

Convegno: “Salute mentale e servizio sociale”

Roma, 5 Dicembre 2008

L'associazionismo dei familiari per i diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale.

Girolamo Digilio, UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale

Ringrazio, anche a nome dell'UNASAM e della sua Presidente Gisella Trincas, l'Ordine degli Assistenti Sociali e, in particolare, la Presidente Franca Dente e la Dottoressa Luisa Spirni, per averci invitato, ma soprattutto per aver organizzato questo convegno su un tema così sensibile, quello della salute mentale e della sua tutela, una questione centrale della società moderna nella quale il disagio sociale, il disagio psichico e la malattia mentale sono strettamente correlati alla qualità della vita imposta dalle esigenze della produzione e del mercato.

L'UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, è composta da oltre 160 associazioni di utenti e loro familiari, riunite in coordinamenti regionali e impegnate per il superamento di ogni forma di discriminazione e di emarginazione delle persone con sofferenza mentale, per il rispetto della loro dignità di persone e per il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza sanciti dalla Costituzione italiana per tutti i cittadini: non solo il diritto alla cura, ma anche il diritto al lavoro, il diritto alla casa, al tempo libero, il diritto di ciascuno ad una vita conforme alle proprie attitudini e alle proprie capacità. Spetta a Franco Basaglia il merito di aver posto al centro del dibattito la questione dei diritti delle persone con sofferenza mentale e di aver aperto, con il suo pensiero e con la sua azione, una prospettiva di libertà e di giustizia che ha trovato un fondamentale strumento nella legge 180. La successiva chiusura dei manicomi e la realizzazione di una rete di DSM su tutto il territorio nazionale hanno profondamente cambiato la condizione e il destino delle persone con sofferenza mentale, tuttavia siamo ancora lontani dal pieno riconoscimento della effettiva titolarità dei diritti di cittadinanza e non di rado queste persone sono vittime di abusi che in alcuni casi possono configurare veri e propri reati.

La riabilitazione e la piena integrazione nella società é l'unica risposta che può garantire tali diritti ed è al tempo stesso un potente strumento di cura: deve essere pertanto il risultato al quale deve tendere ogni programma di cura. Questo obiettivo è fortemente condizionato dalla cultura e dai comportamenti della cosiddetta società civile nella quale persistono atteggiamenti di rifiuto e di esclusione nei riguardi delle persone con sofferenza mentale. Devo dire che questi atteggiamenti sono diffusi anche fra i familiari e perfino tra gli operatori, ed hanno una valenza fortemente negativa in quanto attraverso l'emarginazione e l'esclusione sociale inducono processi di disabilitazione delle persone assai superiori a quelli che comporterebbe la menomazione della quale esse sono portatrici.

Tuttavia laddove, superando la negatività dello stigma, sono state messe in atto politiche e pratiche di presa in carico globale e continuativa e sono stati realizzati, insieme alle cure mediche, i percorsi riabilitativi e le strutture previste dai Progetti obiettivo salute mentale '94/97 e '98/2000 sono stati ottenuti straordinari successi. Purtroppo non disponiamo di dati complessivi a livello nazionale, ma soltanto di dati parziali riferiti a realtà locali. Un primo dato assai frustrante è rappresentato proprio dalla mancanza di attenzione verso i risultati di tante buone pratiche in atto nel nostro Paese i cui risultati meriterebbero una riflessione critica ai fini del miglioramento delle cure. I dati raccolti dall'UNASAM nel suo recente congresso indicano che in Italia esistono diverse migliaia di persone che grazie alle pratiche di inclusione sociale sono uscite dal tunnel e dispongono di una soddisfacente qualità di vita.

Per ciò che concerne gli inserimenti lavorativi, per esempio, in Toscana, nel triennio 2003-2005 sono stati effettuati 284 collocamenti al lavoro ai sensi della legge 68/99 e 421 assunzioni in cooperative sociali, sono stati attivati, inoltre, 148 tirocini formativi; nel Lazio sono stati realizzati

soltanto nel 2005 125 inserimenti lavorativi, il 60% dei quali correlati con le attività di formazione svolte nei CD; il 65% in cooperative sociali di tipo B, il 16% in aziende private, l'11% nelle strutture pubbliche. Attualmente circa 1.300 persone frequentano corsi di formazione nei 60 Centri diurni della regione. Purtroppo al termine dei percorsi formativi molto spesso viene a mancare uno sbocco lavorativo e ciò vanifica gran parte dello sforzo fatto e pregiudica gravemente le stesse condizioni di salute dei pazienti che tendono a ricadere. In Emilia Romagna negli anni 2005-2007 sono stati effettuati 2446 inserimenti lavorativi, in gran parte presso cooperative sociali di tipo B, della durata media di dieci mesi. Nel Friuli Venezia Giulia sono stati effettuati nel 2007 64 inserimenti lavorativi, di cui 25 a Trieste. Nel Molise in una iniziativa condotta dalla associazione dei familiari per la salute mentale in collaborazione con la Regione sono stati effettuati solo nel 2006 12 assunzioni delle quali 9 presso aziende private e le rimanenti presso cooperative sociali di tipo B; in queste persone si è registrata una drastica caduta dei ricoveri in SPDC; 15 persone inoltre hanno usufruito di una borsa lavoro.

Come abbiamo detto si tratta di dati frammentari che necessitano di una verifica e di una ulteriore analisi, ma che indicano la presenza diffusa di una attività piuttosto vivace e con esiti assai positivi che andrebbe ulteriormente promossa.

Meno variegata è la situazione della residenzialità terapeutico-riabilitativa e socio-assistenziale per il prevalere un po' dovunque di grandi strutture residenziali poco controllate nelle quali le attività riabilitative sono scarse o assenti mentre scarseggiano le residenze con un limitato numero di posti letto che, come è noto, consentono un più efficace intervento riabilitativo. In Sardegna è stato avviato un piano che prevede, entro tre anni, la riconversione di tutte le strutture socio-sanitarie in residenze con non più di 8 posti letto. In molte regioni, fra le quali il Lazio, la Campania, le Puglie, gli Abruzzi, il Molise e la Sicilia le strutture residenziali, per lo più private, e le case di cura convenzionate assorbono il 60% o più dell'intero budget per la salute mentale.

Il budget per la salute mentale oscilla fra il 2,31% e il 3,6% della spesa sanitaria e solo in pochissime regioni raggiunge il 5%.

Questi dati nel loro complesso indicano la necessità di una azione di riequilibrio degli interventi e della spesa in favore di una più incisiva attività riabilitativa e di inclusione sociale e di una maggiore omogeneità di intervento in tutto il territorio nazionale.

Spetta allo Stato inoltre la responsabilità di elaborare ulteriori strumenti di incentivazione e di controllo per l'attuazione delle politiche per la residenzialità finalizzata alla integrazione sociale, per l'inserimento lavorativo e per la formazione previste dalla normativa vigente (Leggi 58/99, 328/2000, ecc.) garantendo, in particolare, uno sbocco lavorativo ai pazienti che hanno maturato competenze nei vari settori e sostenendo le cooperative sociali di tipo B che rappresentano tuttora il settore che in misura maggiore è in grado di assorbire la richiesta. Gli Enti locali a loro volta devono avere la possibilità e la volontà di un maggiore impegno nel settore della salute mentale destinando, in particolare, un maggiore numero di alloggi alle necessità del settore.

In questo contesto è fondamentale il ruolo del Servizio sociale come organo di raccordo fra i servizi sanitari, l'utente e i suoi familiari, da una parte, e le istituzioni pubbliche e private dall'altra. Noi riteniamo che la figura dell'assistente sociale sia una figura centrale nei percorsi riabilitativi proprio perché non è uno psichiatra, non è uno psicologo, e rappresenta, nell'ambito del circuito sanitario, una continuità di contatto con la società civile con valenza altamente terapeutica. Per questo motivo il suo ruolo deve essere valorizzato e non può essere mai ridotto a quello di un puro e semplice erogatore di prestazioni burocratiche per la compassionevole concessione di alcuni servizi quali i sussidi, le pensioni di invalidità, ecc. che, pur se utili, non cambiano sostanzialmente la condizione delle persone; il suo ruolo professionale è invece quello di un accompagnamento attivo e responsabile della persona con sofferenza mentale in un percorso di *empowerment* e di autonomia per raggiungere l'obiettivo della piena integrazione sociale. Il servizio sociale deve pertanto operare sempre di più, anche con lo strumento di un costante aggiornamento professionale dei suoi operatori, nella visione del superamento dell'attuale prevalente concezione assistenzialistica e

portare così un contributo decisivo all'esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale.