

**I° Incontro Internazionale - Franco Basaglia: la Comunità Possibile  
Trieste, Settembre 1998**

**RACCOMANDAZIONI DELLE COMMISSIONI DELLA SESSIONE "LE PRATICHE".**

A cura di Roberto Mezzina – Dipartimento di Salute Mentale Trieste

Qualsiasi organizzazione di salute mentale nella comunità non può prescindere dall'eliminazione degli ospedali psichiatrici di qualsiasi tipo e dimensione come luogo primario di riproduzione della psichiatria e di disumanizzazione, di esclusione, di immiserimento dei soggetti sofferenti. Tale impegno va esteso dall'Italia ad una scala planetaria, dichiarando e realizzando la fine del secolo dei manicomi.

Restano pertanto indicatori fondamentali di tale impegno, per una pratica nella comunità:

- la non coazione;
- la non contenzione;
- l'assenza di pratiche di violazione dei corpi;
- la non reclusione;
- la non incarcerazione.

Il percorso de "Le pratiche" della I° Conferenza Internazionale sulla Salute mentale di Trieste ha messo a fuoco i seguenti obiettivi:

- E' necessario costruire sistemi integrati, coerenti, di servizi nella comunità/territorio, capaci di sviluppare una strategia che risponda ai bisogni di salute mentale **di** una area territoriale determinata.
- Per fare ciò, occorre partire da un'ottica di deistituzionalizzazione che sia volta non solo al superamento dei manicomi ma anche della pratica psichiatrica corrente di "trattamento della malattia".
- Va evitata la frammentazione di risposte specifiche a specifici bisogni e soggetti che ne riproducano separazione ed oggettivazione secondo categorie ed ideologie di esclusione.

In particolare sono premesse necessarie, principi fondanti le pratiche per produrre salute:

- 1) La rottura del paradigma medico come totalizzante e la valorizzazione e la ricostruzione della storia dei soggetti;
- 2) la possibilità dell'espressione della malattia come sofferenza dentro i percorsi di vita delle persone e l'affrontamento terapeutico nella visione globale del soggetto, nella sua unicità;
- 3) L'affermazione della difesa dei diritti a priori come fatto fondante la cura del soggetto malato.

Il servizio territoriale deve rappresentare il momento strategico-organizzativo centrale nella produzione delle pratiche di prevenzione, cura e riabilitazione come questione unitaria della salute mentale.

La sua organizzazione va fondata:

- su connessioni tra le diverse componenti della rete dei servizi tali da garantire la continuità terapeutica;
- su caratteristiche di accessibilità del servizio che vanno ridisegnate dal punto di vista dell'utente,
- su caratteristiche di flessibilità e di modulazione di programmi contro protocolli rigidi;

- sulla non selezione dell'utenza per gravità;
- sull'integrazione con risorse utili a rispondere ai bisogni materiali e relazionali della persona;
- sull'evitamento dell'ospedalizzazione attraverso lo sviluppo di interventi comunitari sulla crisi;
- sull'affrontamento delle situazioni più difficili e di maggiore sofferenza personale e sociale nel territorio stesso, e pertanto sulla non delega a strutture di istituzionalizzazione e di contenimento vecchie e nuove.

I servizi devono spostarsi da un modello clinico fondato sulla malattia-sintomo ad uno globale, fondato sulla presa in carico della persona, con i suoi bisogni e significati.

Le pratiche di salute mentale devono coinvolgere attori, risorse e processi sociali altri dagli operatori psichiatrici, dagli utenti primari stessi ai membri della rete sociale alle reti nella comunità. Il prossimo millennio vedrà in questo senso lo sviluppo determinante del ruolo dei non professionali nelle strategie di aiuto e di reintegrazione sociale.

Occorre tuttavia ancora lottare perché ai servizi di ogni parte del mondo, attraverso mezzi locali o aiuti internazionali, siano garantite adeguate risorse umane e strumentali.

I servizi devono essere concepiti come realtà in evoluzione, aperte al cambiamento, in relazione ed interazione con i bisogni che via via emergono nel tessuto sociale, e capaci di individuare e superare le nuove forme di istituzionalismo.

Nel passaggio dalle istituzioni psichiatriche normanti, segregative ed oppressive, ad organizzazioni comunitarie di agenti di salute mentale, di uomini e di donne, in quanto tali capaci di erogare servizi alle persone, la natura dell'organizzazione del servizio territoriale é un presupposto fondamentale per poter sviluppare strategie di salute e di sostegno ai soggetti. Essa resta un indicatore fondamentale della tensione anti-istituzionale e deve quindi essere fondata sulla relazionalità, sull'orizzontalità, sulla trasversalità. Attraverso le forme partecipative di tutti gli operatori vanno disegnate le procedure e definito il loro senso, e fondata la progettualità del servizio a tutti i livelli. La "visione" del servizio, le sue intenzioni e l'universo valoriale, in senso sociale e terapeutico, va sempre e comunque ancorato alla centralità dell'utente primario ed al suo percorso di rimonta, di "recovery" e di possibilità di esistenza.

Il lavoro organizzativo deve dunque connettere strutture e programmi, non lasciandoli in ambiti separati, ma articolandoli in un'ottica di percorso che preveda scelte di opportunità per l'utente.

Il concetto di responsabilità territoriale per la salute mentale deve altresì prevedere la rielaborazione del mandato di controllo sociale, nella mediazione e considerazione di tutti i punti di vista degli attori, ma nella tutela soprattutto dei soggetti deboli.

La destigmatizzazione va praticata non solo nel senso di un superamento del paradigma medico, ma anche attraverso l'ampliamento delle forme di accesso e di partecipazione di tutti i soggetti alla vita di un servizio, dalla progettazione alla gestione, quali comitati e consulte di utenti, di operatori e di cittadini.

Il servizio va posto in rete con gli altri servizi socio-sanitari; i distretti, la medicina del territorio, i sistemi di Primary care e di Atención Primaria vanno modulati nella direzione della massima accessibilità.

E' altresì necessaria la contaminazione di tutti i circuiti socio-sanitari in un'ottica di deistituzionalizzazione, e, ove possibile, di desanitarizzazione, verso la formulazione di progetti di salute globali.

Assi portanti del sistema di salute mentale comunitario sono centri di salute mentale operanti 24 ore su 24, aperti alla comunità, o altre modalità di organizzazione di servizi integrati a 24 ore che non prevedano condizioni di lungodegenza psichiatrica, ovvero ospedalizzazioni di medio e lungo termine, e che vadano pure verso il superamento delle forme di ricovero breve in ambito medico.

Vanno previsti luoghi di accoglienza di piccola scala, non clinici ma fondati sulle realtà della vita quotidiana, per periodi di tempo flessibili e commisurati alle esigenze delle persone, in grado di sostenere e sviluppare le capacità di autogestione e le esperienze di partecipazione alla comunità.

Va garantito contemporaneamente **il** diritto all'abitare in propri spazi privati, a prescindere dalla gravità del disturbo, contro il rischio di nuove forme di manicomialità e di istituzionalizzazione, di esclusione e di oggettivazione.

Va garantito il diritto a ricoprire ruoli produttivi e comunque attivi nel tessuto sociale attraverso l'inserimento lavorativo e le forme di intrapresa sociale.

I servizi devono riconoscere le differenze di genere, di razza, di cultura come fondanti l'uguaglianza dei diritti e come fondamento delle pratiche di salute.

E' necessario porre i programmi in un'ottica di integrazione tra i vari interventi in contrapposizione a modelli settoriali, tecnicistici, o di semplice sommatoria eclettica, i quali sempre identificano i propri fallimenti come "residui", ancora da escludere.

L'evitamento di risposte pre-formate ed omologanti e la garanzia che siano l'individualità e la costruzione di senso dell'esistenza a guidare l'azione di cura, possono inverarsi solo se si parte dal coinvolgimento attivo dell'utente nel proprio progetto terapeutico, riconoscendogli un'effettiva contrattualità e potere.

Vanno valorizzate le differenze dei contesti, dei luoghi e dei soggetti come materiali e risorse delle azioni terapeutiche.

Non modelli di trattamento, perciò, ma progetti integrati di salute mentale e di salute in generale (dunque anche di salute sociale) che tengano conto dei contesti istituzionali e che dunque non vengano innanzitutto calati in istituzioni totali, pena la loro perversione a strategie mistificanti, falsamente riabilitative, e di gestione del consenso.

Va superata la separazione o la contrapposizione tra luoghi e trattamenti terapeutici e luoghi e trattamenti riabilitativi, **in** quanto componenti di un modello medico riparativo, mentre esse vanno viste come contestuali e sinergiche.

Va riconosciuto che la crisi dei soggetti contiene invariabilmente un nucleo centrale dei significati e dei conflitti, delle potenzialità e dei rischi. Essa pertanto non va vista come elemento da contenere e da silenziare, ma la sua centralità nelle pratiche dei servizi deve andare ad evitare la stigmatizzazione ed a fermare il "montaggio" della malattia in quanto costruito sociale ed istituzionale.

Il "fare comunità" va posto al centro dell'operatività e della progettualità dei servizi territoriali. Essi devono essere in grado di produrre reti e di relazionarsi con le reti esistenti. In particolare, va posta attenzione alle reti primarie (famiglia, vicinato, amici, lavoro), attraverso il lavoro di rete; alle reti formali, o dei servizi sociali e sanitari, con cui va attuato il lavoro in rete; e vanno promosse reti artificiali, o reti di reti, tramite il lavoro di connessione, che va a comprendere associazioni e situazioni aggregative, dentro e fuori il campo della salute mentale.

Il lavoro di rete non va visto come alternativo alla costruzione dei servizi, e quindi non ha a che fare né con i tagli della spesa, con la scarsità assoluta delle risorse per i servizi, né con lo sviluppo, pur possibile ed auspicato, di strategie esterne ai servizi formali.

Esso ha a che fare invece con la presa d'atto dei limiti invalicabili dei sistemi di assistenza, evitando che le politiche vengano calate dall'alto senza tener conto del ruolo dei soggetti, degli interessi, dei valori e delle ideologie.

Le reti così create veicolano valori e poteri, e vanno viste come organizzazioni mobili e paritarie, orizzontali, di soggetti attorno ad obiettivi condivisi.

Il servizio deve essere un'interfaccia con il territorio / la comunità.

Pertanto, quali azioni fondamentali vanno indicate le seguenti:

- Vanno stimulate forme di partecipazione / di entrata nei servizi da parte di tutti i soggetti che il servizio incontra, organizzati o meno in forme associative;
- va praticato il coinvolgimento dell'utenza nei servizi, attraverso l'aggregazione, la promozione dell'auto e mutuo aiuto, la relazione con associazioni, le forme di consultazione e gli spazi di decisionalità, quali elementi di "empowerment"; al tempo stesso questo non può esaurirsi in tali azioni ma deve prevedere la messa a disposizione di risorse concrete e la crescita di capacità di utilizzazione attraverso strategie di informazione e di formazione alla cittadinanza;
- é necessario impiegare risorse non professionali ed "extracliniche" non solo nel lavoro terapeutico-riabilitativo ma anche nei progetti di salute mentale comunitari;
- va promossa la salute nel territorio sia favorendo l'integrazione sociale degli utenti che stimolando l'avvicinamento dei cittadini ai problemi della salute mentale, e prevedendo forme di scambio con la comunità "a doppia via";
- vanno favorite le pratiche di inclusione e di appartenenza che sostengono la costruzione di identità e ruoli sociali plurimi, che non schiaccino l'utente primario in tale ruolo ma sostengano la singolarità delle persone;
- vanno ricercate tutte le forme di azione collettiva, partecipativa, attraverso cui sia possibile mettere in gioco la dimensione affettiva, attraverso la reciprocità e nel superamento dei limiti dei ruoli istituzionali;
- le strategie educative e di "abilitazione" vanno intese come costruzione delle autonomie e riduzione delle barriere sociali all'esercizio dei diritti sociali di cittadinanza.
- Il riconoscimento ed il potenziamento delle reti va attuato anche per sostenere la trasformazione del servizio e velocizzare il lavoro antistituzionale;
- reciprocamente, il servizio deve intervenire attivamente nella cultura della comunità rispetto alla salute mentale in un'ottica di superamento dell'esclusione sociale.

Attraverso tali azioni, la tolleranza non deve allora restare un concetto paternalistico di sfondo, ma rappresentare l'obiettivo di processi veri di inclusione sociale.