

Convegno Caritas Diocesana Novarese
"LA COMUNITA' CHE GUARISCE"
Verbania Intra – 25 novembre 2007

➤ **Saluti – don Dino Campiotti**

Perché un convegno pastorale sul disagio e sulla sofferenza psichica?

Perché la sofferenza psichica in qualche modo si attraversa, ci riguarda; non è un problema che tocca soltanto alcune persone sfortunate ma in qualche misura è proprio una categoria che in qualche modo ci portiamo dentro: la sofferenza della psiche.

Allora abbiamo pensato proprio di aprire e di imbastire questo convegno sul tema che è anche di grande attualità non solo perché ci riguarda ma perché le cifre, i numeri, le situazioni, i fenomeni sono sicuramente sotto gli occhi di tutti anche se, ed è questo il punto, le nostre comunità ecclesiali spesso volte hanno paura di affrontare questi problemi o addirittura negano che questi problemi ci siano.

Ecco allora la ragione di questo convegno: fare in modo che diminuisca il tasso di paura dentro di noi e nelle nostre comunità di fronte alla sofferenza psichica e di fronte alla malattia mentale – primo obiettivo – e fare in modo che nessuno più neghi il fatto che anche nelle nostre comunità, nei nostri paesi e magari nella nostra strada o nel nostro condominio ci siano persone che soffrono e che hanno bisogno di essere intanto riconosciute poi accompagnate e forse anche condivise proprio nella loro sofferenza.

Apriamo il convegno chiedendo a due persone che lavorano tutti i giorni su questo problema ad aiutarci a capire un po' di più non solo attraverso i numeri ma anche attraverso delle riflessioni.

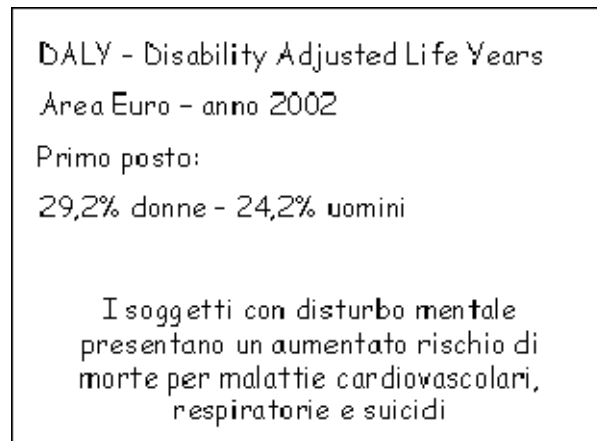
➤ **“Gli ALTROVE della PSICHE: diversità e disagio tra indifferenza e condivisione” .**

- **Dott. Giovanni Geda (psichiatra già responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Verbania, ora primario di psichiatria a Biella)** (con diapositive)

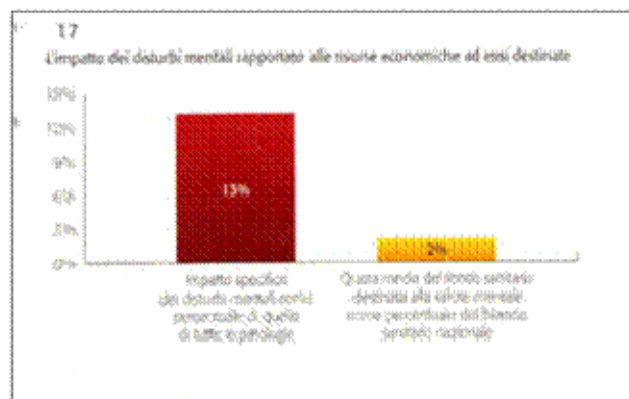
Grazie dell'accoglienza; ritorno volentieri a Verbania dove fa piacere incontrare molti volti noti. Ho trascorso quattro anni a Verbania ed è stata un'esperienza per me assolutamente positiva, ho trovato sia operatori che associazioni molto disponibili e con i quali era semplice e quotidiano l'incontro. Ancora oggi mi confronto con esponenti delle associazioni di volontariato con i quali ho avuto a che fare. Spero di aver lasciato un buon ricordo.

L'argomento che dovrei trattare è, come diceva don Dino, la salute mentale e dare un'idea della dimensione di questo problema che spesso pensiamo essere marginale rispetto al resto della sanità e della salute e pensiamo che coinvolga, tutto sommato, un numero non così grande di persone. Vedremo che in realtà non è affatto così e che questo è un fenomeno che è sottostimato, sottovalutato anche sotto il profilo economico-finanziario.

Mi riferisco ad uno studio presentato in regione Piemonte che riguarda il 2002 ma pubblicato recentemente.



In questo studio hanno valutato in Europa i giorni vissuti in stato di disabilità per le diverse malattie o non vissuti a causa di morte prematura; sostanzialmente quel periodo che ognuno di noi passa senza essere nel pieno della propria salute psico-fisica. Da questo studio si è visto che quasi il 30% delle giornate in cui venivano vissute in disabilità per gli uomini e quasi il 25% per le donne erano causate da malattie che avevano a che fare con la psichiatria e quindi con malattie psichiche.



E questo è un dato sorprendente anche perché è il tasso più alto di tutte le altre patologie. In altri termini, semplificando, la maggior parte delle malattie che provocano una disabilità in Europa sono le malattie

psichiche, non tumori, non l'AIDS, non le malattie cardio-vascolari ma le malattie psichiche nelle loro diverse coniugazioni.

Questo ci dice che non è quindi vero che sia un problema di poche persone, è un problema di tantissime persone, che però spesso non viene comunicato, non viene riconosciuto e di cui probabilmente ognuno di noi si vergogna un po'.

Uno dei nostri problemi e una delle domande fondamentali: se sono così tante queste persone che soffrono di queste cose quanti in realtà vengono trattate. E qui c'è un altro studio che ci aiuta a capire e ci dice delle cose altrettanto sorprendenti. Questo studio riguarda solo la depressione perché si dà per scontato che le malattie psichiatriche più gravi quali la schizofrenia e altre in qualche modo vengono riconosciute dai servizi.

Nella depressione come nell'ipertensione vale la regola delle metà:

- ✓ Solo la metà di chi soffre di depressione chiede aiuto
- ✓ Solo la metà di chi chiede aiuto viene riconosciuto come depresso dal M.M.G
- ✓ Solo la metà di chi viene riconosciuto riceve un trattamento
- ✓ Solo la metà di chi riceve un trattamento lo porta a termine

La depressione, la conoscete tutti, è il male del secolo e coinvolge numerosissime persone. Solo quando uno poi ne soffre e comincia un po' a parlarne scopre quante persone ha accanto che ne hanno sofferto anche loro.

Il problema è che molto spesso questo fatto non viene riconosciuto e si dice che vale la regola della metà, cioè solo la metà di chi soffre di questa malattia in realtà chiede aiuto, e chi non chiede aiuto è perché si vergogna di queste cose. Spesso gli viene detto: non hai nulla, sei solo depresso. Non ci sono esami clinici che ci dicono che sei malato, dipende solo da te, devi darti una "mossa". Queste sono le frasi ricorrenti che si sentono dire e questo è terribile perché induce le persone a vergognarsi di dichiarare il loro problema e quindi a non chiedere aiuto.

Solo la metà di chi soffre di questa malattia chiede aiuto e solo la metà di quelli che chiedono aiuto viene riconosciuto come depresso dal medico di medicina generale. E solo la metà di chi viene riconosciuto come depresso dal medico di medicina generale riceve un trattamento cioè viene curato e solo la metà porta a termine il trattamento.

Quindi se facciamo i conti meno del 10% dei pazienti depressi in realtà ricevono un trattamento e lo portano a termine.

E questo è un dato assolutamente sorprendente; tra tecnici ci diciamo: se tutti i depressi si rivolgessero ai servizi di salute mentale probabilmente saremmo oberati e sprofonderemmo nel lavoro. Però questo comporta un carico per la società straordinario ed è un elemento di riflessione importante per tutti quanti. Devo premettere una cosa: faccio tutti questi discorsi perché poi alla fine voglio collegarmi a qual è il ruolo che può avere la "comunità" in tutta questa sequenza di cose.

Quindi questo è un elemento importantissimo di riflessione, di come la malattia psichica in realtà venga disconosciuta, venga sottovalutata. Uno si vergogna a dichiarare questa cosa come se non fosse una malattia ma fosse un peccato che deve risolvere da sé.

Un altro problema grosso – e questo è uno studio inglese – è l'assoluta sperequazione che c'è tra l'impatto sociale delle malattie psichiche, e abbiamo visto prima quanto pesano sulla società, e in realtà quanto è il finanziamento pubblico e anche privato che viene destinato alla malattia mentale. In questo studio l'impatto in Inghilterra è del 13% e solo il 2% del finanziamento pubblico è destinato alla malattia mentale. Perché questo? Io non ho una risposta, certamente è interessante riflettere sul fatto che non c'è

assolutamente un allineamento tra quello che è il peso sociale di un gruppo di malattie e quello che invece è la forza economica che la società destina a queste malattie.

Questo è un dato inglese ma tutto sommato non è diverso dalla realtà piemontese, del verbanco e di Novara. Ci sono situazioni assolutamente assimilabili.

Un altro fattore di rischio importantissimo per la malattia mentale è il fatto di appartenere a gruppi socio-economici deprivati con bassa scolarità e residenti in zone disagiate. E' un fattore di rischio per gran parte delle malattie mentali, per la schizofrenia forse non è sicuro, ma certamente incide per quanto riguarda la depressione, il suicidio, i disturbi di transessualità, i disturbi da alcolismo e abuso di stupefacenti.

Il fatto di appartenere a gruppi socioeconomici deprivati con bassa scolarità e residenti in zone disagiate è fattore di rischio per:

- ✓ Schizofrenia ? (maggiore ospedalizzazione)
- ✓ Disturbi dell'umore
- ✓ Comportamenti suicidari
- ✓ Disturbi di personalità
- ✓ Alcolismo e abuso di stupefacenti

Quindi appartenere a gruppi sociali deprivati cioè poveri, con un tasso di scolarità bassa, persone che vivono da sole e in luoghi disagiati lontani dalla possibilità di avere una vita sociale, sicuramente sono persone che hanno una facilità maggiore ad ammalarsi di malattie psichiche.

Criticità contestuali

- Rottura delle reti sociali
- Disuguaglianze sociali
- Psichiatizzazione dei bisogni sociali
- Stigma e Crepetismo
- Distribuzione delle risorse economiche

first

Lo svantaggio sociale agisce sulla salute con due gradi di intensità

- Uno, che porta conseguenze moderate, ha origine da forme di privazione relativa, in cui la distanza da uno standard di vita ritenuto socialmente desiderabile determina lo svantaggio della salute
- L'altro, più intenso, si manifesta soprattutto nei gruppi più vulnerabili e si genera da disuguaglianze di tipo assoluto in cui la scarsità dell risorse minaccia la salute in modo diretto

Modificato da Salute e Società Newsletter dello Istituto Longitudinale Friulano il marzo 2002

first

In queste persone succede che si rompono le reti sociali, rimangono sole, soffrendo spesso di disuguaglianze sociali cioè di povertà in una società in cui siamo purtroppo abituati ad un consumismo sfrenato, eccessivo.

PSICHIATRIZZAZIONE DEI BISOGNI SOCIALI

Cosa volevo dire con questa frase? Spesso, io lo dico con molta onestà e franchezza, anche per colpa di noi psichiatri e di qualcuno in particolare, si perde il confine tra quello che è il problema psichiatrico e quello che è il problema sociale. E spesso gli psichiatri, a mo' di guru vengono interpellati su qualsiasi cosa e si sentono il diritto-dovere di esprimere giudizi su tutto, anche su cose che non hanno nulla a che fare con la sfera della psichiatria.

E in qualche modo – qui il dott. Nano può essermi di aiuto – quando i comportamenti vengono indebitamente classificati come problemi psichiatrici, ogni qualvolta escono da quelli che sono le regole sociali c'è un ricordo di manicomialità e non si ripensa a sufficienza sulla necessità di distinguere ciò che è malattia psichiatrica e ciò che invece è semplicemente della merce di protesta, di difficoltà di adeguamento a quelli che sono gli schemi e le reti sociali.

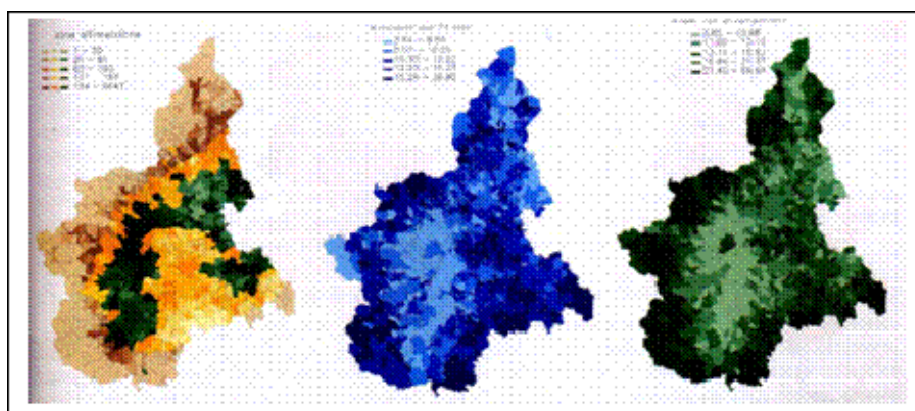
Lo stigma: io mi arrabbio moltissimo quando accendo la TV e sento la notizia di una donna che rapisce un bambino e non è che la notizia si ferma lì; la donna rapisce un bambino che poi viene ritrovato; si insiste sul fatto che questa donna era una malata di mente. E qual è il messaggio? E' che quei malati di mente sono quelli che rapiscono i bambini.

E' ovvio che i giornali devono dare queste notizie ma se poi si accorgono che riguarda un malato non è forse il caso che vengano un minimo tutelati se il comportamento in qualche modo è stato dettato dalla malattia? Non è forse umanamente e moralmente auspicabile che queste persone – che poi questa persona non aveva fatto nulla alla fine – in qualche modo vengano salvaguardate almeno in quello che è l'impatto dei media?

Perché altrimenti davvero il collegamento è molto semplice: date queste notizie, poi ogni malato di mente diventa soggetto pericoloso, si torna davvero ad un'immagine arcaica di queste malattie.

E' chiaro che lo svantaggio produce molto spesso la malattia mentale; uno svantaggio lieve provoca un senso di disagio e uno svantaggio più forte può davvero provocare una malattia mentale.

Da queste considerazioni generali vorrei provare a scendere nella realtà più locale. Sono state predisposte tre cartine del Piemonte: in una sono indicate le zone altimetriche e a nord ci sono le più alte. Nell'altra, in blu scuro, sono segnate le zone che hanno una percentuale maggiore di anziani oltre i 70 anni. Nella terza in verde scuro sono evidenziate le zone che hanno la maggior percentuale di famiglie con mono componente cioè di persone che vivono da sole.



Vi invito a tenere a mente queste cartine perché sarà poi interessante il confronto con alcuni dati.

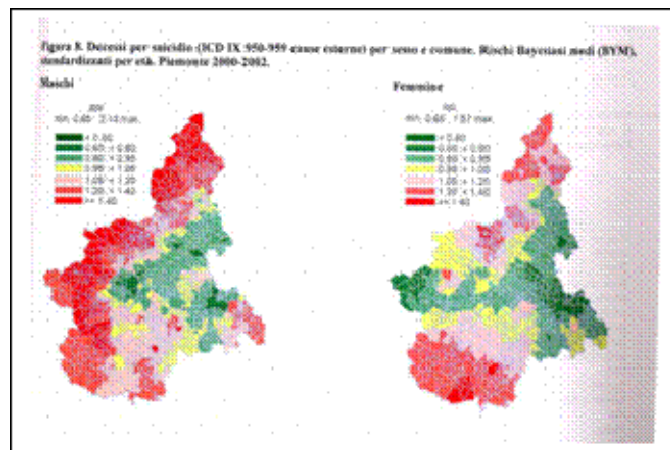
Notiamo che l'arco alpino è caratteristico per zone altimetriche ovviamente, per persone anziane e per famiglie mono componente. E' evidente questo in montagna dove ci sono molte persone anziane e sole.

Invece c'è uno studio – che invito a tenere in mente – fatto in Piemonte dove si è cercato di capire quali sono le zone con tasso più alto di deprivazione (persone che vivono sole, disoccupate, con scarso reddito ...) ed è curioso come, dopo le ASL torinesi, una delle prime è l'ASL 14 (VCO).

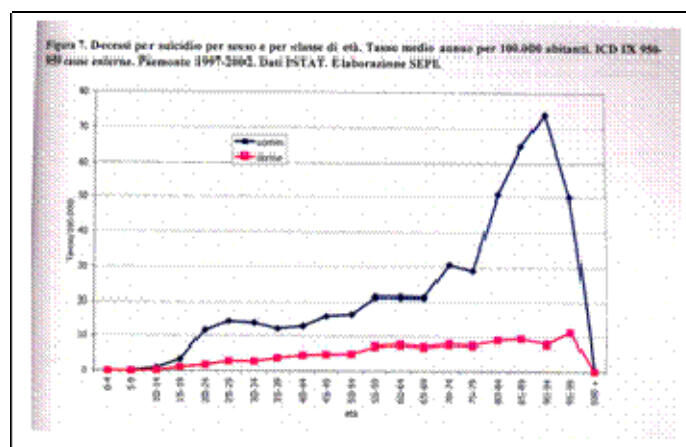


Quando quattro anni fa arrivai qua pensavo di arrivare in un posto dove c'era ricchezza, poi ho scoperto che assolutamente non è così: questa zona è una delle zone più depresse del Piemonte; Novara va un po' meglio. Volevo presentare questa cosa perché spesso non si ha questa sensazione; vedendo tutte le ville sul lungo lago si pensa che qui sono tutti ricchi mentre non è così.

Questa cartina riporta i decessi per suicidio nella regione Piemonte – sia maschi che femmine -. Le zone più rosse (al nord) sono quelle che hanno un tasso di suicidi più alto. Se vi ricordate le cartine precedenti le cose coincidono quasi esattamente soprattutto per i maschi; per le femmine un po' meno perché esse si suicidano con modalità diverse.

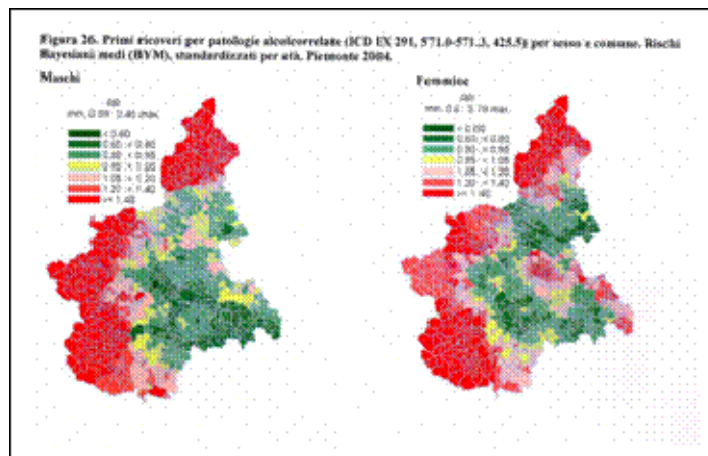


Però questo è estremamente interessante e ci fa capire come probabilmente c'è un nesso diretto tra la solitudine, il disagio economico, l'età avanzata con alcune patologie.



Per quanto riguarda i tassi dei suicidi si nota come negli uomini c'è un'impennata dopo i 70 anni circa per arrivare ad un massimo verso 88/89 anni.

Quindi probabilmente sono più gli uomini delle donne che si suicidano quando si trovano ad affrontare situazioni di solitudine e di disagio e di emarginazione ed è evidente che questi impulsi crescono in modo molto importante.



Questo è un altro dato: sono patologie collegate all'alcol e la zone del Verbano è una zona che ha grossi problemi di questo tipo.

Se ricordate le cartine di prima c'è una corrispondenza quasi assoluta tra le zone con i tassi di deprivazione più alti e questi tipi di patologie.

I DSM in Piemonte - 2006

ASL DSM ASO SPDC 2006	Totale	Abitanti	spesa p.c.	% bilancio (consuntivo e SOO 2006)
114 OMEGNA	€ 6.920.592	172.000	€ 40,34	2,35
113 NOVARA	€ 15.472.653	323.939	€ 47,86	2,79
TOTALE Regione Piemonte	€ 185.966.894	€ 4.259.028	43,97	3,74

Anno 2006	Numero di cartelle attive al 31/12/06*	Numero nuovi casi nell'anno	Abitanti	
ASL DSM				
113 NOVARA DSM NORD	1.031	633	146.117	433,2145
113 NOVARA DSM SUD	1.318	894	186.129	474,9094
114 OMEGNA	2.731	935	172.000	543,6047
TOTALE Regione Piemonte	48.936	18032	4.390.336	410,7203

Dicevo delle situazioni economiche e del fatto che c'è uno squilibrio tra quello che è l'impatto che queste malattie hanno sulla società e quali le risorse che vengono messe a disposizione per affrontarle. Questi sono gli ultimi dati del Piemonte e l'ASL 14 spende il 2,25% del suo bilancio per salute mentale, l'ASL 13 di Novara il 2,79 e la media regionale è il 3,74%.

Quindi non lontano dal 2% che abbiamo visto prima.

Il numero di nuovi casi cioè di pazienti che noi vediamo per la prima volta in un anno sono, per quanto riguarda i due dipartimenti di Novara 633 e 894, sostanzialmente con una media di 433 nuovi casi su 100.000 abitanti. Per quanto riguarda ASL 14 sono 543 nuovi casi su 100.000 abitanti.

Questo significa che probabilmente noi riusciamo ad intercettare, secondo i ragionamenti che facevamo prima e gli studi più recenti, una piccola parte, certo una parte abbastanza ridotta di quelli che avrebbero bisogno di un intervento psichiatrico. Cioè 4/5 volte tanto di quelli che sono i nuovi casi, che vediamo ogni anno, sono in realtà le persone che si ammalano di questi problemi.

E' un dato su cui è importantissimo riflettere. E c'è da dire che anche nella nostra zona il tasso di incidenza di questa patologia è molto alto.

Le principali criticità:

- ✓ difficoltà ad intercettare i bisogni
 - ✓ Superare le resistenze ad accettare il trattamento
 - ✓ Superare le diffidenze ed i preconcetti
 - ✓ Atteggimento di attesa da parte dei servizi
- ✓ difficoltà a costruire una rete istituzionale e non-istituzionale
- ✓ Utilizzo strumentale delle disposizioni di legge a tutela dei cittadini
- ✓ Medicina difensiva
- ✓ Stigma
- ✓ Psichiatrizzazione dei bisogni
- ✓ Finanziamenti - impatto emotivo

- LE PRINCIPALI CRITICITÀ

Riassumo quindi gli elementi critici della salute mentale che sono: certamente la difficoltà ad intercettare i bisogni, cioè fare in modo che le persone che si ammalano riescano a curarsi perché bisogna superare la resistenza ad accettare il trattamento, superare le diffidenze e i preconcetti, perché spesso c'è un atteggiamento da parte dei servizi di eccessiva attesa. Io credo che i servizi non possano mettersi nella condizione di star lì ad aspettare semplicemente che i malati vengano ma devono in qualche modo assumere una posizione attiva nella ricerca di questi problemi.

Esistono difficoltà a costituire una rete istituzionale e non istituzionale cioè ad avere comunicazioni dirette con i medici di base, esistono difficoltà ad avere comunicazioni dirette con le associazioni di volontariato, con le istituzioni, con sindaci e ...

Non sto dicendo che sia colpa dei sindaci o delle associazioni, potrebbe essere colpa dei servizi però di fatto c'è la difficoltà a costruire questa rete. Qualche volta ci nascondiamo anche dietro alle disposizioni di legge, per es. la legge sulla privacy e non possiamo far nulla oppure se non c'è il consenso non si può fare nulla; cose vere che però bisogna stare attenti a non usare come alibi per giustificare un certo immobilismo.

Certamente c'è una preoccupazione difensiva che ormai sta crescendo in tutti i medici perché sempre più siamo sottoposti a pressioni anche di tipo legale: tutti i giorni ci sono denunce ai medici che sono assolutamente giuste ma che qualche volta in realtà creano un certo immobilismo.

Tutto questo discorso l'ho fatto perché credo che l'unica possibile strategia che possiamo mettere in atto per superare queste cose è renderci assolutamente conto che da soli non siamo in grado di incidere, non dico nulla ma riusciamo ad incidere molto poco su questo problema; riusciamo a farlo di più se ci rendiamo conto che nella salute mentale devono entrare in gioco, per poter superare quelle criticità di cui si diceva, diverse agenzie che sono sostanzialmente: la comunità che è fatta dagli operatori, dai mezzi di comunicazione, dai singoli individui, dalle comunità locali, dalle fondazioni, dal settore privato, dalle famiglie, dalle organizzazioni non governative, dalle organizzazioni scientifiche ... Quindi solo se tutti questi attori si rendessero conto che è necessario mettersi in gioco e costruire una rete e collaborare, cooperare per cercare in qualche modo di arginare questo fenomeno altrimenti i singoli, noi operatori, le associazioni di volontariato, le famiglie, da soli davvero siamo abbastanza impotenti o quanto meno abbiamo strumenti assai limitati.

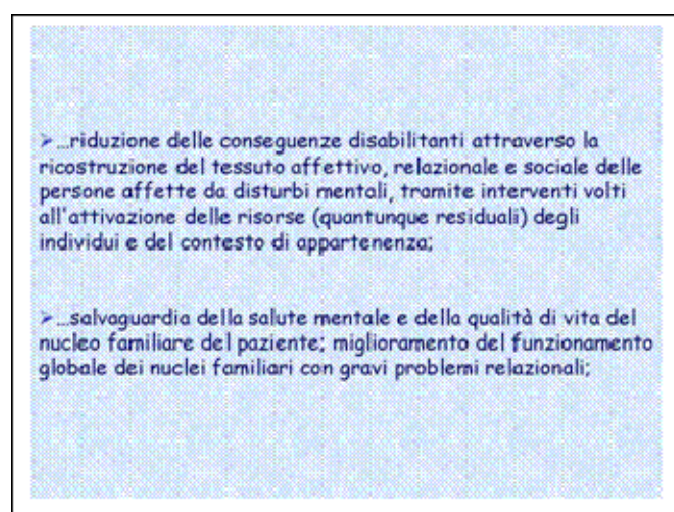
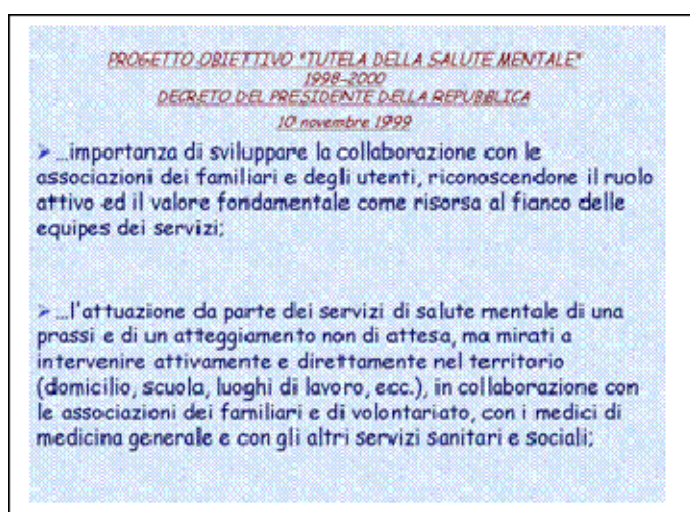


Io credo anche un'altra cosa: io sono contento che oggi si parli di salute mentale però dovremmo fare uno sforzo per capire che in fondo i problemi della salute mentale non sono poi così diversi dai problemi della salute in genere.

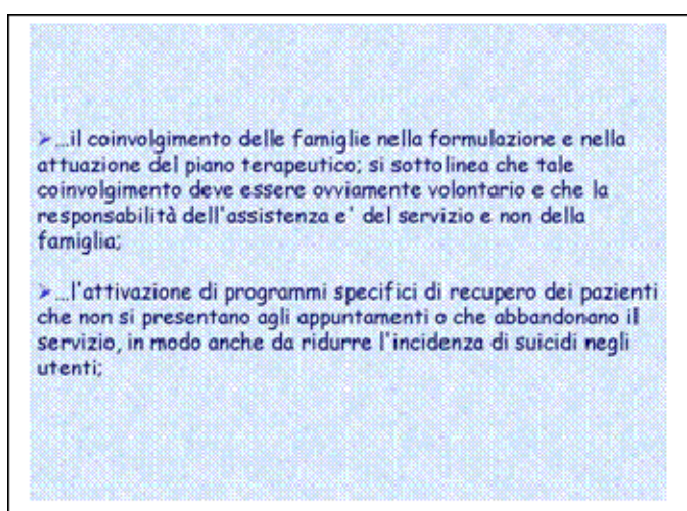
Se io tolgo il termine "mentale" sostanzialmente il discorso non cambia tanto.

La salute nella sua globalità richiede la partecipazione di tutti questi attori, richiede l'intervento della comunità; non si può pensare di delegare la salute solo ed esclusivamente ai tecnici e basta, la salute è fatta di condizioni di vita, dell'anziano solo, del bambino che ha una famiglia che forse non è il massimo, di disagio economico, di ambienti malsani, di ambienti in generale che vanno sempre peggio; è un problema di tutti e tutti dobbiamo farci parte attiva e entrare in questo gioco, in questo meccanismo della tutela della salute di tutti noi.

La partecipazione dell'associazione di volontariato nella salute mentale – e qui bisogna essere chiari – non è mica un'opinione, è un obbligo di legge. Il DPR 10/11/99 "Progetto tutela salute mentale" lo dice in modo chiaro: le associazioni familiari degli utenti riconoscono il ruolo attivo e il valore fondamentale come risorsa al fianco dei servizi.



Le associazioni di volontariato e dei familiari hanno diritto, per legge, di partecipare in modo attivo alla progettazione, alla conduzione dei dipartimenti di salute mentale.



Mi trovavo a Biella per parlare del medesimo argomento e lì il titolo del convegno era "La comunità che guarisce?". Hanno aggiunto un punto interrogativo.

Io sono convinto che ci voglia un punto interrogativo perché non so sinceramente se la comunità è in grado di guarire, so che la comunità ha l'obbligo di curare.

Non necessariamente dobbiamo pensare di essere in grado sempre e comunque di guarire: dobbiamo sentirci l'obbligo di curare cioè di prenderci cura degli altri e soprattutto – e lo dico io che faccio questo mestiere – dei più deboli, dei malati di mente e...

Con molta onestà devo dire che non sono credente ma voglio finire con una preghiera. E' una preghiera che ho trovato e non so a chi sia da attribuire; cerco di ricordarmela tutti i giorni perché mi dà una dimensione che io ritengo corretta. Dice:

**Signore, dammi la forza di cambiare le cose che posso cambiare,
dammi l'umiltà di accettare quelle cose che non posso cambiare,
ma soprattutto dammi la saggezza di distinguere tra esse.**

Credo che questa sia la risposta e credo che tutti dobbiamo sentirci in obbligo di prenderci cura, di curare questi pazienti.

Don Dino: Grazie del suo intervento e ci auguriamo che il Signore mandi tanti non credenti come lei.

- **Dott. Domenico Nano (responsabile del dipartimento di salute mentale di Novara)**

L'INCONTRO CON CHI VIVE UN'ESPERIENZA PSICOTICA

“Imprigionando i matti, non ci togliamo il dubbio di esserlo a nostra volta”, scrive Doestoevskij.

Matti imprigionati in manicomio prima e nell'indifferenza poi: tentativo, vano, di neutralizzare, per paura, la follia e, con la follia, la diversità.

L'incontro con chi vive un'esperienza psicotica suscita infatti paura: la paura del diverso, che poi è la paura di quel diverso che ciascuno di noi è per sé stesso e da cui ogni giorno strenuamente tentiamo di difenderci per mantenere la nostra identità, di quel diverso che ci appare di notte nei sogni e di giorno quando allentiamo gli ormeggi dell'Io.

L'esperienza schizofrenica, nella sua fondamentale non consensualità, lacera drammaticamente il tessuto convenzionale su cui riposa il sentimento di realtà, assumendo così un aspetto provocatorio (De Martis, 1980), al quale la società reagisce “imprigionando i matti”.

Il mondo, che fa paura allo psicotico, ha dunque paura dello psicotico.

Paura, perché questi sembra essere stato capace, attraverso un lungo viaggio in un'esperienza di avvillimento e di sofferenza, di arrivare al fondo delle cose. Capace di smascherare le ipocrisie e le false apparenze in cui tutti ci avvolgiamo, per mettere impietosamente a nudo il fondo di angoscia che sta al cuore della natura umana. (De Martis, 1980)

Nello psicotico si mostrano allo scoperto istanze fondanti il nostro vivere quotidiano e normalmente silenti che è possibile illuminare nella psicosi proprio perché in situazione di evanescenza o di crisi. Da questo punto di vista, chi vive un'esperienza psicotica “è costretto ad essere l'epifania del mistero della vita” (Agresti, 1994). Un mistero che lo psicotico, con il suo modo di essere che tocca verità autentiche dell'umano esistere, ci può aiutare a sfiorare se nell'incontro con lui evitiamo di “imprigionarlo” come diverso, come ci ricorda Doestoevskij, ma cerchiamo invece di viverlo come sorgente di senso e di significato.

Lo psicotico, che fa paura al mondo, ha a sua volta paura del mondo.

Il nucleo centrale dell'esperienza schizofrenica può essere infatti considerato come un senso profondo di schiacciamento e di annichilimento di fronte all'impatto potente e violento della realtà, vissuta da un lato come enigmatica, estranea e misteriosa, dall'altro come un coacervo di elementi in continua proliferazione (Sassolas, 1997).

Nel nostro paziente infatti da una parte sembra essere danneggiato il processo di appropriazione simbolica delle cose, con un'incapacità a fare proprio il mondo che appare così estraneo, enigmatico, misterioso, dall'altra sembra essere danneggiato anche l'indispensabile filtro tra realtà ed apparato percettivo, incapace qui di operare una selezione degli eventi in arrivo dal mondo esterno che finisce per apparire così come una sorgente schiacciante ed insopportabile di stimolazioni.

Il risultato è che il paziente si trova ad essere – nella felice, sia pur drammatica, espressione di Grotstein (1995) – “orfano del reale”: vive cioè perennemente immerso in un’atmosfera iper-reale alle prese con una realtà che non comprende perché non riesce a coglierne i significati simbolici.

Il rapporto con la realtà diventa così, di conseguenza, estraneo, enigmatico, misterioso, ambiguo, minaccioso, incerto, sconcertante, schiacciante, determinando una condizione insopportabile, e forse per noi inimmaginabile, di fronte alla quale il paziente mette in atto meccanismi di sopravvivenza. È una condizione di angoscia devastante, catastrofica, che richiede misure drastiche per permettere una sopravvivenza psichica.

Vengono così messe in campo delle forze onnipotenti per creare un “rifugio della mente”, nel senso di Steiner (1993), un rifugio organizzato in modo psicotico, un rifugio folle, sì, ma pur sempre un rifugio, come risposta ad una realtà insopportabile, un luogo in cui stare relativamente tranquillo, protetto contro le tensioni: il luogo in cui nasce e si organizza il delirio.

Così, di fronte al “panico organismico” (Pao, 1979), di fronte a vissuti di frammentazione e di disintegrazione del Sé, di fronte a sentimenti di incertezza, indeterminatezza, insicurezza, di fronte ad una realtà che si è fatta enigmatica e schiacciante, il delirio, come tutti i sintomi psicotici, si presenta come “la migliore soluzione possibile” (Pao, 1979) che la persona può trovare in quel momento, tale da garantirgli una “sicurezza di base”.

La creazione, dunque, di un rifugio della mente, un’organizzazione psicotica basata su forze deliranti onnipotenti, come modo di apportare un qualche ordine ed un certo sollievo di fronte ad un’angoscia insopportabile e catastrofica, ad un “terrore senza nome” (Bion, 1957, 1962), al terrore della frammentazione psicotica.

È vero che il delirio può essere di per sé spaventoso, ma è altrettanto vero che chi vive una tremenda ed insopportabile angoscia di frammentazione, con un profondo senso di schiacciamento e di annichimento di fronte all’impatto violento della realtà, può in qualche modo tranquillizzarsi dopo che le sue angosce sono state organizzate in un sistema delirante: così ciò che appariva prima come un terrore vago e senza nome si trasforma in un franco delirio di persecuzione, con evidente sollievo (Berner, 1991; Sims, 1988). In tale senso se la schizofrenia è una catastrofe è anche una difesa contro la catastrofe (Segal, 1972), rappresentando una sorta di sopravvivenza psichica: “pazzo ma salvo”, scrive Grotstein (1995).

Il drammatico passaggio dal “panico pre-psicotico” alla nascita del delirio è stato stupendamente descritto da Arieti (1974) con parole toccanti nel cogliere lo sforzo tremendo compiuto dal paziente per modificare la dolorosa relazione con il mondo, sino alla drammatica conclusione che il futuro non solo non riscatterà il passato e il presente, ma potrà essere ancora più desolato di questi, senza speranza. In tale situazione l’immagine di sé è minacciata da ogni parte: “i pericoli sono sentimenti-concetti come l’essere indesiderato, non amato, non amabile, inadeguato, inaccettabile, inferiore, goffo, impacciato, emarginato, strano, diverso, rifiutato, umiliato, colpevole, incapace di trovare la propria strada nel labirinto della vita, discriminato, sospettato e così via” (Arieti, 1974). Sente drammaticamente e definitivamente che nel mondo non c’è posto per lui. È solo, escluso dalla vita. È una condizione di angoscia insopportabile: è il “panico pre-psicotico”, la cui uscita, nella psicosi, si presenta come l’ultimo, disperato tentativo di salvare l’immagine di sé. Durante il panico pre-psicotico il paziente considera sé stesso, in un’atmosfera di disperazione e di inadeguatezza, in gran parte responsabile del proprio insuccesso, quasi proteggendo il mondo dalle accuse. Con l’ingresso nella psicosi questi sentimenti-concetti vengono proiettati sul mondo esterno che diventa, così, terribile e persecutorio.

Certo, il paziente soffre nel sentirsi perseguitato dagli altri ma, come ben sottolinea Arieti (1974), “se è spiacevole essere accusati da altri, è meno spiacevole che accusarsi da sé”. In tal modo non vi sono più menomazioni alla stima di sé. Anzi, rispetto allo stato pre-psicotico, il paziente, nella psicosi, sperimenta un accrescimento di tale stima, spesso accompagnato da un senso di martirio. Non si considera più cattivo, ma sono gli altri che ingiustamente pensano che lui sia cattivo. Il pericolo, che era interno, è trasferito ora dalla psicosi, con un meccanismo di proiezione, in un pericolo esterno.

Quanto descritto da Arieti è sovrapponibile, anche se con diverso livello di astrazione, ai meccanismi di identificazione proiettiva (Klein, 1946) e di evacuazione (Bion, 1959, 1962), consistenti nell’attribuire con forza ad altri, al mondo esterno, esperienze e fenomeni della propria vita psichica. In tal modo soprattutto le esperienze negative – una delusione, una partenza, la freddezza di una persona cara, la

convizione di non riuscire a fare una cosa a cui si tiene – possono essere non riconosciute come proprie, considerate come non esistenti, mai successe o attribuite ad altri: “Sei tu e non io che provo questi sentimenti”.

Tutto ciò al fine di rendere il proprio mondo interno più sopportabile ed ordinato, anche se il prezzo da pagare è il delirio.

Il delirio, sia nei suoi aspetti più strutturati ed esplicitati, sia in quelli più sommessi ed evanescenti, rappresenta da sempre il campione esemplare della follia e radicalizza lo stacco che può apparire incolmabile fra la cultura comune ed una sorta di cultura privata, dove regna lo sconvolgimento e la distorsione del senso condiviso della realtà che non può che inquietare il destinatario del messaggio delirante.

Da qui la tentazione di “imprigionare i matti”, in manicomio o nell’indifferenza.

La sofferenza psicotica è tra le peggiori, soprattutto perché – come scrive Racamier (1980) – difficilmente riesce a farsi capire.

Forse considerando gli aspetti psicodinamici del delirio (come sino ad ora abbiamo cercato di fare) l’esperienza psicotica, per quanto pur sempre perturbante, può essere avvicinata dalla cultura comune (compresa la psichiatria) con maggior rispetto, come una cultura privata, con i suoi valori, come un rifugio, per quanto folle, da un’angoscia catastrofica.

“Meglio delirare che essere soli” (Nacht, Racamier, 1958): forse è questa la formula fondamentale del delirio.

Con grande intuizione Freud (1910, 1923) sottolinea come i sintomi psicotici, tra cui appunto il delirio, derivino dal tentativo del paziente di riparare il suo Io danneggiato e di ricostruire un mondo che era stato distrutto: “La formazione delirante che noi consideriamo il prodotto della malattia costituisce in verità il tentativo di guarigione, la ricostruzione” (Freud, 1910). Ed ancora: “Il delirio si è sovrapposto, come una specie di rammendo, laddove in origine si era prodotta una lacerazione nel rapporto dell’Io con il mondo esterno” (Freud, 1923).

Il delirio dunque è un rammendo, peraltro preziosissimo, tanto che la perdita del delirio, di questa “soluzione”, per quanto patologica, coincide - come ricorda Resnik (1986) - con un sentimento di depressione definibile come “depressione narcisistica”: “Quando il ‘sistema planetario’, il ‘micro’ o ‘macro’ cosmo costruito dal paziente delirante, si sgonfia, perde la propria consistenza e viene meno, la sensazione ‘normale’ del paziente è quella di perdere tutto il suo avere, tutto il suo ‘capitale’ (...) il crollo di un mondo illusorio, inventato, ma reale, reale nel delirio” (Resnik, 1986).

La scomparsa del delirio, che nella cultura comune è vissuta come guarigione, nella cultura privata del paziente psicotico può essere dunque sentita come perdita irreparabile di un grande potere e vissuta non già come guarigione ma come morte psichica.

La disillusione che segue il dissolversi del delirio è infatti un’esperienza profondamente dolorosa (“Troppa realtà, troppo dolore”, diceva una nostra paziente dopo la scomparsa del delirio), anche se necessaria perché possano rivedere la luce nuove possibilità di vita e di creatività.

La perdita del delirio è la perdita di un equilibrio, sia pur psicotico, che si traduce in disadattamento. Un disadattamento che richiede molto appoggio, molta comprensione, molta cura, perché perdere il delirio può essere vissuto come il passaggio da uno spazio straordinario ad uno spazio ordinario, ad una dimensione “normale”, dove la realtà della vita, con la difficoltà a situarsi nella relazione con l’altro, è vissuta come un appiattimento, come una “caduta”, (Resnik, 1986) una caduta senza fondo e senza speranza, spaventosa e penosa, una ferita non tollerabile, dove può diventare acuta la nostalgia del delirio. Considerare il delirio in questi termini significa anche poter accedere ad una visione dell’esperienza psicotica profondamente diversa rispetto ad una descrizione esteriore, formale della sintomatologia, significa anche – come ben scrive Borgna (1985) - poter “risalire ai nodi di significato che si addensano e che si stratificano nei sintomi”.

Certo, tutto ciò è estraneo ad una psichiatria caratterizzata da un’ipertrofia nosografia che ha fatto dell’elencazione dei sintomi la sua ragione d’essere, una psichiatria incapace di commuoversi nel senso di provare con l’altro quelle intense e vivificanti emozioni che sole sono alla base di una possibile speranza per la psicosi, una psichiatria sempre meno capace di tener conto del rapporto tra sintomo e persona e di

prestare ascolto al soggetto non solo come portatore di un sintomo, ma anche come autore di un sintomo (Gaddini, 1984).

“L’idea delirante – scrive Freud nell’ “Introduzione alla psicoanalisi” (1915-1917) – non è più qualcosa di assurdo: è dotata di senso, è ben fondata, rientra nel contesto di un’esperienza vissuta con intensità affettiva ...”

Il sintomo dunque, nell’intuizione freudiana, è “dotato di senso e ben fondato”: emerge sotto la spinta di esperienze passate e presenti, ha una sua motivazione, persegue uno scopo, racchiude un progetto, per quanto oscuro e paradossale possa apparire, ha una funzione difensiva rispetto a pericoli e sofferenze ritenute ben più devastanti ed è collocabile infine nella trama concreta della vita psichica e relazionale.

Si tratta fondamentalmente di transitare dal sintomo al mondo interno del paziente.

E qui entra in gioco quella disposizione all’ascolto che si prova o non si prova di fronte a certe cose: un ascolto attento e partecipe che, percepito dal paziente come una goccia d’acqua nell’aridità del suo deserto, respinto dalla roccia della resistenza, a poco a poco feconda il deserto e scava la roccia (Benedetti, 1980).

Feconda il deserto dell’indifferenza affettiva (oggettivamente osservabile) (E. Bleuler, 1955), che con un ascolto attento e partecipe diventa di fatto un’apparente indifferenza affettiva, una facciata di distacco emotivo che nasconde un’esperienza soggettiva di vuoto e di morte (Pao, 1979), con la funzione anestetica di attenuare l’effetto degli stimoli interni ed esterni e di difendersi, in ultima analisi, da altre emozioni (Eissler, 1953).

Ogni emozione è stata rimossa costituendo – secondo Searles (1961) – una notevole fonte di angoscia. La solitudine, il bisogno di dipendenza, il senso di abbandono, la paura ed il senso di colpa, lo smarrimento e la disperazione, la delusione ed il dolore, la compassione e l’amore: tutti questi sentimenti sono soffocati all’interno della fortezza psicotica. E a tale proposito Resnik (1986), con acuta sensibilità, aggiunge che “piangere significherebbe per il paziente rischiare un’emorragia, un’emorragia del cuore, uno svuotamento violento che gli fa paura”, significherebbe lasciar emergere quel sentimento di abbandono (Haynal, 1976) che, secondo Racamier (1980), sta sempre, straziante, al fondo di ogni vita psicotica.

Dietro l’apparente indifferenza emotiva si nasconde dunque la paura, terribile, di abbandonare la fortezza psicotica per rientrare nella corrente della vita, in mezzo agli altri uomini.

Ma, come scrive Manfred Bleuler (1972): “Se si conosce bene lo schizofrenico, allora si sente con emozione che al di sotto dell’autismo vi è l’espressione di una tendenza contraria (...) una speranza nostalgica di avvicinare l’altro in modo migliore e più puro di quanto non sia stato possibile dalle regole stabilite dalla società”.

Il paziente psicotico è schiacciato dal “dilemma bisogno-paura” (Burnham, 1969) con un simultaneo avvicinamento all’altro ed allontanamento dall’altro, con il desiderio di stabilire un rapporto ma con la paura di farlo (Fromm-Reichmann, 1950), ben testimoniato da un linguaggio spesso oscuro ed incomprensibile, forse anche nel tentativo di dire l’indicibile, secondo Ballerini (2002), ma certo segno di un rivelarsi e di un nascondersi allo stesso tempo.

Anche nell’autismo, momento più totale e drammatico dell’evanescenza della comunicazione, vi può essere dunque un desiderio di comunicare in maniera più profonda e più pura o, per dirla con Callieri (1997), anche in questo “paesaggio desertico” vi possono essere “ricchezze nascoste nel sottosuolo”.

Così anche il silenzio, a saper ben ascoltare, può diventare un invito all’incontro nel riempire con il silenzio i vuoti di un dialogo “verbale” che rischia in ogni momento di smarrirsi nell’incomprensione (Callieri, 1985). Un silenzio che diventa allora momento fecondo di intimità e capace di agire empaticamente fino a pervenire a quelle situazioni in cui alla “comunicazione” subentra la “comunione” (Nacht, 1963).

Restare con il paziente, riconoscergli il suo dolore, consentirgli di viverlo senza intrudere nel suo mondo può essere il primo passo per costruire un ambiente di holding, nel senso di Winnicott (1965), che offra una matrice di sostegno per lo strutturarsi di un’interazione terapeutica in cui potrà avvenire ciò che Sassolas (1997) con una felice espressione definisce un “trapianto di emozioni”. Termine che evoca immediatamente la violenza psichica di cui il terapeuta accetta di essere oggetto in una relazione stretta con chi vive un’esperienza psicotica e sottende anche i fenomeni di rigetto che tale violenza psichica

induce legittimamente in chi la subisce, tentativo di sbarazzarsi delle emozioni indesiderate che si diffondono nel terapeuta a sua insaputa.

A tale proposito Racamier (1967) descrive magistralmente “il fenomeno della trasmissione d’angoscia” mediante il quale il paziente scarica l’angoscia sulle persone che gli stanno intorno, che la provano così al suo posto, e che può ben rendere ragione dell’allontanamento del paziente da parte dell’ambiente, psichiatra compreso, che può essere tentato di trasformare quell’incontro, così umano, nella freddezza di un caso clinico, testimonianza magari di un processo organico misterioso riconducibile ad una generica endogenicità.

Sono emozioni ed affetti intensi, spesso oscuri ed inquietanti, quelli che si vivono nell’incontro con il paziente psicotico che possono portare, come si diceva in apertura, ad “imprigionare i matti”: in manicomio o nell’indifferenza da parte della società o in una fredda diagnosi da parte di una psichiatria “senza anima e senza spirito” (Wyrsh, 1949).

Ma nello stesso tempo l’incontro con il mondo psicotico può essere per ciascuno di noi, se riusciamo ad affrontare la paura di emozioni oscure ed inquietanti, la possibilità di un incontro più autentico con noi stessi, con le nostre emozioni, con i problemi fondamentali della vita: la solitudine, il futuro, la perdita, l’amore, la morte. A condizione - e vorrei citare qui, in conclusione, lo storico direttore della Caritas Diocesana di Roma Luigi Di Liegro – di evitare la tolleranza, che racchiude in sé l’idea di essere superiore a qualcuno, e di cercare invece di mantenere con autenticità il cuore aperto e disponibile all’altro.

Don Dino: Grazie dott. Nano per averci accompagnato in questo viaggio, certamente non solito ma addirittura in qualche modo inquietante nel paesaggio delle psicosi e forse anche di averci fatto provare il brivido di essere anche noi un po’ camminanti in qualche segmento di questo viaggio, forse anche noi qualche momento lo viviamo proprio come lei ha descritto molto bene.

E’ stato detto che a Biella hanno messo il punto interrogativo al titolo del convegno “La comunità che guarisce?”, noi abbiamo messo invece le virgolette, per due ragioni:

I *perché la comunità che guarisce non è solo un titolo per un convegno ma è il tavolo regionale promosso dalla delegazione Caritas regionale piemontese proprio sui problemi della sofferenza psichica, della malattia mentale. Quindi l’abbiamo voluto mettere come titolo per ricordare che c’è un lavoro di rete all’interno della nostra regione piemontese che vede impegnate non soltanto le Caritas ma anche i dipartimenti, le istituzioni, in qualche modo, e le agenzie che si occupano della malattia mentale.*

II *La comunità che guarisce è un titolo ambiguo; la comunità che guarisce non vuol dire soltanto una comunità che cura, che si prende cura ma la comunità che deve guarire se stessa. Da che cosa? Ce lo dirà la dott. Cinzia Neglia.*

Di lei non so dire molte cose però so che i suoi scritti sono ricchi e intensi e quindi mi auguro proprio che abbia a ripetersi anche con noi.

➤ **“LA COMUNITA’ CHE GUARISCE”:** la sofferenza interpella anche la Comunità ecclesiale: guarire e lasciarsi guarire!
Fragilità e prossimità: riflessioni e proposte operative sul piano pastorale.

- **Dott.ssa Cinzia Neglia (Caritas Italiana)**

Grazie dell’invito ma soprattutto grazie dell’iniziativa. E’ un percorso questo che, come Caritas del Piemonte in particolare, stiamo facendo a piccoli passi, lentamente ma con costanza, e credo che questo sia un merito perché un ambito così particolare, un tema che spaventa così tanto, come abbiamo potuto sentire questa mattina, è facilmente poi abbandonato.

Io sono partita dal titolo e mi sembrava un titolo ben impegnativo. Una comunità che guarisce: guarisce gli altri, guarisce se stessa e quindi una comunità che comunque è soggetto di un'azione ma, nello stesso tempo, anche una comunità che viene interpellata, quindi è oggetto perché il sottotitolo diceva: “la sofferenza interPELLa anche la comunità ecclesiale: guarire e lasciarsi guarire”. Quindi nello stesso tempo deve fare un'azione ma che era oggetto di azioni di altri. E sono andata, come mio solito, a tentare di trovare anche i significati delle parole e al termine “comunità” c'è scritto: “pluralità di persone unite da relazioni” e questo ne dice tutta l'identità ma soprattutto mi porta a fare chiarezza su quella che dovremmo dare come base scontata ma che a me piace ripetere, sul discorso che noi stiamo parlando di persone:

- ♦ è la persona che costituisce, che forma la comunità
- ♦ è la persona che incarna, che vive la sofferenza,
- ♦ è la persona che, proprio incarnando questa sofferenza, interPELLa altre persone e quindi la comunità.
- ♦ E, se andiamo all'altra parte del sottotitolo, che parlava di fragilità e prossimità
- ♦ è sempre una persona che o vive una fragilità e quindi con questa interPELLa gli altri ma è sempre la persona che può farsi prossimo o non può farsi prossimo.
- ♦ E quando mi soffermo sulla persona non posso non ricordarmi e non ricordare agli altri che per la Chiesa la persona è immagine di Dio.

Quindi diamo per base acquisita la persona.

E, parlando di immagine di Dio, mi viene l'obbligo di leggere un'affermazione che il papa Giovanni Paolo II ha fatto nel novembre del 1996 parlando di malati di mente, diceva: “*Chi soffre un disagio mentale porta in sé, come ogni uomo, sempre, l'immagine e la somiglianza di Dio. Egli, inoltre, ha sempre il diritto inalienabile ad essere non solo considerato come immagine di Dio, e perciò persona, ma a venire trattato come tale*”.

Probabilmente questa frase, che a me sembra molto ricca e molto bella e che dà fondamentalmente alla comunità ecclesiale la pista su cui lavorare, le indicazioni su come muoversi con i malati di mente, non solo è sconosciuta ma anche da chi è conosciuta è poco applicata, comunque poco vissuta e poco incarnata.

Quindi proprio perché immagine di Dio non dobbiamo dimenticare tutto il discorso che noi stiamo comunque parlando di persone.

Torniamo al titolo “Comunità che guarisce”:

- ♦ Guarire sicuramente è possibile però è un percorso che non sempre avviene con quello che noi indichiamo come guarigione ma è un percorso che implica delle attenzioni, implica un modo di porsi per poter guarire, implica delle azioni.
- ♦ La comunità che guarisce può anche essere un'enorme bugia; una comunità può anche essere una comunità che provoca malattia. Prima sentivamo i matti rinchiusi nei manicomi o nell'indifferenza. Una comunità indifferente non è certamente una comunità che guarisce. Una comunità che isola, che non riconosce, che mette ai margini sicuramente è molto più patogena si dica con un termine tecnico.
- ♦ Però può anche esserci una comunità che può essere una comunità terapeutica ed è una comunità che sceglie di mettersi in gioco, che si interroga o molto più semplicemente – ricordiamo la definizione di comunità – che sceglie di essere se stessa.

Quindi una comunità che:

- ✓ VEDE
- ✓ ASCOLTA
- ✓ ACCOGLIE
- ✓ VIGILA e OPERA PER LA GIUSTIZIA
- ✓ TESTIMONIA

UNA COMUNITÀ CHE VEDE

Però deve prendere alcuni atteggiamenti, deve fare alcune azioni e quindi essere una comunità che prima di tutto decide di vedere, decide di accorgersi, decide di guardare con occhio aperto, vigile e profondo, con attenzione e interesse agli altri. Perché, spesso rispetto alla malattia mentale, oltre ad esserci un discorso di non interesse, la comunità spesso dice che non li vede ma ci sono; oppure, in maniera più

inconscia dice che deve essere lontana dal dolore, non può sperimentarsi in questo, potrebbe nuocere oppure è un ambito che si vede ma non si può far nulla, servono solo i tecnici.

Queste sono in genere gli atteggiamenti, le posizioni che prendono le comunità e anche le comunità cristiane perché questo è purtroppo un ambito in cui non possiamo nasconderci di aver fatto poco o nulla o in alcuni casi anche male.

Quindi una comunità che sceglie di riconoscere l'altro come persona, che sceglie di vedere nell'altro la sofferenza se questa è presente.

Oserei aprire una parentesi: una comunità dovrebbe diventare così brava da riuscire a riconoscere anche il disagio. Una comunità che riuscisse a fare prevenzione sarebbe veramente l'ideale.

Quindi non solo la sofferenza quando è conclamata e dove veramente siamo abili a non vederla; i dati ci dicono che c'è 1 malato di mente ogni 5, quindi non ce ne sono pochi.

Ma se noi riuscissimo a vedere anche il disagio e quindi a prevenire la sofferenza, cosa secondo me impossibile, sarebbe una comunità che ha deciso di essere sé stessa e di instaurare con gli altri relazioni autentiche. Una comunità cristiana che sa che il debole, che il misero, che il povero è al centro del cuore di Dio non può fare altrimenti che metterlo al centro della propria vita. Questo riusciamo a dirlo spesso, a farlo forse più raramente.

Però la comunità si chiede: cosa posso fare?

Intanto:

- può ascoltare;
- può trasformarsi in quello che i tecnici chiamano *fattore protettivo*, proprio in questo discorso di essere sostegno di chi ha un disagio;
- può facilitare l'inclusione in quelli che sono i suoi spazi di vita;
- può creare tante alleanze con i tecnici, con le famiglie, con gli enti locali...;
- può diffondere una cultura diversa. Prima si faceva riferimento a come i giornali riportano le notizie: a volte attribuiscono violenze a malati di mente che non sono neanche malati di mente ma sono solo delinquenti e per quanto bisogna essere vicino a loro non bisogna scaricare il peso su una malattia che in quel momento non centrava nulla. Però questo possiamo capirlo solo se siamo informati e formati, solo se abbiamo dei richiami di lettura della realtà altrimenti andremo insieme all'onda di quello che ci dicono la televisione e i giornali;
- può creare relazioni significative anche con i malati;
- può creare relazioni significative e di sostegno rispetto alle famiglie che sono spesso sole ed abbandonate;
- può comunque diventare una risorsa per chi come tecnico si occupa di questo; seguire dei pazienti che hanno intorno a sé una rete di familiari, di volontariato, di vicinato è sicuramente diverso che seguire delle persone che non hanno intorno una rete. Se la rete c'è o non c'è non sempre e non solo dipende dai tecnici, bisogna vedere se si è disposti a fare il nodo di una rete, come persone che vivono all'interno di una comunità territoriale o parrocchiale.

UNA COMUNITÀ CHE ASCOLTA

Anche una comunità che ascolta e, troppo spesso nelle nostre comunità cristiane, quando parliamo di ascolto pensiamo subito al Centro di Ascolto, ovvero a qualcuno a cui delegare questa funzione e abbiamo risolto i nostri problemi di coscienza.

Invece no, ci creiamo degli alibi che dovrebbero porci molti problemi di coscienza perché ascoltare non è essere al Centro di Ascolto, ascoltare è essere in una dimensione particolare nel relazionarsi con gli altri, è prestare attenzione, è dedicare del tempo, è accorgersi anche del non detto.

E anche se parliamo dei Centri di Ascolto molto spesso anche lì dobbiamo essere attenti ad accorgerci del non detto; difficilmente il malato di mente chiede aiuto o è consapevole della propria malattia, difficilmente arriverà nei nostri Centri di Ascolto, nelle nostre parrocchie a chiedere una mano, però l'esperienza mi dice che spesso arrivano i genitori, gli amici a dire: è solo, non esce di casa, perché non lo andate a chiamare e lo portate al cinema?

Noi dobbiamo essere capaci di leggere anche questo modo diverso di chiedere aiuto di queste persone, dobbiamo deciderci di farci compagni di viaggio e dobbiamo deciderci di ascoltarli in modo profondo, attento.

Si faceva un accenno prima che ascoltare gli altri in modo profondo può aiutare noi stessi, perché solo nel momento in cui ci mettiamo in quella condizione d'animo, in quell'atteggiamento nei confronti dell'altro noi riusciamo a leggere in profondità noi stessi e riusciamo a far emergere il meglio che è in noi e nello stesso tempo il meglio che è nell'altro.

Solo credendo profondamente in una relazione alla pari riusciamo a capire che, da entrambe le parti, ci sono limiti e ci sono risorse e nostro obbligo è quello di, condividendo la sofferenza, dare dignità e dare la possibilità a questa sofferenza di trasformarsi in speranza.

Il titolo di un convegno di una Caritas che si occupava di questo diceva: "La malattia si cura, la sofferenza di condivide". Noi non siamo chiamati a curare la malattia, lo faremmo in maniera pessima.

E apro un'altra parentesi: stiamo attenti quando collaboriamo con i tecnici, non proviamo a prendere ruoli che non sono nostri però noi possiamo condividere la sofferenza, possiamo darle uno spazio di speranza e la speranza è qualcosa che come cristiani ci appartiene molto.

Riprendendo il documento del dopo Verona ad un certo punto è scritto che la speranza è " *dono dello Spirito che non allontana la vita ma spinge ad assumere anche la fragilità e la sofferenza*".

Quindi noi dobbiamo condividere la sofferenza e farci prossimo.

Mettersi in ascolto significa farsi compagni di viaggio; e detto così sembra abbastanza teorico, in effetti le esperienze sono tante. Io ho una grossa fortuna di conoscere un po' le varie esperienze che le Caritas stanno facendo in giro per l'Italia e ho visto delle cose che mi danno la capacità e la possibilità di dire che è possibile mettersi al fianco di qualcuno a fare da amico nei gesti più semplici cioè accompagnarli al Centro di Salute Mentale per una visita, nell'inserirli nei gruppi parrocchiali, nello scoprire delle doti personali nella persona con cui si entra in relazione se veramente è una relazione significativa, le bellezze di ciascuno di noi vengono fuori.

Raccontavo al direttore della Caritas come, proprio partendo da una richiesta banale di una mamma, che chiedeva ai volontari della parrocchia di andare a prendere il figlio che non usciva mai di casa, questi volontari, creando una relazione con loro, hanno scoperto che questo ragazzo aveva una bellissima voce e la cosa più semplice da fare è stata quella di accompagnarlo ed inserirlo nel coro della parrocchia. Sembra una cosa banale, semplicissima ma ha ridato a lui vigore, ha richiamato la comunità al proprio dovere di essere vicina a chi soffre, ha creato una serie di relazioni significative per questa persona.

Mettersi in ascolto è mettersi al fianco del malato significa però anche di cambiare marcia, non essere più dettati dai nostri tempi, dalle nostre corso frenetiche in quella società che comunque ci spinge ad andare più avanti ma essere disposti a rallentare il passo.

Ecco perché mi dicevo anche soddisfatta all'inizio della mattina di un'altra Caritas che si impegna in questo ambito. Perché per piccoli passi, lentamente, senza voler strafare ma è possibile esserci ed è possibile testimoniare una vicinanza a tutti.

UNA COMUNITÀ CHE ACCOGLIE

Una comunità che, oltre a vedere e ad ascoltare, si fa carico ed accoglie nei propri spazi, nei propri luoghi; non dobbiamo avere o correre il rischio di creare altre strutture, di creare altre alternative, di creare spazi dedicati o liturgie dedicate.

Noi dobbiamo accogliere i malati e le famiglie all'interno dei nostri spazi e anche qui una serie di esperienze mi portano a dire che a volte questo atteggiamento di accoglienza nei loro confronti ha portato a creare risorse per le parrocchie. E mi spiego. Ci sono delle realtà che, proprio interrogandosi su come potevano creare uno spazio all'interno della propria parrocchia per i malati di mente, hanno scoperto tante cose che i malati avevano appreso a fare nei centri diurni e quindi hanno aperto dei centri per i giovani della parrocchia – centri di avviamento al lavoro – dove in qualche modo il percorso era fatto insieme ai malati o dove, in qualche occasione, i malati erano quasi maestri.

Quindi è stato aperto un centro ricreativo, un punto di riferimento per i giovani della parrocchia – che non c'era e che serviva – grazie al domandare cosa si potesse fare per includere nella propria parrocchia dei malati di mente con cui entrare in relazione.

Quindi la valorizzazione comunque dell'altro, non solo il portare i pesi gli uni degli altri ma anche riuscire a valorizzarli e a vederli come punti nevralgici, punti necessari, figure importanti all'interno delle nostre comunità parrocchiali. E questo riusciamo a farlo solo se abbiamo acquisito un modo diverso di guardarli, se andiamo al di là delle apparenze e se andiamo al di là delle paure.

Riporto, anche su questo punto, le parole di papa Giovanni Paolo II che, dopo averli riconosciuti come persone, in qualche modo dava un compito a tutti noi dicendo: *“Ciascuno ha il compito di dimostrare con i fatti che la malattia mentale non crea fossati invalicabili, né impedisce rapporti di autentica carità cristiana con chi ne soffre. Essa anzi deve suscitare un atteggiamento di particolare attenzione verso queste persone che appartengono a pieno diritto alla categoria dei poveri a cui spetta il regno dei cieli”*.

Io ritengo, ogni volta che leggo le parole di papa Giovanni Paolo II, che intanto sottolineano quanto la chiesa sia attenta a questi malati – anche se per molto tempo la chiesa del territorio non se ne è fatta carico – e anche perché mi sembrano illuminanti.

E mi è sembrato davvero profetico che la sua prima “giornata del malato” – 11.2.2006 – Benedetto XVI l'abbia dedicata a questo tipo di malati, che sono comunque gli ultimi degli ultimi, sono comunque quelli che la Chiesa non ha curato appieno. In quel messaggio, che potete analizzare e che è veramente da studiare, il papa non dimentica nessuno perché incoraggia i malati nella loro sofferenza, dà una parola di conforto alle famiglie e spinge i volontari della comunità cristiana ad impegnarsi ed essere attenti, ma nello stesso tempo ringrazia i tecnici e li sprona ad una attenzione sempre maggiore e a una ricerca sempre maggiore.

Fondamentalmente una comunità che decide di mettersi al fianco, di mettersi al servizio dei malati di mente non deve solo acquisire quelli che possono essere degli atteggiamenti solo cristiani.

L'altro testo su cui vi chiedo di continuare a riflettere è la prima enciclica di Benedetto XVI dove si parla di amore come dono ricevuto e quindi da donare, da donare a tutti in maniera indistinta. E' una cosa che i Vescovi ricordano nel documento dopo Verona e cioè il donare amore a tutti indistintamente non è solo una cosa laica ma viene richiamato da molti documenti.

UNA COMUNITÀ CHE VIGILA E OPERA PER LA GIUSTIZIA

Però la comunità cristiana ha anche il compito di vigilare ed operare per la giustizia, e di vigilare che tutti i diritti siamo comunque garantiti per tutti.

Prima sono stati fatti degli accenni su quello che è discorso economico e si diceva che in Piemonte solo il 2/3% della spesa sanitaria è destinato alla salute mentale; non dovrebbe essere così la legislazione. Il progetto-obiettivo, cioè il documento di cui si è fatto riferimento, parla almeno del 5%. E allora io credo che la comunità cristiana debba saperle queste cose, ne debba prendere atto e debba anche agire di conseguenza. Per agire deve però essere informata; allora io mi chiedo: quante persone, all'interno delle nostre comunità, sanno cos'è e come è organizzato un Dipartimento di Salute Mentale?

Se io non ho queste informazioni non potrò mai accompagnare una persona che incontro e con cui entro in relazione al Dipartimento e oso dire, me lo permetto perché sono da questa parte, che è colpa nostra se no lo sappiamo. Prima di venire qui mi sono documentata su internet per vedere se esisteva una carte dei servizi dei dipartimenti della zona. Non solo esiste, è anche ben fatta. Ci sono tutti gli indirizzi, telefoni, orari di apertura e quale percorso che un paziente deve fare per avere la prima visita.

Spesso queste non sono notizie che le famiglie, prese dalla rabbia, dalla sofferenza, dalla solitudine, riescono a recuperare; però sono notizie che la comunità cristiana deve sapere perché l'unico modo per mettersi effettivamente a fianco dell'altro, come compagno di viaggio, deve essere un compagno di viaggio informato, consapevole del proprio ruolo, responsabile ma nello stesso tempo deve anche essere così attento, formato e informato, non dico da essere nemico delle istituzioni – prima ho parlato di alleanze e sono convinta che le alleanze ci devono essere – ma specchio per loro.

Lo dico con tristezza ma in molte situazioni abbiamo potuto osservare che un paziente che va da solo al Centro di Salute Mentale a volte fa una visita che dura cinque minuti, il tempo esatto per scrivere una ricetta medica. Un paziente che va accompagnato dal volontario, non tecnico e quindi che non ha assolutamente capacità medica, per il solo fatto che all'esterno ci sia qualcuno che insieme si può prendere cura di questa persona, si impianta l'equipe quindi non c'è solo una persona che la segue, c'è un progetto personalizzato, c'è il coinvolgimento del territorio, le visite durano il tempo che devono... Non

dico che questo succede dappertutto però... Abbiamo fatto la prova in una città più ampia, e mentre vi parlo faccio riferimento a esperienze personali nella città di Roma dove purtroppo è visibile un altro problema: la disparità di trattamento che c'è tra un luogo e l'altro. Roma con 200 metri di differenza tra una casa e l'altra cambia l'ASL e con 200 metri si cambia assolutamente la cura che si può avere.

I 200 metri però non si differenziano più se alle spalle di questo paziente, di questa persona c'è un gruppo di volontari attento perché comunque riesce a far sì che i diritti siano esigibili. Sono tante le difficoltà che hanno nelle istituzioni: di aspetto economico, di aspetto di operatori che non vengono sostituiti, però una presenza altrà sicuramente aiuta a una presa in carico migliore.

C'è un'altra attenzione che dobbiamo fare: una serie di categorie di persone che vivono la sofferenza mentale sono più problematiche di altre.

- Spesso si parla di non collaborativi, sono i tecnici che stanno cambiando la terminologia, però sono persone che non si muovono da casa e non vanno anche se c'è già stato un primo contatto.
- Penso a tutta la popolazione immigrata che ha una serie di complessità diverse proprio perché è un discorso di cultura e di lingua ma di contatto anche con la medicina diversa.
- Penso a tutte le persone che vivono in stato di abbandono per strada, ai senza dimora.
- Penso a quelli che definiamo doppia diagnosi o pluri diagnosi.

Già su queste ultime ho visto che erano citate nelle slide, probabilmente i dipartimenti di salute mentale attenti stanno creando delle alleanze con i Sert o con gli altri ambiti della medicina che li cura. Non è così dappertutto purtroppo, noi abbiamo avuto esperienze di Caritas che hanno dovuto convocare loro, su un tavolo neutro, il Dipartimento di Salute Mentale e il Sert che si occupava del paziente alcolista perché altrimenti questi era rimballato da un posto all'altro e mai preso in carica.

Se serve dobbiamo essere capaci di fare anche questo, se serve dobbiamo essere capaci di andare dallo psichiatra e dire: quel paziente che non viene da tanto tempo al Centro di salute sta male, tu hai l'obbligo di andarlo a trovare a casa. Ma noi queste cose le dobbiamo sapere, l'assistenza domiciliare nella maggior parte d'Italia è spesso sconosciuta da parte dei tecnici anche con tutte le giustificazioni del mondo nel senso che sono pochi, che hanno molti pazienti, però è una cosa che dobbiamo pretendere.

E l'altro riferimento che facevo ai senza dimora e agli immigrati: teniamo presente che qui una parte dei malati di mente noi li incrociamo in altri luoghi e per altri motivi, i dipartimenti non li incroceranno mai se non saremo noi ad accompagnarli e questa è una grossa responsabilità.

Tutta una serie di situazioni che sono chiuse nelle case probabilmente una parrocchia le incontra sia con la benedizione delle case, sia con i ministri straordinari che portano la Comunione, e queste persone, se hanno acquisito quell'atteggiamento di voler vedere le situazioni le vedono e possono diventare ponte con le istituzioni. Se noi non facciamo questo non c'è nessun altro che lo può fare; i dipartimenti non possono andare a bussare alle case delle persone per chiedere se c'è qualche malato; non ne avrebbe titolo e non ne hanno sicuramente la possibilità. Se portato da noi loro lo vedranno, quindi il nostro impegno è anche questo. Queste persone le incontriamo solo noi però non dobbiamo fermarci solo a quello che noi comunità cristiana possiamo fare, dobbiamo renderci conto che intorno a noi c'è un territorio che va messo in rete, che non è fatto solo dai dipartimenti, dobbiamo tener presente che ci sono le associazioni di familiari che vanno sostenute e anche loro difficilmente riescono a chiedere aiuto nel modo più coglibile nell'immediato; non vuol essere un'accusa però spesso le famiglie sono veramente così sole che esprimono il loro bisogno di aiuto con la rabbia ed è un atteggiamento che ancor di più allontana tutti gli altri; allora a noi l'obbligo e la responsabilità di decodificare questa rabbia, di interpellarla e di dividerla anche qui per trasformarla in propositività, in mettere in rete di risorse.

Ci sono molti altri luoghi da andare a provocare, se penso a tutto il mondo del lavoro, al discorso della cooperazione delle cooperative che stanno attivandosi ma anche a tutto il mondo che è impossibile attivare perché da solo non lo farebbe.

Porto un esempio romano dove il Comune ha così provocato la categoria degli industriali per cui c'è stata un'alleanza per i gadget che si fanno a Natale o in altre occasioni le aziende si riforniscono dalle cooperative sociali dove lavorano i malati di mente.

Questa è una piccola cosa per garantire un lavoro a delle persone e il lavoro credo sia stato uno degli ambiti in cui le nostre comunità cristiane hanno molto riflettuto al convegno di Verona.

E il lavoro non solo dà dignità, non solo dà sussistenza ma rende la persona più sicura di sé, rende la persona cosciente che fa parte di un mondo a cui anche lei offre qualcosa.

UNA COMUNITÀ CHE TESTIMONIA

Una comunità, oltre a essere attenta e vigile, deve anche testimoniare. Questo è un ambito in cui non si deve essere attenti a nascondere alla destra quello che fa la sinistra e viceversa ma deve essere più vicino a noi il brano che ci dice di “urlare dai tetti” queste cose.

Io credo che oltre ad avere la responsabilità di fare tutto questo percorso, cammino che si diceva, noi abbiamo anche l’obbligo di testimoniare non solo con i fatti ma con le parole. Tutto quello che di bello si fa, di bello si riesce a fare in questo ambito credo sia necessario farlo conoscere a chi questo passo ancora non l’ha fatto. Ecco perché è anche molto importante il lavoro che si è fatto con i vari tavoli del Piemonte. Credo sia un’iniziativa nata da Biella ma che ha avuto la capacità di non rimanere un’esperienza di una diocesi, di una Caritas diocesana, sarebbe stato un peccato. Per quanto potesse fare cose belle cioè di mettere insieme enti locali, dipartimenti, associazioni di familiari, volontariato, Caritas e per quanto faticosa continua negli anni proprio perché è una cosa bella. Io credo, oserei dire, voluta dall’alto, e l’aver trasformato quel tavolo diocesano in un tavolo regionale, in un tavolo che poi ha creato delle attenzioni nei vari territori, ha fatto in modo che si sia incarnata quello che è l’altra attenzione che la comunità deve avere cioè di testimoniare tutto quello che si fa.

Un accenno solo per calarmi nelle proposte operative di quelli che erano gli ambiti di Verona. Io credo che dobbiamo riuscire ad innestare questo ambito in quelle che sono le attenzioni e i cammini che la nostra Chiesa italiana sta facendo in questo momento.

Alcuni ambiti erano facilmente agganciabili a questo tema perché avevano:

- ♦ l’attenzione alla vita affettiva dove ci richiama e ci ripropone il discorso delle relazioni profonde e curate;
- ♦ il discorso di entrare in relazione sempre con l’altro al di là di quelli che sono i suoi limiti, con tenerezza.

E qui pensando al tipo di relazioni vorrei tornare sul tema della prevenzione che purtroppo è un tema dimenticato in Italia o comunque non molto praticato né dalla comunità cristiana ma nemmeno dalle istituzioni e dai dipartimenti. Però anche qui ve lo cito perché voglio comunicarvi le esperienze possibili che si stanno facendo in maniera particolare in questo momento.

Le Caritas del Triveneto hanno avviato, da più anni di voi, quindi sono un po’ più avanti ma si può proseguire tranquillamente in questo cammino insieme ai dipartimenti, una serie di incontri all’interno delle scuole dove il tema è pressoché taciuto però presente. Tacere la problematica non serve a nessuno e affrontarla può evitare una serie di cronicizzazioni. Facendo questa proposta alle scuole, la Caritas si è stupita della grande accettazione che c’è stata da parte degli insegnanti – sulla disponibilità dei dipartimenti a venirci appresso a queste cose lo do per scontato perché poi è esperienza concreta – ma la cosa che li ha incuriositi in maniera particolare è stata la grande attenzione con cui i giovani, che spessissimo stanno a fianco ai loro coetanei, hanno percepito in loro, forse anche con più facilità di noi, un disagio ma si sono trovati assolutamente senza strumenti perché il chiedere ai professori quando ne hanno il coraggio non basta – i professori sono come noi senza strumenti – e quindi era solo un discorso di disagio vissuto da parte di alcuni e frustrazione del non far nulla per i propri amici da parte degli altri.

Si sono attivati nei corsi di informazione e di formazione che vanno bene, che vedono i ragazzi sempre più desiderosi di approfondire e, in alcune situazioni, e penso all’associazione che fa questo a Mantova e non è la Caritas, dove anche sono riusciti ad entrare in relazione con i malati, attraverso delle iniziative ovviamente costruite ad hoc con educatori e con i tecnici insieme di animazione nei centri diurni, nei laboratori, di presenza dei giovani nello sperimentarsi affianco agli altri.

Dico questo perché, se noi riuscissimo ad educare i giovani a non aver paura, a essere affianco agli altri in maniera semplice e mettendo tutto se stessi, a essere meno di noi condizionati dal pregiudizio e dal timore di essere coinvolti in una sofferenza sicuramente lo stigma verrebbe meno, sicuramente si avrebbero lettori di giornali più attenti, che dicono: questo non è vero perché io ci sono stato a fianco.

Permettetemi una parentesi personale. Uno degli ambiti in cui Caritas italiana si sta muovendo in questo periodo è l’attenzione agli ospedali psichiatrici giudiziari. E’ una realtà che sembra ancora più lontana

delle altre in tutta Italia perché, essendocene solo sei ed essendo questo mondo sconosciuto ai più, lo dico senza paura che è un brutto carcere in cui i malati di mente, che commettono dei reati e che non hanno alcun dipartimento che si fa carico di loro – perché questo è il problema – vengono rinchiusi.

Un'esperienza che la Caritas italiana sta seguendo e finanziando anche con i fondi della Conferenza Episcopale dell'8%, è quella del cappellano dell'ospedale psichiatrico di Barcellona Pozzo di Gotto – Messina – dove ha messo su una casa, chiamata "CASA", con l'aiuto di un gruppo di volontari, e dove queste persone passano le loro licenze premio quando le hanno, considerando che in Ospedale psichiatrico giudiziario si può entrare con una "pena" di due anni e restarci trenta in maniera tranquilla con una serie di meccanismi di proroghe, pur in buone condizioni essendo stata superata la pericolosità che tanto ci spaventa. Quindi in questa casa, dove loro trascorrono le licenze, hanno anche modo di incontrare i familiari per ricreare delle relazioni; ovviamente sono relazioni complicate da ricreare, perché ci sono anche degli omicidi.

Io ho passato lì un paio di giorni della mia vita nella quotidianità: quando con loro si stava insieme alla mattina, si pranzava insieme o si usciva al pomeriggio e, credetemi, è un'esperienza che poi permette davvero di poter testimoniare e dire: io ci sono stata con queste persone. E' chiaro che è un'esperienza molto piccola però il poter mettere i giovani in condizione di incontrare la malattia mentale da giovani, in terreni protetti ma soprattutto guidati e formati sicuramente può aiutarci a creare una società più accogliente e meno timorosa della malattia mentale proprio perché si sa di cosa si sta parlando. A noi fondamentalmente ci spaventa l'ignoto, ci spaventa tutto quello che abbiamo sentito dire prima in maniera molto magistrale.

IL LAVORO

Torno agli ambiti di Verona. Le possibilità di dare dignità a queste persone attraverso il lavoro sono tante, le esperienze in Italia sono tante, gli ambiti in cui queste persone possono impegnarsi e dare veramente tutte se stesse sono molteplici. In Italia ci sono catering tenuti da malati di mente che sono uno spettacolo di bellezza e di attenzione, ci sono attività di giardinaggio, quell'attività, di cui vi dicevo, con gli industriali ecc.

In uno dei seminari della consulta con cui partecipo al Ministero della salute ho sentito che un tecnico ha messo su, partendo da un centro diurno, ma poi lavorando con una cooperativa, una struttura con cui aiutava il Comune a rispettare una legge che era quella di tenere puliti i boschi e con la pulitura dei boschi però, con una serie di attrezzature, produceva tutto il riscaldamento, in maniera praticamente gratuita, per tutte le agenzie del Comune e del territorio. Un lavoro fatto esclusivamente dai malati di mente che diventavano risorsa importante per l'ente locale. Quindi bisogna sicuramente recuperare la fantasia della Carità a cui anche il nostro papa ci ha richiamato.

Io credo che uno degli ambiti ci appartenga in maniera esclusiva ed è quello della **festa**. Noi siamo stati richiamati a ricordarci che la festa, la domenica è un momento fondamentale per la vita della comunità cristiana ed è un momento in cui possiamo entrare in relazione con l'altro per agevolare e facilitare la relazione con Dio. Io credo che questo vantaggio di attenzione al malato di mente nel momento della festa, nel momento dell'incontro con lui e insieme con Dio, sia una cosa che ci appartenga e, anche qui, se non lo facciamo noi non lo può fare nessun altro perché noi che rappresentiamo la comunità cristiana – anche se poi abbiamo delle testimonianze, come diceva prima il direttore, e se i nostri eventi fossero così non avremmo necessità di distinguere perché veramente non serve – però il riuscire ad inserire nei momenti della domenica, nei momenti della festa, nei momenti importanti della nostra vita parrocchiale anche il malato di mente possiamo farlo solo noi che siamo dentro la comunità parrocchiale. E così non possiamo aspettare che il malato di mente vada al Centro di Salute Mentale da solo, non possiamo aspettare che il malato di mente si presenti in parrocchia da solo anche perché in genere quando lo fa spesso viene cacciato.

Io ricordo con tristezza un episodio a cui ho assistito in una parrocchia dove una malata di mente, che gira nel quartiere, è entrata in chiesa: i primi dieci minuti è stata tranquillamente seduta come ognuno di noi, ad un certo punto si è alzata ed è partita verso il parroco che stava facendo l'omelia. Questi, terrorizzato, ha interrotto l'omelia, ha preso la malata di mente e l'ha condotta in sacrestia chiudendo la porta.

Lo dico veramente con tristezza però molto probabilmente tutti noi abbiamo visto quell'atteggiamento come l'unico possibile. Una comunità cristiana attenta e impegnata in questo ambito probabilmente non

avrebbe lasciato quella signora lì da sola, avrebbe avuto qualcuno a fianco a cui rivolgersi prima di alzarsi. E poi anche il suo andare sull'altare si poteva vivere in maniera diversa, ci poteva essere un modo diverso di far rientrare quel soggetto all'interno della celebrazione. Queste attenzioni possiamo averle solo noi che fondamentalmente siamo in casa nostra. Così come inserire malati in tutte le attività che facciamo: so di pellegrinaggi che si fanno nelle parrocchie a cui partecipano tranquillamente i malati di mente perché fanno parte della comunità cristiana.

Concludo con due frasi non mie: la prima presa dalla nota pastorale del dopo Verona e la seconda che in qualche modo riprende la chiusura del documento "Messaggio dei Vescovi piemontesi in occasione della giornata nazionale di lotta alla malattia mentale del 5 dicembre 2007", dicendo:

"Il nostro unico interesse è mettersi al servizio dell'uomo perché l'amore di Dio può manifestarsi in tutto il suo splendore. Riempiamo quindi la solitudine, questo dolore disabitato, con la nostra prossimità e trasformiamo quindi le nostre comunità parrocchiali in luoghi di guarigione".

Don Dino: La dott.ssa Cinzia Neglia ci ha presentato un menù ricchissimo, articolato che faremo fatica a digerire. Ci vorrà tempo però questo è un bell'impegno.

Interventi

⇒ **Ventura Michele – dell'Associazione "L'aiuta-psiche" di Arona che fa parte del Dipartimento nord di Salute Mentale**

Vorrei portare la testimonianza di una associazione di familiari e volontari che si occupano del disagio psichico nella sua forma più grave.

Ricordo un'esperienza: proprio ieri siamo stati invitati come familiari presso la Comunità psichiatrica di Oleggio, che è nata poco più di un anno fa e che raduna parecchi dei nostri familiari, mio figlio ed altre persone, che oggi stanno vivendo in questa comunità una vita

parte da una cooperativa perché il sentire tutti i familiari che eravamo lì, ma non solo, tutti gli ospiti che ci sono dire che in quella comunità stanno bene e alcuni dicono che stanno così bene che non vorrebbero neanche tornare a casa. E in alcuni casi questo è veritiero. Vorrei insistere nel fatto che la comunità, che in questo caso esiste e funziona bene, non può essere l'unico punto di riferimento perché nei percorsi che il D.S.M. dovrebbe mettere in atto devono esistere anche poi i passaggi successivi perché dalla comunità prima o poi si deve uscire e uscire possibilmente con la capacità di essere più autonomi e di avere la possibilità poi di andare nei cosiddetti gruppi-appartamento che nel territorio purtroppo scarseggiano. La nostra associazione aveva come progetto quello di creare una casa nell'alto Vergante, un gruppo appartamento con dieci posti letto circa. Sono già diversi anni che noi insistiamo con il Dipartimento e con la Regione per poter ottenere i finanziamenti necessari per ristrutturare questa casa, che è stata donata per trent'anni dal suo proprietario, purtroppo siamo ancora in una fase in cui probabilmente non so se riusciremo nonostante gli anni che abbiamo dedicato a questo.

Vorrei finire semplicemente leggendo una breve poesia – ieri ci hanno consegnato il giornalino che hanno realizzato gli ospiti della comunità – tenendo conto che queste persone apparentemente sembrano apatiche, smorte, che non hanno più capacità di relazionarsi con gli altri invece poi quando scrivono dicono delle cose che ci toccano.

Non lasciarti andare

Se la fiducia e la comprensione altrui ti vengono meno,
non lasciarti andare.

Se l'affetto o magari l'amore ti vengono a mancare, per più o meno tempo,
non lasciarti andare.

Se la solitudine e l'inquietudine ti avvolgono,
non lasciarti andare.

Se la malinconia, la tristezza, la noia ti travolgono stringi i denti, aguzza le unghie e

non lasciarti andare.

Se ti senti solo ed abbandonato a te stesso rifletti in positivo e
almeno se non in questa vita ma in cielo e in un'altra vita
qualcuno prega per te e allora prova a sorridere e
non lasciarti andare.

⇒ Don Pier Davide Guenzi – responsabile della pastorale della salute

Ringrazio dell'opportunità di riflettere su questo tema. Premetto che sono rimasto molto affascinato da come si entra in labirinti estremamente complessi.

Per me ha un valore molto forte, e lo uso molte volte quando devo parlare a persone che fanno azione di volontariato, il verbo "**osservare**".

Effettivamente indica una maniera di percepire attraverso la vista ma anche la capacità di "**serbare**" cioè di custodire la presenza dell'altra persona.

Io credo, e mi riallaccio a quello che diceva la dott.ssa Neglia sul vedere, che questo va oltre il vedere e oltre il vedere è costituito appunto dalla capacità di conservazione, tesaurizzare e quindi un atteggiamento di protezione nei confronti di chi si presenta esibendo la sua fragilità o meglio la ricchezza nascosta nella sua fragilità.

Quindi credo che esistano anche degli atteggiamenti che avvicinano estremamente il mondo del terapeuta e semplicemente il mondo del volontariato: certo il terapeuta va al di là dell'osservazione, fa una diagnosi per conoscere attraverso ..., noi magari ci fermiamo un po' prima ma questa attivazione della capacità di osservazione dovrebbe essere molto più stimolata nelle persone.

E vengo ad un'idea. Qualche anno fa, attraverso un lavoro molto importante con cui – attraverso due Consigli della diocesi: presbiterale e pastorale – si è iniziata una riflessione sulla disabilità e ha prodotto un documento che certamente parlava in maniera più ampia e toccava tutta una serie di punti sulla vita della comunità cristiana, e una parte scritta proprio dalla Caritas, proprio su questa dimensione. E' stato importante e si riprendevano molte di quelle azioni che la dott.ssa Neglia ha suggerito.

Un passaggio significativo era quello di valorizzare l'esistente ed allora io chiedo in modo particolare agli operatori Caritas di rendersi amici normalmente di quelle persone che entrano, anche per poco tempo, nella casa di persone che vivono situazioni problematiche; si è fatto cenno in modo particolare, dove ci sono persone e ci sono in quasi tutte le parrocchie, ai Ministri straordinari dell'Eucaristia. Essi non solo fanno un lavoro che è un prolungamento della dimensione della festa per le persone che rimangono a casa ma possono davvero essere una sorta di antenna estremamente sensibile, anzi quello di stimolare l'idea per cui mistero della Chiesa debba risolversi soprattutto dietro un'azione liturgica mentre invece è una abilitazione a creare comunione con quelle persone che invece sembrano sganciate dalla dinamica comunione. Quindi questa potrebbe essere una traduzione immediata che mette a fianco l'attività della Caritas e quello di cui d. Dino dice: mi occupo purtroppo nei ritagli di tempo.

2° aspetto: **valorizzazione dell'esistente**, abbiamo una casa "Immacolata di Re che offre, durante il periodo estivo dei percorsi di vita spirituale che non sono solamente per persone segnate dalla malattia fisica ma anche dalla disabilità psichica e una novità, che è stata introdotta l'anno scorso, ed è curata dai "Silenziosi operai della Croce" e dai "Volontari della Sofferenza", è quella di fare delle settimane di incontro e di accompagnamento ad una vita spirituale per le persone che vivono un disagio mentale.

Questa è un'iniziativa che forse vale la pena di conoscere.

3° C'è anche il pellegrinaggio della Diocesi che viene fatto ogni anno e porta sempre con sé delle persone che vengono seguite, che possono essere conosciute anche meglio grazie alle antenne dei volontari che si occupano di loro. Esiste già tutta una serie di aspetti che possono essere indubbiamente potenziati.

Chiedo un chiarimento proprio su questa dimensione del "vedere" e dell'"essere" colpiti.

⇒ Andrea Lebra – responsabile dell'associazione "Liberazione e Speranza"

Vorrei fare una richiesta non tanto di chiarimento ma per chiedere agli oratori se possono aiutarci nel problema che voglio presentare.

Io mi occupo da 8/9 anni di vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale. In particolare nel novarese abbiamo aiutato in questi anni moltissime ragazze africane che provengono tutte da un certo stato della Nigeria. Una delle difficoltà più rilevanti per aiutare queste persone è come atteggiarci nei confronti dei “riti Woodoo”.

All’inizio noi scherzavamo su queste storie dei riti Woodoo e mi ha sempre molto impressionato quello che mi ha detto padre Vittorio e cioè che su queste cose non si deve scherzare perché per loro è una cosa molto seria.

Due mesi fa, nel tribunale di Novara il presidente, nel corso di un processo, chiese ad una ragazza: “Signorina vuole essere così gentile da spiegarmi cos’è questa storia del Woodoo?”.

E questa ragazza dice: “sig. Presidente non è una storia”. E ha raccontato perché molte ragazze non hanno fatto la sua scelta cioè di denunciare, di sottrarsi ai condizionamenti. “Per noi il Woodoo è una cosa terribilmente seria che ci impedisce di essere libere”.

Ricorderò sempre una ragazza che quando arrivò nel novarese aveva 15 anni ed era già stata sfruttata per tre anni e quando giunse da noi aveva appena compiuto 18 anni. Due mesi dopo che l’avevano accolta in comunità, la notte di Natale sente la voce della madama che le dice: va in cucina, prendi il coltello e piantatelo nella pancia. Se in quel momento non ci fossero state delle volontarie piuttosto robuste non so cosa sarebbe successo. Dopo di che l’abbiamo portata a Borgomanero nel reparto di psichiatria.

Sono questioni nuove per ragazze provenienti dall’est con grossi problemi di dipendenza dall’alcol; si avviano al lavoro, per un po’ di tempo va bene, e poi...

Ecco, vi chiedo se avete esperienze al riguardo; mi rendo conto che è una cosa un po’ nuova per noi che lavoriamo in Italia però certamente è un grosso problema.

⇒ **Claudia Siletti – di Biella**

Siamo un gruppo di otto ed è stato molto faticoso essere qui, un po’ per il tempo dei giorni precedenti e un po’ perché eravamo tanto contenti perché avremmo dovuto essere di più, però molti non sono potuti venire perché nelle nostre famiglie non si può programmare. Siamo familiari di malati.

Solo alcuni di noi partecipano al tavolo sia di Biella che regionale e sono particolarmente felice perché, per la prima volta, ad un convegno così hanno partecipato dei familiari. E’ una grande giornata per noi e siccome è stato detto che il tavolo regionale è partito da Biella allora, non sapevo che una persona ci fosse però l’ho visto, mi fa particolarmente piacere poter dire che praticamente è partito ed è continuato grazie a Gianni e lo ringraziamo.

⇒ **Fausto Reschini – di Verbania**

Sono un giornalista e quindi dovrei sentirmi sul banco degli imputati invece, non è che mi sento con la coscienza a posto, tutto sommato, sono tranquillo anche perché ho pagato di persona alcune scelte e quindi non ho niente da recriminare.

Io mi sono occupato di problemi della sanità e salute mentale solo per un anno quando collaboravo a Milano alla rivista e facendo delle inchieste, sentendo anche il prof. Borgna e Franca Basaglia e conoscendo anche la solitudine di amministratori che si occupano di questi problemi – per es. Mario Tommasini, che è stato assessore al Comune di Parma – e si è occupato a lungo di problemi di malati di mente in una città borghese come Parma; veniva da un partito di sinistra ed era considerato una mosca bianca, una persona un po’ così simpatica, da mandare in giro per l’Italia per sbandierare la Parma che faceva del bene.

Però il discorso che vorrei fare e la domanda che vorrei porre è: il problema dei volontari va bene in una realtà dove, come in una parrocchia, c’è un forte impulso ad occuparsi di questi problemi altrimenti può funzionare il discorso dell’assistenza ai malati di mente bene in una realtà dove la comunità civile è un’entità molto forte. Faccio un esempio: è in Alto Adige, non perché tutto funzioni bene lì e i soldi li spendono meglio che altrove.

Però nella primavera di quest’anno sono stato ospite di un industriale caseario a Varna, un paese vicino a Bressanone. Questo signore altoatesino, dopo avermi fatto visitare la sua azienda e portato anche nella grotta in Val Punteria dove fa stagionare i suoi formaggi, mi ha portato in una casa agricola dove tengono

dei malati di mente che fanno piccoli lavori agricoli. Un posto decoroso, con la campagna intorno; io sentivo delle persone che dicevano: il signore è un po' troppo ottimista riguardo alle esperienze che ci sono in Italia. Io non sono né ottimista né pessimista sono abbastanza realista, cioè vedo un po' le realtà che affrontano questi argomenti e mi rendo conto che c'è molto da fare.

O ci sono dei volontari legati alla parrocchia o c'è una comunità civile molto forte, non vedo altre alternative per risolvere questi problemi.

⇒ – di Domodossola – Presidente del gruppo di
**volontariato Vincenziano e responsabile del Centro
di Ascolto della Caritas.**

A nome anche delle mie collaboratrici e anche per le Vincenziane vorrei dire che è molto importante per noi questo; avendo molti impegni non posso occuparmi di questo settore però, essendo la responsabile del Centro di Ascolto, vedo che questi casi, problemi li abbiamo continuamente sotto gli occhi e quindi ci dobbiamo occupare e credo che questo sia molto importante e tra l'altro ci sono dei casi molto particolari e siccome sono aumentati questi casi noi dobbiamo assolutamente prenderne atto e occuparcene, per quello che possiamo, senza poter curare, perché non siamo tecnici, però aiutare, questo senz'altro.

Io ricordo quando ero ragazza, durante la guerra e c'erano molti problemi però eravamo ugualmente sereni, ci trovavamo, chiacchieravamo, facevamo le nostre passeggiate. Anche se in famiglia non avevamo problemi finanziari si era abituati ad occuparci, ad avere poco, mentre ora hanno molto e il nostro è il paese del bengodi e ci sono tutti questi casi per esempio la depressione.

Io sto bene di salute, ho 84 anni, sono occupata in molti settori... però sono molto importanti questi casi e quindi speriamo di riuscire a fare qualcosa; tra l'altro recentemente è capitato un caso che ci ha messo in crisi e siccome sono praticante, sono ministro dell'Eucaristia e quindi chiedo anche l'aiuto del Signore.

Risposte

- Dott.ssa Cinzia Neglia

Alla volontaria vincenziana dico che abbiamo un fondatore che ci accomuna, io ho iniziato la mia attività di volontariato proprio nei gruppi giovanili di volontariato vincenziano e quindi so benissimo di come il fondatore non avesse dimenticato nemmeno questa categoria di poveri.

E dico che, oltre al ministro straordinario della Comunione, i vincenziani hanno la visita domiciliare nello specifico, quindi se non hanno dimenticato le origini e continuano a fare questo sono altre antenne che devono andare in giro nelle case a incontrare, a "scovare" la sofferenza.

Quindi a maggior ragione o comunque alla stessa ragione impegnati in questo discorso di presenza tra quanti soffrono e non hanno la forza di dirlo.

Per il resto non sono ottimista, è che tendo a valorizzare le risposte e le esperienze positive che ci sono; in genere quando ci si ritrova a parlare di salute mentale in convegni non organizzati da Caritas ma dai tecnici e dove siamo presenti con i volontari familiari non facciamo altro che dire tutte le brutture che in questo ambito ci sono. Non ci sembrava il luogo – tanto i tecnici ne sono ben consapevoli – e a noi non serviva in questo momento individuare le brutture; a noi serve capire che è possibile trovare la nostra strada, con il nostro passo e con le nostre possibilità per essere a fianco di queste persone.

Quindi è interessante andare a conoscere e sapere delle belle cose che si fanno ma non per imitarle, per accendere la creatività e la fantasia.

Mentre voi parlavate mi venivano in mente due altre grosse esperienze, e forse sono andate su tutti i giornali, che sono:

- Il lavoro fatto con "la barca a vela" a cui partecipano i pazienti, che è molto terapeutica e che è nata da un luogo e si sta espandendo in maniera veramente ampia.
- Si è sentito parlare del treno partito per Pechino. Ci sono anche lì tutta una serie di critiche che si possono fare; sarebbe anche interessante andare a vedere come sono spesi i denari in queste situazioni. Però sono sicuramente delle cose simboliche che possono dire: è possibile fare anche cose diverse a cui finora non ha pensato nessuno ma che possono mettere al centro le persone e sviluppare le loro potenzialità. Certo bisogna ragionarci.

Capisco che il giornalista non si sente colpevole, probabilmente non avrà mai sbattuto il mostro in prima pagina e quindi poi ha pagato di suo però ha pagato in quel mondo.

L'altro termine cui prima non ho accennato e che dobbiamo recuperare è il discorso della cittadinanza e lo riallaccio al discorso nella comunità ecclesiale dove parliamo di volontari ma comunque dappertutto dobbiamo parlare di cittadini; di cittadini informati e formati che responsabilmente vivono la partecipazione.

Una serie di slash:

- ♦ La 328 questa sconosciuta?
- ♦ Ci vogliamo stare a fianco degli enti locali nei piani di zona?
- ♦ Ce lo vogliono andare a studiare il nuovo piano socio-sanitario su cui la nostra regione ha lavorato e che sta affrontando? Dobbiamo esserci in quanto cittadini.

Poi, se cristiani, lo saremo con uno spirito in più però è un nostro specifico, ma esserci comunque. Quindi va benissimo la comunità.

Un'altra esperienza che non ci appartiene ed è del dipartimento di Trento: gli utenti e i familiari hanno creato una partecipazione attiva all'interno del dipartimento, c'è tutta un'esperienza che non ho visto ma ho sentito nominare dal direttore del dipartimento dove i familiari e gli utenti sono i facilitatori dei nuovi familiari e dei nuovi utenti: UFE Utenti familiari esperti.

Comunque è bene conoscere tutte le esperienze proprio per capire noi come possiamo starci.

Mi associo alla sig.ra di Biella che ringrazia Gianni che solo con la sua perseveranza è riuscito ad ottenere tutto questo movimento nella regione e gli siamo tutti grati.

Il discorso dell'osservare, dell'andare oltre il vedere: io credo che quell'osservare funziona se al di là del vedere poi riusciamo a fare uno spazio nel nostro cuore per serbare l'attenzione e la vicinanza all'altra persona. Se non entriamo in questa situazione, in questo atteggiamento noi potremmo anche vedere ma poi tutto rimarrà molto arido.

Mi riallaccio alla poesia che abbiamo sentito dove alla fine si dice: *“se non in questa vita ma in cielo e in un'altra vita qualcuno pregherà per te...”*. Io credo che la comunità cristiana che veramente voglia dirsi tale non può poter dire queste parole, non dobbiamo aspettare che una persona sia nell'altra vita per avere qualcuno che è lì a fianco e prega per lui, noi siamo chiamati oggi a dare queste testimonianze a pregare e stare a fianco di queste persone.

- **Dott. Giovanni Geda**

Osservare: credo anch'io che sia un verbo impegnativo. L'essere osservati è un po' più brutto, il sentirsi osservati è un po' più brutto io lo userei non come osservare ma come “osservarsi a vicenda” “conservarsi a vicenda” perché se uno lo sente su di sé, a me non fa una gran bella impressione.

Riguardo alla domanda sui riti Woodoo non so cosa rispondere. Certo che un problema della psichiatria oggi a tutti i livelli è proprio il fatto che c'è questa dimensione trans-culturale che ci impone sempre di più la conoscenza di tradizioni, culture, religioni che non ci sono proprie e quindi però senza queste conoscenze ci risulta difficilissimo comprendere certi meccanismi.

E' un lavoro straordinario perché dobbiamo trovare delle figure che ci aiutino in questo, noi qualche volta utilizziamo i mediatori culturali; credo che questo sia un primo piccolissimo passo, bisognerebbe avere la possibilità di disporre di persone che non solo siano in grado di tradurre la lingua ma di suggerirci anche certi meccanismi culturali e religiosi che noi non conosciamo.

Ovviamente il rispetto è alla base di qualsiasi relazione.

- **Dott. Domenico Nano**

Credo di non poter aggiungere molto a quanto è già stato detto in maniera così esauriente.

Volevo ricollegarmi anch'io a questo aspetto di un'osservazione che deve essere necessariamente un'osservazione partecipe perché soltanto così può essere una base di un'eventuale terapia, non solo ma anche in un qualsiasi incontro con l'altro.

E mi riallaccio a ciò che si diceva circa una cultura diversa e lì è veramente una grande sfida; ci troviamo di fronte ad un altro che parla un linguaggio diverso da noi e non soltanto una lingua ma

una cultura diversa dalla nostra di fronte alla quale a volte non abbiamo delle risposte ma dobbiamo sempre mantenere aperto un'ascolto nei confronti dell'altro.

Da questo punto di vista la psichiatria ha bisogno della società e direi che, ci si richiama ai gruppi appartamento e ne stiamo realizzando, non soltanto la psichiatria può fare certe cose ma c'è bisogno di un supporto e di un aiuto da parte della società.

Ringrazio anch'io l'amico Gianni Pescio perché effettivamente in questi anni, se siamo riusciti a continuare con il nostro tavolo della comunità che guarisce, che tra l'altro si è allargato in questi ultimi tempi, credo che questo sia dovuto certo alla partecipazione e all'entusiasmo di tutti ma alla costanza con cui l'amico Gianni ha tenuto le redini di questo tavolo.

➤ “Follia di Dio e follie degli uomini”

- Prof. Eugenio Borgna – psichiatra

Cos'è la follia? Come si vive la follia, qual è l'immagine che noi abbiamo, psichiatri e non psichiatri, della follia? Nella follia si vive in un altro mondo, in un mondo in cui sono cambiate completamente le categorie che valgono invece nella vita di ogni giorno dominate dalla razionalità, dal successo, dalla produttività; si vive in un mondo, cioè, in cui altre leggi, altri significati, altri orizzonti di senso si muovono. Come è possibile allora cogliere qualche analogia tra la follia degli uomini e quella di Dio? Intanto la ragione, che Leopardi ha chiamato la “carnefice dell'umano”, si sottrae al mondo della follia che vive lungo i fiumi dell'ispirazione, dell'intuizione, dell'angoscia, della sofferenza e anche della disperazione. Allora la follia degli uomini si riflette anche in quella di Dio?

Simone Weil (che proviene dall'area della filosofia) a proposito della follia di Dio dice: il criterio delle cose che vengono da Dio è che esse presentano tutti i caratteri della follia, eccetto la perdita dell'attitudine a discernere la verità e ad amare la giustizia.

Un Dio che si fa uomo, un Dio che disperatamente chiede: “*Dio mio, Dio mio perché mi hai abbandonato*” riflette in se le angosce che vivono nel cuore di chiunque dalla follia sia segnato, o sommerso: certo, nulla noi potremmo comprendere del significato della presenza di Dio se non guardassimo anche alla follia dell'amore che lo ha portato a venire, qui, su questa terra e anche a disporsi allo scandalo della croce.

Don Massimo Camisasca (teologo) cita S. Paolo: l'Eucaristia è il segno più alto della follia dell'amore, quella follia che è apparsa per sempre scandalosamente nella croce.

Quindi la follia di Dio, segnata da questa esperienza che oltrepassa ogni nostro criterio di interpretazione razionale, si muove lungo questo solco dell'amore infinito e lungo quello ancor più incomprensibile, ancor più inaccettabile se non agli occhi di chi sappia guardare le ombre dell'indicibile che si nascondono nella follia della Croce.

Ma ogni esperienza di follia mondana è attraversata dall'angoscia che il Signore ha conosciuto sulla croce.

Anche S. Paolo dice cose bellissime sulla fragilità, sulla sua fragilità, sulla sua angoscia, sulla sua debolezza, proprio su quelle condizioni umane che noi tendiamo a considerare come insignificanti, come ai confini se non addirittura al cuore della follia intesa, come incapacità di vivere, di realizzare valori significanti, che per noi sono così abituali, convenzionali senza che forse abbiano un senso.

Queste le parole di S. Paolo che riconduce nel cuore della follia, della follia di Dio, la epifania della debolezza, della fragilità e dell'angoscia che sono in noi.

S. Paolo 2Corinzi 2,9-10:

“Il Signore mi ha detto: ti basta la mia grazia; la mia potenza infatti si manifesta pienamente nella debolezza. Mi vanterò quindi ben volentieri delle mie debolezze,

Sappiamo farlo? Non fuggiamo disperatamente quando qualcuno colga in noi debolezze che non vorremmo far riconoscere e che ci portano subito a dubitare della valorizzazione umana, della realizzazione umana, dei significati che gli altri ci attribuiscono?

perché dimori in me la potenza di Cristo. Perciò mi compiaccio

*delle mie infermità,
negli oltraggi*

nelle necessità, nelle persecuzioni, nelle angosce sofferte per Cristo: quando sono debole, è allora che sono forte”

Parola enigmatica e oscura agli occhi del mondo, non agli occhi di Dio. Non agli occhi della fede che guarda al di là di quella che è l'apparenza della forza, della potenza, del successo, della gloria effimera.

anche quelle dell'anima,

che ci inducono nella vita quotidiana a contrapporci con violenza a chiunque ferisca il nostro cuore magari anche giustamente. Cose queste che nella follia degli uomini non accadono mai, perché in questi specchi oscuri che la follia ci rimanda, se abbiamo voglia e tempo di guardare in essi, di guardare in noi, cogliamo proprio le ombre luminose della fragilità, della debolezza e anche della non violenza, qualunque sia il pregiudizio che, sappiamo, cade come una spada fiammeggiante su chiunque abbia a soffrire di qualche disturbo psichico, o di qualche follia considerata istantaneamente come emblema di violenza.

La follia degli uomini a volte sembra essere l'eco esile, quasi inafferrabile e invisibile nella fragilità, della debolezza e della speranza che contro la violenza e la ragione astratta la vita di Dio continui ad essere luce di accoglienza, di gentilezza e di silenzio.

Un grande psicologo tedesco Chans Kunz continua a chiedersi: allora è proprio nella follia che noi possiamo ancora cogliere le tracce più luminose ed intense della fede? E' nei mondi apparentemente abbandonati da tutti che cogliamo ancora qualche traccia di quello che il Vangelo rappresenta nel suo essere scandalo? Nel suo essere, cioè, la cancellazione di ogni convenzione, di ogni ripetizione, di ogni conquista: quasi l'emblema della sconfitta, che diventa a volte, anche qui quando la luce della fede ci aiuta, infinitamente più significativa che non i trionfi della vittoria.

Ha scritto un celebre poeta tedesco come Rilke: resistere è tutto; anche nella follia si resiste al dolore, alla sofferenza, all'angoscia, alla disperazione se c'è il dono della fede che illumini le persone, che potremmo essere anche noi, essendo la follia una possibilità che non è estranea a nessuno, una possibilità umana con la quale dobbiamo confrontarci. Nella follia umana come mi sembra di poter dire soprattutto dopo gli anni che ho trascorso in ospedale psichiatrico, continua a vivere, continua ad essere presente, quella traccia della sensibilità dell'altruismo, della generosità, del vivere le esigenze di affetto e di amore che sono il senso della follia dell'amore: della follia degli uomini e della follia di Dio.

Faccio un'ultima citazione per cogliere un altro aspetto della follia nella quale si rivela anche il senso dell'essere stranieri. Chiunque viva un'esperienza di follia si fa, diviene, istantaneamente straniero ai nostri occhi, appartiene a quest'altro mondo del quale ho parlato.

Cogliere nella follia l'immagine di un Dio che dice: *“non abbandonarmi”*, l'immagine dello scandalo della Croce, significa anche, passando dai piani in qualche modo spirituali a quelli più semplici e più umani, essere di aiuto a quanti conoscono le spine dolorose della sofferenza psichica. I malati psichici sono sempre semplici ospiti sulla terra, passano come se non avessero diritto ad avere una dignità che consenta loro di confrontarsi con gli altri sul piano della libertà; eterni stranieri che portano con sé decaloghi spezzati che non sanno leggere, e che dovremmo aiutare a leggere.

Queste le parole di uno scrittore Francis Scott Fitzgerald che ha scritto romanzi splendidi come *“Tenera è la notte”* da un celebre verso di John Keats. Così, vivendo accanto, salvandola alla moglie divorata dalla follia, egli ha saputo cogliere in lei questi due aspetti della stranierità e della solitudine che hanno accompagnato il Signore sul Calvario. E che accompagna anche chiunque di noi viva o si incontri con la vita, percepandone le ombre di dolore, di angoscia che poi si esprimono in una luce ancora più accesa,

ancora più dolorosa, a volte anche insostenibile in questi abissi della follia che continuano ad essere considerati come portatori di insignificanza, come sfigurati e deformati, perché non siamo capaci di cogliere in essi le linee della comprensione e anche della tenerezza che ne scaturiscono.

- **Intervista filmata con ALDA MERINI – La poetessa dei Navigli che ha vissuto l’esperienza del ricovero in O.P.**

L’intervista è stata realizzata da Paolo Taggi e Vanni Vallino in due momenti distinti della vita di Alda Merini.

Don Dino: No comment. E’ un’intervista ricchissima. Se dovessimo riassumerla: è l’intervista ad una donna che ha una grande capacità di amare e un grande desiderio di essere amata.

Tra le tante frasi che voglio ricordare una sola: per guarirli ci vuole l’amore. Sarà vero?

➤ **Dalla PAURA alla SOLIDARIETA’: verso una integrazione (Panel di testimonianze delle Associazioni che si occupano dei malati psichici) - Coordina la:**

- **Dott.ssa Barbara Serra – psicologa, lavora a Biella – Ha messo in piedi e gestisce “Ascolto Amico”**

Sono psicologa e lavoro per una cooperativa sociale di lavoro per malati psichici, nel Cossatese, che si chiama “La Coccinella”. Lavoro prevalentemente con utenza psichiatrica e mi occupo della gestione di alcuni gruppi appartamento. Lavoriamo in stretta collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e siamo coloro che hanno ereditato il dott. Geda e siamo molto felici di questo.

Collaboro con la Caritas diocesana di Biella nel senso che, grazie a Gianni Pescio, insieme ad altre colleghe di Biella, mi occupo del coordinamento dell’organizzazione del tavolo locale. E’ un tavolo nato nel 2000; io non c’ero ancora però si era decisamente pochi, e c’era Gianni, insieme all’allora direttore del dipartimento di Biella dott. Lo Monaco che appunto hanno spinto per la creazione di questo tavolo convinti che fosse importante, che fosse necessario mettere insieme tutti gli interlocutori che abitualmente operavano, e ancora adesso operano, all’interno di questo settore per creare proprio un tavolo di lavoro che fosse operativo dal punto di vista più politico che concreto in senso stretto perché aveva l’arduo compito di sviluppare una politica di sensibilizzazione, una politica della solidarietà, una politica dell’ascolto e dell’accoglienza, per cui ci siamo posti questi obiettivi molto ampi e che, a distanza di sette anni, possiamo dire di aver iniziato un po’ a raggiungere. Aver iniziato perché credo che sia un discorso talmente ampio che ci vorranno altrettanti anni per poter andare avanti.

L’anno scorso abbiamo realizzato in realtà un progetto, di cui siamo molto orgogliosi e che speriamo di poter continuare a portare avanti altrimenti rimane uno dei nodi della rete che rimangono lì e sarebbe un peccato dover perdere, ed è “l’Ascolto amico”. E’ un centro di ascolto che si caratterizza per il fatto di essere sia un call center, quindi con la possibilità di ricevere telefonate da coloro che hanno bisogno, ma anche uno sportello d’ascolto dove ci sono sia operatori che volontari. E questa cosa ci piace perché non ci siamo solo noi tecnici che possiamo dare delle risposte ma si è cercato di creare un servizio integrato come altri servizi che già ci sono e che possono effettivamente “dare un orecchio” a tutti coloro che hanno bisogno.

All’interno del nostro sportello si possono trovare sia i tecnici ma anche i volontari, i familiari e gente comune, gente che può ascoltare e dare delle risposte con il cuore.

- **Sig.ra Valeria Quaglia – A.I.s.p. : Associazione per la lotta alla sofferenza psichica di Novara**

L’associazione che rappresento è nata a Novara nel 1986 con l’obiettivo di aiutare i familiari di persone che hanno il problema della malattia mentale.

Siamo una delle associazioni “più anziane” di Novara. Nel corso degli anni anche alcuni utenti del D.S.M. sono entrati a far parte della nostra associazione. E’ a entrata libera. Ci riuniamo tutte le settimane, salvo il mese di agosto, presso il Centro servizi per il volontariato e la nostra facilitatrice, compresa nel gruppo, è una psichiatra che il D.S.M. ha messo a nostra disposizione per il gruppo.

L’A.l.s.p. è aderente all’UNASAM – Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale – dal 1993 e collabora con l’Associazione per la lotta alle malattie mentali di Torino che è referente regionale per l’UNASAM. L’A.l.s.p. dal 2001 fa parte del tavolo “la comunità che guarisce” e con il tavolo, secondo gli intendimenti del tavolo regionale, ha partecipato abbastanza assiduamente all’attivazione di reti di solidarietà nei confronti dei malati psichici e loro famiglie.

Ha partecipato all’azione di stimolo verso le istituzioni affinché promuovano politiche sociali favorevoli ai nostri congiunti e amici malati.

Ha partecipato all’azione per favorire e potenziare il funzionamento dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione rimuovendo gli ostacoli culturali e strutturali. Questi in fondo sono i punti dell’accordo di collaborazione che abbiamo stipulato insieme noi tutti appartenenti al tavolo della “comunità che guarisce”.

Il tavolo è anche un bellissimo esempio di pluralismo: vi partecipano non solo associazioni che si interessano di malattie mentali ma cooperative sociali, sindacati CGIL medici di Torino e mi sembra significativo questo, D.S.M. con i direttori e, negli ultimi anni, vi partecipano assessori alle politiche sociali per es. della provincia di Novara, di Biella ed altri.

L’A.l.s.p. da più di 10 anni porta avanti il gruppo di mutuo auto-aiuto, anzi abbiamo fatto nel tempo dei gruppi differenziati, anche un gruppo sul mobbing che però si è esaurito, mentre il nostro di familiari e utenti continua.

Inoltre promuove incontri di formazione sulle malattie mentali e iniziative volte alla prevenzione del disagio. Abbiamo incontrato più volte studenti di istituti superiori diversi di Novara; per due anni di seguito abbiamo fatto, al pomeriggio delle domeniche, dei piccoli gruppi di studenti del liceo Castelli di Novara e, con un paio di noi volontari, abbiamo attuato dei momenti di compagnia, di divertimento all’interno delle comunità protette e non solo del D.S.M.

Il nostro dipartimento ha attualmente sede presso le strutture del vecchio manicomio.

Negli ultimi anni l’A.l.s.p. ha elaborato progetti che sono stati finanziati dall’assessorato alle politiche sociali della nostra provincia.

Per primo “vivere nella comunità al di là dei pregiudizi”

- ◆ Ci siamo impegnati a stare con i nostri amici e pazienti del dipartimento durante i pomeriggi del sabato e della domenica per attività ricreative, viaggi interessanti in zone della provincia di Novara.

Ci sono state anche serate a teatro per far trascorrere momenti di svago, di divertimento finalizzati sempre a un rapporto alla pari. Alcuni tra i volontari A.l.s.p. incontrano regolarmente una o più volte o molte volte alla settimana un paziente o più pazienti del D.S.M.; gli incontri sono concordati sempre con il medico psichiatra che cura la persona e sono l’occasione perché il paziente stesso abbia un rapporto di amicizia che poi nel tempo diventa fiducia, confidenza.

- ◆ Il secondo progetto che stiamo per attuare, è in preparazione, e si chiama “i senza voce” e qui abbiamo una serie di 12 manifesti, con cui vorremmo tappezzare tutta la provincia di Novara e cioè il dipartimento di Novara nord e Novara sud con delle immagini emblematiche e delle frasi che cerchino di abbattere prima di tutto lo stigma e far pensare. Sono 12 immagini differenti, una per ciascun mese, cominciando da gennaio, da distribuire anche nelle scuole superiori e in tutte le parrocchie; per questo chiediamo a don Dino e a don Pier Davide e a tutti i sacerdoti che possono perorare questa causa presso le parrocchie; che questi manifesti vengano affissi e divengano un motivo per domandarsi cosa vogliono dire: potrebbe essere un inizio per prendere coscienza della malattia mentale.

Nel mio volontariato presso l’associazione mi sono accorta che tutti quelli che ne fanno parte o sono direttamente colpiti dalla malattia per loro stessi o per un figlio o un congiunto o che in qualche modo hanno avuto rapporti con qualcuno malato hanno acquistato una sensibilità particolare.

La malattia mentale è una cosa ambigua, difficile da capire, difficilissimi sono i percorsi con cui un malato ci fa capire qualcosa e non sempre capiamo che cosa ci vuole comunicare.

♦ L'ultima realizzazione in ordine di tempo è un po' una scommessa: e la costituzione di un coro polifonico formato da volontari, regolarmente autorizzati ad accedere nei locali del D.S.M. presso il Centro diurno, pazienti e ospiti delle comunità protette. I pazienti sono molti: si aggiungono, poi si ritirano e poi ritornano e magari non partecipano e stanno ad ascoltare. Il coro è diretto da uno psicologo musico-terapeuta; infatti la musico-terapia è un metodo molto potente per risvegliare nelle persone specialmente malate che, come dice il nostro dottore, quando sono malate hanno anche la voce che denuncia la malattia per liberare questo potere del nostro corpo, cioè la voce, ed ottenere l'amplificazione e fare qualcosa di bello. E farlo insieme ha creato un ambiente molto bello, molto amichevole, alla pari e di questo siamo contenti anche se ancora non ci consideriamo un vero coro perché abbiamo iniziato solo a febbraio e il nostro maestro è piuttosto esigente. Ma l'obiettivo non è tanto la perfezione quanto tutto quello che c'è dietro e anche per noi volontari è un insegnamento importante e interessante.

L'A.I.s.p. ha creato, diciassette anni fa, una cooperativa sociale di tipo B "PRISMA" che rilega libri, fabbrica album per foto, rubriche, ecc. e ha la sede all'interno delle strutture del D.S.M. In questi anni sono passati una ventina di pazienti in borsa lavoro e alcuni sono anche riusciti a uscire dalla borsa lavoro e andare a lavorare in altri luoghi con orario magari part-time o anche orario pieno.

Comunque, presso la cooperativa, c'è sempre la supervisione degli psichiatri del dipartimento.

- **Don Roberto Salsa - A.v.a.p. : Associazione volontari aiuto ammalati psichici – di Verbania**

La nostra associazione è nata nel maggio 1999 sotto la spinta molto forte di due persone in particolare: Giuseppe Variatti, che è stato il primo presidente, e don Giuseppe Masseroni, che è stata un po' l'anima spirituale di questo gruppo.

Io sono entrato un paio di anni fa perché, essendo stato chiamato a S. Leonardo a Pallanza a fare il parroco, in quel momento c'era bisogno di uno che assumesse la carica di presidente e hanno preso me; cerco di farlo in modo meno infame possibile.

La nostra associazione ha una struttura molto semplice e neanche un numero enorme di aderenti: i volontari effettivi sono una trentina, che per la verità non sono pochi, tenuto conto del settore. E' una struttura assembleare con un comitato che si ritrova almeno mensilmente per gestire poi la attività e le problematiche più attuali e più urgenti. Il comitato è composto da 6/7 persone.

Ci sono tre settori fondamentali su cui vale la pena di riflettere, di confrontarsi.

Siamo dunque un'associazione di volontariato ma di fatto la maggioranza delle nostre attività sono di collaborazione. Quindi primo nodo fondamentale da mettere in chiaro è proprio la collaborazione. Noi lo abbiamo nodato e speriamo di non doverlo riannodare e questo è elemento decisivo perché quando c'è una bella collaborazione in particolare con gli operatori del Centro di Salute Mentale comunque della struttura ASL le cose funzionano bene.

Noi siamo effettivamente arrabbiati con Biella, per modo di dire, perché la presenza del dott. Geda, che avete avuto modo di apprezzare questa mattina, è stato davvero importantissimo e per certi aspetti quasi determinante in questa collaborazione. La collaborazione continua sviluppandosi su alcuni filoni:

♦ Le visite al Centro di Igiene Mentale, cioè ci sono dei volontari che ogni giorno fanno visita ai pazienti ricoverati in ospedale.

♦ Il secondo, che è poi quello più corposo nel senso che richiede più energie, più agilità e anche più soldi, è quello della collaborazione con il centro diurno che raccoglie i pazienti che vivono autonomamente ma trascorrono almeno alcune ore presso il Centro di Igiene Mentale nella struttura dell'ospedale per essere aiutati, stimolati, ecc. Qui la collaborazione è proprio molto operativa su molti progetti anche pratici. Per esempio l'acquisto del calciobalilla, della macchina per stampare le magliette, materiale per l'animazione, di un televisore o un proiettore, ecc.

Comunque una delle cose che ci è riuscita meglio è un progetto di collaborazione con gli operatori del Centro di Salute Mentale ed è quello di accompagnamento dei pazienti al sabato ed alla domenica.

♦ E qui entra in campo una terza collaborazione che mi sembra di poter dire strutturale, fondamentale con una cooperativa che opera proprio nel settore del disagio psichico: la cooperativa "Segna" che gestisce alcuni gruppi appartamento e che si è resa di fatto disponibile per questa collaborazione quindi per l'accompagnamento dei malati anche, per esempio, a vedere un film, a fare una gita, occupando

quindi preferibilmente le ore dal sabato sera e della domenica. E' un progetto che ha incontrato una grande attenzione, un gradimento elevato da parte anche delle persone che hanno un disagio psichico.

Ho già accennato ad un terzo filone che è quello della visita ai gruppi appartamento dove vivono gli ammalati per un periodo relativamente lungo, a volte per pochi mesi e a volte per degli anni, e che in genere sono seguiti da operatori dell'ASL ma anche gestiti di fatto poi da cooperative e noi collaboriamo. Naturalmente qui entra in campo l'aspetto più volontaristico del lavoro che fa l'associazione ed è anche una visita agli ammalati che non sono nei gruppi appartamento ma sono a casa loro e che hanno bisogno di visita, di sostegno e di incoraggiamento; alcuni di questi accompagnamenti sono davvero esemplari perché continuano ormai da anni.

Questo elemento del volontariato e del sostegno ha anche poi un altro aspetto molto più pratico, operativo, concreto forse anche banale ma comunque richiesto ed è quello della distribuzione di viveri, di aiuti economici a persone che, essendo in grave disagio, spesso non sono neanche in grado di sbarcare bene il lunario.

Ritorno al settore collaborazione perché mi sembra quello decisivo e un altro elemento che mi sembra fondamentale e su cui abbiamo avviato un esperimento, un'esperienza in due tappe ed è quello che noi chiamiamo "spazio del volontariato" all'interno dell'ospedale di Pallanza. Cos'è?

Era un'idea elaborata dal dott. Geda insieme ai responsabili dell'associazione, di cui non ne facevo ancora parte, e prevedeva l'utilizzo dello spazio collocato all'ingresso dell'ospedale Castelli di Pallanza per una proposta di carattere informativo e questo si è realizzato già nel mese di dicembre dello scorso anno, dopo un'attesa durata mediamente due anni dovuta un po' alla burocrazia dell'ASL. Coinvolge attualmente una ventina di associazioni e copre un periodo di quattro ore tutti i giorni, tranne sabato e domenica; è uno sportello dove ci si può rivolgere per avere informazioni sulle associazioni di volontariato nel settore socio-sanitario.

L'ipotesi futura è anche quella di farlo diventare uno sportello di informazioni su tutto il settore sanitario. Secondo aspetto, più delicato, è l'apertura di un negozio con il nome di **acashop** dove è possibile inserire anche persone che hanno difficoltà, attraverso delle borse lavoro. Questo progetto è recente, funziona da pochi mesi con una certa fatica perché economicamente tenere insieme la cosa non è facile ma per ora teniamo duro.

Queste collaborazioni cominciano ad allargarsi ed è diventata l'occasione per uno scambio e mi sembra di particolare interesse e di particolare fecondità con molte altre associazioni e, magari, da cosa nasce cosa.

L'ultima sottolineatura riguarda il campo della sensibilizzazione. Cosa tentiamo di fare? Al di là di quel punto che è informativo ma anche di sensibilizzazione, presente all'interno dell'ospedale, le altre occasioni da segnalare sono:

✓ La cura della giornata del malato psichico del 5 dicembre c.a.; si cerca sempre di fare qualcosa di pubblico. Quest'anno siamo partiti un po' in ritardo e rischiamo di rimanere un po' al palo. Abbiamo alcune idee un po' elevate cioè entrare nei supermercati ma le difficoltà burocratiche per i permessi temo non ci permettano di realizzarla. E' un'idea interessante.

✓ Un'altro filone che mi sembra proficuo è di collaborazione con il comune di Verbania: il cosiddetto progetto "mappamondo" che presenta soprattutto all'interno delle scuole superiori le varie associazioni di volontariato. Ne facciamo parte anche noi e, in base alle richieste che i vari consigli di classe avanzano, entriamo poi nelle scuole a presentarci e fare attività con i ragazzi.

- **Sig. Giovanni Marchionni – ISPAM : Iniziative e Studi Psico-sociali Amelia Monastra - Borgomanero**

Vorrei articolare l'intervento su diversi aspetti:

La nostra è un'associazione promossa da operatori che operano nel servizio di medicina mentale e di familiari che ad un certo punto, si sono resi conto che, oltre all'intervento pubblico, bisognava darsi da fare per affrontare la problematicità che è stata ben presentata nelle relazioni di questa mattina.

La prima fase è nata nel 1993 e si è limitata a fare un'opera di sensibilizzazione tesa a salvaguardare i diritti e la dignità del malato psichico. Quindi tutte le iniziative sono state fatte e portate avanti in questa direzione utilizzando tutti gli strumenti possibili di informazione che purtroppo le associazioni di volontariato hanno quindi con i limiti oggettivi con cui dobbiamo fare i conti: poca televisione – sapete

che il mezzo televisivo è quello più penetrante nelle famiglie, nella realtà – per cui mancando questo diventa difficile surrogarlo con i volantini, con tutta una serie di iniziative che man mano nel tempo abbiamo sperimentato e che continuiamo a fare. Al primo dicembre abbiamo il mercatino di Natale: l'occasione non è tanto di presentare dei prodotti ma di far conoscere la nostra associazione e gli scopi che si prefigge.

Abbiamo un appuntamento stabile nel corso dell'anno e che è nostra "cena sociale", che poi va ben al di là del numero degli associati. All'ultima cena del 2007 erano presenti 330 persone. Spesso e volentieri le persone che partecipano sono anche i nostri finanziatori, perché viviamo naturalmente del contributo della gente comune e c'è tanta brava gente che ci aiuta, che ci dà una mano, che ci consente di sopravvivere, senza di loro non saremmo nelle condizioni di poter operare.

Dopo i primi anni, chi mi ha preceduto nel ruolo si è reso conto che fare della filosofia, fare dell'informazione era importante ma bisognava poi sporcarsi le mani e quindi chiedersi cosa si poteva fare in concreto, quali erano le carenze della struttura pubblica: enormi. Noi non ci possiamo lamentare del D.S.M. con cui abbiamo uno splendido rapporto quindi una sinergia e una capacità di integrarsi, però la realtà è quella che è. Penso alla fatiscenza delle strutture psichiatriche, a partire da quella di Novara; è stato chiuso il manicomio ma le strutture dove c'è il centro diurno sono le medesime di allora.

Per un malato mentale entrare in quei posti è un problema e io credo che bisogna porsi questi problemi perché molto dipende dalla qualità dell'accoglienza, di come vengono accolti, dove vengono accolti. E questo riguarda non solo l'ospedale di Novara e non solo il reparto di Novara ma riguarda molte strutture che sono presenti in Piemonte. Io quelle poche che ho avuto la sventura di visitare, anche per una persona che non ha problemi psichici il solo contatto..., e pensare che un familiare debba essere ricoverato in quei posti..., bisogna avere un bel coraggio.

Dobbiamo farlo presente, senza che questo diventi un atto di accusa per gli operatori, però questa è la realtà con la quale dobbiamo fare i conti e misurarci e dobbiamo anche chiamare a rispondere la comunità più in generale, non solo la comunità dei credenti, la comunità ecclesiale.

Di fronte ad una spesa che è quella che è, con disequilibri dal punto di vista della distribuzione delle risorse anche a livello regionale che grida vendetta al cospetto di Dio: a Torino vanno più del doppio delle risorse che arrivano a Novara. E quindi c'è anche un problema: il malato di mente non credo sia molto diverso, chi ha bisogno dell'intervento, dell'assistenza non credo si ponga il problema se è nato a Torino, se vive a Torino o se vive a Novara o nelle nostre valli.

Altra questione è che il venerdì pomeriggio i Centri chiudono, vanno in vacanza e il malato mentale sabato e domenica deve andare in vacanza, non deve avere problemi.

Poi c'è il problema del personale, della turnazione ecc. ma credo che queste siano le prime domande che noi dovremmo rivolgere al politico, alla struttura pubblica e quindi avere delle risposte.

Il piano sanitario regionale si è posto questi problemi? Certamente no! E credo che noi dobbiamo far crescere la sensibilizzazione e quindi ciascuno, come cittadino e come credente, deve supportare e rivendicare con rabbia, infatti io molto volte, quando mi confronto con la dimensione politica, mi arrabbio perché su queste cose risposte non ce ne sono. Quindi noi ci siamo domandati: cosa facciamo? Per fortuna abbiamo trovato il parroco di Bolzano Novarese che, anziché vendere quella splendida villa di Bolzano al libero mercato – e c'erano tanti industriali disponibili ad acquistarla a fior di milioni di euro – ha deciso che doveva essere destinata ad attività di carattere sociale. Con lui abbiamo costruito questa, ci è stata in comodato d'uso, noi l'abbiamo ristrutturata come associazione, abbiamo investito con l'aiuto anche della provincia – il dott. Tosi ci ha dato una mano – e la comunità del Novarese ci ha finanziato, ma anche qui non è facile avere dei finanziamenti. Per es. alla comunità del novarese c'è una pre condizione: loro finanziano le iniziative meritevoli a condizione che il 50% dell'investimento deve essere di autofinanziamento. Voi capite che un'associazione di familiari deve, per poter accedere, trovare questo 50%. Noi abbiamo supportato una spesa di circa 200.000 euro e vi lascio immaginare cosa abbiamo dovuto fare per riuscire a portarla a termine.

Questo progetto lo abbiamo chiamato progetto "Speranza 2000"; è partito nel 2005 per cui sono due anni che funziona, è un gruppo appartamento, una casa alloggio con anche qui un progetto abbastanza innovativo nel senso che si pone non solo l'accoglienza ed il mantenimento di malati psichici ma l'obiettivo di operare per una rieducazione, un reinserimento, quindi affrontare quel percorso di recupero

quando il malato esce dalla fase acuta farmacologia ed è lì che il passaggio è molto delicato. Non è cosa facile.

Attualmente abbiamo inseriti tre ragazzi e due ragazze; ci sono alti e bassi, con grandi soddisfazioni e delusioni immense; chi è vicino a queste realtà sa benissimo che il pendolo va su e giù con una facilità estrema, però con grandi soddisfazioni. Io dico che forse riceviamo di più noi di quanto diamo come volontari.

Non siamo un gruppo grandissimo: tra tutti siamo circa 17 – 18 che facciamo di tutto. E oltre a questa attività facciamo anche attività diurna, sempre in stretto raccordo con il Centro di medicina mentale di Borgomanero: il venerdì facciamo giardinaggio con un gruppo di pazienti che arrivano dai Centri di Borgomanero e di Oleggio; il martedì facciamo il pre-lavorativo perché spesso e volentieri quando la struttura ritiene in grado i pazienti di poter accedere ad un lavoro molto spesso queste persone vengono avviate al lavoro con tutte le fatiche ed i problemi che ci sono e poi non reggono. Stanno lì un giorno, un'ora e poi... Quinti anche nel rapporto con il mondo del lavoro ci sono difficoltà e problemi.

Noi facciamo questa operazione preliminare quindi verifichiamo se sono poi nelle condizioni di reggere un lavoro a tempo parziale, a tempo pieno, a tempo determinato.

Il giovedì facciamo accoglienza, è aperto, è una giornata in cui chiunque che frequenta il Centro di Borgomanero può venire alla villa, accompagnato o portato e passare una mezza giornata in compagnia.

In più svolgiamo un'attività al sabato, alternativamente con i pazienti e i familiari, vorremmo farlo tutti i sabati ma dobbiamo fare i conti con le disponibilità che abbiamo.

Tra parentesi abbiamo più problemi a coinvolgere e far partecipare i familiari che i pazienti. E questo credo sia un problema sul quale, anche dal punto di vista della sinergia, ci potreste aiutare a convincere i familiari; anche se il centro fa corsi di preparazione, di sensibilizzazione, se fanno un incontro anche con noi poi alla fine, non dappertutto, per mille e una ragione i familiari non sono ricettivi. Molto spesso ci sono anche delle difficoltà che incontra sia la struttura specialistica e sia noi come volontari. Mi sono trovato in più di un'occasione dove la valutazione del familiare, alla fine di tutto questo percorso, è stata: mio figlio non è malato, ha solo un piccolo problema, un esaurimento temporaneo quindi è inutile che io lo convinca a continuare a frequentare.

L'ultimo caso è di un ragazzo che veniva al martedì a fare il pre-lavorativo: la famiglia ha deciso di non mandarlo più, senza consultare il medico, senza consultare la struttura e lo ha mandato a lavorare in un cimitero.

E purtroppo dobbiamo operare tenendo conto che non sempre questo è legato al livello di istruzione, non è sempre così perché queste risposte le abbiamo avute soprattutto dalle persone meno umili quindi dal punto di vista più istruito e che hanno la capacità, ma c'è proprio il rifiuto e quindi non è un problema di carattere generale ma spesso coinvolge anche le famiglie.

E noi vorremmo essere più presenti, più di supporto alle famiglie nel momento in cui devono prendere atto di una tragedia, perché per una famiglia è una tragedia e noi, che siamo quasi tutti familiari di pazienti psichici, viviamo questa dimensione perché ce l'abbiamo in casa e sappiamo cosa significa e che cosa significa quindi impegnarsi e che valore può avere un aiuto da parte di chi condivide perché vive quell'esperienza, vive quel dramma. Un conto è raccontarlo e un conto è viverlo e quindi c'è la possibilità che noi possiamo essere di aiuto alle famiglie che vengono purtroppo colpite da questa sventura.

Noi avremmo in mente molte cose da fare soprattutto per coprire quei vuoti della struttura pubblica al sabato e alla domenica, tenendo conto che non è solo un problema ricreativo ma anche terapeutico. Il portare in giro i ragazzi quindi non è solo un problema di accoglienza e di condivisione, è anche un problema che risponde ad una esigenza terapeutica e fare o non fare questo potrebbe aiutare o pregiudicare l'uscita dalla malattia.

Che cosa chiediamo a voi, alla comunità? Chiediamo un impegno più diretto, questi sono veramente gli ultimi, ultimi e non so se dopo di questi c'è qualcun altro. Si grazie sorella del suo suggerimento, ci sono anche i carcerati.

L'anno scorso, giornata della malattia mentale, è arrivato dalla comunità che guarisce il documento dei Vescovi piemontesi, purtroppo è arrivato tre quattro giorni prima e quindi con poco tempo a disposizione. Allora con chi lavora con me ci siamo divisi un po' i compiti e siamo andati a suonare i campanelli delle

varie parrocchie dicendo che cosa avremmo voluto fare. Risultato: in molti casi neanche una parola, dove proprio ci è andata bene l'hanno inserita nella preghiera dei fedeli.

Io mi aspetterei che domenica prossima, giornata nazionale della malattia mentale, il documento diventi veramente un momento di riflessione nella comunità ecclesiale e che ci sia poi un raccordo maggiore per fare quel lavoro sinergico per riuscire a scambiarsi informazioni ed essere di reciproco aiuto per individuare tutte quelle persone che vivono questo dramma e che purtroppo non sono seguite, non trovano risposte perché sono chiuse nell'ambito domestico.

La malattia mentale, lo stigma, viene vissuta come una colpa e quindi chi ce l'ha si sente colpevole di aver un figlio, un familiare colpito dalla malattia e quindi tende a nascondere, a chiuderlo e impedire che si possa intervenire.

Quella della prevenzione è una cosa fondamentale che noi abbiamo già avviato in collaborazione con il coordinamento dell'associazione dei servizi di Borgomanero nelle scuole e vediamo cosa produrrà.

- **Sig.ra Enrica Cacciari – Caritas di Grignasco**

Vorrei brevemente illustrare il progetto che abbiamo elaborato: progetto di accoglienza e di sostegno per le persone che vivono nel disagio mentale e che contiene le istanze emerse in questi ultimi due anni 2006-2007 durante i quali la Commissione Caritas ha posto attenzione al problema.

Il diffuso malessere che colpisce in modo saltuario e stabile anche la componente giovane della nostra comunità non può non essere oggetto di attenzione soprattutto in prospettiva di carità, visto il disagio che questa situazione provoca nelle persone che vivono tale condizione. La sofferenza psichica è grande e rimane tra le povertà presenti, quella su cui abbiamo deciso di porre attenzione visto che non è ancora affrontata dal punto di vista dell'attenzione sociale mentre è possibile alleviarla.

L'isolamento della persona è solo uno dei segni prodotti da questa malattia (con aggiunta) attenzioni presenti all'interno della famiglia di origine spesso insieme ad un difficile inserimento o anche alla perdita del posto di lavoro con conseguente ristrettezza economica tale da non permettere una vita dignitosa.

Papa Benedetto XVI invita a non far venir meno la solidarietà verso le persone che vivono questa sofferenza tenuto conto che il contesto sociale non sempre accetta i malati di mente con le loro limitazioni e in particolare invita gli operatori pastorali, e quindi le parrocchie, a iniziative concrete verso le famiglie e verso chi vive il disagio promuovendo sempre di più la cultura dell'accoglienza e della condivisione.

Il progetto si muove proprio in questa duplice direzione: intende porre da una parte attenzione al problema e a chi lo vive e dall'altra alla comunità cristiana perché sia disponibile all'accoglienza e non tenda ad isolare. Il progetto si configura come risposta significativa alla sollecitudine con cui papa Benedetto ha richiamato le comunità cristiane a misurarsi con il problema del disagio mentale.

Gli obiettivi che si vogliono perseguire sono fondamentalmente tre:

- I Accoglienza dei bisogni dei malati, cioè far uscire dall'isolamento attraverso passi graduali che permettano di creare una cultura diffusa dell'accoglienza. In questo la comunità cristiana ha un suo ruolo definito come comunità che guarisce.
- II Creare solidarietà fra i coadiuvanti il progetto e i soggetti a cui è rivolto, condividendo momenti comuni, progettando insieme, attivando iniziative concrete, stabilendo una conoscenza reciproca e rapporti franchi improntati nella fiducia e nella fraternità.
- III Scoperta del Vangelo come base delle scelte con le quali vivere rapporti di amore cristiano. Con questo si intende fare un'esperienza di fede come guarigione interiore e andare insieme con Cristo verso il Padre.

- **Dott.ssa Giovanna Chiari – psicologa di Grignasco**

Sono stata interpellata per collaborare a questo progetto e quindi sono qui a presentarlo in modo operativo. E' ancora in fase embrionale, partirà nei prossimi mesi però abbiamo pensato di presentarlo ugualmente. Abbiamo già fatto delle giornate e in particolare abbiamo già adibito una struttura. Questa iniziativa possiamo riassumerla in questo modo: uno spazio, un tempo dedicati a persone che vivono una sofferenza mentale. Uno spazio e un tempo dedicati, quindi non riservati solo a loro, di dialogo, di incontro, di lavoro e di festa.

Lo spazio è quello di una casa che abbiamo chiamata “Ca’ Dalisa”. E’ una casa che porta il nome di una persona molto cara, una mia collega psicologa Simonetta Dalisa di Grignasco e che è morta qui a Verbania mentre scendeva dall’oxsologico insieme ad un’altra sua collega. Abbiamo ricordato lei perché era attiva nella sua parrocchia e un’operatrice in questo campo.

Una casa quindi che richiama l’idea di accoglienza, di calore, di famiglia; uno spazio, un luogo dove ci si sente accolti e si condividono delle esperienze. Questa casa fattivamente è un appartamento che faceva parte della casa parrocchiale e non veniva usata. E’ stata ristrutturata in questi mesi e pensata proprio per questa iniziativa.

Un tempo anzi più tempi diversi pensati sempre per queste persone: un tempo infrasettimanale che si articolerà in lavoratori, in particolare alcuni sono quasi attivati di rilegatura di libri e altri impegni in qualche attività che potranno produrre dei piccoli autofinanziamenti per sostenere l’iniziativa. E’ un tempo di festa: cioè questo spazio sarà sempre aperto alla domenica in cui verrà preparato e offerto un pranzo per le persone che frequentano la casa a cura di volontari e famiglie che sono sensibili a questo problema e che hanno questo problema, e che si alterneranno in questo compito per rappresentare un po’ quella comunità che accoglie. Al termine del pranzo poi ci saranno dei momenti di condivisione oppure si parteciperà ad iniziative della parrocchia per es. gite ecc.

Mi auguro, il prossimo anno, di poter tornare per parlare operativamente di questa iniziativa sperando che sia diventata un vero spazio concreto e un tempo di ascolto e di dialogo ma soprattutto un tempo, uno spazio di speranza.

- **Sig. Fiore – (esperienza personale)**

Prima di iniziare vorrei ringraziare la Caritas per aver organizzato questo convegno e per avermi dato la possibilità di parlare.

Ho trentaquattro anni e da sette sono in cura presso il D.S.M. di Novara. Da circa un anno ho capito che la massiccia cura di farmaci non ha avuto alcun effetto evidente, i miei problemi c’erano e ci sono ancora, non di droga perché ho superato la cocaina per fortuna ma preferivo starci; forse crepare con la cocaina era meglio sotto un certo punto di vista, adesso mi sono svegliato più incavolato e più cattivo di prima forse.

Comunque ho capito che la cura non è solo il farmaco ma soprattutto è l’ambiente e le persone che gravitano intorno al malato; il farmaco anche in dosi massicce va bene, però quando mi stavo ammazzando, era in quel momento che mi dovevate sedare o addormentare anche per un anno se necessario.

Superato questo momento va costruita una nuova vita intorno al paziente, una vita fatta di spicchi di attività e di normalità, non essere passato per pazzo, anche quando una persona come me sta facendo delle cose normali come una persona normale. Invece questo non viene considerato: quello è un pazzo, un drogato; mi avete proprio rotto le... .

Spicchi di attività e di normalità che, una volta riuniti, ricompongono una personalità in grado di interagire in modo positivo con il mondo. Ovviamente il malato non può costruire da solo una cosa come questa, necessita di una fitta rete di professionisti, non ciarlatani. Ci devono essere persone che quando seleziona questa gente devono capire chi hanno davanti, se ha davanti solo uno che è giusto lì per mettere i soldi in tasca. Se io guardo un dottore in faccia vi posso garantire che lo faccio arrossire e tiro fuori le magagne che ha dentro.

Quindi una fitta rete di professionisti e soprattutto di volontari; io ci lavoro, sto facendo delle attività, non ne voglio parlare perché sono un pazzo e queste cose non hanno importanza, hanno importanza le cose che fanno i dottori, le cose che fanno le persone normali, io non sono una persona normale: ho il disturbo di borderline Vi posso dire che disturbo è. E poi venga qualche dottore a dire che non è vero. Il mio problema è: ho tanto bisogno di amore e di affetto. Solo questo.

E’ a questo punto che sarebbe auspicabile un forte coinvolgimento della Chiesa; a volte basta un caffè preso insieme per rischiarare una giornata buia.

Per concludere vorrei ringraziare la dott.ssa Corona, la sig.na Cerutti, la dott.ssa Benedetti anche se con lei mi sono un po’ arrabbiato su certe cose; un ringraziamento particolare alla sig.ra Placido e un grande ringraziamento che non ha parole a don Dino Campiotti, e grazie a voi.

- **Dott.ssa Giovanna Chiari**

Io ringrazio te che con il tuo intervento hai condensato tutto quello che si è detto questa mattina. E' stato un intervento molto sentito dove hai sottolineato l'importanza degli altri, il dolore della solitudine, quanto può far male stare soli, quanto può far star male non essere capiti, quando c'è bisogno dell'altro, quando c'è bisogno di amare.

- **Don Dino Campiotti**

Voglio ringraziare tutti voi anche se il tempo è stato tiranno e ci ha impedito di approfondire la funzione, il ruolo, il senso delle vostre associazioni. Avremmo sicuramente altre occasioni per farlo. Le parole chiave di questo convegno, a conclusione, potrebbero essere: sensibilizzazione e prevenzione, sono due termini che però abbiamo lasciato un po' lì sullo sfondo, soprattutto la prevenzione.

Io ne aggiungo una terza: il contagio. Dovremmo essere capaci, tornando a casa, di contagiare altre persone di questa nuova sensibilità che sicuramente oggi abbiamo acquisito. Da parte mia ho capito tante cose in ordine al problema che mi sembrava scontato.

Quindi essere capaci di contagiare anche il nostro piccolo contesto di vita o anche il nostro grande contesto di vita che è la parrocchia, la comunità ecclesiale.

Grazie.

Versione del 21/12/07