensare alla guarigione come a uno stato dove stai meglio se stai controllato da te, dai tuoi cari e dal Servizio.

*Irma*

Sono d'accordo! Un paziente che si ammala di cronicità si può sentire guarito quando riesce ad avere intorno a sé dei riferimenti importanti: innanzitutto i propri familiari che capiscano che cosa ti è successo, poi dei buoni referenti nel Servizio di salute mentale, dove puoi confrontarti, discutere e capire; infine sono importanti i riferimenti sociali che vanno dal vicino di casa, agli amici, ai gruppi che puoi frequentare nel tuo paese.

*Gigi*

Avere dei riferimenti territoriali è importante per poter passare bene il proprio tempo libero, facendo qualche cosa che ti piace. Se non stai bene vai dal medico, ma se stai bene devi andare dove stai bene con gli amici.

*Massimo*

Recovery per me significa andare oltre la cura, verso nuove risorse e nuove possibilità, ossia poter usare le risorse che usa ogni persona.

*Dario*

Recovery è indipendenza dalla cura e dai genitori, poter accedere alle risorse, avere degli amici, degli sfoghi e della tranquillità. Recovery per me è frequentare associazioni, spazi aperti ai cittadini, avere autonomia. Io mi sento in un percorso di recovery e, in una scala da uno a dieci, sono a sei-sette.

*Francesca*

Io sto bene quando mi sento autonoma e riesco a seguire i miei interessi, le mie relazioni. Ora che seguo il gruppo sportivo di marcia mi sento molto bene e sono realizzata nella mia passione.

*Anna*

Avere delle passioni e degli hobbies aiuta molto.

*Irma*

Anche riuscire a fare i tuoi lavori domestici a casa, con tranquillità, mi dà soddisfazione e mi rende contenta.

*Dario*

La recovery è anche influenzata dai posti che frequenti: se vado in un posto bello, dove c'è benessere, in mezzo alla natura, io sto bene.

*Marino*

Per me stare bene vuol dire sentirmi accettato dagli altri, sentire dagli altri che sono riconosciuto, che valgo qualche cosa perché mi cercano.

*Francesca*

A un certo punto, dopo decenni che uno sta male può essere stanco; io mi sono detta: «Basta!»; allora mi sono alzata e ho iniziato a combattere. A sessant'anni chi me lo fa fare di subire? Allora prendo e faccio quello che mi piace. In fondo devo imparare a star bene io; solo se sto bene con me posso star bene e andar bene agli altri. Ogni persona ama circondarsi di altre persone con cui va d'accordo: questa è l'amicizia.

*Irma*

Il dialogo e l'incontro con altre persone mi hanno sempre aiutata: stare assieme, parlare, uscire anche leggere per far compere sono attività che mi alleggeriscono e mi aiutano.

*Anna*

Anche gli affetti aiutano la recovery di ognuno di noi: una carezza, un sorriso, un bacio...

*Marino*

Io credo che aiuti molto la consapevolezza di te stesso: accettare quello che hai, nel limite trovi le risorse. Quando scopri questo puoi anche ricostruire la tua autostima anche con i tuoi limiti.

*Dario*

A me ha aiutato molto fare teatro: giocare con i contrasti dei personaggi che interpreti, rappresentare un personaggio diverso da te mi ha aiutato a capire altri caratteri ma anche il mio. Recitare ti aiuta a calarti in una parte e accettare i limiti di quel personaggio, non puoi improvvisare, devi fare quel personaggio; all'interno di quel limite, però, puoi recitare la parte di quella persona.

*Irma*

Le emozioni e gli affetti, come le passioni e il gioco o il teatro, muovono adrenalina e altre sostanze interne che fanno bene a te.

*Massimo*

La recovery non è scontata. Per qualcuno stare male può portare anche a un guadagno. La recovery è un percorso difficile, fatto di riflessioni e di capacità di prendere in mano il proprio destino. Vuol dire poter e saper scegliere! Per alcuni è scomodo abbandonare l'idea di dipendere da altri e preferiscono non andare verso la guarigione.

*Anna*

I problemi vanno affrontati, non si superano chiudendosi, bisogna lottare.

*Luisella*

Io non sono d'accordo con i principi della recovery; mi sento dipendere molto dai dottori e sto a quello che dicono loro. Purtroppo è capitato che a distanza di anni un medico mi ha fatto una diagnosi diversa da un altro e io non ho capito più niente! Ora non so... faccio quello che mi dicono.

*Andrea*

Io no! Credo che ognuno possa migliorare e cambiare. A me hanno detto che la mia patologia è grave, ma io vado avanti per la mia strada e sto meglio.

Anche se mi hanno detto che la mia malattia è cronica io ne sono consapevole, trovo i miei spazi, i miei amici e sono sereno.

*Aldo*

Io non mi sono mai considerato malato! Anni fa mi avevano ricoverato al Bizzozero ma non ho capito il perché. Quando son stato dimesso ho continuato a fare il mio dovere al lavoro e sono andato avanti. Oggi sto meglio, ma anche la situazione nei Servizi è migliorata, c'è più libertà. In CPS e in comunità ti offrono delle buone possibilità e puoi discutere sulle proposte che ti fanno.

### **Come affronti i momenti di solitudine?**

*Luisella*

Quando sono a casa sono sempre sola, ma mi sono organizzata per passare il tempo: guardo la TV, esco a far la spesa, cucino. Siccome ho molto tempo libero faccio anche del volontariato dalle suore e le aiuto a fare i mestieri e riordinare.

*Andrea*

Io ascolto musica, guardo la TV, ma spesso esco per stare in compagnia, perché da solo mi annoio; allora vedo amici, vado a giocare a carte, vado a trovare le persone in CRA.

*Dario*

Preferisco la compagnia alla solitudine. In casa mangio, ci sono i miei ma preferisco uscire. Vorrei fare più cose ma non sempre riesco a realizzare quello che vorrei, ossia vedermi più attivo.

*Aldo*

A casa mi annoio, mi manca un familiare o una compagna. A volte esco, ma non sempre so dove andare, allora gioco alle macchinette dei bar per ingannare il tempo.

*Luciano*

Ora non vivo più solo: da quando ho una compagna mi sento più attivo, faccio pranzetti e passo dei buoni momenti. Avere una persona con cui condi-

vedere dei bei momenti è necessario, ma anche avere amici con cui fare delle cose che ti piacciono. Nel tempo libero mi appoggio alla UNITRE dove faccio corsi interessanti e ho conosciuto vari amici. La solitudine è pericolosa perché ti spinge più a chiuderti in te stesso fino a farti cadere in malattia.

*Gigi*

Dopo giornate intense, a volte, vuoi stare un po' tranquillo; ci vuole una misura: la possibilità di stare con gli altri ma anche la possibilità di stare solo. Da solo puoi meditare e riflettere sulla tua vita. A volte mi chiudo nel cesso per starmene da solo!

*Tiziana*

Io soffro di solitudine. Ho paura della vita; socializzo poco. In compagnia mi sento meglio, mentre se mi chiudo e mi isolo mi sembra di impazzire.

*Valentina*

A me capita di cercare alcuni momenti di solitudine: all'inizio hai una sensazione di vuoto ma se riesci a utilizzare quel tempo, stai meglio. Ora, in comunità, sono naturalmente meno sola, infatti sto meglio e la mia vita è cambiata dall'oggi al domani. Il lavoro mi ha aiutato e dato motivazioni per migliorare ma anche il percorso terapeutico mi ha aiutato a capirmi meglio e nella consapevolezza sto bene!

*Marino*

Io mi ritaglio spazi per fare ciò che mi piace: canto, ballo, ho altri hobbies. Quando mi sento solo mi aiuto con lo scrivere.

*Alfredo*

La solitudine è brutta; quando mi sento solo cerco di fare qualcosa: la spesa, i mestieri in casa. Se riesco a uscire va molto meglio perché vedo le persone.

*Massimo*

Io la solitudine la vado a cercare! Per me è positiva e bella! Come ogni cosa se è troppa può diventare problematica. Da solo posso vivere come voglio, seguo le mie passioni; appena posso vado in moto da solo.



*Francesca*

La scorsa settimana mio marito era bloccato a letto e la sera ho mangiato da sola a tavola. È stato brutto; anche se mio marito era in casa io mi sono sentita sola a mangiare a tavola. Ho bisogno di compagnia, ho bisogno di stare con gli altri; la solitudine mi fa paura. Quando vado a correre mi sento meglio perché faccio uno sport e sono in compagnia. Lo sport mi piace, è una passione che mi ha ridato quello che avevo perso.

### **Accettare la patologia o ritrovare il desiderio?**

*Andrea*

Io accetto la mia patologia: me la porto dietro, so che ha tempi lunghi ma ho speranze di guarire e oggi mi sento migliorato. Nonostante la mia malattia ho mantenuto un minimo di serenità.

*Tiziana*

Si può stare bene ma non guarire! Io mi logoro e mi distruggo. Non riesco a vedere la cose in positivo.

*Marino*

«Uomo avvisato, mezzo salvato.» Se sai che cosa hai, di che malanno soffri, puoi agire meglio, se non sai non capisci.

*Luciano*

Non bisogna dare troppa retta ai medici. Se stai bene, pensa a star bene, non pensare alle ricadute! Io penso all'oggi, vivo la vita nel qui e ora.

*Valentina*

Il benessere è legato alla conoscenza. Il medico ti può informare perché tu sia più consapevole. La fiducia è importante nella cura: fiducia verso il medico e fiducia del medico verso di te.

*Marino*

Non bisogna arrovellarsi in brutti pensieri che favoriscono il malessere. Pensare male porta al male, pensare bene porta al bene.

*Massimo*

Meglio pensare al prima o al dopo? Per me è meglio pensare all'adesso!

*Luisella*

Accettare la patologia? A me l'hanno imposta e io l'ho accettata. Mi sento un po' rassegnata; dipendo troppo dal potere dei medici. Vorrei contare un pochino di più sulle mie autonomie, se ce la faccio.

*Francesca*

Io ho perso tantissimo con la patologia, ma adesso sto meglio. Sono stanca di soffrire e di star male, quindi ho detto: «Basta!». Cerco di cavarmela e reagisco, ascolto l'opinione del medico ma non la prendo come unica verità. Devo pensare anche a me, alla mia crescita.

*Valentina*

I nostri disturbi aumentano o diminuiscono con l'età?

*Francesca*

I disturbi ce li portiamo dietro. Con l'età c'è un po' più di depressione, a volte. Non è che peggiorano, ma hai qualche anno in più e qualche acciacco in più. Se hai uno spirito combattivo puoi migliorare, se ti rassegni fai cilecca!

*Marino*

La storia della malattia è una linea segmentata, da quando sei giovane fino a quando sei anziano. Da giovane sei più immaturo e oppositivo, con l'età matura si risolvono di più le varie situazioni. Conosci di più i farmaci, le conseguenze, i sintomi e sei più consapevole. Riesci a prenderti più cura di te e stai meglio.

*Francesca*

Io ho deciso di star bene! Se mi viene mal di testa non prendo la pastiglia ma mi metto a letto. Non uso più la pastiglia per togliere il dolore. Devo iniziare a sopportare il piccolo male fisico per sopportare il male morale. Cerco di ridurre i farmaci al minimo ma senza toglierli del tutto.

*Andrea*

Con l'età le cose dovrebbero migliorare perché sei più consapevole e accetti di più i tuoi limiti. Da giovane i problemi sono più vivi e complessi, con l'età si raggiunge una maggiore competenza e si dà valore alla vita, a ciò che hai. Ti viene voglia anche di aiutare i più giovani che hanno i tuoi problemi. Sei più esperto, più saggio, più consapevole e vedi le cose in modo più realistico.

*Valentina*

Molto dipende dallo spirito che uno ha: come vede la malattia, come vuole superarla. Le persone che stanno male rischiano di abituarsi a star male e fanno fatica a cambiare.

*Marino*

L'età aiuta a essere sottomesso alla natura delle cose, ad accettare i limiti della vita, gli anni che passano; anche la malattia è un limite, se lo accetti puoi superare il dolore. In questo processo sei più indipendente dalla malattia e sai governarti. All'inizio dipendi dal medico poi diventi medico di te stesso.

*Massimo*

Bisogna usare la propria testa. È importante criticare le situazioni anche di cura; con l'età la tua mente cambia con l'esperienza che fai. Non sei sempre lo stesso, c'è evoluzione. Ci vuole dialogo con il medico anche per ridurre i farmaci, ma l'importante è trovare un tuo equilibrio personale.

*Francesca*

Il dolore fa parte della vita e bisogna un po' accettarlo e un po' affrontarlo.

*Andrea*

Con l'età si può maturare ma anche diventare più stolti.

*Marino*

Passioni, hobbies, idee ci aiutano nell'autostima.

*Francesca*

Voglio andare al canile a curare un animale perché mi piace. Ho fatto tanto per gli altri e ora voglio fare una cosa per me, che mi piaccia.

*Luisella*

Passione e follia; l'amore a volte ti porta alla follia ma è bello: bisognerebbe parlarne di più.

*Valentina*

Conosco due tipi di passione: quella che puoi coltivare da sola (scrivere, disegnare) e quella che puoi condividere con degli amici. L'ideale è coltivarle entrambe.

*Nadia*

Stiamo parlando della leggerezza e della pesantezza dell'essere...

*Massimo*

Il desiderio ti fa rialzare ed è il motore che ti porta a vivere. Il desiderio è un passaggio intimo e personale, come una password che conosci solo tu e se la usi ti fa reagire. Ognuno ha il suo modo per accedere al desiderio e con il desiderio reagisci e vivi. La malattia soffoca i desideri.

*Francesca*

Il desiderio ti fa fare il passo di qualità nella vita; con il desiderio torni alla vita.

*Marino*

La passione, se coltivata con piacere, diventa una libertà.

## **Farmaci SÌ – Farmaci NO**

*Francesca*

I farmaci non servono, non risolvono il problema! Servono solo a rendere i problemi meno dolorosi ma non li risolvono. Perché devo prenderli? Preferisco parlare con la dottoressa di altri problemi e non di farmaci. Riconosco che in alcuni casi possa aiutare, ma non risolvere.

*Luisella*

Io li prendo ma mi danno fastidio gli effetti collaterali.

*Andrea*

I farmaci sono utili sì e no! Fanno bene da una parte, fanno male dall'altra. Se occorrono, bisogna prenderli, ma se si può farne a meno è meglio. Il problema è quando hai una malattia cronica, il rischio è di dipendere da loro!

*Aldo*

Meglio risolvere il problema con la psicoterapia, ma se non è possibile bisogna prenderne il minimo indispensabile. A volte basta una parola e stai meglio.

*Dario*

Se hai le spie che ti spiano, sembra incredibile, il farmaco aiuta. Ma è brutto dipendere da una sostanza chimica; come si può combattere i pensieri angosciosi? Io ero totalmente contrario a prendere farmaci, mi sembravano inutili. Ora penso che aiutino a risolvere alcuni problemi.

*Francesca*

Gli psicofarmaci danno effetti collaterali che non vengono sempre spiegati.

*Luisella*

Con alcuni farmaci si ingrassa molto, la dottoressa me lo ha spiegato.

*Aldo*

Dopo 30 anni che li assumo mi hanno detto che potrei avere dei danni permanenti.

## QUARTA PARTE

### *Il fareassieme*

#### C'è un posto

*Dove camminano  
immagini di uomini.*

*Dove anche le spine  
delle rose torturano  
i rimorsi di vita sbiadita.*

*I petali dei fiori si  
mischiano con la  
neve che ovatta  
il tempo.*

*Si barattano sigarette  
per vedere volute di  
fumo salire lente al  
cielo.*

*Uomini e donne in  
cerchio dolente  
bramano incontri  
fugaci.*

*Feriti dal troppo o  
poco amore soffrono  
dell'assenza di se stessi.*

*A loro il conto della vita  
è stato presentato troppo  
presto.*

*Si spengono le luci, si  
spegne la ribalta di una  
giornata monocroma.*

*Si abbandonano ad un  
sonno ipnotico e perdonano  
il male subito e lo stigma  
inciso a fuoco sulla pelle.*

Giuseppe Mitra



## Capitolo 10

# La parola a familiari e volontari

*Il libro vuole essere anche un contributo di vicinanza a chi soffre; abbiamo fiducia che la sofferenza di un familiare, se comunicata, possa aiutare il familiare stesso a dividerla con altri, ma anche il familiare che legge potrebbe trarne energia, forza e coraggio per proseguire a credere e a costruire percorsi di cura condivisi.*

### Stefania

«Lo vede quel ragazzo che cammina avanti e indietro? È mio figlio. Sono qui perché non mangia da un mese. Solo un bicchiere di latte al giorno. Il latte. Chissà perché il latte? Fino a un mese fa mangiava a dismisura!» Sono al Pronto Soccorso di un grande ospedale milanese. Anche mio papà non mangia da giorni e non sappiamo perché. Dopo mille controlli ha chiesto lui stesso di essere portato in Pronto Soccorso. Non ce la fa più. Ha perso peso, gli mancano le forze.

Per ingannare il tempo, un'attesa di ore, converso casualmente con una signora non più giovanissima in evidente stato di agitazione.

«Sa, non so più cosa fare con mio figlio. Rifiuta ogni visita, in casa non mi parla, mi lascia bigliettini. A questo mi ero abituata, ma vederlo così che si sta lasciando andare, che dimagrisce... questo no, non posso sopportarlo. Oggi chiedo che lo ricoverino, non posso permettere che vada avanti così.» Le confido che la capisco, che anch'io al di là della situazione contingente di mio papà ho una situazione familiare che mi porta in contatto con una sofferenza simile. Come spesso accade quando non si conoscono le persone, ci si apre di più



e questa mia confidenza spinge la signora a raccontarmi la sua vita. Per seguire questo figlio ha rinunciato a lavorare, è vedova, con gli altri figli grandi oramai fuori casa e un figlio che invece dalla casa non vuole uscire mai. «Sapesse che fatica farlo venire qui oggi! Sta sempre in camera sua, solo. Non so più cosa fare.»

La capisco. Non so quante volte mi sono detta: «E adesso cosa faccio?». Un figlio con una malattia psichica rompe ogni schema, toglie ogni progettualità, ogni giorno sembra un giorno a sé stante. Questo nella mia esperienza.

Passano le ore. Ore di attesa come se fosse normale. Certo, ci sono le urgenze. Ma ore di attesa sono logoranti per tutti. Sembriamo però tutti assuefatti a questa condizione di sudditanza a un servizio di Pronto Soccorso che non c'è. Attesa di ore non può essere considerata un servizio «pronto».

Finalmente chiamano la mia nuova amica. È fiduciosa. Ha in mano una richiesta del suo medico curante per un ricovero. Passa il tempo e la rivedo ancora più angosciata. «Non lo ricoverano, gli esami del sangue vanno bene. Lui non vuole. Hanno chiamato uno psichiatra, lui ha raccontato la “sua” verità: che ha un lavoro in TV, che mangia regolarmente, che mi sto inventando tutto. Questa notte sarà tremenda. Dovrò chiudermi dentro in camera. Il fatto di essere venuto qui è stato faticoso per lui, poi tutta questa attesa l'ha innervosito di più. Chissà se prenderà il caffè con le gocce che lo calmano un po'. Il caffè lo beve ancora... ma stasera chissà?»

La saluto. Per me l'attesa sarà ancora lunga e si concluderà dopo mille insistenze mie e di mia mamma con un ricovero. Non c'è posto. In fondo non mangia e basta, «non rischia la vita». Questa è la frase che più mi ha alterato in questa situazione. La cura c'è solo quando si rischia la vita? Quando un uomo anziano, un ragazzo si lasciano andare, rifiutano le cure, il fatto che non siano a rischio imminente di vita ci può rendere tutti più tranquilli e con la coscienza a posto?

Non so oggi, in questo momento come stia vivendo la donna senza nome che ho incontrato. Spero meglio. Certo che la domanda di base su come aiutare chi rifiuta ogni aiuto credo che la medicina e in questo caso la psichiatria debbano porsi. Forse il «sistema» ha delle risposte. Forse esistono già e io non le conosco.

Sicuramente non le ha conosciute al Pronto Soccorso quella donna disperata.

## Daniela

Essere sorella di utente con disagio psichico vuol dire essere continuamente preoccupati, non capire cosa sta succedendo. È rabbia e impotenza, è distanza, è silenzio. Ma soprattutto è solitudine.

La mia esperienza personale dura da molti anni, e la maggior parte di essi li ho vissuti dentro di me in completa solitudine, tanto che facevo fatica a relazionarmi con chi mi stava intorno. Non sapevo cosa fare, ma non solo, non potevo e volevo chiedere aiuto, perché ero soffocata dai pregiudizi e dalla paura. Mi nascondevo e facevo finta che tutto andasse bene, ero il fantasma di me stessa, ciò che provavo lo sotterravo con la vergogna e i sensi di colpa.

All'inizio della sua malattia io c'ero, forse con pochi mezzi, forse con troppi. Sono stata il suo primo sportello d'aiuto, forse l'ho capito, forse no.

Sono stata il suo primo stigma e pregiudizio o forse la sua culla di speranza. Sono stata la sua prima indifferenza o la sua ancora di salvezza.

Sono stata il suo primo luogo da dove fuggire o dove nascondersi.

Ma io c'ero nel bene e nel male, con la mia imperfetta umanità. E per questi motivi con il mio volerle bene, facendo bene o male, sono stata e sono un componente del suo malessere di vita e un elemento per la sua guarigione.

Il mio cambiamento più grande è stato quello di chiedere aiuto. E l'aiuto che si riceve dal gruppo è fatto di coraggio, di consapevolezza delle proprie emozioni. È un ambiente protetto dove puoi essere te stessa, dove puoi lasciare andare il tuo dolore per fare spazio a nuove forze, e ritrovare nella tua esperienza un aiuto da dare agli altri. Chi meglio di noi sa cosa vuol dire vivere accanto a un disagio psichico? Far parte di un gruppo AMA è fare volontariato con se stessi, prenderci cura di ciò che sentiamo. Non solo, è anche staccare il disagio psichico dall'utente, interfacciarsi in maniera diversa con la malattia, capire che i nostri familiari hanno bisogno del nostro aiuto.

Essere un familiare di un utente con disagio psichico è un processo personale che ognuno di noi deve fare. Lo dobbiamo in quanto sorelle madri padri fratelli... perché facciamo parte della comunità. Lo dobbiamo soprattutto per il nostro bene, per capire e comprendere le nostre difficoltà, per accettare e annullare i nostri sensi di colpa, per amare senza giudicare, per non essere severi con le nostre limitazioni, per aprirci ad accogliere con obiettività e costruttività i percorsi di chi ci può dare aiuto.

Per questo abbiamo il diritto e il dovere di prendere parte nel processo di cura. Mettere a disposizione di medici, infermieri, educatori il nostro sapere esperienziale, fatto di vita vissuta, di occhi attenti, di preveggenza... abbiamo delle antenne incredibili per captare i primi segnali di crisi...

Ma solo con un approccio di confronto, di fiducia e comprensione possiamo insieme cambiare.

## Monica – Gruppo AMA Legnano

Sono la sorella di un utente che da parecchi anni soffre di disturbi mentali. L'esordio della malattia di mia sorella non è stato così semplice da diagnosticare e da gestire. All'inizio ho sottovalutato la «diversità» dei suoi comportamenti e il suo star male che neanche lei riusciva a descrivere e capire. Poi, dopo un periodo di malattia molto lungo e dopo una serie di accertamenti diagnostici e consulti medici, il quadro della salute di mia sorella è stato un po' più chiaro.

Le sensazioni che ti pervadono quando vieni scaraventata in questa realtà sono molteplici: rabbia, impotenza, vergogna, fastidio, solitudine, preoccupazione e, soprattutto, speranza che i medici si siano sbagliati; speravo che per mia sorella fosse solo un periodo particolare e che poi sarebbe passato. Purtroppo il periodo non è passato; a quello se ne sono aggiunti altri, fino ad arrivare al primo ricovero, a cui ne sono seguiti altri.

Con il passare degli anni anche le mie forze hanno cominciato ad affievolirsi e sono arrivata a pensare che anch'io avevo bisogno di un supporto per poter andare avanti. Ne ho parlato con un'assistente sociale del CPS, che mi ha informata dell'esistenza di un gruppo di auto-mutuo aiuto gestito da due infermiere del Servizio.

Ho iniziato con mia madre a frequentare il gruppo; inizialmente ero un po' restia, poi sono riuscita a superare il blocco che avevo dentro e ho incominciato a esprimere le mie sensazioni, le mie esperienze (nel bene e nel male) e mi sono resa conto che il condividere con gli altri familiari ti fa sentire meno sola, capita e ascoltata.

Non posso cancellare il fatto che ho un familiare con disturbi mentali, ma so che posso trovare negli altri familiari, negli operatori (medici, educatori, infermieri) e nelle Associazioni un supporto nella difficile gestione del disagio mentale, ciò mi dà forza nell'affrontare le difficoltà che si presenteranno.

## Manuela

Ognuno di noi ha una relazione e delle attese molto personali nei confronti di qualsiasi attività. Se pensiamo all'acquisto di un capo di abbigliamento, per fare un esempio banale, c'è chi preferisce andare nel negozietto sotto casa, chi nel grande magazzino, chi oggi fare acquisti su internet. Per non parlare poi della propensione alla spesa individuale, all'interesse che abbiamo nei confronti dell'acquisto di un bene di marca o assolutamente anonimo.

È partendo da questo presupposto che credo sia molto difficile rispondere alla domanda: «Come è stato il suo rapporto con la psichiatria?». Non posso che esprimere un parere assolutamente personale, vissuto in circostanze del tutto eccezionali, in preciso momento storico della mia vita.

La risposta più naturale che mi viene in mente è: molto faticoso, destabilizzante, caotico. Di fronte all'esordio della malattia di mia figlia non sapevo dove andare, a chi rivolgermi. Non che mi mancassero fonti o idee. Conoscendo bene internet, ho subito incominciato a cercare chi potesse in quel momento aiutare me e la mia famiglia a capire cosa mi stesse accadendo. Mia figlia era all'epoca minore e posso solo dire di aver fatto decine di telefonate, di aver sentito tanti no, di aver capito che il disagio era diffuso e le liste di attesa anche per un primo colloquio infinite.

Lo sconforto è stato grande. Enorme dopo mesi di attesa, quando al primo colloquio con la neuropsichiatria infantile mi sono sentita dire: «Se sua figlia non collabora, io sono impotente». Esattamente come mi sentivo io. E senza nessuna alternativa se non vedere mia figlia che continuava a stare male, sempre peggio.

Adesso questa frase dopo anni vissuti nell'ambito della psichiatria ha un suo perché, all'epoca ricordo mi aveva gettato in uno stato di profonda angoscia. Avevo bussato a tutte le porte (non tante per la verità, la psichiatria sembra considerare il disagio solo dai 18 anni in su), finalmente una si era aperta per richiudersi immediatamente e lasciarci con una gestione insostenibile della nostra quotidianità familiare.

Ecco, credo che questa solitudine accresca il profondo senso di smarrimento iniziale e di enorme fatica che la famiglia si trova a vivere all'esordio della malattia. Non solo non si sa cosa fare, ma non c'è nessuno che ascolti. E si commettono tanti errori del tutto evitabili con una minima conoscenza del disagio psichico. Penso che per la neuropsichiatria infantile in Lombardia sia proprio così: sembra che ci siano qua e là, random, dei progetti, degli spazi innovativi, ma non un vero servizio di prossimità che sto invece sperimentando adesso che mia figlia è adulta. Questo ritengo sia un enorme problema in termini di prevenzione. Si parla tanto di cogliere i segnali deboli... ma una volta colti, questi diventano fortissimi prima che il sistema sanitario nazionale se ne faccia carico!

Poi è evidente la scarsità di risorse: «Noi siamo talmente in pochi che curiamo solo chi vuole curarsi, e sua figlia non è una di queste». Mi domando in quale altro settore della medicina venga data questa aberrante risposta. In tutto questo la famiglia, la tanto citata famiglia, non viene mai presa in considerazione.

Penso di aver letteralmente urlato al mondo di prendere in carico almeno noi che eravamo al collasso. Anche qui le risposte non ci sono state. «Prima

accetta sua figlia, poi seguiamo anche voi». Il sistema è quindi deficitario, anche nelle modalità di comunicazione (il linguaggio è un po' per iniziati), chiuso in se stesso, privo delle risorse (umane o finanziarie) minime atte a garantire un servizio degno di questo nome.

Oggi la mia situazione è molto cambiata. Ho imparato, da sola, a orientarmi in un mondo di sigle (CRA, CPS, ecc.) che sono ovviamente sconosciute ai più e a capire come si muove la psichiatria vedendola anche dietro le quinte, grazie alla partecipazione a un'associazione di volontariato che si occupa di disagio psichico. Questa esperienza è stata di grande conforto e grande sostegno per me perché nella logica dell'auto-mutuo aiuto mi ha messo in contatto (finalmente!) con persone che stavano vivendo il mio stesso percorso di vita.

È un'esperienza che consiglio vivamente a tutti coloro che intendono capire più a fondo le dinamiche del disagio psichico e sentono il bisogno di uno scambio e di una amicizia con persone accumulate da un familiare o amico sofferente.

I nostri incontri e le nostre attività, anche se non hanno ricadute dirette sui nostri cari — come dice un proverbio cinese: «Pianta un albero, altri ne godranno i frutti» —, ci forniscono aiuto reciproco e ci permettono di portare avanti delle azioni positive nei confronti del malato psichico in genere. Una cosa che mi sento di dire oggi agli operatori del settore è che se una persona all'interno di un nucleo familiare si ammala, poco o tanto, tutto il nucleo familiare si ammalerà.

È secondo me importante seguire l'intera famiglia perché il malato possa veramente beneficiare di tutto quello che viene fatto dai Servizi. A volte invece si avverte ancora un senso di fastidio da parte degli operatori quando si cerca di voler capire, di contribuire, di esserci con pari dignità «professionale». Una famiglia ha bisogno di aiuto, non di colpevolizzazione (accade!), non di marginalizzazione. Tutti i membri di una famiglia soffrono nel vedere un proprio congiunto soffrire. La famiglia ha a sua volta bisogno da parte dei servizi di ascolto, accudimento, cura. Cura per poter essere più forte e preparata a una convivenza spesso difficile, a volte bizzarra, sicuramente fuori dagli schemi di quello che generalmente viene considerato normalità.

## **Un familiare – Gruppo AMA Legnano**

Voglio esprimere prima di tutto un ringraziamento a tutti gli operatori e a tutta l'équipe per il lavoro svolto, perché l'ambito in cui operano è senza dubbio difficile e molto delicato. Voglio mettere l'accento sull'importanza, per

noi familiari, di avere fiducia in loro: abbiamo bisogno di credere nel Servizio, di credere nelle Istituzioni. È solo la speranza che ci dà la forza, che non ci fa cadere nella rassegnazione, che ci tira fuori l'energia necessaria per affrontare la malattia psichiatrica con la sua complessità, con la cronicità e il deterioramento della persona. Abbiamo bisogno di sperare per non cadere, noi familiari per primi, nella depressione o in altre patologie legate allo stress e alla fatica, per non provare quel sentimento di rabbia e di scoraggiamento, quella sensazione di impotenza di fronte allo tsunami che si è abbattuto sulle nostre famiglie. Abbiamo bisogno degli operatori, delle loro indicazioni, di informazioni e di tutto il materiale possibile che ci spieghi e ci illustri la malattia; abbiamo bisogno di tutto ciò che può servire per approcciarci nel modo giusto a questo mondo sconosciuto della salute mentale e delle malattie psichiche.

Nell'attuale clima sociale, sempre più angosciante e privo di certezze, sempre più immerso nel fare, nel mondo dell'apparire e non dell'essere, queste persone sono più penalizzate; già affaticate nello svolgere una vita normale, voglio augurarmi per loro un futuro migliore e una vita più umana. Ho bisogno di credere che sia possibile avere cure più adeguate, avere sostegni educativi personalizzati, volti al recupero delle funzionalità compromesse; spero in strutture più efficienti e diversificate per patologia e gravità, spero in reparti ospedalieri studiati per i malati psichici che necessitano di spazi maggiori per lo svago e l'attività fisica; vorrei spazi alternativi al CPS dove possano liberamente trovarsi senza lo stigma della psichiatria, per svolgere attività, per stimolare interessi e passioni.

Ho bisogno anche di sognare un futuro con un'informazione capillare a partire dal Ministero della Salute, che dovrebbe far campagne pubblicitarie come fa per altre malattie; un'informazione che arrivi nelle scuole, nelle parrocchie, nei centri di aggregazione. Più si conosce meno si teme.

## **Giorgia**

### *Apprendere una nuova lingua*

Sono un'appassionata di lingue straniere, da sempre, tanto da prendere una laurea in lingue oramai decenni fa. Nonostante questa mia sensibilità, non mi ero mai resa conto fino a qualche giorno fa, dopo anni di incontri e consulti che, alla fine, quello che contava più di tutto era imparare una nuova lingua, quella parlata da mia figlia, il *borderline*.

Mia figlia ha sempre parlato tantissimo, «senza filtri», dicevamo in famiglia, ma forse nessuno di noi l'ha mai veramente capita, anche se, di certo, l'abbiamo

molto ascoltata. In realtà non ha usato solo parole, ma anche fatti, azioni, gli «agiti», per usare un termine caro agli esperti; anche tantissime «provocazioni», che in famiglia abbiamo vissuto dapprima come stranezze, poi con apprensione, come delle vere e proprie anomalie del comportamento.

Questa lontananza di codice ha fatto sì che di fronte lei, spesso, provassimo rabbia e impotenza. Lei, dal canto suo, credo non si sia mai veramente capita, nonostante il fiume di parole con cui ci inondava. Cosa aspettarsi, dunque, viste queste premesse dai servizi di psichiatria? Forse dei «mediatori linguistici».

Il linguaggio di mia figlia, infatti, è quello dei borderline (chiaramente con delle sue importanti personalizzazioni): un vero e proprio modo di esprimere un mondo e delle emozioni con le nostre stesse parole, ma che vogliono veicolare concetti e vissuti da noi difficilmente comprensibili senza la giusta chiave interpretativa. Imparare una nuova lingua, dove io e la mia famiglia ci sentiamo ancora all'ABC, ci rendiamo oggi conto che è fondamentale per entrare in sintonia profonda con lei, per farla sentire amata e accolta... per parlare alla fine tutti una sola lingua.

## **Micol**

Sono giornate di ansia, di pensieri vorticosi e continui, di notti con sogni sempre angosciosi. Oggi ho finalmente capito perché, ed è quasi un pensiero inconfessabile, anche a me stessa. Ho paura. Alla fine ho paura di mio figlio.

Dal momento in cui ho sentito la parola «rientro a casa» dalla comunità è stato un continuo flashback. Immagini su immagini. Le notti chiusi in camera a chiave, l'imprevedibilità di ogni giornata vissuta con lui.

Anche adesso quando viene a casa il fine settimana, i momenti peggiori sono il mattino e la sera. Il mattino perché non so come sarà al risveglio: di buon umore, mi dirà «ciao mammina» o non vorrà alzarsi e sarà scontroso, irritabile e irritante... E la sera, perché temo sempre che non torni, che non si faccia trovare al cellulare, che lo lasci squillare all'infinito...

### *La paura*

Ma può una madre avere paura di suo figlio? Non mi sento responsabile della malattia di mio figlio come tanti altri genitori, ma sicuramente mi sento in colpa per avere paura di lui. Una colpa che nasce anche dalle sue parole: «Ti guardi sempre indietro mamma, sono diverso, cambiato, voglio guardare avanti, ricominciare».

In colpa, perché non riesco ad accettare che la sua vita, e di riflesso la mia, non sia come io vorrei, semplicemente più tranquilla, un po' più serena. Una serenità che adesso non ho, perché in tante piccole cose mi sembra di rivedere dei segnali di quello che è già successo e che io credo possa ripresentarsi, o che forse per alcuni aspetti non è mai passato: i sotterfugi, le piccole e grandi bugie, i piccoli e grandi furti, le manie di persecuzione, le richieste continue di attenzione...

In colpa, perché trovo insopportabile l'idea di rivivere, anche solo in parte, certi momenti, per me sconvolgenti, già vissuti e che mai avrei immaginato di vivere. La paura più profonda, tremenda, però è quella che faccia del male, a se stesso, a noi, agli altri. Non so se riuscirei a sopravvivere a un'esperienza del genere.

Già adesso non mi sento più di vivere completamente. Parte, poco o tanto dei miei pensieri, sono sempre presi da lui. Mi sento sempre in allerta o nei migliori dei casi vigile, ma mai completamente presente solo e unicamente a me stessa. Tornerà, e la sua presenza, tutti i giorni, sarà inevitabilmente più forte. Ce la farò? Non lo so.

È proprio in questa fase delicata di ripristino di una «nuova» normalità che credo, un po' come all'esordio della malattia, ci sia più bisogno dei Servizi. Prima di tutto per essere ascoltati. Non sono queste cose di cui si può parlare con tutti. Non tutti capiscono, sono emozioni troppo forti, troppo estreme, che hanno bisogno, per essere accolte, di un ascolto competente e non emotivo, come potrebbe essere quello, sempre importantissimo, di un amico.

C'è poi bisogno di un soggetto terzo che si faccia Facilitatore della costruzione di nuovi equilibri, che ricostruisca nuovi patti. Non si esce da una comunità come si è entrati, nel bene e nel male. Ma la famiglia non sempre riesce a fare lo stesso percorso, anche perché spesso è lasciata in sottofondo. È una risorsa preziosa, ma con pochi fragili strumenti. E il timore è quello che questi strumenti non bastino e che il cammino fatto abbia dopo poco tempo una nuova dolorosa inversione di tendenza.

## **Cristina**

Anni fa mia figlia ha subito un intervento a un piede, seguito da una ingessatura. Alla mia domanda al chirurgo rispetto al post-operatorio il medico mi rispose: «Dieci giorni di gesso e via... Alzati e cammina!». Nella mia ingenuità di allora prenotai una vacanza (in montagna!) il giorno dopo che le venne tolto il gesso. Fu un deliro: non solo non riusciva a camminare, ma neanche a stare in piedi senza stampelle. Morale, vacanza rovinata per tutti. Un paio di anni dopo



mia figlia è stata operata all'altro piede. Memori dell'esperienza passata, dopo il gesso abbiamo subito comprato delle stampelle che ci hanno accompagnato, con serenità, per una convalescenza di qualche settimana.

«La fiducia che abbiamo anticipatamente in un risultato non ancora raggiunto, è la sola cosa che fa sì che il risultato si avveri.» Credo che William James in questo aforisma abbia ragione: l'ottimismo, la positività non devono mai mancare in nessuna situazione, ma questi per evitare problemi e delusioni devono essere accompagnati anche da un sano pragmatismo.

Mia figlia è tornata con noi da circa un mese. In uscita dalla comunità ci hanno detto solo cose positive, sulla falsariga dell'Alzati e Cammina. Questo nonostante il fatto che a casa noi, nei rientri del fine settimana, vedevamo già un uso più o meno intensivo di stampelle. Dove sta il problema? Forse in una diversa prospettiva. Per noi Alzati e Cammina significa effettivamente camminare, da soli, magari con la mano per qualche passaggio difficoltoso. Forse per gli operatori Alzati e Cammina comporta implicitamente, invece, un uso delle stampelle.

Questa diversa prospettiva, o forse ambiguità, sta generando delle difficoltà nella quotidianità, nel capire come interpretare, giorno dopo giorno, nelle piccole e grandi scelte, questa positività. Il suo «stare bene» in cosa può tradursi? In quale tipo di richieste? A noi pare che nostra figlia si senta sempre «nel posto sbagliato al momento sbagliato», che fatichi a trovare un suo stare bene anche nelle piccole cose: come vestirsi, cosa mangiare, come organizzare la giornata. Pensare a un progetto di vita ci pare esorbitante rispetto alla capacità che oggi dimostra di avere rispetto alla gestione dello stress, anche quello del tutto fisiologico in una vita normale di famiglia. Ma come aiutarla? Quali sono le richieste che è giusto fare? Dove sostenerla? Dove lasciarla andare da sola per sperimentarsi in una nuova fase della sua vita?

Forse una lettura ragionata del suo stare bene, nel concreto delle scelte di ogni giorno, analizzando entrambe le prospettive, quella della famiglia, con i suoi parametri di «normalità», e quella degli operatori, avrebbe limitato le frustrazioni che entrambi stiamo vivendo in questo delicato momento del rientro a casa.

## **Michela**

### *Da familiare smarrito a volontario attivo*

Guardo indietro solo di qualche anno e rimango stupita dai progressi da me fatti nel rapportarmi con il disagio. E dire che la situazione è addirittura

peggiorata, sotto un certo aspetto, dal momento che all'interno della mia famiglia le persone in carico ai Servizi psichiatrici sono diventate due (più una che «sta meglio» e non è più seguita dal CPS).

L'iniziale smarrimento e impotenza (emozioni assai comuni a chi si trova in una situazione di esordio di disturbo mentale nella propria famiglia) sono stati nel tempo rimpiazzati da una consapevolezza e una lucida rassegnazione che mi hanno spinto (non sempre però è così...) a voler fare di più.

La partecipazione ai gruppi di auto-mutuo aiuto iniziale che ha lenito il dolore attraverso la condivisione, la narrazione dei miei percorsi di sofferenza e l'ascolto di quelli degli altri mi hanno consentito di conoscere e avvicinarmi all'Associazione che sul territorio di Saronno (l'AsVAP4) da anni opera per l'aiuto alle persone con disagio mentale e il sostegno ai loro familiari.

Non è certo il sapere l'esistenza di una associazione che fa sì che le cose cambino: nel mio caso la porta d'ingresso è stato proprio il gruppo di auto-mutuo aiuto. In particolare l'allora Facilitatore del gruppo, con il quale sono entrata in sintonia.

Questa persona è uscita dall'AsVAP4 e dal gruppo AMA per impegnarsi totalmente nel suo territorio di appartenenza oltre che in altra associazione, di fatto suggerendomi/spingendomi a entrare nel direttivo, addirittura ricoprendo già la sua carica, cioè vice-presidente. Sono stata così proiettata in uno scenario per me nuovo e molto impegnativo, trovandomi inizialmente coinvolta nelle diverse iniziative messe in campo da AsVAP4 (corsi di formazione, convegni, testimonianze, adesione a campagne di sensibilizzazione, manifestazioni pacifiche e quant'altro).

È stato un impegno forte e significativo, per me una novità assoluta tra l'altro, non avendo mai fatto parte di un'associazione di volontariato e nemmeno mai partecipato a iniziative di tipo «sociale». È così che come un serpente ho cambiato pelle: il familiare inizialmente confuso, triste, cupo e lagnoso diventava grintoso e combattivo, voglioso di far sentire la propria voce e di partecipare con entusiasmo, di esserci a tutti i costi. E poi un altro salto di qualità: l'occasione di un percorso formativo promosso dalla Regione nell'anno 2010 che consente a me e ad altri tre familiari di accostarci ancora di più alle tematiche della salute mentale e ad avere la voglia (e il coraggio!) di essere ancora più incisivi sul territorio.

Nasce così un nuovo progetto (il primo cui abbia partecipato sin dalle prime fasi e in prima persona), che ci vede impegnati per molti mesi sulla prima fase (formativa e di divulgazione e coinvolgimento della rete associativa) e che ancora oggi stiamo portando avanti con impegno e passione: il progetto «Unospazioper».

E sull'onda del successo del primo è scaturita una nuova opportunità in occasione del bando volontariato 2012: nasce quindi nei primi mesi del 2012 un altro progetto, ancora più ambizioso, in stretta collaborazione con altre associazioni, che è volto a valorizzare e ad ampliare le competenze degli utenti facilitatori, il «Triangolo solidale».

E oggi? Oggi sono diventata presidente dell'AsVAP4, sono una familiare, mi dicono il primo familiare alla guida dell'Associazione, ed essendo tale sento che il mio compito è più gravoso di quello di un volontario. Sento infatti che, oltre a continuare a promuovere e sostenere le già numerose attività svolte in questi ultimi 18 anni e a consolidare le conquiste di chi mi ha egregiamente preceduto (sintonia e collaborazione con l'Unità Operativa di Psichiatria, radicamento sul territorio, la spinta del *fareassieme*, ecc.), devo affiancare un impulso nuovo, stimolando i tanti familiari che gravitano intorno al Servizio a superare la loro diffidenza, ad avvicinarsi a noi.

L'AsVAP4 di Saronno ha due anime: il volontario e il familiare. Fino a oggi l'Associazione è andata avanti con la forza e l'impegno e la passione dei volontari e l'apporto marginale dei familiari; nella mia mente c'è un sogno: riuscire a far sì che il rapporto sia più equilibrato, sicuramente cambiando il nostro linguaggio di comunicazione, per dimostrare ai familiari che l'Associazione è anche di familiari tanto quanto di volontari; infatti il contributo e il punto di vista di una persona che, vivendo nel proprio nucleo di affetti tutti i giorni una storia di sofferenza, sono fondamentali, facendo tesoro della sua esperienza e mettendo a frutto il proprio dolore: il «sapere esperienziale», così è denominato questo bagaglio di conoscenze non accademiche che può far mutare la pelle al familiare, sempre che lo voglia, e portarlo a diventare volontario attivo e, quindi, un «Familiare Facilitatore».

*Michela Darò*

Familiare – Presidente AsVAP4 di Saronno

## Capitolo 11

# Esperienze di *fareassieme*

### Crepe

*La verità  
è che le crepe  
non mancano  
così passando  
ricordo quelle che  
separano i mancini e i destrorsi  
i pechinesi e i moscoviti  
i presbiteri e i miopi  
i gendarmi e le prostitute  
gli ottimisti e gli astemi  
i sacerdoti e i doganieri  
gli esorcisti e le checche  
i facili e gli incorruttibili  
i figliol prodighi e gli investigatori  
borges e sabato  
le maiuscole e le minuscole  
gli artificieri e i pompieri  
le donne e le femministe  
gli acquariani e i taurini  
i profilattici e i rivoluzionari  
le vergini e gli impotenti  
gli agnostici e i chierichetti  
gli immortali e i suicidi  
i francesi e i non-francesi*

*il breve o il lunghissimo periodo  
tutte però sono sanabili  
c'è una sola crepa decisamente profonda  
ed è quella che sta a metà tra  
la meraviglia dell'uomo e i disillusionatori  
è ancora possibile saltare  
da un bordo all'altro  
ma attenzione qui ci siamo tutti  
voi e noi  
per affondarla  
signore e signori  
a scegliere a scegliere  
da che parte poggiate il piede.*

Marco Benedetti

## **Premessa**

Nell'introdurre questo capitolo non possiamo non citare le frequentazioni a Trento, presso l'amico De Stefani, con cui condividiamo la passione e l'impegno di dar valore all'esperienza e alla partecipazione attiva di utenti e di familiari.

Il *fareassieme* nasce a Trento nel 1999 come naturale applicazione dei principi della «psichiatria di comunità», che si articola su tre snodi principali:

- 1) l'inclusione sociale, che vede la cura del disagio psichico quanto più possibile nei luoghi dove la persona vive;
- 2) l'integrazione di tutti gli interventi nel DSM che eroga le prestazioni di cura;
- 3) la continuità della presa in carico, attraverso la quale l'utente e i familiari sono accompagnati e divengono partecipi del percorso di cura.

Il *fareassieme* ha dato voce a utenti, familiari e cittadini, stimolando il loro protagonismo e la loro partecipazione e promuovendo più salute in tutti. Con gli anni, con i molti convegni (*Le parole ritrovate*) e iniziative (*Oceano dentro, Quel treno speciale per Pechino, UFE & Coast to Coast*), gli amici trentini degli UFE (Utenti Familiari Esperti) hanno contaminato tanti altri Dipartimenti, operatori, Associazioni di utenti e familiari sparse in tutta Italia. Tra questi contaminati ci siamo anche noi saronnesi, e qui di seguito proponiamo alcuni contributi di volontari e di operatori: in alcuni scritti traspaiono la passione e le risorse del *fareassieme*, in altri ancora si azzarda una riflessione più articolata di questa buona pratica.

## ***Fareassieme: che sconvolgimento!***

È una logica operativa che mi ha spiazzata totalmente.

Incontri su incontri, proposte e proposte, adesioni sempre più incalzanti... Ho sempre fermamente creduto che «insieme» si realizza di più e meglio, ma all'inizio mi sono sentita davvero un pesce fuor d'acqua.

Inoltre non sono buona fisionomista e memorizzo molto lentamente i visi delle persone che vedo poche volte; immaginate la mia fatica man mano che crescevano i componenti del gruppo... Che dire poi delle e-mail che giungevano da tutte le parti incrociandosi e, talvolta ripetendosi? Poi quella tempesta di «facciamo così», «no, è meglio quest'altro modo», «ho parlato con...», «ho scoperto che...», «ci sono queste associazioni interessate a...».

Alcune volte mi sembrava che il tutto ci potesse sopraffare, perché gli interventi stavano sempre più estendendo il campo d'azione e mi chiedevo come avremmo potuto comporre in unità tutto quel fermento da puzzle fuori di testa...

Invece di testa e di cuore ce ne sono stati molti e davvero capaci. Mi incuriosivano la visceralità di Massimo, la precisione e puntualità di Gigi, la grinta battagliera di Michela Darò, l'infinito gran daffare di Elisa, l'entusiasmo di Glauco e i numerosi contatti di Denise... Incontri, confronti, vaglio di opportunità, fedeltà agli impegni presi, richieste di aiuto: ma che bella scoperta questa rete davvero operante fra persone così diverse tra loro e unite da un obiettivo ugualmente importante per tutti.

Effetto rassicurante la calma di Marco. Il suo saper ascoltare, fare sintesi, raddrizzare il tiro, dirimere gli inevitabili scontri e tener sempre alto l'entusiasmo sono stati una valida regia. Io mi sento sempre un pesciolino, che però ha imparato molto, ho persino imparato a non temere l'uso del computer, che mi disturba assai.

*Franca*

## ***Il fareassieme raccontato e vissuto da uno che non ci credeva***

Come in tutte le cose, fare qualche cosa di nuovo, affrontare una novità di cui sai poco o nulla non è mai semplice e nemmeno scontato che la si faccia e, se la si affronta, si inizia sempre partendo con diffidenza, svogliatezza, senso di indifferenza: in pratica la si fa ma non ci si crede!

Quando nell'ambito dell'Unità Operativa di Psichiatria di Saronno mi è stato detto che avremmo fatto un gruppo formato da operatori, da utenti, da familiari e volontari che avrebbe operato secondo lo spirito del *fareassieme*, subito ho arricciato il naso e ho risposto: «Perché lo facciamo? Funziona solo sperimentalmente e non mi sembra poi una gran cosa. Che senso ha fare con lo spirito del *fareassieme?*». Chi lo aveva proposto era, ed è, uno tosto, uno che non molla mai e, con fare sornione, mi disse: «Incomincia e poi vedrai...».

Già da qualche anno (2005) era attivo un piccolo gruppo che organizzava la partecipazione comune (di operatori, di utenti e di volontari, mancavano i familiari) a convegni, preparando assieme gli interventi. Una prima iniziativa è stata quella di promuovere una giornata di studio sul tema della paura e dello stigma per il disagio psichico, dal titolo: «Io ho paura... Ti faccio paura?». Era il 28/11/2009 e il seminario si svolse presso il Liceo classico di Saronno, coinvolgendo anche gli studenti, e ha avuto un tale successo di pubblico (oltre le 250 persone) che ci siamo convinti sulle reali possibilità del *fareassieme*. Nei mesi successivi abbiamo proseguito affrontando temi interni alla UOP e in particolare il tema sulla residenzialità sollevato dai familiari.

Forti di questi primi successi, abbiamo allargato il gruppo e ufficializzato l'iniziativa: il primo incontro del nuovo gruppo (eravamo una trentina circa) si tenne il 01/02/2010. Mi sembrava di essere nella famosa «Torre di Babele»: tutti parlavano, tutti si inventavano di fare qualche cosa, tutti volevano tutto. Poi verso la fine del primo incontro si incominciò assieme a individuare alcuni specifici progetti su cui lavorare per l'incontro successivo. Il primo incontro finì «in gloria», ovvero in una ventina andammo in trattoria a terminare la serata. Fu là, dopo qualche bicchiere di vino, che capii cosa era successo in riunione, una cosa semplice-semplice: con altre persone, in piena libertà e autonomia, rispettando i pensieri degli altri, avevamo fatto un percorso comune e condiviso per definire degli obiettivi. A questo incontro ne seguirono altri, uno ogni mese. Sempre più assieme costruivamo un percorso in cui ciascuno di noi poneva un tassello fisso, solo quando tutti gli altri erano d'accordo. Questo è stato molto faticoso, perché c'è sempre qualcuno a cui quel tassello non va bene o lo vorrebbe diverso, e allora si ricomincia daccapo, ma alla fine si riesce a dare vita a una forma comune. Quante delusioni, quante sofferenze, quante arrabbiate ma, se ci si crede, se si ha costanza, se davvero pensiamo di essere parte di un tutto e se trovi qualcuno che ti incoraggia e ti aiuta nei momenti difficili, vedere l'obiettivo del risultato finale ci prende e ci entusiasma!

Per tutto il 2010 abbiamo operato all'interno della UOP. Non è stato facile perché la «visione» di uno psichiatra è diversa da quella di un educatore, ed

entrambe sono diverse da quella di un familiare o di un volontario, così come l'assistente sociale vede la cosa in modo differente da un infermiere o da uno psicologo e, di certo, un volontario ha l'idea per affrontare i casi differente da un familiare. Anche l'utente vede i vari aspetti, legati alla malattia, in modo differente rispetto a tutti gli altri soggetti del gruppo e anche rispetto ad altri utenti con patologie e storie differenti. Questo è quello che intendevo quando parlavo di «Torre di Babele».

Desiderosi di rilanciare su di un evento di maggior sensibilizzazione rivolto alla città, nei dodici mesi successivi, siamo riusciti a definire un grosso progetto: «una 3 giorni a Saronno per parlare di benessere».

Questo eravamo riusciti a pensare e poi a fare nello spirito del *fareassieme!* Non mi sembrava potesse essere vero! Dove era finito il mio senso di diffidenza iniziale? Non esisteva più, avevo capito il significato del *fareassieme*. Un detto dei nostri vecchi recita: «L'unione fa la forza»; è vero! E l'unione è il *fareassieme*, dove tu sei tutt'uno con gli altri del gruppo e dove ciascuno deve dare/fare qualche cosa che vada bene e che serva a tutti del gruppo.

All'inizio del 2011, forti di questa esperienza, ci siamo detti che, per fare qualche cosa che serva al benessere comune a Saronno, non potevamo farla da soli e allora lo spirito del *fareassieme* lo abbiamo voluto diffondere ad altre associazioni che operano in città, circa venti di loro lo hanno capito, accettato e condiviso.

A partire da febbraio del 2011 abbiamo iniziato a «fareassieme» con le altre associazioni che, indipendentemente dalle loro singole specificità istituzionali, hanno portato i loro contributi autonomi ma condivisi da tutti. Nessuna associazione era superiore alle altre, ognuna operava in totale parità e autonomia rispetto alle altre. Ci siamo divisi in tre gruppi di lavoro, solo per semplicità nell'operare ma, con intervalli regolari, ci si riuniva tutti assieme per analizzare l'avanzamento dei lavori. Tutte le Associazioni presenti non dovevano pubblicizzare se stesse ma, essendo parte del *fareassieme*, dovevano proporre iniziative che tutti avrebbero condiviso. È stata un'esperienza esaltante vedere realtà differenti che assieme, senza simboli, senza diffidenze, in puro spirito di condivisione collaborano per realizzare una cosa di tutti e per tutti.

Il sogno ipotizzato da pochi nei primi mesi del 2010 è divenuto una realtà partecipata, condivisa e sentita come propria, da tanti nei giorni dal 30 settembre al 2 ottobre del 2011. Il titolo dell'evento era: «Alla tua salute... cominciamo oggi per cambiare il domani». Tutti noi volevamo che coloro che passavano per le strade di Saronno potessero essere coinvolti nel vedere come si poteva stare-bene anche con semplici cose. Saremo riusciti a far star meglio



qualcuno? Questo non lo sapremo mai con precisione, ma assieme abbiamo operato per questo obiettivo e siamo stati bene a iniziare da noi.

Di certo noi tutti che, a vario titolo e competenza, abbiamo partecipato al *fareassieme* abbiamo capito l'importanza della condivisione di un progetto. Un progetto può nascere dall'idea di uno singolo, ma per essere realizzato e durare nel tempo deve coinvolgere in modo paritetico più persone. Le stesse persone devono sentirsi ed essere coinvolte, nella realizzazione del progetto con pari dignità e importanza.

*Fareassieme* serve anche per promuovere un dialogo costruttivo tra funzioni differenti nell'ambito della stessa UOP. L'incontro scadenzato tra operatori, familiari, utenti e volontari può servire:

- alla conoscenza tra le persone;
- allo scambio di pareri o opinioni;
- alla presentazione di proposte o di idee;
- alla risoluzione di eventuali divergenze o incomprensioni;
- a far avanzare/migliorare il Servizio assieme con tutti.

Ovviamente questo approccio «comunitario» non esautora o esclude le specifiche competenze dei ruoli e delle responsabilità.

L'esperienza fatta mi induce a pensare che, se c'è vera condivisione tra tutti gli attori partecipanti, il progetto inevitabilmente migliora e ogni eventuale nuova proposta viene accolta e sperimentata. Tutto ciò anche nell'ottica dell'empowerment e della recovery non solo per gli utenti ma anche dei familiari, i volontari e gli operatori.

*Gigi Roncari*  
Volontario AsVAP4

## **Il *fareassieme*: convegno di saperi**

È ormai convinzione largamente condivisa da molti nel mondo psichiatrico e sociale che la cura della persona affetta da disagio mentale non può ritenersi esaurita soltanto nell'inquadramento clinico-diagnostico e nella terapia farmacologica e riabilitativa, rinchiusa nelle istituzioni ospedaliere e sanitarie e svolta solo da personale e operatori specializzati. Tutto ciò è certamente necessario ma assolutamente insufficiente e soprattutto del tutto incompleto se si esclude l'ambiente naturale e culturale in cui vive la persona stessa, all'interno delle sue relazioni sociali, personali, affettive e relazionali che costituiscono il suo mondo di vita.

Persino l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per quanto riguarda le linee guida della cura psichiatrica, auspica da tempo l'attuazione di strategie di intervento, cliniche e riabilitative, che tengano conto in primo luogo del «mondo» della persona nella sua interezza, piuttosto che focalizzarsi solo sul sintomo, e che vanno sotto la dicitura più ampia di *Psichiatria di comunità*. Si intende con questo che lo stesso concetto di «cura» classicamente intesa deve necessariamente subire una trasformazione e un cambiamento, orientandosi verso percorsi condivisi tra istituzioni (con le sue pratiche cliniche e operatori specializzati) e territorio della comunità di appartenenza della persona, con tutte le sue agenzie sociali, cooperative, formative, aggregative, socializzanti, culturali e politiche.

Tutto questo ancora non basta e l'intervento resterebbe ancora incompleto e inefficace se non venisse considerato e coinvolto direttamente nel processo di cura il paziente stesso, con la sua famiglia e la sua rete degli affetti principali.

Ed è proprio a questo livello che si sta svolgendo un grosso dibattito, scientifico prima ancora che culturale, su come poter far interloquire in una sinergia positiva e funzionale il sapere tecnico degli specialisti con quello esperienziale dei protagonisti: il paziente stesso e i suoi familiari. La questione è molto complessa per via delle numerose implicazioni che un tale approccio va a sollecitare, prima fra tutte la questione del «sapere clinico» (cioè cosa è successo, perché è successo, di cosa si tratta, come si fa a venirne fuori, con che cosa, in quanto tempo, cosa è bene e cosa è male fare, terapia farmacologica, ecc.), da sempre inteso patrimonio esclusivo del medico specialista, al quale il paziente «dovrebbe» affidare la propria speranza di cura e di guarigione, nella convinzione che sia l'unico a conoscere cosa fare per risolvere il «problema».

Siamo nel bel mezzo di un cambiamento radicale: la messa in discussione dell'unicità di un sapere esclusivo clinico medico-centrico e l'integrazione con un altro tipo di sapere, quello esperienziale, cioè quello più diretto e autentico di chi la malattia, il disturbo, la sofferenza li vive dal di dentro, in prima persona, sulla propria pelle, dentro la propria esistenza, minuto dopo minuto.

Proprio da questo esperire il paziente, ma anche il curante, può trarre conoscenza specifica ed esclusiva, questa sì, «materia» unica e importantissima, da elaborare e analizzare, che va a integrare le conoscenze mediche, tracciando così nuovi percorsi di cura personalizzati e unici. La psichiatria di comunità ruota attorno a *tre principi*:

- l'inclusione sociale: il processo di cura della persona deve avvenire il più possibile nel e sul luogo dove vive e lavora;

- il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) deve essere il sistema che armonizza e coordina al suo interno tutti gli interventi di cura;
- la presa in carico è continua nel tempo e si rivolge non solo al paziente ma anche ai suoi familiari.

A mio avviso questa è la condizione necessaria per sviluppare una *salute mentale di comunità*, che valorizzi gli utenti dei Servizi, ma prima ancora le persone in difficoltà, come protagonisti, i familiari come co-protagonisti del disagio, gli operatori come possibili garanti del processo di cura, i cittadini (volontari e non professionisti) come vere risorse umane, diversi dall'operatore e dal suo rapporto clinico. Ma ancora tutto ciò non è sufficiente! Questa sinergia deve necessariamente avere una precisa dinamica: gli attori e co-attori devono essere in movimento verso una direzione centrifuga, che va verso l'esterno, alla ricerca di «cure» locali, di opportunità evolutive e inclusive nel territorio dove abitano e vivono gli affetti e il sociale vitale di quella persona.

Ormai è sempre più auspicata la possibilità di una collaborazione paritetica tra specialisti, i loro Servizi, utenti e familiari che usufruiscono delle strutture nell'ottica di migliorare la propria vita: in questa alta integrazione sociale e sanitaria, estremamente complessa, si situa la buona pratica del *fareassieme*, che rende possibile l'incontro e lo scambio reciproco di competenze tra esperti clinici ed esperti «diretti» in un reciproco apprendimento tra le parti.

### *Soggettività e oggettività*

Oggi, in campo psichiatrico si parla sempre più chiaramente e insistentemente di *sapere esperienziale*, di *empowerment*, di *recovery*, di *advocacy*, di *self-help*, tutte accezioni che ci introducono a piè pari al tema del potere della persona nella partecipazione attiva alla propria cura. Vale a dire l'essere persona e soggetto (e non solo sintomo e diagnosi oggettivamente registrabile da manuale per l'anagrafe clinica) protagonista di un proprio percorso di cura, che è sì condiviso con i tecnici e i Servizi preposti, ma che vede comunque al centro il proprio Sé, con il proprio entourage di relazioni, di emozioni e di riflessioni personali (di vita e di storia), evidentemente anche molto diversi da una persona all'altra e quindi difficilmente e oggettivamente classificabili. Oggi, in psichiatria sappiamo che la conoscenza che ci può permettere di trarre indicazioni verosimili di cura è duplice: quella oggettiva e osservabile (tecnica-scientifica del sintomo) e quella soggettiva ed esperienziale (il proprio vissuto).

La psichiatria scientifica ha cercato di indagare e di rendere oggettivo il *cosa* del comportamento delle persone, per giungere così a una definizione

del *disfunzionamento* psichico. Il punto debole di una tale psichiatria è considerare materiale e oggettivabile ciò che, per sua natura, non lo è: la malattia psichica, la persona, la sua famiglia con la propria vita affettiva e privata. È pur vero che la persona è un essere materiale, ma è solo in parte oggetto della fisica e della medicina e/o determinato da meccanismi cognitivi, al contempo è ben altro.

Il grosso «problema» della malattia mentale risiede nella sua stessa natura: il paziente affetto da disturbi mentali è un *soggetto*, cioè una mente autonoma, che elabora in maniera imprevedibile e originale rappresentazioni e pensieri, creando risposte e azioni personalizzate; il paziente non è un *oggetto* inanimato da osservare, studiare e incasellare. La condizione psichica è una sorta di *impasto* tra determinazioni fisico-chimiche e indeterminismo radicato nella storia personale della persona che tale resta sempre. Anche ammesso di riuscire a individuare le cause psicofisiche obiettive che hanno determinato la malattia, questa resta sempre e comunque relativa alla realtà di *quella* persona, la malattia resta la *sua* malattia. Per uscirne, per star meglio, per *poter* modificare il suo stato psichico, il percorso può prescindere dalle cause, ma mai dal *suo soggetto* (processo di *recovery*). Inoltre, va ricordato che la materia studiata, il comportamento psichico, è fatta della *stessa natura* di chi la studia, l'osservazione è registrata dalle posizioni prospettive di chi le osserva, attraverso meccanismi soggettivi e proiettivi dello studioso che la guarda.

La questione psichiatrica è ancora più complicata perché il recupero della condizione di benessere non è soltanto legata alla risoluzione dei sintomi patologici, ma all'intero vivere della persona nel suo mondo relazione e vitale. La guarigione non è mai solo la funzione tecnica del farmaco, bensì il recupero e la riattivazione interna della propria vita, nella propria casa, nelle proprie relazioni, nelle proprie istanze, nel proprio territorio di appartenenza sociale. E se guarigione non fosse possibile, bisogna riuscire comunque a convivere con la malattia, trovando quell'equilibrio del tutto personale che permetta un funzionamento accettabile e sopportabile.

Da qui il nodo della cura psichiatrica: se l'obiettivo finale è capire per sapere come raggiungere il miglior livello possibile di benessere del paziente all'interno della propria vita, il *processo di cura* non può prescindere dall'ascoltare chi di quella vita è titolare: quindi, chi ha più titolo a pronunciarsi del paziente stesso? Chi può saperne più di lui?

Possiamo allora comprendere come in psichiatria siano necessari entrambi i saperi per *poter* migliorare lo stato del disagio: quello di chi ne sa di malattia per averla osservata dall'esterno e studiata sui libri, e quello di chi sa cos'è la

malattia perché l'ha vissuta dall'interno, subendone il condizionamento e l'alterazione della vita, accanto al dolore dei suoi familiari. E ogni malattia è diversa e unica, solo clinicamente associabile per patologia; tale catalogazione ben poco o nulla ha a che fare con l'esperienza della persona che l'ha vissuta, totalmente congiunta e fusa com'è con la vita emotiva, affettiva e privata, che la rende specifica e irripetibile, non paragonabile o accomunabile ad altre.

### *I saperi*

*Il sapere dell'esperto* ha i suoi vantaggi: conoscenza dei *diversi tipi* di malattia, delle caratteristiche ricorrenti e invariabili, dei meccanismi che l'attivano. La *distanza*, cioè l'essere fuori dalla malattia, permette di essere un punto di riferimento a sé stante, un ancoraggio fermo per il paziente il quale, proprio perché la vive dal di dentro, ne è totalmente coinvolto e immerso. L'esperto può essere un puntello necessario al quale aggrapparsi e forzare la fuoriuscita dal disturbo, un faro visibile nello sconvolgimento e dispersione dell'esperienza diretta.

*Il sapere del paziente* ha sue specificità: chi vive dall'interno la propria situazione di malattia e sofferenza è «naturalmente» a conoscenza dei meccanismi che l'hanno maturata, anche se non sempre tutto è così chiaro e consapevole, ma ovviamente ha già *in sé*, come una sorta di *traccia inscritta*, la risposta per uscirne o per modificarne lo stato; solo lui vive e ha scritto nella propria storia tutta la complessa costellazione che l'ha portato alla situazione attuale. Non sempre è possibile farcela da solo, c'è il rischio di nuove crisi e che si cronicizzi; con un aiuto esterno questo *potere potenziale* del paziente potrebbe trovare una base sicura per attivarsi ed evolversi.

I *rischi* ci sono per entrambi: il *tecnico* (psichiatra, operatore) ha la presunzione di sapere tutto della malattia perché ha studiato l'«oggettività dimostrata»; proprio questo sapere si scontra con la soggettività altrui, di chi sta vivendo un momento unico e non incasellabile. Il tecnico, quando ci riesce, può ri-conoscere solo i sintomi visibili e decifrabili, ma non può ri-conoscere ciò che ha natura di soggettività non classificabile, esclusiva della sfera soggettiva di quella persona (la storia, la vita affettiva, i valori, ecc.) e non può modificarla e prescindere da essa. Il *paziente*, che presuntuosamente crede di sapere tutto di sé, si chiude nella propria cella da solo, invischiato com'è con se stesso, precludendosi punti di approccio e confronto esterni al proprio caos esistenziale, privandosi della possibilità di vedere alternative. Dare credito solo alla propria situazione soggettiva può significare infilarsi in una via senza uscita, in una zona buia e ridondante con il proprio sé malato, avviandosi verso la cronicità.

Paradossalmente, si potrebbe affermare che in psichiatria solo la *consapevolezza della propria ignoranza* apre la porta a una possibile conoscenza più autentica e valida. Chi sa di essere ignorante è veramente sapiente e quindi «potente», così come il paziente e i loro familiari che sanno di non sapere tutto ciò che sta succedendo, ma chiedono aiuto interagendo con l'esterno in maniera attiva, attivano il loro «potere». In realtà, spesso l'utente e i suoi familiari si affidano in maniera magica al sapere dell'esperto, ritenendosi non alla stessa altezza di «sapere», e si pongono nel ruolo *down* rispetto al medico; vivono sensi di soggezione e di inferiorità, oppure di contrapposizione e di sfida, di vittimismo e di impotenza, o di attesa passiva di risposte e di farmaci risolutivi, demandando la totale responsabilità di cura all'esterno.

Allora non resta che cercare la chiave di questo dilemma umano in un *sapere relazionale*. In sostanza, occorre trovare l'unione di due relatività, l'incontro di due parti incomplete: arricchisce la reciproca conoscenza, realizzando un'effettiva relazione positiva. L'incontro di due diversi saperi non può che portare all'emergenza di un altro sapere: superiore, diverso, necessariamente più ricco e completo.

Quindi esistono più tipi di sapere: il *sapere oggettivo/scientifico* del tecnico, il *sapere soggettivo/esperienziale* del paziente e dei suoi familiari, il *sapere relazionale* «superiore» che nasce dall'incontro tra i due, il *sapere esperienziale dell'operatore* relativo alla pratica giornaliera, che ha valore se tratto dall'ascolto dell'esperienza dell'altro, un *sapere di tipo collettivo* che nasce dal confronto riflessivo di saperi esperienziali diversi. È l'auto-mutuo aiuto, dove si crea una competenza collettiva e non più solo privata o personale del singolo, appartenente a una comunità che condivide lo stesso impegno in percorsi di recupero della salute.

Quest'ultimo tipo di *sapere esperienziale collettivo* ha uno spessore diverso da quello personale. È l'evoluzione delle singole esperienze private che, attraverso il dialogo, lo scambio, il confronto e la riflessione fatta insieme, identificano punti di contatto, per acquisire una posizione più sociale-pubblica e quindi anche un po' più *oggettiva*; è un sapere più generalizzato di quello della nicchia familiare, congiunto ed elaborato dallo *stare e fare assieme*, di caratura diversa di quello della fredda scienza didattica.

## *Il fareassieme*

La cultura del *fareassieme* è una pratica relazionale che offre l'opportunità di *fare* ma anche di *ragionare* assieme e *decidere* cose da fare e da *programmare*. Questa pratica mette in relazione operatori, utenti e familiari nei loro percorsi

di salute, ma anche istanze sociali e della comunità territoriale come volontari, cittadini, istituzioni e agenzie del territorio (associtative, cooperativistiche, culturali, formative, sportive, artistiche, ecc.).

L'obiettivo è quello di instaurare una rete di connessioni e sinergie tra Enti e risorse territoriali tali che l'informazione e la conoscenza della sofferenza psichica possano circolare in maniera efficace e trasversale a tutte le fasce della territorio comunitario. Il *fareassieme* e la sua gente possono/devono divenire così strumento privilegiato di presenza sociale per i pazienti e i loro familiari, che avranno l'opportunità di essere protagonisti attivi delle proprie richieste, bisogni e progetti, senza demandare a terzi (i Servizi, già oberati e soffocati dalle sempre maggior richieste a fronte di sempre minor risorse) soluzioni alle proprie esigenze. Il *fareassieme* non delega al «fato», ma si assume la propria responsabilità e diritto di cittadinanza, attraverso percorsi di consapevolezza e di confronto, concertando la partecipazione delle competenze già in campo.

Così il *fareassieme* può oltrepassare i confini psichiatrici e andare a incidere sulle politiche sociali di convivenza e di tolleranza, trasforma così ciò che era sofferenza e malattia stigmatizzante in un volano di ricchezza sociale, traina valori di cooperazione e di convivenza sana ed evoluta.

Il *fareassieme* è un approccio cooperativistico di cura, che si muove all'interno del DSM e vede coinvolti alla pari utenti, familiari, operatori, volontari e cittadini sensibili, assieme ad agenzie associative del territorio, nel proporre opportunità di inclusione sociale. Valorizza la partecipazione e il protagonismo di tutti, promuovendo un clima amicale e affettivo, caldo e fiduciario, che sta alla base della relazione e dei progetti che in esso nascono. In sintesi *fareassieme* è una buona pratica psichiatrica che significa:

- credere che tutti siano detentori di un *sapere* (quello tecnico «esterno» degli operatori e quello esperienziale «interno» del paziente e dei suoi familiari). L'incontro e l'integrazione di questi due saperi produce quello superiore collettivo;
- credere nella *responsabilità* personale di ciascuno;
- credere che il *cambiamento* possa sempre esistere e il momento della malattia sia superabile e mutabile;
- credere che ciascuno abbia anche *risorse utili* e sia portatore di soluzioni interessanti; il paziente non è sempre e solo una persona da accudire con problemi da risolvere;
- credere che sia legittimo *ridare parola* e ascolto all'utente e alla sua famiglia relativamente al progetto di cura in cui è implicato. Non può essere solo materia e conoscenza dell'esperto;

- credere che la *concertazione* delle diversità, seppur difficile, alla fine paghi, a favore di una maggior maturità collettiva che trasforma la «res politica».

*Fareassieme non è un gruppo di lavoro qualunque*, non è sempre e tutto «rose e fiori». La sua peculiarità cooperativistica delle diversità e dell'eterogeneità non rende sempre facile tollerare tante differenti dinamiche che in esso si sviluppano, a volte conflittuali e persino contraddittorie. Faccio qui alcune osservazioni intorno a concetti generali di questa pratica che dovrebbero, a mio avviso, permeare la cultura. Sono riflessioni a voce alta, dove parlo e mi rispondo da solo, anche se non è facile ridurre a semplici risposte l'alta complessità di un tale agire (almeno per me...). La complessità diviene maggiore se pensiamo che, per ciascuno degli attori coinvolti, ci sarà una risposta diversa, relativamente ai propri punti di vista, al ruolo o alla posizione nel mondo psichiatrico o del mondo sociale: la visione di un Primario non è la stessa di un Paziente, così come del Volontario rispetto a un Familiare; un Operatore è diverso da un Cittadino, un Politico da un Socio di Associazione sportiva o culturale, un Artista da un Responsabile di struttura, un Giovane da un Anziano, un dipendente legato al sistema aziendale ospedaliero da un libero volontario meno vincolato all'istituzione:

Il senso di *responsabilità condivisa*. Si dice che, parlandone assieme, il peso della sofferenza e l'ansia della problematica *si alleggerisce* e si stempera; tuttavia, per un paziente o per un familiare non è per nulla facile e tantomeno «leggero» trattare di quella malattia che tanto lo angoschia da tempo, in un gruppo così aperto ed estraneo alla propria storia di provenienza. Non è scontato che un familiare, dopo anni di quotidiana condivisione della difficoltà, abbia ancora desiderio di occuparsene nel proprio tempo libero, ribadendo ancora la sua sofferenza continua. Fino a che «io» penso che tutto dipenda dagli altri, compreso il «mio» benessere, non potrò avvertire altro che il peso della sua assenza. Per contro, se arrivo a riconoscere il «mio» dolore come una parte di me e non totalizzante dell'intera esistenza, lo dimensiono, lo rendo più accettabile e allora posso permettermi anche di fare altro assieme ad altri, alleggerendomi dall'assedio del mio problema.

*Libertà e impegno*. L'adesione e la partecipazione al gruppo sono *libere*, ma allo stesso tempo diventano anche *impegno* che responsabilizza. La libera utilizzazione dello strumento gruppale e dei suoi contenuti sembrerebbe in contrapposizione con l'impegno che richiede la propria responsabilità. Va osservato che proprio la responsabilità di ciascuno rende possibile la fruizione positiva del gruppo.

*La disponibilità*. Il *fareassieme* chiede la *disponibilità* alla rivisitazione dei *propri luoghi comuni* in ordine alle tematiche della sofferenza e del benessere.



Questo implica un'azione non proprio semplice: lo staccarsi dai propri pregiudizi, dalla propria esperienza personale. Lo sforzo di mutare il proprio modo di vedere il mondo dell'altro, liberandosi da idee predefinite, implica la capacità di rimettere in discussione le proprie certezze, piuttosto che rivendicarne la validità. Spesso è l'idea che ciascuno si fa della propria malattia a impedirne visioni nuove e strade alternative per affrontarla e superarla. Questo sta alla base del principio di *recovery*: apprendimento della propria capacità di cura, recupero della delega terapeutica, responsabilità anche del proprio benessere.

*L'autonomia e la convergenza.* Come si può parlare di autonomia della persona se siamo condizionati dalla collettività del gruppo e dalle sue decisioni? Esiste davvero, all'interno del DSM, un operare senza interferenze? Nel *fareassieme* più che «avere lo stesso punto di arrivo» o «tendere all'uguaglianza» vale l'esperienza della convergenza di tante individualità verso la condivisione gruppale.

*La prossimità e l'attrazione.* La prossimità è l'essere vicini nella condivisione del dolore e del disagio, ma anche vicini nel guardare oltre il limite della sofferenza che imprigiona e paralizza. La prossimità è l'esatto contrario della solitudine: chi è vittima o prigioniero del proprio stigma, della propria idea o si identifica unicamente nella propria malattia, difficilmente accederà al livello dell'ascolto, dell'attesa, dell'incontro e della scoperta. Qui entra in gioco l'empatia, che rende unica la partecipazione al gruppo e, data la sua caratteristica di libera adesione, può essere la nota *attraente* che garantisce la continuità del gruppo. Diversamente, il solo ritrovarsi attorno a un «fare» pragmatico, dopo un po', passati i fumi della festa o soddisfatte le proprie esigenze personali, può divenire sterile e perdere d'interesse.

*Il movimento culturale.* La storia della pratica del *fareassieme*, laddove è applicata, dimostra chiaramente quanto abbia fondato una cultura propria, contaminando l'intero sistema psichiatrico «ufficiale», rimettendo in discussione i suoi assunti di base e l'assetto medicocentrico attuale. Attraverso l'attuazione di comportamenti collettivi, fondati sull'adesione a principi di condivisione e ascolto, tutti i componenti acquistano diritto di parola: utenti e familiari, in particolare, si riappropriano della propria parte in gioco nell'ambito della cura, della tutela e della promozione. Inoltre è una dimensione in movimento, per natura non immobile e quindi impossibile e intollerante a essere congelata in protocolli terapeutici, pur consapevole di non poter bastare a se stesso.

*Il ruolo politico.* L'adesione al *fareassieme* svincola dalla dipendenza e abilita alla partecipazione. Uno dei principi è riappropriarsi della delega alla propria cura e tornare a essere protagonista, togliendo parte della responsabilità ai Servizi e ai loro operatori. Sostanzialmente potrebbe essere abbastanza semplice: vanno

rivisitate le funzioni di ciascun attore all'interno del processo di cura. Restituire protagonismo e autonomia ai suoi attori significa ribaltare il paradigma culturale insito nella medicina tradizionale medico-paziente, dove la cura non è più solo la rimozione del sintomo e delle sue cause, ma diventa abbracciare e interessarsi della qualità di vita dell'intera comunità.

*Il diritto di cittadinanza.* La pratica del *fareassieme* rivendica il diritto di «esserci» in mezzo alla comunità, come parte attiva e propositiva, al pari delle diverse istanze sociali che compongono la rete di comunità; il *fareassieme* è portatore di valori significativi per tutti, oltrepassa la soglia del disagio e si pone come modello di concreta solidarietà, accoglienza e ascolto di una rete comunitaria.

*Rischio di istituzionalizzazione e professionalizzazione.* La promozione del *fareassieme* da parte dei Servizi può essere un'arma a doppio taglio: da una parte ne riconosce la validità, dandogli spessore e concretezza, dall'altra potrebbe portare a una sorta di istituzionalizzazione di questa pratica, dimensionandola a seconda dei propri orari, regole e norme, agendo in sostanza un ruolo arbitrario di controllo. Il rischio è quello di formalizzare eccessivamente, sull'impronta aziendale, limitandone la flessibilità e la spontaneità.

*Rischio di idealizzazione e politicizzazione.* La buona pratica rischia anche di diventare un fattore ideologico per l'Azienda ospedale, un fiore all'occhiello di cui vantarsi e da esibire, magari al fine di ottenere finanziamenti a progetti regionali, in quanto l'idea è bella, buona e funziona. Spesso per ottenere tali finanziamenti necessari per il «fare» bisogna compilare bandi di concorso che richiedono la compilazione di modelli riferiti all'organizzazione aziendale, complicati e avulsi dalla realtà del *fareassieme*, difficile da protocollare, da misurare e da incasellare.

## *Conclusioni*

La Psichiatria di comunità si è sviluppata negli ultimi decenni, sulla poderosa spinta innovativa e rivoluzionaria della Legge 180 ma, a tutt'oggi, bisogna ancora constatarne la diffusione zonale, a macchia di leopardo, molto discontinua, disomogenea, episodica o in talune aree molto parziale, incompiuta o addirittura assente. Manca una reale condivisione con l'intero mondo psichiatrico, che sta denunciando momenti di difficoltà e criticità dovuti alla sempre maggior crescita della domanda e alla ormai cronica scarsità di risorse materiali e umane.

La domanda sociale di dignità della malattia, di lotta allo stigma e al pregiudizio, di maggior informazione e prevenzione giovanile, di bisogno di

aggregazione, di intercettazione dei sintomi precoci, di «base sicura» dei Servizi e di accoglienza dolce, di risposte tempestive alla crisi, l'attenzione alla famiglia e il suo coinvolgimento nel percorso di cura, la contaminazione delle parti sociali del territorio, l'empowerment del paziente e il suo diritto di cittadinanza e di inclusione nelle parti e negli strati sociali, tutte queste sono istanze impellenti, ma che spesso ancora oggi trovano poco riscontro presso molti Servizi psichiatrici.

Mentre si assiste a operazioni culturali, di grande spessore, relative all'inclusione sociale, alla ripresa di un ruolo attivo per meglio definire le sfumature del welfare e della psichiatria di territorio, centrate e organizzate intorno alla soggettività del paziente, con l'attenzione particolare a una riabilitazione orientata alla consapevolezza, alla recovery e all'advocacy, il trend culturale opposto sembra vedere operatori iperspecializzati nelle nuove tecniche delle neuroscienze, sul filone delle nuove conoscenze della ricerca biologica, dove il cervello diviene l'oggetto di indagine privilegiata in quanto sede di meccanismi psichici che generano risposte e comportamenti disfunzionali, da curare e da correggere con opportuni «esercizi» e metodiche didattiche. Come se quest'organo fosse l'unica sede preposta all'elaborazione dell'espressione umana e delle sue passioni, delle dinamiche affettive, emotive e creative dell'individuo.

Ridurre in maniera così pragmatica il libero arbitrio a mera funzione cerebrale secondo l'antico paradigma di causa-effetto rischia a mio parere di rieditare sotto nuove sembianze l'antica modalità che stava alla base delle istituzioni manicomiali, dove si sperimentavano sul cervello discutibili quanto aberranti «esperimenti scientifici» per mutarne il funzionamento anomalo e renderlo adeguato al sociale prevalente. È necessario che la psichiatria moderna alzi la soglia di vigilanza critica nei confronti di una cura eccessivamente centrata sulle neuroscienze, trincerata su nuovi assunti e nuove sicurezze, nel tentativo di trovare e dare sempre risposte scientifiche, a tutti trasferibili, indipendentemente dalla persona e centrate solo e unicamente sul sintomo. È in atto un fenomenale tentativo di manipolazione dell'animo umano, che per sua stessa natura con la scienza oggettiva ha poco a che fare.

Una riflessione conclusiva va fatta riguardo all'operatore.

*Criticità per l'operatore:* egli si trova contemporaneamente a condividere l'appartenenza a due comunità di pensiero ancora molto lontane e poco compatibili tra loro, per i limiti che il legame contrattuale aziendale gli impone, nonché per la mission del Servizio che rappresenta. È un equilibrio precario, fatto di continue contraddizioni e sconfinamenti di campo, che obbligano il «buon» operatore, se vuole restare in piedi, a rivedere continuamente la sua identità professionale, forse ri-editandone una nuova, più «sua» ma anche più

«universale» e più aperta al nuovo che avanza «dal basso». La scommessa forse sta nell'acquistare quella sottile capacità di tollerare il conflitto strutturale, dentro al quale possa anche lui sintetizzare una nuova formula professionale di promozione e ascolto, piuttosto che di esecutore protocollare. Il muoversi secondo la dinamica del *fareassieme* pone anche problemi di intesa con i propri colleghi e con il Servizio, con cui è chiamato a condividere protocolli di intervento standardizzati. L'operatore del *fareassieme* è vissuto come il «dissidente», il «diverso», lo «speciale», che si pone fuori dai confini normalmente concessi; quello che spesso trasgredisce regole, le norme e gli orari, quasi un «autorizzato» di lusso o un privilegiato che gode di una libertà di movimento ad altri sconosciuta; rischia di diventare quello che non si adegua e non si conforma alle direttive valide per gli altri, quasi una ostentazione da «lavoratore autonomo» che viene richiamato nei ranghi anche per obblighi giuridici o contrattuali. Dal gruppo, per contro (o allo stesso modo...), la sua presenza può essere vissuta come quella dell'«infiltrato» aziendale, il «mandato dall'Istituzione» che tenta di assicurarsi il controllo di quel presidio, come a confermare proprio quella realtà medica dominante. Persino il suo status di «stipendiato» lo contrappone a tutti gli altri che sono volontari e lo rende di fatto equivoco. Questa condizione di precario equilibrio innesta nell'operatore un effettivo senso di sconcerto, l'antipatica sensazione di non essere mai a «casa tua», di non-appartenenza né all'una né all'altra parte, un sottile sentore di solitudine in ciò che si sta facendo. Insomma, il problema della quadratura del cerchio è tutt'altro che risolto; le due culture, aziendale e *fareassieme*, restano, tranne che in qualche isola felice, ancora lontane e antitetiche tra di loro.

Personalmente ritengo che da una parte è necessario per l'operatore, qualsiasi sia il suo ruolo, interrogarsi sul senso del proprio fare e del proprio rinnovamento, riappropriandosi anche lui del proprio empowerment; deve permettersi di indagare nuovi paradigmi di cura, piuttosto che delegarli mutuamente a esterni ricercatori aziendali, ben consapevole delle conseguenze. Dall'altra parte l'operatore può godere di un osservatorio privilegiato, di una condivisione del tutto nuova: le *buone pratiche* inducono un approccio alla problematica dell'altro e dei suoi familiari che rimette in gioco, destabilizza e ridimensiona il proprio ego di infallibile curante/guaritore con risposte preconfezionate per far spazio al «possibile insieme».

L'operazione non è indolore e nemmeno gratuita: emerge la consapevolezza per la quale ciascuno di noi, in fondo, è sempre solo con il suo libero arbitrio, nelle proprie scelte. La condizione di solitudine, di contraddizione e di conflitto altro non sono che alcuni dei componenti del vivere quotidiano. L'importante è

non lasciarsi intrappolare dei limiti del nostro supposto *sapere*, dentro al quale ci si ostina a cercare soluzioni, alla fine necessariamente di routine; poca cosa se non converge nell'incontro con l'altro che schiude orizzonti inattesi. Per questo difficile cammino, però, diventa indispensabile trovarsi alcuni buoni compagni di viaggio...

In fondo la collettività è il convegno di tante solitudini diverse.

*Massimo Airoidi*

Educatore Professionale CPS

### **AsVAP4 e il *fareassieme***

Un familiare e un malato giocoforza si trovano a dover convivere con una difficoltà, con un disagio. Un medico, un operatore, un volontario no: lo scelgono. A chi compie questa scelta, spesse volte molto faticosa da ogni punto di vista, deve necessariamente andare tutta la nostra stima, riconoscenza, collaborazione.

Probabilmente la parola che pronuncia più spesso un familiare, specie all'esordio della malattia, è *impotenza*: si vorrebbe fare molto di più, ma non si sa né cosa fare, né come fare. E il rapporto tra ammalato e familiare è il più delle volte, fortunatamente, 1 a molti: un congiunto malato con un intero nucleo familiare che si prende cura del congiunto sofferente. Per un medico o un operatore il rapporto è uno a quanti? Sicuramente decine di pazienti.

I fallimenti, le frustrazioni che una famiglia vive nei confronti dei familiari malati sono spesso emotivamente devastanti. E per un operatore? È vero non c'è il legame affettivo, è più facile avere distacco, c'è l'équipe di lavoro che sostiene e compensa... però se aggiungiamo anche la scarsità di risorse umane e materiali della sanità il ruolo del personale sanitario si complica ulteriormente.

Per tutte queste brevi considerazioni, crediamo fortemente che il *fareassieme* vada applicato anche tra i Servizi e le Associazioni di familiari e volontari.

Il lavorare assieme, il confrontarsi sulle reciproche attese a volte molto lontane tra loro, *fareassieme* (l'idealizzazione del potere terapeutico della famiglia da parte degli operatori, il pensiero magico dei familiari che vedono nel farmaco e nel medico strumenti infallibili di veloce e pronta guarigione), è la strada per ottenere risultati concreti, reali per i nostri familiari.

1+1 = servizi più associazioni: fa veramente 3.

Noi ci crediamo, noi ci stiamo.

*AsVAP4*

## Capitolo 12

# Interviste

### Parole

*Frustano l'aria  
del cortile assolato  
in serrate discussioni.*

*Languono sui  
ballatoi in tristi addii  
amorosi.*

*Mischiano idiomi  
incomprensibili  
e balbettano frasi  
inconcludenti.*

*Lacerano lo  
spazio che divide  
la nascita dalla  
vita e chiudono  
ciò che è diventando  
grida ed urla perse  
nel niente che sarà.*

Giuseppe Mitra

*Questo capitolo nasce su richiesta di alcuni familiari e riprende domande comuni a chi ha sperimentato la vicinanza, spesso drammatica, con il disagio psi-*

*chico. Non abbiamo la pretesa esaustiva di rispondere e di risolvere ogni problema; l'intenzione è quella di aprire un dialogo e un dibattito, mai conclusi e che mai si dovrebbero concludere, perché la risposta al dolore delle persone non sono i tecnici che devono darla; ognuno, con l'aiuto di tutti, può cercare una propria risposta. Noi non crediamo di dare, quindi, risposte esaustive; speriamo di offrire alcuni spunti alla riflessione personale.*

## **Domande di familiari al presidente dell'Associazione «Il Clan/Destino»**

*Perché mi accade questa malattia? Perché proprio a me?*

Fa parte del mio bagaglio di persona che fa un percorso di cura il fatto di sapere che se soffro della sindrome che mi è stata diagnosticata, ciò dipende da una componente genetica (anche mio padre era un borderline), dal contesto familiare in cui ho vissuto nei primi 30 anni della mia vita e dal grave trauma che ho subito a causa della perdita dei miei genitori.

In realtà io però non drammatizzo più di tanto la situazione, non inteso una mistica della mia condizione di malato, perché sono una persona che nella propria esistenza ha sperimentato diversi frammenti di realtà collettive e individuali, per cui credo moltissimo nel concetto secondo cui ognuno porta la propria croce.

È lontanissima da me l'idea di appartenere, in quanto utente dei Servizi psichiatrici, a una categoria a sé stante, fuori dalle leggi che governano il quotidiano degli uomini. A me è andata così, io devo fare i conti con una psicopatologia abbastanza seria, ma esistono situazioni di tutti i tipi, anche peggiori della mia.

Poi io non credo che la mia malattia rappresenti uno spartiacque tra un'età dell'oro — ciò che ho vissuto prima di ammalarmi — e la discesa negli inferi, ovvero tutto ciò che è seguito il giorno in cui mi è stato diagnosticato ciò di cui soffro. Di fatto la sacrosanta questione del vivere in modo autonomo è entrata nell'ordine del giorno delle mie preoccupazioni quando ho cominciato a stare male, dopo i ricoveri e la fuga da una casa rimasta deserta in seguito alla morte dei miei genitori.

Questa che mi è capitata è anche in fondo un'opportunità di rimodellare la mia vita secondo criteri più sani. Mi domando: che cosa ne sarebbe stato di me se la malattia non mi avesse messo con le spalle al muro, costringendomi a fare i conti con i fantasmi che da sempre si agitano nella mia testa?

*Perché sto così male? Perché continuo a stare male nonostante tutto quello che faccio per stare meglio?*

Potrei rispondere banalmente dicendo che la mia patologia è complessa e solidamente radicata nella mia psiche, per cui la prospettiva che devo abbracciare è necessariamente di lungo — o di lunghissimo — periodo, nel senso che i passi avanti che ho fatto in questi anni di cure non impediscono che esistano in me ancora consistenti sacche di malessere.

Però vorrei andare un po' oltre, rispondendo non solo come un paziente psichiatrico ma soprattutto come uno dei sette miliardi di uomini che popolano questo pianeta. Io non sposo — o quantomeno non sposo più — la presunzione di detenere una specie di primato del malessere in quanto persona colpita da un disturbo di mente. Un uomo soffre per le più disparate ragioni: perché non ha un lavoro, perché ha perso un amore, perché è solo... Dunque dobbiamo riconoscere che la sofferenza, il male fanno parte in pianta stabile della nostra vita; non è una cosa che si può recidere chirurgicamente con la volontà, con qualche farmaco, con il denaro o con qualche altro espediente.

Tra l'altro, alla base della sofferenza umana non ci sono sempre necessariamente delle ragioni specifiche. A volte sì, ma in altri casi per ragioni puramente bioritmiche io mi alzo una mattina dal letto con la morte nel cuore alla sola idea di iniziare la giornata. Per un po' di tempo ho pensato che ciò dipendesse dalla mia patologia, magari per cause legate a uno scompenso emotivo o a qualche altro tecnicismo clinico. Poi, invece, iniziando a lavorare in una realtà varia e complessa, ho dovuto ammettere che tutti gli individui, anche quelli cui non è stato diagnosticato alcunché, a volte aprono gli occhi la mattina con la voglia di farsi così piccoli da scomparire agli occhi del mondo.

Ciò che conta, in definitiva, è che noi possiamo relativizzare i nostri stati d'animo. La gioia, la serenità, la tristezza, il dolore... sono sentimenti che dobbiamo cercare di vivere nel momento presente, sapendo che poi come sono venuti altrettanto rapidamente passeranno, perché sono «solo» i singoli frammenti del nostro vissuto esistenziale.

*Vedo gli altri che hanno continue ricadute, starò sempre così? Che futuro mi voglio costruire?*

Guardandomi attorno, vedo un po' di situazioni di tutti i tipi. Ho amici che si mostrano stazionari nella loro condizione psicologica, qualcuno ricade frequentemente in stati di malessere e così viene ricoverato in SPDC, però ad



esempio una mia amica, che in anni passati è stata malissimo, ora sta benone, ed è pure incinta. Insomma, ce n'è davvero per tutti i gusti. Secondo me bisogna avere la forza di introdurre delle novità nella propria vita, nella speranza che attraverso nuovi stimoli si riesca a trovare la chiave giusta per la nostra serratura esistenziale. La speranza è che da nuovi stimoli possano nascere nuovi scenari e un rinnovato benessere. Dopo essere stato dimesso dal CRA io ho puntato tantissimo sulla ricerca di un lavoro; ero convinto che per me potesse essere la soluzione giusta per risolvere problemi pratici e psicologici e cominciare a stare meglio. Il lavoro è arrivato a metà del 2011 e questo è stato per me l'avvio di una nuova fase della mia vita. Ora ho una responsabilità da ricoprire (36 ore di lavoro in ufficio la settimana), nuove persone con cui relazionarmi e, non da ultimo in ordine d'importanza, uno stipendio che mi permette di avere un tenore di vita più soddisfacente e la possibilità di sistemare l'appartamento che mi è stato assegnato a Uboldo.

Sottolineo il discorso economico perché nella vita di una persona i dati materiali sono importantissimi; non dobbiamo pensare che tutto si esaurisca e si risolva nella nostra testa. Ad esempio, posso dire che da quando ho la sicurezza di uno stipendio regolare a fine mese mi sento più equilibrato, più sereno, più fiducioso rispetto al mio futuro, e così accuso meno stati di crisi.

Il mio futuro? Per me è un concetto che posso descrivere con poche, semplici parole: un lavoro, una casa tutta mia, arredata secondo il mio gusto, qualche soldo da tradurre in uno stile di vita meno «castigato» rispetto agli ultimi, durissimi anni, qualche amico su cui poter contare, qualche hobby piacevole (mi piace leggere, guardare film, correre).

*La vita comunitaria: perché convivere con la sofferenza altrui dovrebbe farmi star bene?*

Questo argomento mi porta a toccare un tasto per me molto delicato. Io sono presidente del «Clan/Destino», che è un'Associazione culturale di auto-mutuo aiuto. Io credo tantissimo nel principio della solidarietà reciproca, nel fatto che persone che stanno male possono sostenersi reciprocamente attraverso lo scambio di esperienze e vissuti. Inoltre, toccare la sofferenza altrui ti permette di «centrarti» e di collocare il tuo disagio in modo più realistico grazie al confronto con chi sta meglio e chi sta peggio di te.

Però devo anche dire che non voglio fare eccessiva retorica su questo tema. Voglio anche dire che la vita in comunità è dura, a tratti estenuante. Se oggi mi

proponessero di rimettere piede nella comunità dove ho vissuto per quasi tre anni, mi verrebbe un colpo, perché quelli erano altri momenti, erano altre situazioni e c'erano sul tavolo altre condizioni e altre necessità rispetto alla mia condizione attuale. Diciamo che quella è una pagina della mia vita che ho già scritto, con tanti ingredienti: piacere, impegno, entusiasmo, necessità, sofferenza, lacrime e anche qualche goccia di sangue. Adesso sto scrivendo un'altra pagina del libro della mia vita, in un momento nel quale è cambiato il pronome dominante nel mio quotidiano. Prima a essere in primo piano era il «noi», mentre adesso sono più concentrato sull'«io».

### *Perché una psicoterapia dovrebbe aiutarmi?*

Banalmente potrei rispondere con quello che veniva detto a noi pazienti in CRA, ovvero che le sindromi complesse che ci riguardano vanno trattate con farmaci, momenti aggregativi di socializzazione e, appunto, anche con la psicoterapia, individuale e di gruppo.

A parte questa cosa che ho appena detto, che giustamente sa un po' di «compitino», vorrei dire che prima della psicoterapia, alla quale ho cominciato a sottopormi già durante l'adolescenza, mi sentivo come una mosca cieca, nel senso che subivo situazioni dolorose e frustranti in maniera pressoché meccanica, senza potermene dare conto.

Con la psicoterapia, nel corso di lunghi e difficili anni, è arrivata innanzitutto la consapevolezza di quanto mi succedeva, per cui ho potuto cominciare a dare qualche risposta a una delle domande che dominano la via di ogni uomo: «Perché?». Poi, dopo aver iniziato ad aprire gli occhi sui miei guai, c'è stato spazio per l'altra, cruciale domanda: «Cosa fare?».

Tutto questo lavoro psicoterapeutico si è sviluppato, e ancora si sta sviluppando, in modo direi quasi «artigianale», perché non esiste un manuale che spiega in maniera tecnica come sono fatto e quali pulsanti devo premere per stare meglio quando soffro. Gradualmente sto imparando a distinguere ciò che devo semplicemente tollerare rispetto a quelle parti di me e a quelle situazioni su cui posso intervenire per migliorare.

In generale, penso in ogni caso che una buona psicoterapia sia tale solo se consente al paziente innanzitutto di accettarsi in maniera serena e senza riserve. Questa è la base per cominciare a fare passi avanti. Inoltre la psicoterapia è una relazione umana, un'esperienza tra persone, per cui rispetto alla sua efficacia conta molto il «feeling» che s'instaura tra chi è lì per curare e chi chiede aiuto.

*Sto un po' meglio, sono fatto così... perché curarmi? Chi lo decide? Io sono l'artefice della mia vita! Chi dice che il tuo disegno su di me mi renda più felice?*

Curarsi in presenza di una patologia è un fatto di responsabilità e buon senso. Mi è stato diagnosticato un disturbo di personalità, un qualcosa che non è affatto astratto, dato che mi rende la vita difficile, deprimendo la qualità del mio quotidiano. Per questo da cinque anni mi sottopongo a delle cure «intensive» per stare meglio. Anzi, non per stare meglio, diciamo tutta la verità: per poter ripartire con una vita appagante e autonoma, dopo aver toccato il fondo nel 2006, in seguito alla morte di entrambi i miei genitori.

Detto questo, c'è un aspetto della psichiatria, soprattutto di quella che ho conosciuto io, di quella comunitaria, che oggi mi inquieta: la sua tendenza a porsi nella vita di una persona come una dimensione totalizzante. Questo avviene per necessità, così io mi sono messo nelle mani del CRA alla fine del 2007, quando ero un pulcino stremato dal dolore.

Adesso, dopo cinque anni, dopo che è passata parecchia acqua sotto il ponte, sento il bisogno di pensare più a me stesso come a una persona, e non più necessariamente come a un utente (vocabolo che sinceramente sta cominciando a venirmi a noia). Io non voglio più ragionare solo come utente, perché se fai così è come se perdessi una dimensione, è come se ti venisse meno lo spessore che deve avere un uomo. Io rivendico il fatto di essere una persona a tutto tondo, la cui patologia psichiatrica è solo una parte del tutto.

Voglio cogliere quest'occasione per raccontare un aneddoto, una cosa che mi è capitata qualche mese fa e attraverso la quale ho visto confermata l'importanza di questa mia rivendicazione. È successo che ho scritto una breve testimonianza autobiografica sull'ultimo periodo della mia vita, e quando ho finito di farlo ho consegnato la bozza ad alcuni amici perché la leggessero. Ero convinto di aver scritto parecchie cose interessanti e sensate, finché un mio amico, una persona dotata di una mente molto pronta, che non frequenta il nostro «piccolo mondo» della psichiatria, mi ha detto senza mezzi termini che leggendo il mio scritto aveva avuto la sensazione di trovarsi di fronte a un manuale d'uso di un aspirapolvere. Mi ha detto (ricordo le sue esatte parole): «Guarda, non te la prendere, ma sinceramente mi ha impressionato il fatto che in queste pagine non ci sono le tue credenze, i tuoi valori, i tuoi principi, i tuoi gusti, non ci sono richiami a una dimensione spirituale...». Allora ho riletto il mio articolo e mi sono reso conto che avevo messo insieme un guazzabuglio di tecnicismi, tutte le cose che ho immagazzinato nella testa grazie al lunghissimo carosello di colloqui e gruppi terapeutici di questi anni. Insomma, voglio dire che la psichiatria e la psicologia vanno bene, anzi sono necessarie, ma nelle giuste dosi; quando

diventano totalizzanti, e lo diventano per troppo tempo, schiacciano la persona facendone una brutta copia impoverita e priva di spessore.

Io questo discorso lo faccio anche da presidente del «Clan/Destino». Io non voglio che la mia Associazione sia un caravanserraglio dove le persone passano il loro tempo a raccontarsi che farmaci prendono e a parlare bene o male di questo o quello psichiatra del CPS. Il Clan deve semmai essere un ponte tra l'istituzione psichiatrica e la società, uno spazio che consente a quelli come me di vivere piccole, ma significative esperienze: cenare assieme, visitare una città mai vista, dedicarsi in modo amatoriale a qualche attività espressiva o artistica come la musica o il teatro...

*Sono in comunità, vado al CPS, sento su di me il giudizio negativo degli altri: mi svalutano. Mi sono sentito dire «poveretto». Non voglio vivere così!*

Mah, distinguiamo gli ambiti. Diciamo che in CRA e in CPS nessuno mi ha mai dato del «poveretto». Anzi, quand'ero in CRA gli altri ragazzi mi mettevano sul piedestallo per le mie capacità comunicative, che detto per inciso non derivano da un'intelligenza particolare ma dal fatto che per sei anni ho tentato (vanamente) di guadagnarmi da vivere facendo giornalismo. Questa cosa mi metteva e mi mette a disagio tuttora quando si verifica, perché dietro l'angolo ci vedo l'insidia derivante dall'essere trasformato nella macchietta del secchione, del primo della classe.

In ufficio oggi la logica di fronte alla quale sono stato posto è semplice: «Pari diritti, pari doveri». Ciò mi sembra corretto, ed è anche una cosa per me molto educativa perché mi fortifica, mi fa sentire smarcato dall'etichetta della categoria protetta che magari il superiore relega in un angolino con un pallottoliere davanti, perché non faccia troppi danni. Io lo stipendio me lo voglio guadagnare con il mio sudore e le mie capacità, e lo stesso vale per il rispetto altrui!

Invece nell'ambito della parentela c'è qualcuno che fino a qualche tempo fa (finché non ho iniziato a lavorare, e non credo sia un caso...) mi rivolgeva una delle frasi più demenziali e offensive che si possano dire a una persona di 37 anni: «Fai il bravo!». Questa frase è sciocca, perché è in genere quel che si dice a un bambino piccolo, è una cosa che ti sminuisce e un po' ti ridicolizza, è un brutto riflesso del peggior paternalismo.

Ecco, rispetto a tutte queste proiezioni che si fanno sul mio conto io vorrei essere considerato per la persona che realmente sono, né un povero deficiente, né un genio, ma un uomo che sa essere brillante, ma che a volte ha bisogno di

rintanarsi nella propria intimità, un uomo che quando s'innamora di una ragazza si esalta e soffre, uno cui piace ridere e scherzare ma che a volte si complica la vita in modo alquanto cervellotico, uno che sta imparando timidamente a gustare le proprie emozioni e che ha speso un pezzetto della sua vita per conquistare un minimo di cultura, uno che adesso come adesso scommette tantissimo sul proprio futuro dopo aver temuto di non aver proprio diritto, a un futuro.

*La libertà: possiamo affermare che chi soffre di una malattia psichica abbia le stesse opportunità di scegliere, di decidere, di chi non soffre? E di assumersi di conseguenza delle responsabilità?*

E chi non soffre, a questo mondo? La libertà di cui disponiamo, la libertà di scegliere, decidere, autodeterminarci, non è mai assoluta, ma sempre delimitata dalle circostanze in cui siamo immersi. È totalmente libero di scegliere un uomo che non dispone di un lavoro, o che ha una malattia fisicamente invalidante, o che non ha ricevuto un'adeguata istruzione? In fondo, la cura è già di per sé il frutto di una scelta e quindi una forma di responsabilità esercitata su se stessi...

*Come nasce la consapevolezza? Come si può aiutare a farla nascere?*

La consapevolezza credo derivi da tante fonti, quali il percorso psicoterapeutico, l'auto-mutuo aiuto e le esperienze di vita. Come ho già detto, per lunghi anni io sono stato, rispetto alla mia condizione di malato, come una mosca cieca che subiva la sofferenza, senza poterne definire il senso e la provenienza. Un po' per volta ho aperto gli occhi, ho capito che nulla era inventato o casuale, che c'era un sacco di lavoro da fare per potermi garantire un futuro sereno. È stato un processo, una gamma di sfumature in cui è difficile distinguere un'«alfa» e un «omega». Credo che la consapevolezza sia molto incoraggiata dentro di noi dal nostro innato desiderio di migliorare la qualità della nostra vita. Nessuno al mondo desidera soffrire e soffrire e soffrire ancora senza soluzione di continuità, senza che ci sia una qualche prospettiva.

*Come si convive con la consapevolezza di una diversità?*

Si può essere «diversi» per le ragioni più disparate. Uno può essere diverso perché ha pochi soldi in tasca, o perché non è piacente sul piano fisico, o perché è timido. Dipende da come tu ti senti e da come ti relazioni con il contesto in cui sei calato. Dunque una cosa è «essere» diversi, una cosa è «sentirsi» diversi.

Io, almeno nella maggior parte delle circostanze, non mi sento né un alieno né un mostro. So da dove vengo, so qual è la mia storia, conosco abbastanza la mia personalità, per cui so che in certe situazioni sono in grado di dare il meglio di me, mentre in altre devo essere prudente. In ogni caso non esistono valide ragioni per cui una persona come me non dovrebbe muoversi con un minimo di ottimismo nella società in cui è nato e cresciuto.

*Glauco Ghidetti*

Presidente Associazione «Il Clan/Destino»

### **Tante domande e alcune suggestioni: confronto a più voci alla ricerca di un senso. Conversazione di familiari con lo psichiatra**

*Come fa uno psichiatra a mantenersi «sano», sereno?*

Innanzitutto non darei per scontato che lo psichiatra sia «sano» e sereno; anche lo psichiatra, come ogni essere umano, ha i propri percorsi di vita più o meno sereni, e anche per la propria salute psichica si deve tutelare come ogni individuo. I modi per avvicinare un ben-essere, sia psichico che fisico, sono quelli che la storia e la filosofia ci hanno suggerito in alcuni millenni di esperienza: «Mens sana in corpore sano», ricerca dell'etica, costante riflessione sul senso, promozione di relazioni affettive.

Esistono poi altre possibilità più specifiche: la più potente è sicuramente il lavoro di équipe (il gruppo di lavoro che sostiene ogni nostro Servizio); consiste nel confrontarsi con gli altri operatori rispetto alle scelte e ai casi complessi. È una modalità per esprimere le proprie perplessità, il proprio dolore rispetto ad alcune scelte, o anche la fatica nell'aver verificato alcuni errori commessi; questo confronto è senza dubbio terapeutico e, come in ogni lavoro di gruppo (vedi *auto-mutuo aiuto*), può sostenere nei momenti di difficoltà ma anche caricare il gruppo rispetto al raggiungimento di alcuni risultati.

Altra possibilità che abbiamo è quella della supervisione: un soggetto terzo supervisiona e monitora l'attività del singolo e/o dell'équipe. Questo «occhio» esterno a volte è offerto alle équipe da alcuni aggiornamenti istituzionali, altre volte è scelto personalmente dai singoli terapeuti che pagano un proprio supervisore clinico privato. Un'ulteriore possibilità che il terapeuta può utilizzare, all'inizio della propria carriera clinica o durante un passaggio delicato della propria esistenza, è quello di ricercare un supporto psicologico (psicoterapia, psicoanalisi, counseling) di tipo individuale.

*Perché in Italia la neuropsichiatria non è sempre nello stesso dipartimento della psichiatria? Quando c'è divisione possono nascere problemi?*

La realtà della psichiatria e della neuropsichiatria infantile dipendono da alcune scelte storiche avvenute nel passato; la psichiatria era unita alla neurologia (neuropsichiatria) fino a quando il Prof. Cazzullo, negli anni Cinquanta, ha promosso una separazione e un'autonomia della psichiatria, individuando percorsi formativi universitari differenziati e, di conseguenza, Servizi differenti. La neuropsichiatria infantile mantiene al proprio interno sia un'attenzione agli aspetti di patologia neurologica (epilessie, autismo, cerebropatie, ecc.), sia un'attenzione a disturbi psicologici (disturbi dell'adattamento problemi della personalità, ecc.). In Lombardia alcuni Servizi per i minori privilegiano l'approccio più organico e altri quello più psicologico; anche l'appartenere a un Dipartimento di Psichiatria piuttosto che al Dipartimento Materno-Infantile (pediatria, neonatologia) può differenziare e determinare l'impostazione di quel Servizio.

È indubbio che, a seconda del Dipartimento dove è inserita, saranno privilegiati alcuni aspetti specifici. Nella nostra esperienza di Busto e Saronno, la neuropsichiatria infantile appartiene al Dipartimento Materno-Infantile e quindi è inevitabile che la comunicazione e le scelte strategiche siano meno in sintonia tra di loro. Stiamo promuovendo dei percorsi comuni alla Neuropsichiatria infantile, sia per le situazioni di acuzie che per la condivisione e il passaggio di quei casi che dovranno essere seguiti dalla Psichiatria.

Non posso tacere che si potrebbe lavorare meglio, in particolare sulla prevenzione; come ci suggeriscono le *Regole della Regione Lombardia* per il 2012 (ma anche le linee guida internazionali): poter riconoscere i primi segnali di malessere psichico già nell'infanzia (eccessive introversioni o estroversioni, moti di isolamento o di autodistruttività) può sicuramente agevolare e anticipare percorsi di cura che, a volte, vengono intrapresi in là con gli anni. Esistono, a macchia di leopardo, attività di tipo progettuale e di successo, sul territorio lombardo. Indubbiamente nel nostro territorio ancora molto rimane da fare.

*Si sta lavorando molto per combattere lo stigma a livello scolastico e sociale con diversi progetti di inclusione sociale. Sembra carente invece l'attività di sensibilizzazione a livello lavorativo.*

È vero, si opera molto per informare studenti e cittadini intorno al benessere e molto ancora si può fare, mentre l'ambito del lavoro rimane un'area

molto più in difficoltà e carenza di possibilità. Il lavoro rappresenterebbe una potentissima arma di riabilitazione. Ma deve essere usata bene. Come tutte le monete ha due facce: il disagio psichico si basa su equilibri difficili da creare, ma molto facili da distruggere; nel momento in cui la richiesta rivolta al paziente e alla sua performance professionale non è adeguata in termini di contenuto e di relazione rischiamo di peggiorare la situazione clinica. Il paziente ha bisogno di sentirsi sia accolto che valorizzato per le sue capacità. Per questo è fondamentale operare in grande sinergia con i Comuni, con gli ambienti di lavoro che, specialmente in un momento di crisi come oggi, riducono le offerte e le possibilità di inserimento lavorativo; sono ambiti che spesso privilegiano la produzione e mettono la persona in secondo piano, creando emarginazione sociale.

Se questo ambito dell'inserimento lavorativo è spesso problematico, mi sembra giusto però citare alcune esperienze di buon successo come quella promossa a Milano dal progetto ALA-Sacco (nata dall'Azienda Ospedaliera Ospedale Sacco e ora Servizio che offre la consultazione sulla città di Milano) che offre ai Servizi psichiatrici una valutazione del paziente, sonda le sue capacità lavorative, crea contatti con aziende private e pubbliche per favorire l'avviamento al lavoro di quegli utenti che ne hanno le capacità.

*È possibile recuperare quanto la malattia sottrae?*

La malattia psichica funziona come ogni malattia. In alcuni casi il recupero è anche del 100%, in altri, purtroppo, no. In alcune forme lievi di schizofrenia la persona sta male per un periodo, ma poi si riprende autonomamente senza che sia necessario affrontare delle cure specifiche. In altri casi più gravi, il paziente non riesce a recuperare la qualità di vita sperata.

Quello che è importante è non demordere mai: una situazione imm modificata per anni può modificarsi in modo significativo grazie, ad esempio, a un nuovo incontro terapeutico o riabilitativo. Io stesso l'ho sperimentato. Da giovane psichiatra mi era stato assegnato, a detta di tutti, un caso molto difficile di una persona con disturbo del carattere. Ho chiesto aiuto all'équipe che mi ha sostenuto con discussioni del caso e mi ha affiancato una supervisione di una collega che rileggeva con me ogni seduta. Ho seguito la persona con timore, all'inizio; dopo i primi scontri e le molte provocazioni, abbiamo imparato ad ascoltarci e a rispettarci; siamo riusciti a iniziare un lungo cammino, che ha portato questa persona a essere meno autodistruttiva, a occuparsi della propria vita e, a distanza di anni e altri percorsi svolti in comunità e con altri terapeuti, questa persona ha ritrovato un proprio recupero sociale.



*Stare bene, stare male: al di là della soggettività dei casi, come lo si stabilisce? C'è una scala, un grading?*

Ci sono varie modalità, scale o grading riconosciuti a livello internazionale che attestano lo stato di salute e/o di malessere della persona e aiutano noi terapeuti a intraprendere un percorso riabilitativo piuttosto che un altro. Più in generale, io preferisco parlare di «guarigione sociale», ovvero della capacità della persona di riappropriarsi del suo status di cittadino a tutti gli effetti: di poter essere in grado di tessere relazioni personali gratificanti, di poter avere un lavoro e una casa.

Non dimentichiamoci che la persona è la prima a conoscersi, ad avere quello che noi definiamo il «sapere esperienziale»: il suo punto di vista va sempre e comunque tenuto in considerazione.

*La sofferenza: è sicuro che i pazienti psichiatrici stiano veramente male o stabiliscono un equilibrio «altro» rispetto al nostro? Vedono il mondo a testa in giù, o è solo una questione di punti di vista diversi? C'è un margine imm modificabile nel loro approccio alla vita che a un occhio esterno risulta sbagliato mentre per loro è l'unico modo per stare meno peggio?*

Ricordo il caso di una donna, una uditrice di voci. Sentiva la voce della madre deceduta anni prima e ne era molto contenta. In équipe abbiamo deciso di non intervenire con i farmaci ma di proseguire con soli colloqui. Per questa persona la voce era una coccola dolce e rassicurante.

Certo non è sempre così. Spesso le voci sono fonte di grande angoscia. L'angoscia è proprio l'emozione profonda che accomuna la maggior parte delle persone con sofferenze psichiche. Convivere con l'angoscia, che va ben oltre la normale paura che possiamo sperimentare tutti noi, è molto invalidante e doloroso. Pensiamo agli attacchi di panico: chi ne soffre è come se vivesse il dolore più forte mai sperimentato prima, con un senso di morte imminente. Il lavoro dello psichiatra, dell'operatore, deve proprio essere mirato ad alleviare il più possibile questo senso di profonda e persistente angoscia.

*Come fanno la famiglia, gli amici a stare vicino? Che possibilità di intervento hanno?*

Le famiglie, i familiari sono prima di tutto una grande risorsa. Non solo per l'ammalato, ma per i nostri Servizi. Noi siamo alla continua ricerca di un'alleanza terapeutica, in primis con i pazienti, poi con la famiglia. Così

come è accaduto con le Associazioni dei consumatori, che hanno contribuito ad aumentare la qualità dei prodotti e dei servizi, io credo che un dialogo costruttivo con le Associazioni dei familiari e degli utenti — una realtà ancora poco diffusa in Italia, ma molto presente in altri Paesi — per la psichiatria possa rappresentare la cartina tornasole della bontà dei nostri Servizi e uno stimolo continuo al miglioramento.

Ma tornando alla domanda: come possono i familiari continuare a rimanere una risorsa? Possiamo parlare di «distanza di sicurezza» o «distanza affettuosa». Utilizzerei come metafora la relazione genitori-figli nel periodo adolescenziale, periodo, come noto, di grandi turbolenze e di conflitti. Si tratta di un momento critico: le figure genitoriali devono essere presenti, sono il punto fermo di un ragazzo in evoluzione, ma non devono invadere il campo; devono lasciare al figlio la possibilità di commettere errori (quando ovviamente i rischi sono minimi e... calcolati), di prendere decisioni in autonomia, anche se possono risultare non in linea con l'indirizzo familiare.

Allo stesso tempo, però, ci sono dei limiti che vanno posti. Se un nostro caro passa la notte a guardare DVD al computer possiamo chiudere un occhio, non però se compie atti autolesivi (se si procura dei tagli, ad esempio, o fa uso di sostanze stupefacenti) o eterolesivi.

Un consiglio che mi sento di suggerire ai familiari, per mantenersi una risorsa, per mantenere una cura di sé, ma anche un'attenzione al figlio, è quella di frequentare Associazioni o gruppi di auto-muto aiuto. L'efficacia dell'auto-mutuo aiuto è indubbia e questi gruppi sono molto facilmente rintracciabili su tutto il territorio nazionale. I familiari avvertono spesso un fortissimo senso di impotenza; l'associazionismo, il *fareassieme*, anche se non direttamente per il proprio caro, aiuta a superare questo stato, rende utili e attivi.

*Come si passa dalla disperazione e dalla tristezza a uno sguardo più sereno, ma non rassegnato?*

Il percorso dei familiari deve necessariamente essere parallelo e sinergico a quello del proprio congiunto. È un percorso lento, a tappe, con alti e bassi. L'importante è non rassegnarsi mai, ma *accettare* (termine che implica un'attività, una lotta per l'altro) la malattia. È nel nostro sguardo fiducioso e sereno che chi sta male trova la forza per andare avanti e proseguire in un percorso spesso lento e faticoso. Uno sguardo che fa ri-trovare nell'altro le «parti funzionanti», quelle che a volte tendiamo a non vedere più, perché troppo coinvolti emotivamente dalle parti più deficitarie.

*Perché lavorare? Perché impegnarsi? La vita è stata inclemente con me. Adesso non faccio più niente, devo essere «risarcito» della mia sofferenza!*

Essere ammalati è un lavoro. Un lavoro faticosissimo. E in quanto tale va riconosciuto. Certo, è doloroso, come familiari, a volte non riconoscere più, nell'altro, la persona che era. Ma la situazione, come spesso dicono gli psicologi, va vissuta nel qui e ora. Senza guardarsi troppo alle spalle o essere troppo proiettati verso il futuro.

*Rispetto alle nuove forme dell'abitare, cosa ne pensi della cosiddetta «residenzialità leggera»?*

La psichiatria lombarda sta cercando risposte che vadano sempre più verso la personalizzazione dei Servizi, si prova in altre parole a trovare soluzioni — anche abitative/riabilitative come nel caso della residenzialità leggera — che siano sempre più collimanti con i bisogni reali dei pazienti. Si è passati dal manicomio — dove tutte le patologie e le età convivevano — a strutture comunitarie terapeutiche che sono sempre più segmentate per fasce di età e organizzate per la cura di un particolare tipo di disagio.

La residenzialità leggera rappresenta da questo punto di vista l'attuale avanguardia in ambito riabilitativo, presenti da alcuni anni ma ancora da incrementare. Si tratta di appartamenti con pochi pazienti che, godendo di uno stato di miglioramento psichico-fisico, vivono assieme, con buona autonomia e con l'aiuto di operatori. L'operatore ha una funzione di tutor/supervisore; a seconda del bisogno sostiene o interviene: un'ora al giorno, più ore, una volta alla settimana, nel rispetto della crescita e della dignità di quella persona.

Questa proposta rappresenta la risposta a due bisogni essenziali: quello di socialità/autonomia e quello di accudimento. Molte persone con i disagi psichici più gravi, anche se «stabilizzate», rimangono persone con fragilità più elevate di altri. Alcune delle esperienze che queste persone hanno vissuto sono state devastanti. Pensiamo a un vaso di ceramica che si frantuma in tanti pezzi. Con una lunga collaborazione tra terapeuta e utente si può arrivare alla ricostruzione del vaso che torna a essere funzionale (socialmente guarito), ma non sarà un vaso nuovo. Ecco, le piccole crepe che rimangono sono quelle che fanno sentire sempre fragili e vulnerabili le persone che hanno vissuto queste esperienze traumatiche.

Per questo, accanto alla lecita richiesta di autonomia, alcuni utenti dei nostri Servizi avanzano richieste di vicinanza e di aiuto che, nel caso della residenzialità leggera, possono essere modulate a seconda del bisogno.

*Un amore gratuito: per un familiare, come si può continuare a voler bene a chi è diverso da noi in tutto, in chi ci disprezza, ci allontana, ci emargina, si emargina, si fa del male, ci fa del male, ma poi ci cerca come se fossimo noi la sua ancora di salvezza?*

Partiamo da un esempio. Nelle persone con disturbo di personalità, l'oggetto d'amore (il genitore, la persona amata, il terapeuta) è connotato da una doppia valenza: bisogno di affetto e desiderio di distruzione. Generalmente, chi soffre di questo disturbo ha vissuto una separazione traumatica (pensiamo ad esempio, ma non solo, alle persone adottate, ai ragazzi abbandonati, a quelli abusati o maltrattati nell'infanzia) e sente sia il bisogno di colmare quel vuoto affettivo che la rabbia per la carenza d'affetto subita.

Per questo motivo sono persone che compiono episodi di auto/etero-distruttività; l'aggressività viene rivolta verso di sé o verso le persone più care, perché lì era nato il trauma (abbandono subito); il bisogno di ricevere nuovo amore si accompagna con il terrore di essere di nuovo abbandonati: dal familiare, dal partner o dal terapeuta. Sono persone che devono mettere alla prova, devono estenuare per vedere se il nuovo referente affettivo sia affidabile.

Le persone che soffrono di questo disturbo, così come per altri aspetti chi soffre di disturbo bipolare, alternano nella relazione momenti di grande affettuosità a momenti di rifiuto; rifiuto di vicinanza, di contatto anche di una semplice telefonata. Non è sicuramente facile convivere con questa alternanza emotiva; per questo motivo sono situazioni, specie all'esordio, fortemente destabilizzanti per i familiari.

Quello che può aiutare è ricordare sempre che questi comportamenti, per quanto incomprensibili e spesso fortemente irritanti, non sono il frutto di una scelta consapevole della persona, ma di impulsi non sempre completamente controllabili. Questo non significa un'accettazione passiva di comportamenti a volte molto pesanti. Ma voglio solo sottolineare il lungo percorso che quella persona deve fare per diventare consapevole dell'abbandono subito e degli impulsi distruttivi per tornare a fidarsi di qualcuno e costruire il proprio futuro.

In questo percorso di cura è importante per il familiare, così come per il terapeuta, porre dei limiti, definire con la persona una sorta di accordo, di patto oltre il quale non siamo disponibili a sopportare la «trasgressione» e l'autodistruzione.

*Quando ricorrere alla comunità terapeutica?*

Come ogni malattia, anche la malattia psichica può presentarsi con diversi livelli di gravità. Quella della comunità terapeutica è una scelta difficile, dolorosa, perché comporta un allontanamento dagli affetti ma, a volte, è l'unica soluzione

percorribile quando non c'è risposta farmacologica, o la terapia individuale non è sufficiente, o il contesto familiare è troppo sofferente.

L'esperienza comunitaria promuove percorsi terapeutici. La persona si trova, infatti, a vivere con stimoli continui da parte di personale specializzato: psicologi, psichiatri, infermieri, educatori. La comunità può offrire, a seconda delle indicazioni specifiche, una psicoterapia individuale, terapie di gruppo, momenti personalizzati e momenti di condivisione di gruppo.

L'esperienza comunitaria è molto intensa emotivamente. Questo, soprattutto nelle fasi iniziali dell'inserimento comunitario, può portare a degli abbandoni o a nuove fasi di distruttività, in quanto la persona si sente «diversa» dagli amici conosciuti all'esterno, ne ha vergogna, vacilla nella propria autostima.

### *Cosa fare quando il patto viene infranto?*

Durante un incontro, in Africa, un saggio capo villaggio mi raccontò che, nella loro tradizione, per individuare il futuro e le possibilità dei giovani (futuro capo villaggio, futuro guaritore, ecc.) utilizzavano dare delle regole. Mi fece un esempio: il divieto a recarsi a giocare nei campi coltivati perché infestati da serpenti velenosi. Di solito tra i giovani c'era sempre un gruppetto che trasgrediva. Questo dava luogo a una sanzione, che di norma riportava il comportamento del gruppo all'interno delle consuetudini del villaggio. Alcuni singoli, anche a fronte di sanzioni, ripetevano l'escursione nei campi infestati. Dopo varie sanzioni poteva rimanere un solo giovane trasgressore; a questo punto il capo villaggio lo prendeva in disparte e parlava con lui sulle motivazioni della sua caparbia. Sempre si trovava in questo giovane un motivo valido, più forte del divieto, che lo spingeva verso un destino ben connotato: dietro questi comportamenti si cela una personalità forte che sarà votata a cariche importanti nel villaggio.

In modo provocatorio possiamo quindi dire che i patti servono per essere violati. E più un giovane è intelligente e vivace e più rischia di essere oppositivo ai divieti. Il punto importante è come gestire la trasgressione. La violazione deve costituire la base per un confronto e la rinegoziazione di un nuovo patto evolutivo.

Ritengo sia importante cambiare approccio e guardare quanto accade da una prospettiva positiva, valutando assieme al nostro trasgressore perché il patto non è stato mantenuto, quali sono stati gli ostacoli, quale è la spinta creativa e positiva che lo porta a infrangerlo. La prospettiva che propongo è di trasformare i vincoli non accettati in opportunità di dialogo.

È d'altro canto altrettanto vero, come dicevo in precedenza, che il processo di restituzione di responsabilità deve man mano portare la persona a sperimentare

i propri limiti, a fare i conti con le regole fisiologiche (o etiche) di base, verso la costruzione di una convivenza possibile, nel consorzio sociale.

*La malattia psichica è spesso associata al suicidio. Quanto è possibile prevenirlo? Interpretare i gesti o le dichiarazioni di chi sta male?*

Quando arriva in reparto un paziente che ha tentato il suicidio, il nostro approccio è quello di affrontare il tema del suicidio in modo diretto e chiaro; chiediamo alla persona anche un'alleanza, ossia lo aiutiamo a riconoscere il proprio stato di malessere e gli chiediamo di rimandare i propositi autodistruttivi in attesa di un miglioramento; il ricovero serve a mettere uno stop al malessere attuale, serve a iniziare una cura che potrebbe cambiare le sue posizioni autolesive. Nella maggior parte dei casi questo è un approccio di successo.

Il tema è comunque molto delicato: soprattutto nella malattia depressiva, nella melanconia, il suicidio e la morte sono temi costantemente invocati dall'ammalato. In altre patologie, come nei disturbi di personalità, i pazienti si procurano volutamente dei tagli più o meno superficiali, perché il dolore fisico permette loro di sopportare meglio una sofferenza psichica altrimenti insopportabile. A volte il suicidio viene anche usato come arma di ricatto nei confronti dei congiunti: si minaccia il suicidio pur di non fare alcune cose.

È difficile anche per un esperto distinguere e valutare le diverse situazioni. Nessuna di quelle citate va sottostimata e va sempre comunicata al medico curante.

*I farmaci: quanto sono importanti nella cura?*

Esistono diverse scuole di pensiero al riguardo: c'è chi ne è un grande e strenuo sostenitore, chi invece ha un approccio più tiepido. È indubbio che alcuni farmaci abbiano radicalmente cambiato la possibilità di cura di alcune patologie, penso ai neurolettici, agli antidepressivi. È altrettanto vero che esiste il problema della farmaco-resistenza: per alcuni pazienti i farmaci, generalmente molto incisivi, sono totalmente privi di efficacia.

Ci sono anche altri aspetti da considerare. All'esordio della malattia, i familiari, spesso sotto shock e comprensibilmente inconsapevoli della complessità della situazione, chiedono di somministrare al proprio congiunto un farmaco che «risolva in fretta e velocemente» la malattia, che faccia ritornare il loro caro quello che era prima e che adesso non riconoscono più.

È vero. A volte i farmaci fanno miracoli. Di recente mi è capitato il caso di un uomo di una certa età che, preso dallo sconforto per una serie di disavven-

ture sanitarie aveva deciso, ostinatamente, di lasciarsi morire, rifiutando cure e soprattutto di alimentarsi e bere. Alla somministrazione di un antidepressivo in dose minima, dopo un paio di settimane ha ricominciato a mangiare, alzarsi dal letto e via via a fare tutto quello che man mano si era negato, anche la lettura dell'amato quotidiano o la visita delle amatissime nipotine. Oggi ha ripreso a vivere, tenendo sempre sul comodino il suo farmaco «salvavita».

Una risposta così veloce, al primo farmaco somministrato, non è sempre presente. A volte, i tempi di risposta sono più lunghi e i farmaci da provare molteplici. C'è poi da considerare che spesso il farmaco viene considerato un nemico e quindi rifiutato dall'ammalato. C'è il sospetto che il farmaco possa avvelenare, cambiare la mente, si teme una perdita di controllo o più comunemente si ha timore di non essere più padroni della propria autonomia.

La visione del farmaco come alleato può richiedere tempi molto lunghi e un lavoro di condivisione con il paziente che ha diritto di conoscere effetti benefici ed effetti collaterali che ogni farmaco produce; questo è anche un percorso che mira a rendere il paziente come protagonista e responsabile del proprio benessere.

*La fiducia è alla base di ogni rapporto terapeutico. A volte sembra però una chimera.*

La fiducia non è un punto di partenza, ma un traguardo. Questa è la premessa a un tema che è cruciale nel percorso di consapevolezza e di cura. Un traguardo che alcuni pazienti raggiungono in pochi incontri e per altri invece implica un lavoro anche di mesi, se non, talvolta, di anni.

Affidarsi agli altri è sempre critico per ognuno di noi, immaginiamo per chi soffre di disagi psichici e per chi è molto sospettoso. Possiamo pensare anche ad altri situazioni, alle relazioni sentimentali o amicali: generalmente tutti noi siamo molto selettivi quando dobbiamo instaurare dei legami più o meno profondi. Al di là dei romanzeschi colpi di fulmine, quando decidiamo di aprirci a un amico o a un'amica siamo attenti, studiamo la persona. Magari ci piace «a pelle», siamo in sintonia, ma prima di legarci abbiamo bisogno di tempo e di esperienze positive.

Questo in ambito clinico si chiama creare un'«alleanza terapeutica». L'alleanza, essendo fatta tra due individui, presuppone che anche il medico faccia la sua, importantissima, parte: ascolto, comprensione, chiarezza di «contratti» («Siamo qui per cosa?», «Quali obiettivi ci diamo?»). Nella relazione un aspetto importante è l'atteggiamento non verbale (lo sguardo, la mimica, la postura) che possa comunicare l'interesse del medico per quell'incontro in quel «qui e

ora». Pause anche di silenzio a volte valgono più di mille parole se trasmettono questo atteggiamento d'ascolto.

Ricordo una paziente ammalata di depressione che, dopo anni di terapia, mi ha confessato di avermi accordato la sua fiducia dopo che mi ero presentato a casa, per una visita domiciliare, ed ero stato semplicemente in silenzio al suo fianco. Il mio «esserci» fu probabilmente il via, in quel preciso momento della sua vita, alla nostra alleanza terapeutica. Ma il silenzio non è l'unica strada. A volte il percorso parte con un presupposto opposto: sopportare la sfida. Il paziente arriva dal terapeuta e lo provoca in ogni modo: prima di fidarsi vuole verificare la sua tenuta. Il non cedere alle provocazioni, il non porsi in simmetria oppositiva o, peggio, alzare i toni innescando un pericoloso «loop», pone in molti casi le basi perché venga accordata la fiducia.

Nella mia esperienza, una situazione caratteristica è rappresentata da relazioni con adolescenti/giovani e dalla loro sfida attraverso il linguaggio: gergo particolare, parolacce. Mostrare che si è in grado di capire il linguaggio, poter usare qualche loro parola, non soccombere alla parlata scurrile può aprire una possibilità relazionale; certo, bisogna essere un po' «poliglotta» e conoscere alcune parole chiave (in continuo mutamento e specifiche per ogni fascia di età o appartenenza a gruppi).

Come tutti i percorsi anche quello della fiducia segue spesso delle vie tortuose. Non sempre la fiducia scatta con il primo terapeuta che si incontra, per quanto bravo e preparato che sia. Questo accade forse perché non era la persona giusta o il momento giusto. Anche il tempo ha un suo significato. Non sempre siamo pronti ad aprirci quando le condizioni esterne sono a noi apparentemente favorevoli, così come, per tornare alla metafora iniziale, non ci innamoriamo semplicemente perché ci hanno presentato una persona che sulla carta ha tutte le carte in regola per piacerci.

### *Come nasce la consapevolezza?*

Il tema è complesso e molto soggettivo. Può dipendere da un lungo percorso, da un fatto fortuito, da un incontro con una persona particolare. Io credo che la consapevolezza sia strettamente connessa alla fiducia. Tanto più diamo fiducia alla persona, tanto più le offriamo occasioni di avere responsabilità; quando ogni individuo ricostruisce alcuni sensi della propria storia personale, incontra spazi di consapevolezza.

Oggi una persona in reparto ha rotto un soprammobile per un gesto di rabbia. Il valore commerciale di questo oggetto è praticamente nullo. Più tardi



ho un colloquio con questa persona e le chiederò di ripagare l'oggetto distrutto; credo che anche questa possibilità, quando la persona sia in grado di capire, sia una restituzione di responsabilità e di rispetto: ti tratto come un cittadino comune, ti restituisco dignità anche con un fatto, simbolico, spiacevole: pagare un danno. Ha senso questo modo di procedere? Io credo fortemente di sì.

Parleremo di cosa è successo, di cosa l'ha portata a compiere questo gesto, di quali azioni alternative avrebbe potuto mettere in atto, probabilmente per contenere o «sfogare» la sua rabbia. Inizierò questa conversazione dicendole che capisco la sua rabbia e la frustrazione che l'ha portata a compiere questo gesto; le dirò che apprezzo il fatto che non abbia scaricato la sua rabbia verso se stessa, ma le proporrò anche il pagamento.

Questo è un piccolo tassello del percorso di restituzione della responsabilità. La consapevolezza nasce da una messa in successione, a volte disordinata come un puzzle, di tanti tasselli come questo. Si tratta lentamente e per gradi successivi di ripercorrere con il paziente le ragioni per le quali ha interrotto gli studi, ha perso il lavoro, non ha più amicizie. Questo si può fare quando la persona si fida, ma anche quando il terapeuta le accorda fiducia. Potremmo definirlo come: il risultato del circolo virtuoso della fiducia.

Io parto sempre dal presupposto che ogni persona abbia in sé una serie di potenzialità che a volte la persona stessa non ri-conosce o, addirittura, nega. Un percorso di consapevolezza è anche un percorso di scoperta o ri-scoperta delle proprie ricchezze.

*Spesso i familiari, sulla scorta delle richieste che provengono dai Servizi si sentono di dover diventare a loro volta dei terapeuti. Lei cosa ne pensa?*

Non credo sia l'approccio giusto. È fondamentale che i familiari abbiano degli strumenti di lettura della malattia, delle chiavi di interpretazione e comprensione di alcuni comportamenti. Sicuramente alcuni accorgimenti tipici della relazione d'aiuto costituiscono la base per una buona convivenza: ascoltare, accogliere, non stigmatizzare, ecc. Ma la relazione con il proprio caro non va medicalizzata e non deve perdere in spontaneità. Credo che un familiare abbia tutto il diritto di arrabbiarsi e manifestare il proprio disappunto di fronte a comportamenti che ritiene inaccettabili. Spero con queste mie parole di ridare un po' di fiducia e motivazione alle famiglie che spesso si sentono incapaci, impotenti, inadeguate.

La famiglia ideale rischia di diventare una teoria con così tante attenzioni da perdere la spontaneità; meglio una famiglia semplice e spontanea che espri-

me con schiettezza i contrasti, alla ricerca di una possibile comprensione. Ogni famiglia ha i propri pregi e difetti, ha un proprio modello di funzionamento, può trovare al proprio interno un «buon senso» che restituisce le risposte a tante situazioni di difficoltà. A questo proposito ritengo siano utili i confronti allargati gestiti dal terapeuta con presenti sia i membri della famiglia che il paziente «designato». Questo tipo di incontri è molto efficace, perché può aiutare a vedere uno stesso fatto da diverse prospettive.

Pensiamo, ad esempio, a un nucleo familiare in cui sia presente una persona con una depressione importante che fatica a svolgere anche le normali attività quotidiane. Grazie alla presenza di un soggetto terzo, l'operatore, la famiglia potrebbe capire che il congiunto non agisce comportamenti rinunciatari per pigrizia o per scelta, ma a causa della malattia. A sua volta, però, al paziente sarà ricordato che vive in un microcosmo, la famiglia, che ha delle regole di convivenza dalle quali non può completamente esimersi. Non senza fatica, questi incontri possono essere emotivamente pregnanti; partendo da punti di vista divergenti, si può raggiungere una visione maggiormente condivisa e il livello di empatia se ne può giovare.

### *L'ereditarietà*

È dimostrato scientificamente che una predisposizione genetica esiste. Ma è altrettanto vero che da sola non basta a determinare l'insorgenza della malattia. Ci sono altri aspetti determinanti: le problematiche legate al parto e al periodo perinatale, le prime esperienze di vita in famiglia e, successivamente, le esperienze nell'ambiente sociale nel quale la persona viene inserita. Questo aspetto generale viene declinato in modi diversi a seconda della patologia.

Come sempre i dati «scientifici» e statistici rassicurano alcuni di noi e ne terrorizzano altri. Non esiste una risposta universale per contenere questa, come ogni altra paura. È indubbio che i familiari di un malato (marito, moglie, fratelli, ecc.) possano vivere situazioni di preoccupazione: «Anche mia figlia si ammalerà?», «Anche l'altro mio figlio?». Sono queste le domande che più spesso mi sento rivolgere da parenti.

Personalmente credo che ogni persona toccata dal problema debba trovare il giusto equilibrio tra la valorizzazione delle proprie conoscenze dirette sulla materia, quello che noi chiamiamo «sapere esperienziale», e un sano vivere, come ho già avuto modo di dire, nel «qui e ora», ovvero nel momento presente, senza eccessive ansie per il futuro.

*Michela Darò, Marco Goglio, Laura Vittani*



# Glossario

*Advocacy*: «Parlare o scrivere in sostegno, in favore, di qualcuno o di qualcosa», funzioni di sostegno e di tutela dei diritti.

*Asse K*: test di valutazione multidimensionale del comportamento.

*Case Manager*: ruolo dell'operatore per fornire all'utente un'assistenza personalizzata e di alto livello qualitativo.

*Empowerment*: «Competenza individuale in politica sanitaria», termine che descrive il percorso nel quale l'utente si riprende una propria autonomia e un potere relazionale nel percorso con i curanti.

*Recovery*: percorso di guarigione.

*Scheda Nosie*: scala di valutazione del comportamento osservato.

AMA	Auto-Mutuo Aiuto (o Self-help)
CD	Centro Diurno
CPM	Comunità Protetta Media assistenza
CPS	Centro Psico Sociale
CRA	Comunità Riabilitativa Alta assistenza
DBT	Terapia Dialettico Comportamentale di Marsha Linehan
DSM	Dipartimento Salute Mentale
DSM-IV TR	Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali (4 <sup>a</sup> revisione del testo)
EP	Educatore Professionale
IP	Infermiere Professionale
IPT	Terapia Psicologica Integrata di Brenner

NOA	Nucleo Operativo Alcologia
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS	Operatore Socio Sanitario
PRSM	Piano Regionale Salute Mentale
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
PTI	Piano di Trattamento Individuale
PTR	Programma Terapeutico Riabilitativo
SERT	Servizio per le Tossicodipendenze
SIL	Servizio Inserimento Lavorativo
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
VADO	Test di Valutazione Abilità e Definizione Obiettivi

# Appendice

## Le Associazioni

### AsVAP4 Onlus

Associazione Volontari per l'Aiuto agli Ammalati Psicici



Già dall'inizio, nel 1994, l'Associazione si è posta l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale dei nostri amici che soffrono di disturbi psichici e di dare supporto psicologico ai loro familiari. Il percorso è stato lungo: iniziato con il progetto «Grazie dei fiori» ha visto nel corso degli anni l'avvicinarsi nella nostra sede di molti amici che, partecipando alle nostre attività creative e artistiche, hanno potuto occupare il loro tempo in compagnia, senza operatori, alternando la produzione degli oggetti, che avete potuto ammirare sulle nostre bancarelle, a chiacchiere e merende.

Era il primo passo verso quella socializzazione che oggi viene auspicata e che si sta a poco a poco realizzando attraverso numerose iniziative: all'interno dei servizi di Psichiatria, per mezzo di numerose attività riabilitative, che spaziano dalla creazione di oggettistica alla lettura dei giornali, ai gruppi di auto-mutuo aiuto ai corsi di computer e di cucina, alla poesia e alla musica, ecc., ma anche all'esterno, unendoci ad altre Associazioni che, grazie al progetto «Unospazio-per», programmato e realizzato con determinazione dai familiari dell'AsVAP4, vede la possibilità, per i nostri amici afflitti da disturbi psichici, di integrazione nella società civile con chi, a Saronno, impiega il proprio tempo libero in attività di varia natura e contenuto, partecipando «alla pari» alle attività che meglio riflettono i loro specifici interessi.

Il nostro impegno continua anche con la formazione permanente dei soci e con la realizzazione di un nuovo Corso per Volontari, specificamente orientato alla riabilitazione, con l'appoggio degli Operatori dei Servizi per la salute Mentale di Saronno, che ne condividono gli obiettivi. La nostra esperienza ci fa dire che, frequentando i nostri amici, si scopre, al di là di possibili disagi, la loro grande ricchezza umana, e quanto la paura e la ghettizzazione ancora purtroppo presenti tra le persone non abbiano ragione di essere.

L'Associazione è iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Provincia di Varese e aderisce a coordinamenti regionali e nazionali: URASAM – Unione Regionale Associazioni Salute Mentale; CAMPAGNA per la salute mentale.

AsVAP4  
Via San Giuseppe, 36 – 21047 Saronno (VA)  
Tel. 02 960 8797  
www.Asvap4.it  
e-mail: info@asvap4.it

### **Associazione «Il Clan/Destino Onlus»**



*Siamo* un'Associazione culturale e di auto aiuto, fondata nel settembre 2001, che si occupa della salute mentale e di empowerment del cittadino che soffre di disagi psichici.

*Ne fanno parte* utenti, ex utenti, volontari, familiari, operatori e cittadini che, a partire dal 1997 con un nucleo originario di auto aiuto, presso il Centro Riabilitativo ad Alta intensità (CRA, ex CRT), si sono evoluti verso una direzione di integrazione territoriale, ispirandosi a criteri di Psichiatria di comunità e di Riabilitazione psicosociale.

*Oggi* l'Associazione è aperta sia a cittadini che vivono o hanno vissuto la sofferenza psichica, sia a chi vuole conoscere meglio il disagio mentale.

*L'intenzione* è quella di creare uno spazio sociale differenziato dal luogo clinico, inserito in una realtà territoriale dove poter svolgere percorsi autonomi ed evolutivi, aperti al confronto con persone e Associazioni presenti nella società civile.

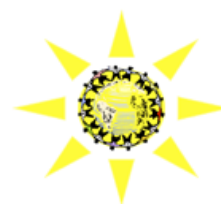
*Siamo convinti* che il disagio del singolo possa diventare anche la sua risorsa quando si trasforma in esperienza che s'incontra con altre esperienze: dal mal-essere di alcuni può nascere lo spazio per il ben-essere di molti.

*Clan:* perché siamo un gruppo, eterogeneo, di utenti, ex utenti, volontari, operatori e cittadini.

*Destino:* perché riconosciamo tutti, anche se in modi diversi, un comune destino che ci ha avvicinati al disagio nostro e di chi ci sta vicino.

*/: la barra* perché non siamo clandestini per intero, nascosti e invisibili, ma vogliamo parlare, incontrare, far conoscere e... divertirci!

Associazione «Il Clan/Destino Onlus»  
Via San Giuseppe, 36 – 21047 Saronno (VA)  
www.il-clan-destino.it  
e-mail: scrivici@il-clan-destino.it



### **Cooperativa sociale «Sun chi»**

La Cooperativa sociale «Sun chi» è una società cooperativa, apolitica e senza finalità di lucro, composta da Facilitatori Sociali, operatori e volontari che si propongono di perseguire l'interesse generale della comunità attraverso l'integrazione lavorativa di persone socialmente svantaggiate. Il Facilitatore Sociale è una persona che ha attraversato un disagio psichico, è a un buon punto nel suo percorso di cura e riappropriazione di un'identità di salute, consapevolezza, empowerment e di convivenza/lotta con la propria sintomatologia e, attraverso un corso di formazione professionale, ha la possibilità di trasformare il suo vissuto personale di «malattia e guarigione» in una risorsa nella relazione d'aiuto e di accompagnamento degli utenti.

Lavora in équipe con gli psichiatri e gli assistenti sociali che hanno in carico l'utente, svolgendo un importante ruolo di mediazione, aiutando il paziente a usufruire con fiducia delle opportunità di cura e a comunicare con sincerità i propri reali bisogni ai medici, cosa che altrimenti risulta spesso difficile a causa delle barriere del «ruolo», spingendolo così a essere «al centro della propria cura». Il Facilitatore Sociale cerca di affrontare disagi e soddisfare bisogni dell'utente dandogli attenzione, senza perdere i propri confini, cercando di aiutarlo a uscire dal guscio e a esprimere tutto il proprio bagaglio interiore, sapendo che in ognuno c'è una «ricchezza», magari nascosta, che si può far emergere. Rappresenta quindi un po' l'anello di congiunzione tra l'utente e l'Azienda Ospedaliera. In questo ambito la Cooperativa, attraverso soprattutto questa figura professionale, opera nel sociale assistenziale, educativo, formativo e socio-sanitario, gestendo, stabilmente o temporaneamente, in proprio o per conto terzi, servizi di facili-



tazione sociale, dove conduce gruppi di risocializzazione, attività di sensibilizzazione e animazione. Per conseguire efficacemente gli obiettivi menzionati, la Cooperativa è inoltre fattivamente impegnata a integrare e coordinare la propria attività con quella di altri enti.

Cooperativa sociale «Sun chi»  
Via Varese, 25/d – 21047 Saronno (VA)  
e-mail: sun.chi@hotmail.it

## In copertina: *Fareassieme*, opera su seta di Marco Brix

Marco Brix nasce in Italia nel 1966, in Provincia di Verona, si trasferisce a Innsbruck con la famiglia, dove trascorre l'infanzia con i genitori e con la nonna paterna; qui il suo attaccamento alla natura prende forma pittorica in numerose nature morte, vasi di fiori e altri soggetti legati ad essa. Dopo il servizio militare e l'università ha inizio un lungo periodo di insoddisfazione e di instabilità, che lo porta a sentire sempre più il bisogno di esprimersi attraverso la pittura. La seta diventa il mezzo per trasformare le sue emozioni in forme e colori. Raggiunge la madre a Saronno e comincia a esporre le sue opere. Tiene le prime mostre personali e collettive, a Milano (Palazzo Reale, Navigli), Varese (Villa Comunale) e in altre città della Lombardia e del Veneto. Nel curriculum anche una mostra personale presso una prestigiosa Banca di Innsbruck. Negli anni, il pittore si trasforma anche in decoratore di abiti originali ed eleganti, di parei da spiaggia, di camicie da uomo, di foulard in varie forme e misure, di cravatte, di tende, di lampade, di cuscini, di porta-occhiali e di altri oggetti in seta pura, ideali per la casa o per fare regali esclusivi e personalizzati.

Il colore dunque è la mano lunga della mia anima. Il colore mi aiuta a rielaborare i miei sentimenti, le mie emozioni. Infatti i colori cambiano a seconda della sensazione che è dentro di me. I colori cambiano come cambiano le situazioni e gli umori. A volte penso che non sono io a scegliere il colore da usare in un particolare momento ma è «lui» che sceglie me! Il colore, ma solo quel particolare colore, mi attrae in modo irresistibile e chiede di essere usato.

*Marco Brix*

Nella pittura di Marco Brix le immagini hanno un senso di provvisorietà che non ci fa essere sereni. Guardando bene le luci, poi, si ha l'impressione che siano velate da una sottile foschia che domina gli spazi. Quando poi l'immagine, più decisa, tenta una sua definizione nelle figure umane, queste non reggono e si distorcono e si scompongono, quando non ci appaiono come manichini rappezzati.

*Nino Della Monica, Scrittore e Critico d'arte*

MARCO BRIX è anche su facebook.

E-mail: marco.brix@teletu.it



PUBBLICAZIONI  
**Erickson**



pp. 140  
ISBN 978-88-590-0021-1

Renzo De Stefani  
In collaborazione con Jacopo Tomasi

## **Psichiatria mia bella**

Alla ricerca delle cure che Basaglia sognava

In questo libro si raccontano storie di «matti» che, grazie all'aiuto di familiari, amici, operatori e alla loro forza di volontà, hanno ritrovato la voglia di vivere. Dimostrando che, assieme e con gli strumenti giusti, la vita può migliorare. Anche con meno medicine e più umanità. Attraverso dieci ritratti, viene presentato quello che il Servizio di salute mentale di Trento ha fatto per affrontare i diversi aspetti della malattia, tra luci ed ombre, successi e battute d'arresto. Oltre alle storie di chi ha vissuto la malattia, infatti, ci sono commenti, riflessioni e critiche di operatori, medici, cittadini. Due brevi racconti, all'inizio e alla fine del libro, proiettano nella dimensione della follia, dando un segnale di speranza. Spiegando che dal 13 maggio 1978, quando venne approvata la legge Basaglia, qualcosa è stato fatto, ma soprattutto che sono state poste le basi per rispondere alla legge 180 con una nuova proposta (legge «181»), affinché tutti i «matti» possano avere pari dignità ed essere curati bene dappertutto. Nessuno escluso.

### **CONTENUTI**

Presentazione – Viaggio nel Servizio di salute mentale di Trento: il fare-assieme e gli UFE

Prima parte – 1978-2012: una psichiatria in cammino

Giancarlo. «Viver a che, po'?» ; Chiusi i manicomi, che fare con i «matti»?;

Maurizio. Il ritorno alla vita

Seconda parte – Ritratti di «matti» perbene

Due sorrisi sono meglio di cinque gocce di valium (Mara); Un buon giardiniere si prende cura anche delle radici (Anita) ; Non si accettano pastiglie dagli sconosciuti (Michele); Curiosare in casa nostra migliora la vista (Paolo); Anche i «matti» investono nel mattone (Salvatore); I Ritratti (foto di Alessio Coser); Partecipo ergo sum (Giuseppe); Cercasi cittadino attivo: sale nella zucca della salute mentale (Guido); La malattia mentale è contagiosa! Asino chi ci crede (Jessica); Addomesticare senza fruste (Leda); Chi trova un lavoro, trova un tesoro (Marco); Uno, dieci, centomila viaggi con i «matti» (Mirella)

Terza parte – La Signora 180 aspetta un figlio

Sono la Legge 180 e nasco in una giornata di pioggia...

Abbiamo fatto 180. Facciamo «181»!

Appendice – «181». Una proposta di legge sorridente e colorata



Su [www.erickson.it](http://www.erickson.it) troverai la descrizione dettagliata di ogni prodotto, tutti gli «sfogliolibro» in pdf e le demo di tutti i CD-ROM.



pp. 104 (libro) + 90' (DVD)  
ISBN 978-88-6137-753-0

Renzo De Stefani e Elena Stanchina (a cura di)

## **Gli UFE** – Utenti e Familiari Esperti

Un nuovo approccio nella salute mentale

Il mondo della psichiatria italiana di comunità presenta ancora oggi luci e ombre: spesso utenti e familiari ricevono risposte parziali e frammentate. Come si può intervenire per migliorare la qualità dei servizi e favorire la partecipazione di chi ne usufruisce?

Una sorprendente risposta a questa domanda arriva dal Servizio di salute mentale di Trento con l'esperienza degli UFE (acronimo di Utenti e Familiari Esperti) che operano in tutte le aree del Servizio.

L'opera, composta da un libro con DVD allegato, descrive la loro storia, le attività che svolgono e il perché del loro coinvolgimento. Accanto a questi aspetti, emergono anche e soprattutto gli UFE come persone: le motivazioni di ognuno, le storie di vita, le esperienze che portano a mettersi in gioco in modo diverso.

Il DVD allegato, in particolare, aiuta a conoscere gli UFE «da vicino» attraverso le testimonianze dirette e il documentario *Incontri ravvicinati. Storie di UFE* (regia di Francesco Lauber) che, attraverso i volti, le azioni, le parole degli utenti e dei familiari coinvolti in questa esperienza, trasmette in modo immediato la grandezza e l'insostituibilità del loro apporto. Gli spunti e le indicazioni che emergono da questa esperienza possono essere utili non solo per chi opera nell'ambito della salute mentale, ma in tutte le aree (ad esempio, assistenza agli anziani, animazione giovanile, disabilità e tossicodipendenza) in cui si desidera stimolare e valorizzare l'apporto di utenti e familiari.

### **GLI AUTORI**

**Renzo De Stefani** è primario del Servizio di salute mentale di Trento, dove promuove il movimento del «fareassieme», la filosofia che vede operatori sanitari, utenti del servizio e familiari «sulla stessa barca» per vincere la malattia.

**Elena Stanchina**, laureata in Psicologia sociale, del lavoro e della comunicazione, ha lavorato nell'ambito dell'auto/mutuo aiuto con l'Associazione AMA di Trento e si occupa di formazione presso il Centro Studi Erickson, in particolare per quanto riguarda le tematiche del counseling e della metodologia di rete.

Su [www.erickson.it](http://www.erickson.it) troverai la descrizione dettagliata di ogni prodotto, tutti gli «sfogliolibro» in pdf e le demo di tutti i CD-ROM.





Uno sguardo su...  
COLLABORA A CURA DI FABIO FOLGERHARTER



pp. 96 (libro) + dvd  
ISBN 978-88-6137-494-2

Renzo De Stefani e Elena Stanchina (a cura di)

## L'onda del fareassieme

(libro + DVD)

Una barca di matti attraverso l'Atlantico

L'opera mette in discussione lo stigma che ancora oggi caratterizza l'atteggiamento comune nei confronti della malattia mentale.

Il libro descrive l'approccio del fareassieme promosso dal Servizio di salute mentale di Trento e contiene un racconto a più voci del progetto che ha visto un equipaggio di dieci uomini e donne del mondo della salute mentale (utenti, familiari, operatori) attraversare l'Atlantico in barca a vela, con l'obiettivo di sfidare il pregiudizio con cui combattono quotidianamente.

Il DVD contiene il film-documentario «Oceano dentro» che racconta il viaggio in modo particolarmente coinvolgente e spettacolare. Al centro del film troviamo la storia di Pier Gianni, che vediamo affrontare la malattia a viso aperto mentre suona il basso tra delfini e balene. Il film di Sergio Damiani — un esperto giornalista e documentarista che ha fatto parte dell'equipaggio — e di Juliane R. Biasi ha vinto il premio come miglior documentario all'Epizephyry Film Festival del 2009.

### CONTENUTI

Contenuti del libro

Incrocio di saperi. Il «fare assieme» in psichiatria; Teoria e pratica del fare-assieme; Il progetto della «barca dei folli»: nascita e realizzazione di un'idea; Messaggi in bottiglia; La parola all'equipaggio

Contenuti del DVD

Presentazione del film; Film «Oceano dentro»

### GLI AUTORI

**Renzo De Stefani** è primario del Servizio di salute mentale di Trento, dove promuove il movimento del «fareassieme», la filosofia che vede operatori sanitari, utenti del servizio e familiari «sulla stessa barca» per vincere la malattia.

**Elena Stanchina**, laureata in Psicologia sociale, del lavoro e della comunicazione, ha lavorato nell'ambito dell'auto/mutuo aiuto con l'Associazione AMA di Trento e si occupa di formazione presso il Centro Studi Erickson, in particolare per quanto riguarda le tematiche del counseling e della metodologia di rete.



Su [www.erickson.it](http://www.erickson.it) troverai la descrizione dettagliata di ogni prodotto, tutti gli «sfogliolibro» in pdf e le demo di tutti i CD-ROM.



pp. 250  
ISBN 978-88-590-0019-8

Michael Rowe

## Il recovery in psichiatria

Organizzazione dei servizi e tecniche operative

Larry Davidson, Janis Tondora, Martha Staeheli Lawless, Maria J. O'Connell,

In che modo una persona può «riemergere» dalla malattia mentale? Quali percorsi le consentono di raggiungere una condizione di vita migliore, indipendentemente dalla gravità, dalla durata e dalle caratteristiche della sua condizione? E in che modo queste conquiste permettono poi di influire sulla malattia stessa? Ma, soprattutto, come possono i servizi di salute mentale aiutare questo percorso virtuoso? Quali principi li devono guidare e cosa devono cambiare per essere davvero d'aiuto?

Gli autori, a partire da una contestualizzazione storica del movimento del recovery, chiariscono i diversi significati di questo concetto, spesso frainteso — e quindi sottovalutato — dagli operatori sociosanitari che lavorano nella salute mentale. Vengono poi indicati i principi fondamentali di una pratica recovery-oriented, che offre un'alternativa al classico modello clinico. Il volume, oltre a offrire distinzioni teoriche approfondite sul concetto di recovery, trasmette indicazioni concrete per l'implementazione di un approccio recovery-oriented nella pratica quotidiana dei Servizi di salute mentale.

### CONTENUTI

- Il movimento del recovery e la trasformazione della pratica clinica e riabilitativa
- Essere in recovery: un modello alla base di una pratica orientata al recovery
- Le dieci obiezioni più diffuse sul recovery
- Indicazioni concrete per un'assistenza orientata al recovery
- La guida del recovery: un'alternativa al ruolo tradizionale dell'operatore

Su [www.erickson.it](http://www.erickson.it) troverai la descrizione dettagliata di ogni prodotto, tutti gli «sfogliolibro» in pdf e le demo di tutti i CD-ROM.





# GRAZIE PER AVER SCARICATO



## Vivi. Scrivi. Pubblica. Condividi.

La nuova linea editoriale di Erickson che dà voce alle tue esperienze

È il progetto firmato Erickson che propone libri di narrativa, testi autobiografici, presentazioni di buone prassi, descrizioni di sperimentazioni, metodologie e strumenti di lavoro, dando voce ai professionisti del mondo della scuola, dell'educazione e del settore socio-sanitario, ma anche a genitori, studenti, pazienti, utenti, volontari e cittadini attivi.

Seleziona e pubblica le esperienze, le sperimentazioni e le idee che questi protagonisti hanno sviluppato e realizzato in ambito educativo, didattico, psicologico e socio-sanitario, per dare loro la possibilità di condividerle attraverso la stampa tradizionale, l'e-book e il web.

Sul sito [www.ericksonlive.it](http://www.ericksonlive.it) è attiva una community dove autori e lettori possono incontrarsi per confrontarsi, dare e ricevere suggerimenti, scambiare le proprie esperienze, commentare le opere, trovare approfondimenti, scaricare materiali. Un'occasione unica per approfondire una serie di tematiche importanti per la propria crescita personale e professionale.

*Quando 1+1 fa 3*: titolo bizzarro che mette assieme numeri, lettere, segni matematici, a rappresentare sinteticamente il percorso che ha unito le diverse componenti della nostra realtà: operatori di psichiatria, utenti, familiari e volontari. Questa pratica, che va sotto il nome del *fareassieme*, ci ha permesso di sostenere un confronto continuo tra i vari promotori del percorso di cura. Il testo è anche una ideale prosecuzione del lavoro pubblicato nel 2011, sempre con EricksonLIVE, *Dottore, non sono di psichiatria!*. Accanto ai nuovi contributi degli utenti Facilitatori Sociali, alle loro esperienze lavorative di sostegno ad altri utenti, alle storie di guarigione (recovery), ai contributi di familiari e di volontari, la novità del libro è quella di offrire anche il punto di vista dell'operatore e i cambiamenti di Servizi che cercano di adeguare le proprie risposte ai bisogni emergenti.

La fatica, gli insuccessi e i successi del paziente e del familiare si affiancano al lavoro dell'operatore, in una ricerca comune che vuole promuovere ben-essere; il percorso è difficile, ma la condivisione dei processi di cura, gli incontri del *fareassieme*, la promozione di inclusione sociale rendono questo lavoro ricco di umanità e di possibilità inaspettate. Come nel precedente lavoro non vogliamo insegnare niente, vogliamo offrire ai lettori uno spaccato della realtà che stiamo vivendo: in un mondo in continuo cambiamento anche noi stiamo cambiando; quello che ci interessa maggiormente è confrontare questi cambiamenti e aprire un dialogo con altre realtà: con operatori, utenti, familiari e volontari.

## MARCO GOGLIO

*Nato nel 1957 a Milano, dove si è laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Psichiatria. Psicologo Analista junghiano presso il CIPA di Milano, dagli anni Ottanta lavora nei Servizi psichiatrici lombardi, con ruoli clinici e riabilitativi in varie strutture. È responsabile di interventi di riabilitazione psicosociale, supervisore di équipe di Servizi psichiatrici e comunali e promotore di corsi di formazione per volontari, familiari, utenti e operatori. A Saronno è tra i soci fondatori dell'Associazione «Il Clan/Destino» e della Cooperativa «Sunchi». Dal 2004 è presidente dell'Associazione di volontariato «L'avete fatto a me», che si occupa di formazione sanitaria nel Sud del Mondo. Dal 2005 è responsabile scientifico del Programma Innovativo della Regione Lombardia «Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa Facilitatore Sociale». Attualmente è Direttore della Unità Operativa di Psichiatria di Saronno.*

**[www.ericksonlive.it](http://www.ericksonlive.it)**   
Erickson dà voce alle tue esperienze