

La salute mentale in Basilicata, terra dura e gentile

Mental health in Basilicata

ROCCO CANOSA

Dipartimento di Salute Mentale ASL N. 4, Matera

*La Lucania ha bisogno di spiriti profondi
per essere compresa
e di anime vergini per essere amata*

Rocco Scotellaro

PREMESSA

Quando si affronta il problema dell'organizzazione dei servizi in psichiatria, troppo spesso ci si riferisce a modelli "dati", validi per ogni tempo e situazione. Dobbiamo, invece, allenarci a pensare che bisogni, desideri, richieste d'aiuto delle persone non solo hanno modalità espressive diverse da luogo a luogo, ma sono fortemente determinati dal contesto storico, culturale ed economico.

Tale approccio consente di realizzare servizi più vicini alle persone e di contrastare una tendenza omologata della qualità degli interventi.

Non basta solo analizzare quali e quante risorse siano presenti in un determinato territorio, ma è necessario capire come la gente vive, come si relaziona, quanto la storia collettiva generi pregiudizi rispetto alla diversità o possa, invece, innescare processi di solidarietà e di partecipazione.

La Basilicata ("terra dei re") o Lucania ("terra dei boschi"), per alcuni aspetti, può essere assunta come laboratorio per esperienze di salute mentale che colgano alcune peculiarità non presenti in altre aree del paese.

Diventa fondamentale, dunque, illustrare sinteticamente i contesti storico-culturale, demografico ed economico, oltre a quello riguardante la salute mentale.

CONTESTO STORICO - CULTURALE

La storia della Basilicata è stata caratterizzata dall'intreccio di fenomeni di immigrazione/colonizzazione ed emigrazione.

I primi popoli giunti nella regione, tra il IX e l'VIII sec. a.C., furono gli Enotri.

I Greci la colonizzarono in seguito, fondando, nel 630 a.C., l'importante centro di Metaponto. Dopo lunghe resistenze dei Lucani, la regione fu occupata dai Romani e poi invasa da Goti, Longobardi, Franchi, Svevi e Normanni.

Sotto il dominio degli Aragonesi, la Basilicata fu divisa in possedimenti e rimase, per diversi secoli, sotto il dominio spagnolo e borbonico, fino all'Unità d'Italia.

Quest'ultimo processo non fu indolore: i Piemontesi erano visti come invasori e sfruttatori dei contadini. Ugualmente la borghesia agraria, filoborbonica, temeva la confisca delle terre da parte del nascente stato italiano. In questa drammatica dinamica sociale nacque e sviluppò il fenomeno del brigantaggio, duramente represso dall'esercito sabaudo.

L'Unità d'Italia, nonostante la presenza dello Stato fosse più visibile, confermò la struttura sociale preesistente: concentrazione terriera nelle mani dei latifondisti, povertà estrema dei contadini, sopravvivenza di una piccola borghesia con significativi privilegi e i cui sentimenti di rancore e odio sono ben descritti nel libro di Carlo Levi "Cristo si è fermato a Eboli" (Levi, 1945).

Dalla fine dell'Ottocento fino alla II guerra mondiale l'emigrazione verso le Americhe o verso l'Africa Settentrionale occupata è stata un mezzo per i contadini e i piccoli artigiani per sfuggire alla miseria. Con il boom economico degli anni '50 e '60, nonostante la riforma agraria, parzialmente realizzata, si assisteva ad un'emigrazione di massa verso le città del Nord Italia e del-

Address for correspondence: Dr. R. Canosa, Dipartimento Salute Mentale, Via Gramsci 10, 75100 Matera (Italy).

Fax: +39-0835-243.722

E-mail: dsm.matera@tin.it

Declaration of Interest: none

l'Europa. Si verificava un drammatico spopolamento delle campagne: 209000 lucani lasciarono la loro terra (Barbagallo, 1980).

Naturalmente emigravano i contadini, gli artigiani poveri, non i latifondisti o la piccola e media borghesia.

I tentativi d'industrializzazione di alcune aree della Basilicata degli anni '60-'70 sono falliti, dopo circa un decennio, a causa della crisi internazionale dell'industria pesante. Si è riacutizzato, così, il problema della disoccupazione, poiché il ritorno alle campagne, abbandonate da molto tempo, era impossibile.

La Basilicata di oggi è economicamente molto diversa da quella descritta da Carlo Levi. Il benessere è visibile, alcune industrie (automobili e salottifici) hanno prodotto occupazione e in crescita sono le attività turistico-alberghiere.

Permangono, tuttavia, delle contraddizioni legate ad uno sviluppo mai realizzato pienamente.

CONTESTO ECONOMICO

Le due province della regione (Potenza e Matera) presentano una situazione economica che si differenzia negativamente rispetto al resto del paese, caratterizzata da un ritardo nello sviluppo economico (Università Tor Vergata-ISTAT, 2001).

A fronte di una bassa propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro dei lucani, esiste un effetto di scoraggiamento testimoniato da un tasso di disoccupazione superiore al dato medio del paese: 18.1%, rispetto ad una media nazionale pari all'11.8%.

Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta molto inferiore alla media nazionale: € 10943 contro € 16423 della media nazionale.

I depositi bancari pro-capite sono in media pari a € 4958, notevolmente inferiori al dato nazionale di € 8780.

Sul versante della produttività, comunque, i servizi in Basilicata (31452.23 €/addetto) si pongono nettamente al di sopra del Mezzogiorno (28900.93 €/addetto).

In conclusione, la produttività generale del sistema Basilicata ha, in questi ultimi anni, migliorato le sue performance, ponendosi allo stesso livello della media del Mezzogiorno (26339.30 €/addetto) e facendo registrare adeguamenti strutturali tali da consentire nei prossimi anni una riduzione della distanza che la separa attualmente dalla media del paese (32020.33 €/addetto).

L'insieme degli indicatori sopra considerati porta a ritenere che il sistema economico regionale, almeno nei

suoi dati aggregati, sia in grado di imboccare un percorso di crescita e di ridurre i ritardi dal resto del paese e dall'Europa. Permangono, tuttavia, i problemi legati al superamento degli squilibri interni (L'analisi della situazione di partenza al POR, 2000).

In conclusione sullo sfondo di problemi atavici di scarsità delle risorse, negli ultimi anni si stanno innescando in Basilicata, processi economici positivi, ma ancora sostanzialmente frammentari.

CONTESTO DEMOGRAFICO

La Basilicata si estende su una superficie di 9902 kmq. La popolazione, che risiede in 131 Comuni (100 in provincia di Potenza e 31 in provincia di Matera) è di 609092 abitanti, pari al 1.1 % della popolazione italiana ed è ripartita in 5 Aziende USL, che presentano una dimensione media di 121818 residenti (Università Tor Vergata-ISTAT, 2001).

Osservando la composizione del nucleo familiare, si evidenzia un numero medio di componenti pari a 2.8, tra i più alti del paese e di poco superiore al dato italiano di 2.6.

Il tasso migratorio negativo (-4.2 per 1000) può essere spiegato con un ritardo nello sviluppo economico della regione che spinge a cercare lavoro in contesti più favorevoli.

All'interno di una regione che, nonostante i recenti progressi, rimane tra le più povere d'Italia, può essere interessante rimarcare l'importanza di alcuni fenomeni alla base di stili relazionali più comuni.

La famiglia, nonostante separazioni e divorzi siano in aumento, continua ad essere centrale nella vita dei lucani. I genitori si occupano attivamente della sistemazione dei figli che, spesso, nonostante la raggiunta età adulta, continuano a vivere in famiglia.

I servizi psichiatrici sempre più si stanno occupando delle cosiddette "patologie da svincolo", alla base di invischiamenti patologici dei figli, troppo spesso "protetti" e infantilizzati.

Le famiglie hanno un ruolo importante nel sostenere ed alimentare il clientelismo, espressione del potere, molto comune nel Sud Italia. Lo scambio di "favori" e di raccomandazioni non avviene solo tra il singolo cittadino e il personaggio importante, ma tra "famiglie" influenti, a prescindere dalla loro posizione ideologica o politica (Zinn, 2001).

Ne deriva che i gruppi delle "alleanze trasversali", nel timore di perdere potere e privilegi, sono scarsamente aperti alle novità, resistenti all'ingresso nella loro cer-

chia ristretta di persone che, per le loro capacità umane e professionali, potrebbero emergere socialmente e rompere gli equilibri esistenti. Viene favorita, dunque, la mediocrità come uno strumento di livellamento della qualità della vita professionale e relazionale: se qualcuno tende ad affermarsi viene emarginato o costretto ad andar via.

Tale fenomeno, retaggio del sottosviluppo, non è molto lontano dal "familismo amorale", descritto dal sociologo americano Banfield nel 1958, per indicare una situazione in cui i legami familiari sono al primo posto e ne escludono altri (Banfield, 1958). Per tali motivi, molti brillanti intellettuali lucani emigrano.

In una società nella quale le persone tendono a non scontrarsi perché all'interno di un ambito ristretto possono aver bisogno l'una dell'altra, i conflitti sono scarsamente esplicitati. L'aggressività, così, imbocca la strada della squalifica sociale o della calunnia; oppure, nelle persone più fragili, si autodirige: la Basilicata ha un tasso di suicidi e tentativi di suicidio tra i più alti d'Italia.

LA SALUTE MENTALE IN BASILICATA

I quadri prima delineati hanno condizionato anche lo sviluppo dei servizi psichiatrici in Basilicata, presenti, fino a pochi anni fa, soltanto nelle zone urbane (Potenza, Matera, Melfi) e nella zona costiera del Metapontino, aree relativamente più sviluppate dal punto di vista sociale ed economico.

Nelle altre realtà della regione, i servizi di salute mentale sono stati molto deboli o addirittura non esistevano fino al 1997 (anno di chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Privato-Ente Ecclesiastico Convenzionato di Potenza). Solo negli ultimi sei anni hanno cominciato ad esprimere pratiche territoriali efficaci, sia nel senso della deistituzionalizzazione, sia nell'erogazione di prestazioni territoriali.

Fino al 31 dicembre 1996 in Basilicata erano ricoverate 500 persone in Ospedale Psichiatrico, con un tasso di 0.08 per 100000 abitanti.

Era possibile, inoltre, per le ASL lucane, ricoverare nuovi pazienti in manicomio a fini riabilitativi grazie ad un articolo della legge regionale del 1985.

Una situazione a dir poco scandalosa, mantenuta in piedi dagli interessi di vario tipo, non ultimi quelli politico-clientelari e di voti di scambio, che hanno ruotato intorno al manicomio privato.

La legge finanziaria, che imponeva la chiusura degli ospedali psichiatrici entro il 1996 su tutto il territorio nazionale, ha smosso le acque stagnanti della burocrazia,

ha stimolato volontà di amministratori, ha incoraggiato l'impegno di tecnici.

La Commissione Regionale per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico ha lavorato per l'elaborazione del piano di dismissione. Sono stati approvati provvedimenti che identificavano i requisiti minimi delle strutture residenziali psichiatriche e le linee-guida per l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Tali atti hanno consentito alle Aziende Sanitarie di dar corso alle gare d'appalto per l'affidamento della gestione delle strutture residenziali al Privato Sociale e a potenziare i servizi psichiatrici.

Al 31.03.98 (termine di chiusura degli OP), le strutture psichiatriche in Basilicata erano le seguenti:

- n.1 Centro di Salute Mentale funzionante 12 ore al giorno, 4 CSM a 6 ore al giorno;
- n. 5 SPDC (p.l. 48);
- n. 11 Punti Ambulatoriali;
- n 0 Centri diurni;
- n.11 Case Famiglia sulle 24 ore (p.l.152);
- n. 1 Gruppo Appartamento.

Nella tabella I è riportata la situazione attuale.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI MATERA

Nell'ASL di Matera, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ha a disposizione il 2.04% del budget aziendale, assolutamente insufficiente per far fronte in modo compiuto ai bisogni degli utenti (ricordiamo che l'impegno degli Assessori Regionali della Sanità, espressa nella Conferenza Stato-Regioni nell'anno 2000 è stato quello di destinare almeno il 5% del Fondo Sanitario Regionale ai Dipartimenti di Salute Mentale).

Ciononostante, il DSM di Matera ha scelto come mission di contrastare ogni forma di emarginazione delle persone con disagio psichico e di attivare tutte le forme di inclusione sociale.

Nel '97 il DSM era costituito da un Centro di Salute Mentale, aperto solo al mattino, dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ospedaliero, da cinque strutture residenziali.

- Attualmente, dopo sei anni, le strutture sono le seguenti:
- 1 Centro di Salute Mentale funzionante 12 ore al giorno per sei giorni a settimana;
 - 1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con otto posti letto;
 - 1 Day Hospital;
 - 1 Centro Diurno;
 - 1 Centro Integrato Polivalente;

Tabella I - Dati strutturali DSM Regione Basilicata al 30.11.2003.

STRUTTURE	ASL N. 1	ASL n. 2	ASL n. 3	ASL n. 4	ASL n. 5
SPDC	Melfi: 6 p.l.	Potenza: 16 p.l. Villa d'Agri: 7 p.l.	0	Matera: 8 p.l.	Policoro: 7 p.l.
	TOTALE: 6 P.L.	TOTALE: 23 p.l.	-	TOTALE: 8 p.l.	TOTALE: 7 p.l.
CSM	LAVELLO	Potenza	Lauria	Matera	Policoro
Case Alloggio Esistenti	Ginestra: 12 p.l. Genzano1: 15 p.l. Genzano2: 13 p.l. Maschito: 14 p.l.	Avigliano: 9 p.l. Potenza1: 15 p.l. Potenza2: 15 p.l. Potenza3: 15 p.l. Villa d'Agri: 15 p.l.	Lauria: 20 p.l. Trecchina: 15 pl Calvera: 15 p.l.	Pomarico: 10 p.l. Miglionico: 10 p.l. Grassano: 9 p.l. Tricarico: 10 p.l. Matera: 10 p.l.	Colobrarò: 12 p.l. Tinchi: 10 p.l. Montalbano: 12 pl
	TOTALE: 54 P.L.	TOTALE: 69 p.l.	TOTALE 50 pl	TOTALE: 49 p.l.	TOTALE: 34 p.l.
Case Alloggio previste	0	Tramutola: 15 p.l.	0	0	0
Gruppi Appartamenti esistenti	0	Avigliano1: 7 p.l. Avigliano2: 7 p.l.	0	Pomarico: 3 p.l. Grassano: 3 p.l. Tricarico: 3 p.l.	0
	-	TOTALE. 14 p.l.	-	TOTALE: 9 p.l.	-
Gruppi Appartamenti previsti	4	Villa d'Agri: 1	2	Matera: 1	1
Centri Diurni esistenti	0	Potenza: 1	0	Matera: 2	Policoro: 1
Centri Diurni previsti	1	Villa d'Agri: 1	1	Ferandina: 1	0
Ambulatori periferici esistenti	Palazzo S. G. Venosa Rionero Melfi	Brienza Moliterno Sant'Arcangelo Villa d'Agri Potenza Muro Lucano Baragiano Corleto Perticara	Chiaromonte Senise	Grassano Montescaglioso Ferrandina Irsina Bernalda Tricarico	Policoro Stigliano Pisticci Tursi
Ambulatori periferici previsti	0	0	0	0	0
PERSONALE	ASL N. 1	ASL n. 2	ASL n. 3	ASL n. 4	ASL n. 5
Medici	6 +1 convenzione	11	4	7	5
Psicologi	3 +1 INCARICO	2	0	5	1
Ass. Sociali	5	9	2	2	3
Infermieri	SPDC: 10 CSM: 6	Spdc: Villa d'A.: 12 Spdc PZ: 21 Csm PZ: 8 CRR-Avigliano: 12	CSM: 5	SPDC+CSM = 16	SPDC: 10 CSM: 1 (a 4 ore)
OTA-Ausiliari	3	12	2	4	3
Amm.vi	0	3	0	2	0
Sociologi	0	0	0	1	0
Residuo Manicomiale	0	0	0	0	0
Automezzi	4	8	2	4	3
Computer	6	8	3	11	10

Fonte: Regione Basilicata

- 6 Punti Territoriali Periferici, situati presso i Distretti Sanitari;
- 8 Strutture Residenziali (5 case-famiglia con assistenza h 24 e 3 gruppi appartamento con assistenza a fasce orarie).

Il personale del DSM è costituito da:

- 7 medici
- 5 psicologi
- 2 assistenti sociali
- 1 assistente sanitario
- 16 infermieri
- 4 OTA
- 1 sociologo
- 2 amministrativi
- 1 ausiliario specializzato
- tirocinanti–volontari

per un totale di 39 operatori, dipendenti dalla Azienda USL (con un tasso di 0.06 per 100.000 abitanti).

Per lo standard previsto dal P.O. Nazionale (un operatore ogni 1500 abitanti) dovrebbero essere in servizio 84 operatori: l'organico è largamente sottodimensionato.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) di Matera svolge attività di cura.

L'accesso è diretto: ci si può rivolgere spontaneamente, senza impegnativa del medico di medicina generale, oppure l'invio è attuato dai familiari, dal medico di base, da altre agenzie (tribunale, forze dell'ordine, ecc.), da altri specialisti.

Il lavoro delle varie figure professionali è coordinato attraverso una riunione d'équipe quotidiana. Si tengono, poi, riunioni per elaborare progetti terapeutico- riabilitativi personalizzati e di supervisione clinica.

Il CSM stabilisce rapporti con gli altri servizi sociosanitari e con il privato sociale, per realizzare iniziative di supporto agli utenti.

Il DSM è luogo di formazione per tirocinanti (psicologi, assistenti sociali, infermieri, medici).

Ha sviluppato, infine, un Sistema Informativo Dipartimentale (SID) per monitorare tutta l'attività, con particolare riferimento a quella territoriale, svolta dal CSM.

Il SID ha rilevato per l'anno 2001 i dati dell'attività territoriale del DSM ASL n.4 di Matera. Si riportano in tabella II i dati dell'anno 2001, per coerenza con quelli demografici ed economici, relativi allo stesso periodo.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale Civile di Matera è dotato di 8 posti letto. Nel 2001 ha effettuato 194 ricoveri, di cui 3 TSO provenienti dalla ASL di Matera e 3 provenienti da altre ASL: 128 casi sono stati dimessi con diagnosi di "psicosi" (Cod. DRG 430).

Tabella II. - Tipologia e numero delle prestazioni del DSM di Matera nell'anno 2001.

Tipologia della prestazione	Numero
1. visita psichiatrica	3357
2. somministrazione farmaci	1660
3. psicoterapia individuale	1277
4. colloquio clinico	778
5. sostegno	692
6. controllo farmacologico	549
7. contatto telefonico	534
8. certificazione	322
9. primo/a contatto/visita	309
10. riabilitazione individuale	268
11. psicoterapia familiare	152
12. visita psichiatrica urgente	119
13. colloquio con la famiglia	48
14. psicoterapia di coppia	46
15. intervento psicoeducativo individuale	45
16. esame psicodiagnostico	31
17. prescrizione esami	18
18. prelievo ematico	14
19. intervento di équipe	10
20. interventi psicoeducativi rivolti al gruppo	8
22. psicoterapia di gruppo	2
23. segretariato sociale	2
Totale	10348

Fonte: Sistema Informativo DSM- Matera

Un aspetto importante dell'organizzazione del lavoro è quello riguardante la turnazione del personale (medici, infermieri e psicologi) tra CSM e SPDC.

Questo modello, non è esente da difficoltà d'applicazione: alcuni operatori si sentono impreparati per i nuovi compiti o temono di uscire dalla nicchia rassicurante che si sono costruiti dopo anni di lavoro. Sta evitando, però, la cronicizzazione nel ruolo e facilita l'apprendimento sul campo di nuove competenze professionali.

Il DSM ha uno stretto collegamento con le Cooperative Sociali di tipo B "Il Convicino", che gestisce servizi per conto del Comune di Matera e "L'Impronta", che gestisce una struttura di ristorazione e orto biologico nell'area dell'Oasi Internazionale "San Giuliano", presso l'omonimo lago artificiale, vicino Matera.

Ha inoltre favorito la costituzione dell'Associazione A.Ma.Sam. (Associazione Materana Salute Mentale), formata prevalentemente da familiari, ma anche da operatori e volontari.

Tutto ciò è stato reso possibile, nonostante le risorse umane siano di poco aumentate (due medici ed un'assistente sociale in più rispetto al '97), attraverso un lavoro

continuo di motivazione degli operatori, d'integrazione degli interventi, di collaborazione con il volontariato, di lavoro per progetti.

Il più significativo, denominato "Promozione della Salute Mentale e diritti di cittadinanza", è stato finanziato, tre anni fa, dall'allora Ministero della Sanità.

Sono state realizzate attività riabilitative e di preformazione lavorativa quale laboratorio artistico tessile, restauro mobili, serigrafia.

Gli utenti, per valorizzare i loro prodotti, hanno costituito due Associazioni: "Detto/fatto" e "Sottosopra", che partecipano a mostre-mercato.

Sono state sviluppate anche attività ludiche, sportive e culturali, quali pesca sportiva, ginnastica, nuoto in piscina, escursionismo, corsi di educazione ambientale, che in un'ottica di concreta integrazione, si sono svolte in luoghi "normali" della città.

Nel Centro Diurno (CD) e nel Centro Integrato Polivalente (CIP) sono in corso esperimenti di autogestione da parte dei pazienti, che decidono liberamente cosa fare e con chi stare. Il CIP è una struttura aperta al quartiere, con orari flessibili: non vi sono rigide "dimissioni" ed "ammissioni" dei pazienti, di sapore ospedaliero, ma esiste la possibilità di essere frequentato liberamente. Anche i cittadini "normali" lo usano per attività culturali e d'intrattenimento (dibattiti, proiezione di film, lettura di poesie, scuola di ballo, feste di compleanno).

L'impegno è di offrire agli utenti percorsi di "normalità", in mancanza dei quali, questi luoghi, pur utili, rischiano di diventare rapidamente "ghetti per matti".

Una tale impostazione, inoltre, favorisce il superamento del pregiudizio nei confronti dei malati mentali, visti oggi, molto più di quanto si possa immaginare, come persone da tenere alla larga.

La lotta allo stigma è stata il *leit-motiv* di una serie di iniziative che il Dipartimento ha realizzato in alcune scuole medie superiori della città. Attraverso incontri, dibattiti, proiezione di filmati, si è discusso su cos'è la malattia mentale, su come comprendere il malato di mente, cosa fare eventualmente con lui.

Sugli stessi temi l'associazione dei familiari A.Ma.Sam, ha tenuto incontri con parrocchie ed associazioni di volontariato.

Un'esperienza particolare e straordinaria per alcuni aspetti è stata quella del laboratorio artistico. Sei donne di gravità clinica medio-alta, dopo aver prodotto tessuti artistici (arazzi, borse, cuscini), sotto la supervisione dell'artista francese Daniele Sulewic, sono state invitate dal proprietario di una fabbrica di salotti di Matera (Calia) a trasferire il loro lavoro nel reparto cucito della sua Azienda. I prodotti sono stati esposti nel Salone Internazionale del

Mobile a Milano. L'Azienda Calia, per l'alto valore sociale di quest'esperienza, ha vinto il concorso "Impresa e cultura", indetto dalla Regione Veneto.

Il DSM di Matera, per la sua azione innovatrice, è entrato a far parte della Rete Internazionale delle Esperienze Avanzate in Salute Mentale, che ha, come capofila, il DSM di Trieste, insieme ai Servizi di Salute Mentale di Birmingham.

Tali esperienze si collocano in un'idea di cura che si fonda sul rispetto della dignità delle persone affette da disagio psichico, offrendo loro opportunità di emancipazione non in spazi separati dal resto della società, ma percorsi di vita e di lavoro che tutti gli altri possono avere.

LA METODOLOGIA PARTECIPATIVA COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO

A fronte di mancanze, vischiosità, inadempienze, i servizi di salute mentale della Basilicata hanno scelto di non lamentarsi più, ma di fare, di pensare, di scambiare, di cambiare.

Il cambiamento non può essere visto come un optional vezzoso, ma una necessità urgente. È necessario cambiare le offerte dei servizi, che devono essere erogate sempre più fisicamente vicino ai luoghi di vita delle persone. È necessario cambiare le relazioni con il mondo della medicina, che ci ha guardato troppo spesso come persone strane che curerebbero persone altrettanto bizzarre.

È necessario, infine, cambiare una mentalità, che vede nell'altro, nel paziente, nell'utente, un oggetto di prestazioni piuttosto che una persona da rispettare nella sua diversità e da valorizzare nelle sue potenzialità.

La questione sociale, oggi più che mai, irrompe in una psichiatria che molti non vedono più dura e repressiva, ma morbida e levigata dalle tecnologie; la quale, però, riesce ancor meglio a medicalizzare problemi, a sotterrare bisogni non psichiatrici, a frenare con un generico solidarismo la forza dei diritti.

La questione sociale fa da sfondo all'approccio di Salute Mentale di Comunità (SMC).

In Basilicata da un po' di tempo abbiamo cominciato a discutere su come tale approccio possa essere alla base della 'costruzione di senso' del lavoro dei servizi.

Scegliamo di parlare di 'comunità' perché vogliamo far riferimento al concetto di bene comune che può essere perseguito nella diversità o addirittura nel conflitto.

Tale termine, inoltre, racchiude l'idea che il paziente, la sua famiglia non sono portatori solo di problemi, ma anche di risorse, soggetti attivi da coinvolgere e

valorizzare; che è necessario rafforzare e sviluppare le potenzialità di una intera collettività e non solo dei singoli individui.

La metodologia della SMC consiste soprattutto nel lavoro di rete, che deve tendere a favorire connessioni sinergiche tra i vari soggetti appartenenti sia ai gruppi sociali formali che a quelli informali, concretamente coinvolti nell'aiuto di una singola persona o di una categoria di persone.

Un simile approccio promuove lo sviluppo della partecipazione delle persone nelle decisioni del funzionamento delle strutture e della realizzazione dei progetti. Nella pianificazione dei servizi alla persona, tra cui quelli di salute mentale, è frequente incontrare l'impiego di misure di "deprivazione". Questo termine è usato per indicare uno stato di svantaggio in relazione alle condizioni di vita della comunità alle quali un individuo, una famiglia o un gruppo appartengono.

A questo scopo vengono costruiti indici che sintetizzano le caratteristiche socioeconomiche di piccole aree geografiche, a loro volta confrontati con lo stato di salute della popolazione che vive in un determinato territorio.

Una sperimentazione condotta in Basilicata (Valerio & Vitullo, 1999), per individuare un indice di svantaggio sociale, ha concluso che gli indicatori, che rappresentano ciascun ambito di svantaggio e che confluiscono nell'indice riassuntivo, sono:

- indice di invecchiamento;
- tasso di disoccupazione;
- tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo.

Tale contributo è interessante poiché permette di polarizzare l'attenzione sulle aree dove allocare primariamente le risorse e su come orientare la programmazione delle attività.

Questo vale anche per la salute mentale, tenendo conto dello stretto rapporto tra psichiatria e povertà, nell'accezione più ampia del termine e, quindi, non solo in quella economica.

Sono ambiti che investono il problema dell'assistenza, del lavoro, della cultura e dell'istruzione, problematiche che non possono essere disconosciute dai servizi psichiatrici, poiché il disagio nasce proprio dalla "mancanza": di denaro, di legami, di affetti, di lavoro, di istruzione ed informazione.

Per tali motivi è decisivo che un servizio di salute mentale in Basilicata si colleghi e collabori con gli altri servizi, con gli altri gruppi sociali, con i singoli volontari, i quali, pur non coinvolti nello specifico della psichiatria, si occupano di relazioni di aiuto.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI PROVVISORIE

Costruire reti formali ed informali, lavorare per il protagonismo degli utenti, affinché possano esprimere le loro esigenze ed agire i propri diritti, non può essere un'attività facoltativa dei servizi psichiatrici, ma una precisa metodologia che va in controtendenza rispetto ai processi sociali prima descritti, caratterizzati, in Basilicata, dai fenomeni del familismo e del clientelismo, ancora attuali.

Per tali motivi l'approccio di Salute Mentale di Comunità in Basilicata incontra notevoli difficoltà. Siamo convinti, però, che è la via maestra affinché gli utenti dei nostri servizi, persone che spesso non riescono ad esplicitare chiaramente bisogni, né desideri, né prendere consapevolezza dei propri diritti per poterli rivendicare, possano recuperare un minimo di contrattualità sociale.

I servizi di salute mentale hanno una grande responsabilità, perché la forbice tra chi ha potere sociale e chi non ne ha è ancora molto ampia.

In altre parole, se è vero che l'acquisizione dei diritti di cittadinanza (Zolo, 1994) passa attraverso l'affiliazione ad organizzazioni riconosciute di rilevanza sociale (partiti, sindacati, associazioni, centrali cooperative, ecc.), i servizi di salute mentale, trovandosi ad agire in una situazione di scontro d'interessi, devono scegliere quelli dei pazienti/utenti/clienti/matti: tutte persone che, senza potere, finirebbero ancora una volta schiacciati da chi ne ha fin troppo.

Battersi per i diritti degli utenti, in Basilicata, significa sottrarli alla logica della subalternità, significa difendere la loro diversità, il loro diritto ad ammalarsi e a curarsi senza essere emarginati.

Anche l'attuale spaventosa carenza di risorse economiche destinate alla psichiatria (1.7% del Fondo Sanitario Regionale) è il retaggio storico degli intrecci politico-clientelari che, fino a qualche anno fa, hanno retto la prospera esistenza del manicomio privato "Don Uva" di Potenza; per questo il reperimento di fondi vincolati è una strada in costante salita.

Eppure dei segnali positivi di rinnovamento possono essere colti. Molti operatori, ad esempio, stanno discutendo su quali forme alternative alla residenzialità protratta possono essere realizzate o come evitare che i centri diurni siano solo aree di parcheggio per persone che disturbano.

Si sta registrando, inoltre, un crescente interesse dei medici di medicina generale alle problematiche psichiatriche: molti di loro sono disponibili a collaborare sia nella fase preventiva che nei trattamenti dei disturbi psichiatrici gravi.

A Matera il DSM è stato coinvolto da alcune scuole nei programmi di promozione della salute mentale ed esperienze di proficua collaborazione si sono dimostrate molto utili. Per tali iniziative in favore dei pazienti psichiatrici, gli studenti di un istituto professionale materano sono stati ricevuti dal Presidente della Repubblica per un encomio solenne.

Molte associazioni hanno dato il loro contributo alla realizzazione di attività ludiche, ricreative e risocializzanti e un buon numero di sindaci sta promuovendo interessanti iniziative di inserimento lavorativo.

La situazione della salute mentale in Basilicata è, dunque, molto complessa e contraddittoria. Accanto a elementi persistenti di subalternità delle fasce più deboli della popolazione, esiste una solidarietà ed una ricerca dei legami sociali manifestate proprio dalle persone con mezzi economici e culturali più scarsi: gli utenti dei nostri servizi sono quasi sempre persone senza lavoro produttivo (il 90% dei lungoassistiti sono disoccupati, sottoccupati, pensionati, casalinghe, studenti). Spesso sono senza speranza, senza futuro.

Affinché la loro vita acquisti un qualche senso, hanno capito che devono uscire dal loro isolamento, tessere legami sociali, scambiare in luoghi aperti e non ghettizzanti. Per questo sono *gentili* con quegli operatori che li vogliono aiutare in questa direzione.

La *durezza* di vite povere di tutto (e non solo di denaro) li ha forgiati contro ogni illusione: come i “cafoni”, descritti da Carlo Levi e da Agostino Canosa (Canosa, 1994). I contadini erano molto diffidenti rispetto alle promesse del politico di turno e capaci, a prezzo del carcere e della vita, di occupare le terre per la propria

sopravvivenza, insieme a Rocco Scotellaro, sindaco e poeta di Tricarico (MT) (Scotellaro, 1982).

Abbiamo da imparare ancora molto dai nostri pazienti: sono i primi a comprenderci quando, come loro, siamo gentili e generosi; i primi ad odiarci quando, al pari di chi comanda, li vogliamo reprimere, escludere e, alla fine, tradire.

È giunto il momento, allora, per noi operatori ed intellettuali, rifiutando le logiche economicistiche aziendali oggi di moda, di fare ancora una volta una scelta di campo.

BIBLIOGRAFIA

- L'analisi della situazione di partenza al POR (2000). Retrieved March 30, 2004, from http://www.regione.basilicata.it/consiglio/conoscere_basilicata/economia/realta_socio_economica/por/ANALISI_POR.HTM
- Banfield E.C. (1958). *The Moral Basis of a Backward Society*. Free Press: Glencoe.
- Barbagallo F. (1980). *Mezzogiorno e Questione Meridionale* (1960/1980). Guida: Napoli.
- Canosa A. (1994). *Quasi un anno*. Schena: Fasano (BR).
- Levi C. (1945). *Cristo si è Fermato a Eboli*. Einaudi: Torino.
- Scotellaro R. (1982). *È Fatto Giorno*. Mondadori: Milano.
- Università Tor Vergata-ISTAT (2001). Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende USL: stato di salute della popolazione, servizi sanitari, contesto demografico ed economico. In *Prometeo – Atlante della Sanità Italiana*, pp. 211-216. Artigrafiche: Pomezia (RM).
- Valerio M. & Vitullo F. (1999). Sperimentazione di un indice di svantaggio sociale. Retrieved March 30, 2004, from http://www.regione.basilicata.it/Sanita/Dati_Sisr/Collaboratori/Utenti/Documentazione%5CArticolo1.htm
- Zinn D. (2001). *La Raccomandazione*. Donzelli: Roma.
- Zolo D. (a cura di) (1994). *La Cittadinanza*. Laterza: Bari.