

Quando il CNR mi ha invitato a intervenire mi sono arrovellato il cervello per giorni per capire cosa dire, poi mi sono detto: "è meglio che lascio perdere". In seguito ho pensato che sarebbe stato un controsenso non cogliere l'invito del CNR ed esporre i pensieri maturati in questi anni di lavoro e durante i focus group necessari a questa ricerca.

Noi, operatori di cooperativa, per nostra condizione tendiamo a essere trasparenti, invisibili. Ciò è strano e inspiegabile, neanche la nostra precarietà dovrebbe giustificare questo. Mentre le figure professionali operanti nei Centri Diurni fanno continui convegni, gli operatori di cooperativa non si incontrano mai. È raro che riescano a trovare spazi per un semplice scambio di vedute e di riflessioni.

Dunque ringrazio il CNR per avermi dato la parola nonostante tutto.

Ero giunto alla conclusione che tra i pazienti gravi, senza speranza di un pieno reinserimento o inserimento sociale, e pazienti meno gravi, con capacità residue, dovevo dire qualcosa di più sui primi perché degni di maggiore attenzione, ma in seguito ho pensato che il discorso non andasse bene neanche così.

Le persone sono persone e non si possono fare categorie, tutti hanno pari dignità e diritto di essere considerati e valorizzati. Specialmente quando si tratta di persone che frequentano strutture pubbliche quali sono i Centri Diurni. Credo che nell'ambito della psichiatria ogni volta che si crea un'esigenza di cambiamento almeno in Italia ci si può richiamare al perché esistono i DSM.

Se in queste strutture si fa riabilitazione o comunque si tenta di fare ciò, per forza di cose, si deve andare in controtendenza a un mondo che in modo più o meno consapevole, trova ragioni e forza solo nello stigmatizzare sempre qualcuno (e troppo spesso solo soggetti deboli o a rischio di indebolimento). Con questa premessa il lavoro con i pazienti psichiatrici nell'ambito dei DSM può diventare un atto rivoluzionario.

Ma, se anche all'interno di queste strutture, per una qualche ragione si favorisse solo una certa tipologia di utenti a scapito di un'altra, ci si ritroverebbe a selezionare, a capire chi è più adeguato a fare cosa e dunque a ripetere in parte dinamiche di esclusione che purtroppo i pazienti già conoscono. Distinzioni forse si possono fare a patto però che ognuno, nessuno escluso, possa con le dovute proporzioni fare il suo percorso di cura e di riabilitazione.

Se poi pensiamo che le strutture sostitutive il manicomio sono l'atto forse incompiuto, ma sicuramente inaugurato e avviato di un rivoluzionario in giacca e cravatta e dai modi gentili come Basaglia, allora non posso fare a meno di pensare e di dire che tutti noi che operiamo in quest'ambito abbiamo un dovere: quello di proseguire su questa strada confrontarci continuamente e dialogare affinché la tentazione di favorire taluni rispetto ad altri non prenda mai il sopravvento. Basaglia ha usato proprio il potere del dialogo e della condivisione con tutti: psichiatri, pazienti, psicologi, infermieri operatori fino ai familiari e ai cittadini che magari non erano coinvolti direttamente da queste problematiche. Fino a far diventare la questione psichiatrica una questione morale e politica da risolvere in parlamento come avvenne nel 1978. Lo scopo allora era quello di fare un cambiamento rivoluzionario, necessario. Anche oggi di cambiamenti necessari nella psichiatria se ne dovrebbero fare. Ci sono nuove patologie, nuove competenze e il mondo non è più quello della fine degli anni '70. Ciò che non dovrebbe cambiare è una fondamentale consapevolezza: l'aspetto umano. I pazienti, gli utenti sono prima di tutto persone con una loro individualità. E quando per una qualsiasi ragione ci si dimentica di questo cadiamo inesorabilmente nelle dinamiche che governavano le istituzioni manicomiali.

Il Santa Maria della Pietà oggi fortunatamente è un parco pubblico ma rimane un monito per l'intera collettività, un punto di riferimento fermo su cosa non debba mai succedere nel trattare il disagio psichico.

L'istituzione totale manicomiale non dovrà mai ricrearsi in nessuna forma. E a garantire questo non saranno sufficienti mille strutture sostitutive se al centro delle idee, dei progetti e degli investimenti non rimarrà la persona con la sua soggettività.

Sono convinto che per i pazienti dei Centri Diurni i percorsi riabilitativi possono riguardare sia il lavoro all'esterno che la risocializzazione pura e semplice, che è possibile sia all'esterno che all'interno dei servizi. Di qualsiasi lavoro parliamo, quello che produce un reddito o quello che produce riabilitazione della persona, c'è sempre bisogno di una scintilla iniziale: la relazione.

Bisogna considerare che chi vive il disagio psichico, prima di perdere la capacità di essere produttivo o utile alla collettività, perde la capacità di relazionarsi con se stessi e di conseguenza con gli altri. Esistono pazienti nei centri che nel loro passato sono stati bravissimi artigiani, idraulici, elettricisti, fabbri, operai, addirittura odontotecnici!

Dunque con gli utenti il primo grande passo non è insegnargli una competenza o attivare capacità cognitive. Per queste persone il primo grande passo nei servizi è usufruire di un'accoglienza, riuscire a instaurare una relazione con qualcuno. In questo senso il compito è svolto da psichiatri, psicologi, assistenti sociali e infermieri.

Poi ci sono gli operatori di laboratorio che hanno il compito di coltivare e mantenere queste relazioni instaurate, chiaramente collaborando con l'equipe medica.

Usiamo il mezzo del laboratorio dove può avvenire di concentrarsi a fare falegnameria, giardinaggio, fotografia o altro: quello che conta, però, è che in quelle ore di "lavoro" gli uni si accorgano degli altri.

Esistono gli altri e con gli altri posso vivere, posso ritrovare me stesso. Nei laboratori dei Centri diurni delle Asl si svolge una partita a mio avviso importantissima: si ricreano possibili modelli relazionali, in breve si riprende fiducia nelle relazioni umane. E' questo modello relazionale che una volta acquisito dovrebbe permettere alla persona, che sta vivendo il disagio psichico, di poter affrontare "l'esterno" autonomamente e con successo. Spesso però, nei casi più difficili, la persona con gravi difficoltà psichiche, nell'usufruire del servizio del DSM ha già raggiunto un obiettivo importante. Ma anche in questi casi è giusto che operatori e utenti mantengano un'idea di piena autonomia come obiettivo finale e questo per evitare che la sfiducia e il pessimismo influenzino i percorsi riabilitativi e li facciano entrare in un loop senza senso né uscita.

Concludo se mi permettete parlando proprio degli operatori di laboratorio.

Se non si attribuisce importanza e dignità a chi di fatto fa riabilitazione o comunque contribuisce ad essa, non si attribuisce importanza alla riabilitazione stessa. Questo avviene perché probabilmente il disagio psichico è un problema talmente serio e complesso che diventa difficile credere che veramente lo si possa risolvere in modo soddisfacente per tutti: pazienti, familiari e collettività.

La letteratura, il pensiero attuale indicano che cura e riabilitazione sono sempre di più la stessa cosa o perlomeno oggi possono camminare di pari passo. Le istituzioni dovrebbero riconoscere un ruolo e una qualifica specifica agli operatori dei laboratori dei centri diurni ASL che già da tempo svolgono tale lavoro e hanno il compito di trasmettere non solo competenze, ma anche possibili modelli relazionali.