Laura Albani, Lisa Bortot, Donatella Donati,
Donatella Lah, Paola Zanus

GORIZIA 2020

Abstract:

The authors have different professional roles and age. They share their work in public and no-profit organizations for mental health in the area of Gorizia, FVG.

In the co-writing "starting from self-awareness," they have analyzed their actual/real work.

Different needs from various people experiencing conflicts in many areas such as family, work, health/social organizations and multidisciplinary groups lead to multiple perspectives at different levels of consideration, interpretation, understanding.

Working group and those who experience discomfort come from a world of divisions, categorizations and hierarchies: the world that produces illness.

"To take care of the world" does not cure people with psychiatric diseases: it takes apart diagnoses and forces all of us to find new questions. It makes us think about other possible answers starting from self-awareness and keen and explicit and self-transforming collective actions.

Keywords:

Gorizia, Mental Health, Care, Freedom.

Se non si grida viva la libertà con umiltà
non si grida viva la libertà, se non si grida viva la libertà
ridendo non si grida viva la libertà, se non si grida viva la
libertà con amore non si grida viva la libertà.

Pier Paolo Pasolini

1. *Premessa*

Facile stare comode e felici: lavoriamo in un luogo bellissimo, tra alberi secolari di un parco a pochi metri da un confine che non c'è, dove una domenica di novembre nel 1961 è arrivato Franco Basaglia con la sua famiglia.

Ciò che ci sta a cuore è cominciato qui e dal verso di Pasolini riassumiamo: libertà, risate, umiltà, amore.

Alcuni edifici del parco (quello dei giardini di Abele del documentario di Zavoli) sono vuoti, ma con progetti in arrivo, altri sono utilizzati; il "nostro" Centro di Salute Mentale 24ore è splendido: un raffinato restauro storico, colmo di grazia (meno amato dalle signore che si occupano delle pulizie a causa della sua delicatezza), oggetto di studio da stuoli di architetti.

Qui, come in altre parti del Friuli Venezia Giulia, realizziamo nei fatti l'alternativa al "ricovero psichiatrico": accogliamo in Unità Operative territoriali dell'Azienda Sanitaria persone anche in regime obbligatorio (metà della media nazionale).

Il luogo è piccolo, colorato, aperto, lo usiamo per tante cose (presentazioni di libri e concerti, incontri di gruppo).

Non usiamo nessuna forma di contenzione.

Un gruppo multiprofessionale garantisce la continuità della risposta ai bisogni di salute mentale, 24ore su 24 e 7 giorni su 7, di 70.000 abitanti sparsi in dodici Comuni, organizza azioni ragionate in sede e a domicilio, con i servizi sanitari e sociali, con associazioni, un privato no-profit locale attivo e concreto.

Riceviamo centinaia di ospiti: giornalisti coreani, cineasti giapponesi, psichiatri latinoamericani, studenti altoatesini, artisti ispirati, storici della scienza, collettivi studenteschi, camminatori solitari e sociologi in cerca di nuove domande.

Se avessimo più tempo potremmo girare il mondo e qualche volta lo facciamo anche, come nei viaggi nelle terre di "Libera", o nelle gallerie d'arte di Barcellona e del Regno Unito, per citare i più recenti, ed è superfluo dire che in queste esperienze operatori, studenti e utenti si mescolano tra loro.

Potremmo scrivere tanto, ma vogliamo prima di tutto dire che non ci piace stare comode né possiamo stare comode se stiamo nel mondo reale.

La salute mentale che facciamo e disfiamo ci *co-stringe* a stare nel mondo, annusarlo, farlo lievitare, a "partire da sé e a non farsi trovare".

Piani diversi nel nostro lavoro si intersecano, collidono, si parlano, si scansano, sgomitano, tacciono, danzano in frattali o in spirali: di questo vogliamo dire.

Ciascuna di noi per scelta e affinità ha sviluppato un proprio pensiero sulle pratiche attuali, nessuna mai prodotta da singoli, tutte eredità di un patrimonio che custodiamo e trasmettiamo.

Condividiamo la politica della direzione spinte dal desiderio della trasformazione costante.

2. *Laura*

Lavoro in salute mentale da vent'anni.

Sono fortunata perché lo faccio dove l'istituzione manicomiale ha iniziato a sgretolarsi e Basaglia e il suo gruppo hanno mostrato un'alternativa necessaria e percorribile.

In gioventù vivevo in Lombardia e ho lavorato per cinque anni nel reparto psichiatrico di una clinica privata convenzionata, sorta sulle ceneri di un vecchio manicomio per utenti agiati che pagavano rette cospicue per vivere reclusi in un luogo lussuoso e isolato dal mondo.

Lì ho conosciuto una psichiatria sterile contrapposta alla salute mentale di comunità, tesa all'allontanamento delle persone dalle proprie famiglie e dalla società, con il fine ultimo di nascondere.

Quindi non mi lamento, sono consapevole di quanto perfettibile sia ancora la riforma basagliana, che qui trova terreno molto fertile.

A quarant'anni dalla riforma il lavoro che svolgiamo in salute mentale qui non ha (apparentemente) più nulla a che fare con la psichiatria manicomiale fatta di vite spezzate, di famiglie distrutte, di diritti negati e di persone potenzialmente produttive sottratte al mondo.

Difficilmente però un'istituzione così totalizzante scompare senza lasciare alcuna traccia: retaggi di vecchie psichiatrie faticano a morire e nuove istituzioni rinascono sulle ceneri.

2.1. *Percezione esterna*

La maggior parte degli operatori della salute mentale è consapevole del proprio lavoro. Ci occupiamo di progetti, integrazione, riabilitazione e usiamo tanti saperi professionali: la nostra équipe comprende medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, privato sociale. Famigliari, amici, collaboratori e partner esterni entrano spesso nei gruppi e coinvolgiamo prima di tutto le persone.

Ciononostante la percezione esterna della nostra "*mission*" risulta spesso fuorviata, non solo dalla popolazione, ma anche dai colleghi ospedalieri, dagli studenti di infermieristica, dagli assistenti sociali.

Sono *tutor* di infermieri tirocinanti e al loro arrivo in servizio chiedo come immaginano un Centro di Salute Mentale (CSM) o cosa viene loro raccontato: pensano sempre che abbiamo molti posti letto e persino che alcuni utenti abitino nel CSM!

Molti non sanno che buona parte del nostro lavoro si svolge sul territorio, che ogni progetto è personalizzato, costruito con risorse che caratterizzano ogni utente per percorsi che rispondano alle esigenze concrete di ciascuno.

Mi chiedo cosa si insegni nelle facoltà dove la salute mentale è ancora un tabù, di cui parlare sottovoce, colma di pregiudizi e marchi indelebili su quanti vi hanno a che fare, siano essi utenti o operatori.

Spesso dichiarando il mio lavoro mi sento dire "poverina, stai attenta": recentemente un impiegato postale a cui chiedevo informazioni per un utente, mi ha detto che in posta «ne arrivano tanti di quelli, pensi che vanno in giro liberamente e che possono anche aprire conti correnti».

Un piccolo omino, che vive in un piccolo mondo in cui la vita è fatta di poche certezze, tra le quali il fatto che i "matti", semplicemente, vanno tenuti nascosti.

2.2. *Accesso alle cure*

Per diverse motivazioni, come richiamato anche dall'OMS, le persone con disturbi mentali gravi vivono fino a 20 anni in meno rispetto alla media del resto della popolazione.

Per questo, negli ultimi anni, nel CSM poniamo particolare attenzione alla salute fisica degli utenti, evitando di ri-produrre vecchie pratiche attraverso le quali il "malato psichiatrico" veniva curato male dalla culla alla tomba.

Le persone sono parte attiva nella cura e le incoraggiamo ad accedere ai servizi ospedalieri e della salute territoriale (es. screening oncologici).

I risultati a volte sono scoraggianti.

Mi è capitato di recarmi con urgenza a casa di una persona con un'evidente crisi respiratoria, perché gli operatori del 112, avendo riconosciuto l'utente, attribuivano l'affanno all'ansia.

In passato ho anche assistito a un "miracolo": una signora, affetta da una grave forma di coxartrosi e candidata a un intervento di protesi d'anca, era guarita secondo il referto ortopedico preoperatorio. Evidentemente, il chi-

rurgo riteneva che la signora non fosse in grado di seguire la riabilitazione, senza considerare che la stessa fino a quel momento era stata completamente autonoma. La signora ha poi fatto l'intervento in un'altra azienda con ottimi risultati.

Recentemente un altro chirurgo era convinto che un utente, dopo l'amputazione di un piede, avrebbe trascorso il periodo post-operatorio "ricoverato" in CSM, come se la salute mentale si occupasse delle persone in toto, senza considerare che un CSM non è una struttura riabilitativa fisiatrica e che lui aveva una casa e una rete di sostegno.

Traspare che i "matti" godono di meno diritti di ammalarsi nel corpo, muoiono di psichiatria perché altro non viene riconosciuto: la sanità dovrebbe adattare i percorsi clinici che sono pensati solo per persone conformate alla norma.

2.3. *Contenzione*

Nei manicomi si legavano le persone, spesso in modi fantasiosi con strumenti di ogni genere adatti allo scopo.

Una collega che in manicomio ci ha lavorato mi ha raccontato del "pedalino".

Si metteva prima di dormire una specie di cavigliera, con una corda di lunghezza variabile fissata al letto, e quando il "matto" si alzava poteva anche sgranchirsi le gambe ma aveva un raggio d'azione limitato dalla lunghezza della corda.

La contenzione in psichiatria esiste tuttora con esiti che spesso arrivano alla cronaca.

Nei miei vent'anni di salute mentale nessuno ha mai subito questa pratica disumana e considererei una tortura personale anche solo doverla praticare io su una persona.

Purtroppo nei reparti ospedalieri e nelle case di riposo è tutta un'altra storia.

I colleghi delle Medicine dicono di non avere scelta e che la contenzione è il modo sicuro di salvaguardare le persone anziane e fragili da possibili cadute e impedire di allontanarsi e perdersi se confuse.

Applicano la contenzione per evitare che persone "agitate" possano staccarsi dai supporti vitali che le tengono in vita senza comprendere che legare aumenta la tensione perché istintivamente le persone sentono il bisogno di liberarsi.

Quando provo a spiegare che Basaglia ha fronteggiato le stesse obiezioni decidendo un giorno e poi per sempre, di non firmare l'elenco del-

le contenzioni, rispondono che si tratta di situazioni diverse, che sono in pochi e senza alternative, che i famigliari sono d'accordo e che la visione utopistica della salute mentale deve fare i conti con la realtà.

Una realtà fatta di prestazioni cronometrate, di ricoveri agognati da famiglie in difficoltà e di dimissioni frettolose, di percorsi di cura incompleti e impersonali dove le persone sono numeri e diagnosi, nelle anamnesi non vi è traccia delle storie personali, i corpi possono essere vessati in nome della scienza; queste sono le pratiche necessarie?

2.4. *CPR*

Il 16 dicembre 2019 è stato aperto a Gradisca un CPR per immigrati regolari, il prefetto di Gorizia ha specificato che trattasi di un "carcere amministrativo" in cui le persone sostano fino a sei mesi e poi sono rimpatriate.

È una struttura chiusa che ospita fino a 150 persone con un sistema di video-sorveglianza e personale costituito da militari, Polizia e Carabinieri e da una cooperativa esterna.

Il risultato è una via di mezzo tra un carcere col filo spinato e un manicomio in cui vige la divisione tra tranquilli e agitati.

A poche settimane dall'apertura abbiamo avuto decine di richieste di consulenza psichiatrica e di invii in pronto soccorso principalmente per episodi di autolesionismo.

L'unico modo per protestare di chi non ha più nulla da perdere in un luogo di disperazione, creato oggi come ai tempi del manicomio per sottrarre alla vista ciò che la società non sa e non vuole accogliere, ciò che non comprende, che ritiene pericoloso per una propaganda disumana che si è fatta strada tra le masse a colpi di populismo e campagne social.

I migranti scappati da guerra, violenza, miseria e morte sono considerati pericolosi esattamente come i "matti" che erano rinchiusi nei manicomi perché incapaci di uniformarsi e integrarsi.

2.5. *Case di riposo*

La casa di riposo è a tutti gli effetti un'istituzione che silenziosamente ha sostituito il manicomio.

È evidente come il mondo occidentale stia invecchiando e siamo un mondo modernissimo a una velocità tale da non permettere di programmare il futuro.

Ogni evento è contingente ed è affrontato nel momento esatto in cui occorre.

Le politiche sanitarie per gli anziani si pongono come obiettivo principale il miglioramento degli stili di vita per posticipare il più possibile il decadimento fisico e cognitivo e sono stati raggiunti ottimi risultati.

Tuttavia, per quanto si possa ritardare la vecchiaia, questa alla fine sopraggiunge e le persone perdono la propria autonomia.

La gestione diventa problematica e per i famigliari stremati dal carico assistenziale le residenze per anziani sembrano essere l'unica soluzione possibile.

L'ingresso in una struttura per anziani è un evento traumatico per le persone che sono costrette a lasciare la propria casa spesso loro malgrado.

Ciò che mi colpisce delle case di riposo è l'odore, misto di deodorante e urina, e poi la velocità con cui si spengono le persone che attraversano questi luoghi, sia i residenti che chi vi lavora.

In molti casi si tratta di strutture organizzate dove le persone sono ben accudite ma entrarvi significa rinunciare alla propria indipendenza.

Le giornate sono scandite da ritmi sempre uguali che spersonalizzano e spengono l'aspettativa.

Detesto i "lavoretti" messi in bella mostra all'ingresso delle case di riposo, perché mi ricordano l'ergoterapia e ancora di più mi è insopportabile che gli operatori diano del tu agli assistiti perché non lo farebbero in altri contesti, al supermercato o sull'autobus.

Qui le persone divengono oggetti e come tali sono trattate e sempre più spesso maltrattate.

Il meccanismo è quello tipico dell'istituzione perché, come avveniva nei manicomi, la vita, quella vera, si ferma.

C'è un giorno per il bingo, uno per la televisione, uno per la doccia e uno per la torta di mele, tutte cose decise da qualcun altro, ripetitive e senza scopo, fatte per intrattenere e privare le persone di qualsiasi progettualità e futuro, esattamente come nei manicomi.

2.6. *Controllo sociale*

Il quadro sociale appare per certi versi desolante: le masse vivono una vita frenetica che elimina le differenze e aumenta i consumi.

I percorsi sociali e sanitari delle persone sono costruiti, perciò, sulla base di prestazioni e non tengono conto delle caratteristiche di ciascuno, limitandosi alla logica dell'efficacia/efficienza: il miglior risultato con il minimo investimento possibile. Questo discrimina ed esclude tutti coloro che si discostano dal modello utilizzato per definire i percorsi clinici o sociali. È evidente, per esempio, che le città siano sempre meno accoglienti

per quanti siano portatori di una qualsiasi disabilità: basterebbe pensare che il mondo intero sembra costruito per i destrorsi. I mancini, a cui si legava l'arto sinistro per impedirne l'uso, sono comunque costretti ad adattarsi. È evidente che lo stile di vita attuale cerchi di "eliminare" tutto ciò che non corre insieme alla massa. L'attuale visione sociale è fatta di percorsi "blindati" da tempistiche standardizzate che escludono chi va lento e lo costringono a vivere una vita ai margini. Se si tratta di una persona anziana sarà costretta a concludere la propria esistenza in una casa di riposo e se uno ha un disturbo mentale resterà a vita legato a un servizio o vivrà in una comunità. Ci è capitato di scivolare in queste dinamiche e quando ce ne siamo resi conto abbiamo cercato altre soluzioni...

Ma spesso ci siamo cascati in pieno e abbiamo operato secondo logiche istituzionali.

Come operatori il nostro scopo è quello di ricercare una Salute Mentale che coinvolga la comunità, con percorsi di prevenzione e di informazione, creando ponti e connessioni tra le persone, che favoriscano dialoghi tra i diversi tessuti sociali per includere e integrare. Nonostante questo, sempre più spesso, ci viene richiesto di fare un tuffo nel passato e agire come se il nostro ruolo avesse a che fare con il controllo sociale.

Piovono così segnalazioni da parte delle forze dell'ordine, che si aspettano da noi azioni di sorveglianza verso persone i cui unici crimini sono fragilità e solitudine.

Oggi come allora la battaglia continua per noi che ci occupiamo di salute mentale ogni qualvolta ci troviamo a garantire i diritti e difendere la libertà di ogni singolo cittadino di esprimere pienamente se stesso.

3. *Lisa*

Faccio la psichiatra per caso, o forse no, certamente con un po' di delusione per chi mi voleva cardio/neuro/chirurgo. Mi sono avvicinata alla salute mentale con poche conoscenze, tanta curiosità e apertura. Sono stata fortunata, l'ho fatto in un luogo di avanguardia nei sistemi dell'assistenza territoriale in salute mentale, dove un innegabile impegno di gruppo ha eliminato le istituzioni totali e il miglioramento è tuttora incentrato sull'essere umano e la sua dignità.

E sulla libertà della persona non abbiamo mai dubbi.

Ho iniziato a lavorare in un Centro Salute Mentale 24 ore, che non ricoverava mai gli utenti al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e mi sembrava cosa scontata, come accogliere le persone direttamente in CSM

durante la notte. Presto mi è stato chiaro che ciò che io davo per assodato tale non era: il sistema pubblico di assistenza in salute mentale ha, infatti, forti differenze geografiche di attuazione e di risorse finanziarie, di strutture e di personale disponibile, e in zone molto vicine accadono cose molto differenti.

Lavorare in un territorio dove l'istituzione del manicomio è sgretolata e la legge 833 del 1978 ha mostrato concretamente "come fare" non è ancora abbastanza, perché non possiamo stare comode e inoperose sui successi del passato.

Per rendere attuale e sempre fruibile nel nostro tempo non la riforma, ma la rivoluzione, è necessario continuare a distruggere ciò che ancora rimane delle vecchie istituzioni ed evitare che ne rinascano altre dalle loro ceneri.

Negli ultimi decenni vi sono stati cambiamenti sociali, epidemiologici, psicopatologici e dei bisogni, e dobbiamo cambiare anche noi, provare cose diverse, linguaggi e azioni, per continuare a fare salute mentale.

Cambiamenti derivanti dal massiccio uso di sostanze di sintesi e disturbi psicopatologici da esse indotti, dalle migrazioni, dalle tecnologie.

Abbiamo imparato a gestire i disturbi mentali gravi con azioni di riconoscimento e intervento precoci, con l'uso ragionato di farmaci e progetti riabilitativi personalizzati, costruiti e de-costruiti insieme alla persona, con un'équipe multiprofessionale e il coinvolgimento di parenti e amici. Concretamente, oltre alla gestione del momento acuto della crisi che può richiedere l'accoglienza presso il Centro Salute Mentale 24ore, cerchiamo attivamente di sostenere il benessere della persona che generalmente corrisponde a quanto tutti desideriamo, un posto per vivere, qualcosa da fare e qualcuno da amare, con qualche difficoltà in più per chi non sta sempre bene.

Abbiamo sempre in mente teorie ed esperienze di remissione e *recovery*, lottiamo contro lo stigma dell'*inguaribilità* e della *cronicizzazione*.

Di più difficile gestione, non per ragioni psicopatologiche, ma sul piano pratico e di responsabilità, sono i cambiamenti più recenti.

Gli adolescenti sono alla ricerca di nuove soluzioni per elaborare antichi compiti di sviluppo: al posto di ribellione e trasgressione, che ci accomunavano nelle generazioni precedenti, l'utilizzo delle tecnologie e le facili omologazioni dei gusti prodotte dal mercato dei consumi, sviluppano precocissimi vissuti di appartenenza seppure virtuale.

Molte ricerche confermano tassi in aumento per sintomi depressivi fino al 52% negli adolescenti. C'è stato anche un aumento del 71% dei giovani adulti che hanno lamentato forte stress e del 43% del tasso di giovani che hanno dichiarato di pensare al suicidio. Sempre più frequenti sono,

tra i giovani, atti come tagliarsi, bruciarsi, o colpirsi per distrarsi da una sofferenza emotiva che non si riesce a sopportare, forse una strategia di regolazione emotiva di fronte a ciò che viene vissuto come intollerabile e indesiderabile. Tale sofferenza ha una "prevedibile" imprevedibilità e mette spesso in crisi i servizi che si trovano impotenti in termini di azioni di cura.

Con il nuovo millennio è cambiato il paradigma dell'uso di sostanze: fino agli anni Novanta il fenomeno riguardava principalmente individui al limite dell'emarginazione sociale, mentre oggi questo si presenta trasversalmente in vari contesti sociali e soprattutto tra i più giovani. Spesso, gestiamo in urgenza episodi di agitazione psicomotoria e forme di psicosi sintetiche che hanno complessi quadri psicopatologici persistenti anche dopo la sospensione dell'uso di sostanze e che richiedono una presa in carico.

Vi sono poi i casi difficili legati a situazioni sociali, per esempio persone che vivono in abitazioni poco dignitose, con difficoltà relazionali oppure sole, con gravi problemi economici che, se pur non nuove, compaiono con frequenza maggiore. Sono poche ma di alto impegno assistenziale con frequente compresenza di patologie mediche generali e uso di alcol.

La migrazione è un altro fenomeno che modifica fattori sociali e bisogni per le variabili socio-ambientali interagenti che possono mettere seriamente a rischio la salute mentale. Nonostante le difficoltà metodologiche legate all'eterogeneità migratoria, etnica e culturale dei migranti, la letteratura dimostra nei migranti un aumento dei fattori di rischio per la mancata realizzazione del progetto migratorio, lo stress transculturale, la perdita di stato sociale, la discriminazione e le separazioni.

Correlato a questo è, come già accennato, l'apertura nel nostro territorio di un CPR, luogo di disperazione che crea sofferenza e dove aumentano le richieste di consulenza non per disturbi mentali gravi, ma per il moltiplicarsi di frustrazioni e delusioni che portano a gesti autolesivi reattivi alla lesione della dignità e libertà personali.

Per il nostro lavoro futuro penso alle possibilità di ulteriori aperture verso l'esterno, con una maggiore spinta verso il territorio, con nuovi e diversi interlocutori. Questo permetterebbe anche di gestire i momenti di crisi delle persone al di fuori del centro di salute mentale, a domicilio delle persone o in luoghi a loro graditi, per puntare alla ripresa e alla guarigione.

In alcune occasioni, lavorando con fantasia, siamo riusciti a farlo: a novembre abbiamo gestito un episodio maniacale di un cinquantenne che in passato ha subito numerosi TSO, invitandolo più volte al giorno in servizio per l'assunzione della terapia, passando a domicilio quando lui non veniva, parlando con il suo datore di lavoro e andando spesso sul posto di lavoro,

sentendo i familiari e i vari servizi coinvolti, e alla fine lui stesso ha accettato un'accoglienza di alcuni giorni per riprendersi al meglio.

Tutto ciò è possibile grazie a un piccolo gruppo di operatori che lo ha affiancato e supportato concretamente in alcuni passaggi di vita importanti: il cambio di lavoro, la richiesta dell'invalidità, la mediazione familiare per l'affidamento della figlia, una terapia farmacologica concordata. Così la fiducia tra noi e lui è cresciuta.

La relazione di aiuto concreta permette uno scambio autentico fra esseri umani, poiché è questa stessa umanità fonte dell'aiuto e nessuna relazione vive nelle istituzioni chiuse o con persone legate.

Nelle rare occasioni in cui eseguiamo un trattamento sanitario obbligatorio, prima proviamo a fare tutto per evitarlo e sempre ci facciamo molte domande, sapendo che ci sono obblighi e dolori da affrontare. Sperimentiamo che anche da questo può svilupparsi una relazione di fiducia, rispettosa dei diritti per progredire in una relazione che cura.

4. *Donatella*

Sono operatrice amministrativa da venti anni nel SSR, da meno di due nel Dipartimento di Salute Mentale: sono passata dall'analisi dei flussi di dati più svariati in strutture di Direzione Generale ad una esperienza sul campo ricca di incontri e rapporti.

Sono uno statistico e maneggio diverse basi dati: schede di dimissione ospedaliera, resoconti di attività infermieristica/riabilitativa domiciliare o di consultori, dati di spesa, farmaceutici, di personale per analisi e report di ogni tipo, tutte approcciate dall'alto.

I DSM sono territorio inesplorato e dal "basso" il recupero di banali informazioni è impossibile per chi non conosce i sistemi, e qui pochissimi li conoscono, e spesso non c'è il tempo di formare il personale sul trattamento e l'utilizzo delle basi dati.

Non è previsto un serio processo di validazione del dato che è affidato alla dedizione di chi il dato è obbligato ad inserirlo, e se la raccolta è affidata a società esterne, registro dispendio di tempo ed energia per la correzione di quanto raccolto.

Le riforme sanitarie nel 2014 e 2019 in Friuli Venezia Giulia hanno evidenziato modalità di registrazione dei dati completamente differenti, mantenute tali perché "abbiamo sempre fatto così".

Se qui la riforma basagliana ha trovato terreno fertile, non possiamo accontentarci, ma dobbiamo confrontarci con gli altri, utilizzare i dati che

raccogliamo per un miglioramento continuo, evitando il rischio di rimanere isolati o agire da autoreferenziali, creando una sorta di *comfort zone* della salute mentale.

Prossimamente saranno avviati nuovi sistemi di raccolta e rilevazione dei dati anche per la salute mentale e li vorrei semplici, utili per chi lavora, veloci da trovare e da leggere, aiuti concreti non solo di monitoraggio, ma soprattutto di programmazione.

5. *Donatella L.*

52 anni, operatrice di una cooperativa sociale da 22.

Mi sono avvicinata a questo mondo casualmente, non sapevo dove andavo a lavorare, non sapevo cosa fosse una "rsa psicogeriatrica", ho cercato il significato della parola sul dizionario senza trovarlo.

Ho fatto il colloquio di Venerdì Santo e ho iniziato il lavoro il primo aprile, detto così fa ridere.

Ho iniziato un viaggio meraviglioso, difficile, emozionante, stressante, avvincente, frustante, fantasioso, nel mondo dei diritti civili delle persone, perché lavorare nella salute mentale vuol dire lavorare con i diritti civili.

Si chiudeva allora il manicomio femminile di Sottoselva, fuori dalle mura di Palmanova, in provincia di Udine, e la cosa era stata affidata a una cooperativa sociale locale, "la Cisile", che in lingua friulana significa rondine. Lavoravamo con trenta "nonnine" non autosufficienti nella per me sempre sconosciuta "r.s.a. psicogeriatrica".

Altre donne rimanevano nelle strutture del manicomio, che nel frattempo era diventato la sede di un centro di salute mentale. Lavoravamo insieme noi e il personale sanitario in entrambe le sedi ed è stato difficile: mi sembravano rigidi e refrattari al cambiamento i lavoratori del pubblico, inesperti e con voglia di fare grandi cose noi. Sembrava impossibile modificare gli orari: le docce iniziavano alle 5.00 del mattino, la colazione era alle 8.00, il pranzo alle 11.30 e la cena alle 17.30. Durante le riunioni di reparto abbiamo portato il problema degli orari non rispettosi dei tempi delle persone e ci siamo scontrate con le rigidità di un'organizzazione che aveva alle spalle un sacco di anni di "abbiamo sempre fatto così".

Abbiamo modificato i nostri orari: facevamo noi le notti e abbiamo iniziato a fare le docce dalle 6.30 in poi; poi cinque minuti alla volta abbiamo ritardato il pranzo e la cena per arrivare alle 12 e alle 18.30. Abbiamo sostituito le "divise" delle donne – due tuniche blu e marroni a *pois* e bottoni sul retro, canottiere in comune e mutande a rete per i pannoloni, anche le don-

ne che non usavano i pannoloni indossavano le mutande a rete, calzettoni blu, ciabatte – con vestiti personali. Anche qui grande rifiuto dal personale sanitario, motivazione: le tuniche facilitano il lavoro e non fanno perdere tempo prezioso (*per cosa?*).

Con il sostegno di un'assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale, che era tutrice di alcune donne, siamo andate insieme a fare *shopping* e così, per la prima volta nella loro vita, le signore hanno avuto dei vestiti propri e avevano anche buon gusto.

Abbiamo aperto una comunità riabilitativa sul territorio ed era una casa nel vero senso della parola, una casa al centro del paese, non fuori come le case di riposo o i cimiteri. Le donne del manicomio avevano una casa bella al centro del paese di San Vito al Torre, sopra la farmacia, vicino alla scuola elementare, di fronte al municipio, a 10 metri dalla chiesa e a cinque dalla banca e dalla parrucchiera.

Abbiamo fatto incontri pubblici con gli abitanti del paese per presentare il progetto, spiegarlo e condividerlo. Il principio fondamentale è che la casa è delle persone che la abitano per una parte della loro vita (allora per tutta la loro vita, vista l'età delle signore).

Da quel momento parte l'avventura del Consorzio "il Mosaico" nella salute mentale, con una nuova visione condivisa con il Dipartimento di Salute Mentale della zona Bassa Friulana. Insieme, costruiamo nuovi stili di lavoro con progetti personalizzati riabilitativi a costi definiti per ogni singolo progetto, differente per intensità bassa/media/alta, e ci liberiamo dal concetto di fornire ore lavoro e non progetti: l' Azienda Sanitaria appalta ore lavoro al minimo ribasso e non progetti riabilitativi personalizzati o di sviluppo del territorio.

Gli assi degli interventi sono la casa, il lavoro e la socialità, fondamenti dei progetti delle persone. Non si appaltano ore, si co-gestiscono progetti terapeutici riabilitativi personalizzati che favoriscono lo scambio tra pubblico e privato senza delega da parte del servizio pubblico al privato e con una regia comune.

Diversi livelli decisionali hanno diversi compiti ma alla al base c'è l'équipe di riferimento e la persona come vera detentrice del proprio progetto.

C'è uno scambio continuo: con le persone con PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato) e con il servizio pubblico puntiamo a un confronto quotidiano.

In questi 22 anni si sono modificati i paradigmi della riabilitazione e noi abbiamo modificato le pratiche.

Dopo aver accompagnato le signore uscite dal manicomio di Sottoselva fino alla loro morte, oggi cerchiamo soluzioni abitative condivise tra 3-4 persone per affittare un appartamento, intestarsi le utenze, pagarsi gli assistenti familiari.

In due anni, nella zona isontina, sono nati tre appartamenti in cui vivono 10 persone che condividono le proprie entrate economiche (pensioni e risparmi ricostruiti attraverso un buon lavoro di cura). Sono persone che non hanno mai avuto una casa loro e non hanno familiari, e sembrava "normale" che "finissero" in case di riposo, protette dai pericoli del mondo esterno... In realtà, si tratta di una protezione per il mondo dei "normali" dalla presenza di persone in stato di difficoltà.

E di nuovo le paure più grandi stanno dentro i servizi pubblici, sociali e sanitari, mentre gli amministratori di sostegno, di solito avvocati, sono favorevoli a queste progettualità innovative, dopo averne concretamente verificato la sostenibilità economica. E il Giudice Tutelare ha approvato subito! E in tanti hanno partecipato, pure i proprietari delle case che abbiamo affittato.

Dopo due anni cominciamo a vedere benefici concreti: diminuisce l'uso dei farmaci ansiolitici, nessuno è stato accolto in Centro di Salute Mentale, nascono nuovi rapporti con il vicinato (il gestore del bar vicino ad un appartamento ogni mese organizza una pastasciutta tra le persone, lui ed alcuni anziani che frequentano il bar).

Abbiamo creato occupazione: in ogni appartamento le due assistenti familiari sono persone che avevano perso il proprio lavoro e che si sono reinventate.

A loro la cooperativa e il servizio pubblico, insieme, garantiscono formazione e sostegno continuo: riunioni di equipe, presenza di educatori per aiuto nella gestione della convivenza, progettazione di corsi di formazione attraverso enti di formazione regionale.

Mentre scriviamo compare il COVID 19 e modifichiamo il lavoro per la salute e la sicurezza di tutti. Leggiamo e diffondiamo i decreti nazionali e regionali, ci dispiace ma dobbiamo chiudere le attività di aggregazione.

A casa e con le persone modifichiamo gli interventi riabilitativi.

Diamo informazioni sulle autocertificazioni e sui sistemi di igiene.

Avviamo una quotidiana collaborazione tra pubblico e privato per un monitoraggio capillare delle persone che vivono a casa con l'idea di captare in tempi brevi qualsiasi segno di malessere e di difficoltà che potrebbero sfociare in una crisi.

Attiviamo un servizio di sostegno telefonico, che ogni giorno permette di contattare un numero importante di persone per verificare come stanno,

per sostenerle, per fare quattro chiacchiere e farle sentire meno sole, per fornire tutte le informazioni relative alla gestione della pandemia: a chi rivolgersi per la spesa a domicilio, come contattare il medico di base per ricette, cosa fare in caso di sintomi da COVID-19.

Attiviamo un servizio di video-chat con alcune persone del CSM e con gli ospiti del CPR. Operatori del pubblico e del privato sociale eseguono insieme le visite domiciliari; continuiamo ad aprire progetti riabilitativi personalizzati.

Il CSM 24 ore continua la sua attività di accoglienza seguendo le indicazioni aziendali.

Se il virus ci costringe ad una modifica importante del nostro stile di vita, ci impone anche una modifica di uno stile di lavoro che dura da anni, ci costringe a rivedere stili e a dare priorità diverse. Noi ci auguriamo di uscire migliori con vita e lavoro nuovi, sempre più centrati sul rispetto dell'altro/a, dei diritti e del nostro dovere. Continuando a gridare *viva la libertà*.