

ESP IN CAMMINO

L'Esperto in supporto tra pari
in salute mentale tra conoscenza di sé
e comprensione dell'altro

a cura di

Ornella Kauffmann, Davide Mario Motto,
Stefania Borghetti, Antonio Mastroeni

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

ESP IN CAMMINO

L'Esperto in supporto tra pari
in salute mentale tra conoscenza di sé
e comprensione dell'altro

a cura di

Ornella Kauffmann, Davide Mario Motto,
Stefania Borghetti, Antonio Mastroeni

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Graziella Civenti</i>	pag.	7
Frammenti di Innovazione , di <i>Antonio Mastroeni, Ornella Kauffmann</i>	»	9
Le parole del cambiamento: co-produzione, recovery, empowerment, esperto in supporto tra pari , di <i>Marco Goglio</i>	»	17
Parte I - Dalla fotografia del fenomeno all'esperienza vissuta. Gli ESP si raccontano		
1. Chi è l'ESP, cosa fa, cosa farà , di <i>Ornella Kauffmann, Maria Del Campo, Anna Peregalli, Irene Macaluso</i>	»	29
2. Storia e prospettive della formazione , di <i>Marco Goglio, Roberta Venieri</i>	»	33
3. Verso un ufficio che promuova il protagonismo degli utenti , di <i>Ornella Kauffmann, Davide Mario Motto</i>	»	41
4. Partecipazione e co-produzione. Presenza negli organismi istituzionali , di <i>Laura Bazzana, Fabio Lucchi</i>	»	45

Parte II - Le attività di ricerca

1. **Un censimento sugli ESP e sul supporto tra pari nei servizi di salute mentale lombardi**, di *Stefania Borghetti* pag. 51
2. **Il ruolo attivo degli utenti nella ricerca azione sul supporto tra pari**, di *Maria Cacioppo, Mara Tognetti* » 65

Parte III - Diritti di cittadinanza: ESP e servizi

1. **Il rapporto tra ESP e servizi: criticità e risorse**, di *Luca Tarantola, Maria Grazia Pisoni* » 105
2. **Associazionismo e ambiti istituzionali: spazi di empowerment**, di *Valerio Canzian* » 116

Parte IV - Cultura, creatività, benessere

1. **Cultura e salute mentale: protagonisti del proprio progetto di vita e agenti di benessere**, di *Davide Mario Motto* » 125

Conclusioni. I servizi di salute mentale, l'associazionismo e il terzo settore. Quale futuro per gli ESP?, di *Stefania Borghetti, Davide Mario Motto* » 141

Bibliografia di riferimento » 145

Gli Autori » 149

Appendice metodologica

Le équipe di ricerca » 155
Le attività di ricerca » 156
Gli strumenti di rilevazione » 157

Prefazione

di *Graziella Civenti*

Credo si possa affermare, senza eccessivo timore di venire smentiti, che i servizi psichiatrici hanno perso negli ultimi decenni quella carica di profonda trasformazione e di radicale interrogazione alla società che li aveva caratterizzati nello scorcio del secolo scorso.

Termini come *recovery*, *empowerment*, co-produzione, *community building* non facevano allora parte del lessico psichiatrico né possedevano la strutturazione e l'articolazione teorica che oggi conosciamo.

Eppure non c'è dubbio che informassero profondamente le pratiche e le orientassero.

I Centri Psico-Sociali avevano confini permeabili e attraversati (da dentro a fuori e da fuori a dentro) e questa apertura aveva consentito agli operatori di confrontarsi con attori, istanze e linguaggi diversi costruendo partnership con soggetti che non appartenevano al proprio ambito e strutturando in questo modo nuove modalità di definire e di trattare i problemi.

In questa rappresentazione la dimensione sociale risultava coestensiva, accanto alla dimensione clinica, alla predisposizione di percorsi di cura capaci di riconoscere e valorizzare le differenti risorse in campo.

Recentemente il termine risorse è stato invece sempre più associato alla specificazione "finanziarie".

Non che non sia evidente una contrazione di queste ultime e una conseguente, deplorabile, ricaduta negativa sull'operatività dei servizi.

Ma pare altrettanto evidente che l'enfasi sulla dimensione finanziaria ha in qualche misura oscurato e indebolito l'impegno a cercare e potenziare altri tipi di risorse.

Un cambio di passo (che necessariamente non potrà configurarsi come un ritorno al passato ma dovrà rappresentare l'avvio di una nuova fase) al riguardo appare ineludibile.

E questo non solo perché all'orizzonte non si intravedono segnali di superamento della crisi che ha determinato la riduzione delle risorse finanziarie e ha imposto di confrontarsi con la sostenibilità del welfare.

Si tratterebbe in questo caso di ragioni tutte interne a una logica sottrattiva di diritti.

In una logica, al contrario, moltiplicativa di diritti si può invece assumere che anche se non esistessero tagli o vincoli di bilancio, un mutamento di prospettiva – da un’ottica medicalizzata, spesso autoreferenziale e altrettanto spesso centrata sulla semplice erogazione di prestazioni, a una costruzione più condivisa dei problemi e delle strategie per fronteggiarli – è necessario.

Bisogni sempre più articolati e complessi richiedono, infatti, risposte altrettanto articolate e complesse. E queste non possono essere fornite soltanto dalle competenze e dai saperi dei tecnici.

L’attivazione delle comunità e, ancora prima, degli utenti, la valorizzazione delle loro competenze e dei loro saperi, esperienziali ma non solo, appare in questo percorso un passaggio chiave.

I due processi peraltro sono strettamente connessi: utenti più partecipi e meno stigmatizzati potranno aiutare le comunità a essere più partecipi e meno stigmatizzanti.

Il testo di seguito proposto rappresenta il segno della maturità che in tempi recenti (in ritardo rispetto a quanto avvenuto in altri paesi, ma anche con relativa velocità di sviluppo dalla sua comparsa sulla scena) il movimento degli utenti ha raggiunto nel territorio lombardo.

La Regione ha appoggiato questo movimento.

Certamente con vincoli e, a volte, anche con punti di vista diversi, con preoccupazioni invece, pare di capire, condivise (per esempio relativamente al difficile equilibrio da ricercare tra dare potere e usare impropriamente competenze, tra sopravvalutare e sottovalutare) ma sempre con convinzione e fiducia, nella certezza che la presenza degli utenti, così come già in precedenza quella dei familiari e delle associazioni, possa contribuire costruttivamente ad agire sulla cultura dei servizi e a innovarla nella direzione sopra auspicata.

Frammenti di Innovazione

di Antonio Mastroeni, Ornella Kauffmann

Prendi la speranza e vivi nella sua luce.

M. Gandhi

La guarigione emerge dalla speranza: credere che sia reale la possibilità di recuperare la propria salute mentale è essenziale; trasmette il messaggio che le persone possono superare con successo le sfide interne ed esterne, le barriere e gli ostacoli che incontrano nel loro percorso. È un messaggio motivante ed essenziale di un futuro migliore. La speranza diventa un fatto interiore e può essere promossa dai pari, dalla famiglia, dai servizi, da chi ti sostiene e da altri ancora. La speranza è il catalizzatore del percorso di 'recovery'.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA dicembre 2011

I testi qui proposti rappresentano quanto di innovativo e – talora – di rivoluzionario è emerso nel mondo della psichiatria dopo le leggi di riforma che anche nel nostro paese hanno portato alla creazione della 'psichiatria di comunità'.

Dalla *Consensus Conference* sul significato della *Recovery* in salute mentale negli Stati Uniti (SAMHSA, 2006)

L'assistenza psichiatrica d'ora in poi dovrà essere:

1. guidata dall'utente (che guida, controlla, sceglie e determina il proprio percorso di guarigione);
2. individualizzata e centrata sulla persona (i percorsi di guarigione sono molteplici in base ai bisogni irripetibili della persona, alle sue preferenze e alle sue esperienze);
3. tale da dare all'utente la potestà di scegliere e di prendere quelle decisioni che avranno un impatto sulla sua esistenza per cui deve essere educato e supportato in questo processo.
4. olistica cioè comprendere i vari aspetti della vita dell'individuo (mente, corpo, spirito e comunità);

5. non lineare (in quanto il recupero della salute è un processo che non procede gradualmente, ma è basato su una continua crescita e su possibili ricadute);
6. basata sui punti di forza dell'utente cioè sulla valutazione e sulla costruzione di abilità di far fronte ai problemi, di considerarsi un valore in sé e di potenziare le proprie capacità;
7. basata sul rispetto;
8. basata sulla assunzione da parte dell'utente della responsabilità del proprio trattamento;
9. basata sul supporto tra pari che per questo viene promosso e incoraggiato;
10. basata sulla speranza e sulla fiducia.

Supporto tra pari: dalla sperimentazione alla regolamentazione¹. Utenti come co-produttori responsabili di salute e di benessere

Il nostro paese ha conosciuto una riforma radicale dell'assistenza psichiatrica, sia pure con effetti non omogenei sul territorio nazionale, ma questa riforma non può essere compiuta se gli utenti non sono considerati persone responsabili e co-produttori del loro benessere con i professionisti della salute mentale. Il movimento della *recovery* si è diffuso a partire dai paesi anglosassoni perché ha messo in luce la ricchezza del contributo degli utenti evidenziando, nello stesso tempo, la necessità e la difficoltà della riorganizzazione dei servizi.

Utenti attivi per un welfare sostenibile

Il coinvolgimento degli utenti non ha solo motivazioni etiche e non riguarda solo i diritti civili ma consente di liberare risorse umane e talenti degli individui. Le nuove forme di welfare attivo, come il lavoro supportato (*supported employment*) e la collaborazione tra pari retribuita, non rappresentano solo il superamento di forme di assistenza rese anacronistiche anche dai successi della psichiatria, ma costituiscono l'unico welfare sostenibile.

1. Dal documento consegnato al Comitato Tecnico Scientifico per i Programmi Innovativi di Regione Lombardia, audizione 7 febbraio 2013.

Associazionismo degli utenti, familiari, volontariato, servizi

Oggi non esiste ancora in Italia un movimento organizzato di utenti dei servizi secondo il modello dei *consumers* che esistono negli Stati Uniti. Le associazioni italiane non si pongono in modo conflittuale ma sviluppano, in genere pratiche condivise e integrate con i servizi. Non sfugge, tuttavia, il significato profondamento innovativo di tale nuova presenza, uscita ormai dai limiti della semplice testimonianza. Lo sviluppo dell'associazionismo degli utenti e delle pratiche auto-mutuo-aiuto e di supporto tra pari, modificano, per esempio, il ruolo delle associazioni dei familiari, anche qui in assenza di aspetti conflittuali, ma con una ricerca avvertita di possibili sinergie. Lo stesso avviene nel variegato mondo delle associazioni di volontariato a favore delle persone con disturbi psichici che vedono anch'esse emergere questa nuova soggettività. Non ultime, le istituzioni che in misura sempre più rilevante sono attive nel favorire l'emergere di un ruolo autonomo delle associazioni di utenti, intuendone le potenzialità positive.

ESP: funzione dell'Esperto in supporto tra pari²

La funzione di Esperto in supporto tra pari (ESP) è stata disegnata in modo specifico per le persone che hanno vissuto l'esperienza del disagio mentale e per favorire l'orientamento alla *recovery* dei servizi. Attraverso la condivisione del sapere, acquisito a partire dall'esperienza vissuta in prima persona e sviluppato in uno specifico percorso formativo, l'ESP si propone di ispirare anche negli altri speranza e fiducia nella possibilità di guarigione. Il supporto tra pari, infatti, si basa sul riconoscimento che il percorso di guarigione possa essere supportato, in modo decisivo, da chi abbia già camminato su quella strada. All'interno di un rapporto di mutuo aiuto, l'ESP funge da facilitatore dello scambio di informazioni per promuovere nei pari capacità di scelta, autodeterminazione e capacità di ricoprire validi ruoli nella comunità di vita. L'ESP è consapevole, infatti, sia del valore dell'auto-mutuo-aiuto che dell'unicità del percorso personale di guarigione; per questo l'ESP presta assistenza pratica agli utenti affinché definiscano, in prima persona i propri obiettivi di vita, secondo le loro priorità. Nello svolgere il ruolo di supporto alla persona che vive una situazione di disagio mentale gli ESP sono consapevoli che le persone debbono

2. Elaborazione a cura delle associazioni NèP di Como e Clan/Destino di Saronno, febbraio 2014.

essere messe in grado di godere dei diritti di cittadinanza, indipendentemente dal permanere di sintomi e disturbi residui.

Alcuni slogan del movimento degli utenti in Italia³

- a) Assistenza guidata dall'utente.
- b) Assistenza basata sulla singolarità dell'individuo.
- c) Assistenza centrata sulla persona con le sue aspirazioni e i suoi desideri.
- d) Assistenza che sviluppa *empowerment*, responsabilità personale e recupero della salute.

Assistenza psichiatrica centrata sulla persona⁴

Significa organizzare una assistenza che si basa sui desideri dell'utente e sul raggiungimento dei suoi obiettivi (non di quelli degli operatori). Significa che gli utenti possono definire un percorso di guarigione graduale, con obiettivi per ogni fase e una certa possibilità di scelta dei loro operatori. Dal punto di vista dei servizi significa assistere gli utenti nel raggiungere obiettivi che rivestano un significato per loro stessi.

Dal decidere assieme ai budget di salute. I limiti dell'approccio di rete

In questi anni si è molto discusso su come fornire un'assistenza sanitaria integrata laddove – come nei servizi di salute mentale – nessuno dubita della necessità di intervenire sia a livello sanitario che sociale. Per questo si è diffusa la consapevolezza della necessità di intervenire con un approccio di rete. La superiorità dell'approccio di rete, tuttavia, non sempre si traduce in capacità effettiva di superare le barriere che ostacolano un utilizzo razionale delle risorse afferenti a sistemi diversi e separati.

Un approccio radicalmente innovativo alla rete è stato in questi anni il budget di salute controllato dall'utente e dai suoi familiari attraverso la stipula di veri e propri contratti. Nei servizi di salute mentale, questa impostazione è stata introdotta in altre regioni italiane (Campania, Sicilia, Emilia Romagna, Friuli) dopo essere stata largamente utilizzata negli Stati

3. Dall'ordine del giorno dell'associazione NèP, 2013.

4. Dall'assemblea dell'associazione NèP, dicembre 2013.

Uniti e, più di recente, nel Regno Unito. In alternativa, o meglio, in aggiunta agli sforzi per integrare i servizi sanitari e sociali forniti alla popolazione di una determinata area, si è scelto di coordinare l'esperienza degli utenti dei servizi, attraverso l'introduzione di *Budget di Salute* basati sulle esigenze della persona.

Fattori da considerare nel 'decidere assieme'⁵

- Fattori determinati dai servizi: flessibilità nel decidere secondo i bisogni della persona.
- Fattori determinati dagli utenti: capacità cognitive, modalità di tenere conto delle informazioni, attenzione.
- Coinvolgimento della famiglia.

Alcuni utenti sceglieranno di non essere coinvolti e di non impegnarsi nelle decisioni che riguardano il trattamento. Parlare di questo apertamente come di una possibilità; dare un'opportunità di esplorare le ragioni di questa scelta e rispondere alle esigenze di informazioni che emergono. Decidere assieme consente che queste decisioni siano prese con il medico invece che dalla persona fuori dal contesto clinico. Le persone dovrebbero essere incoraggiate a rivedere le suddette decisioni e a chiedere aiuto in futuro se necessario.

Elementi costitutivi del 'decidere assieme'⁶

Modello Biomedico	Modello Budget di Salute
Paternalismo	Autonomia
Solidarietà	Sussidiarietà
Cittadino assistito	Cittadino protagonista
Aiuto e sostegno	Promozione e protezione
Responsabilità centrale	Responsabilità diffusa
Paziente	Persona, soggettività
Diagnosi	Funzionamento
Sintomo	Determinanti di salute
Intervento contenitivo	Inclusione sociale
Assistenza sanitaria	Promozione della salute
	Sviluppo economico

5. Shared Decision Making nel Servizio Sanitario Nazionale Inglese, 2012.

6. Fabrizio Starace, Progetto "*Budget di Salute*" in Emilia Romagna, Del. 2155, 27 dicembre 2011.

Condividere le decisioni sul trattamento

L'operatore è esperto nella malattia, le informazioni che condivide riguardano le opzioni di trattamento, i rischi, i benefici, e le evidenze scientifiche.

L'utente è esperto nel senso di conoscere i propri valori, i trattamenti che preferisce tra quelli proposti, e gli obiettivi che vuol raggiungere con il trattamento.

Secondo Patricia Deegan (2007) nessuno dei due esperti dovrebbe essere messo a tacere, anzi, ambedue dovrebbero condividere le informazioni per arrivare al miglior trattamento possibile.

Perché è difficile 'decidere assieme'?

Esistono alcune barriere alla condivisione delle decisioni. Tra queste il permanere di alcune convinzioni errate che non hanno fondamento né scientifico né pragmatico ma tendono a persistere che riguardano:

- a) la capacità delle persone con disturbi mentali di prendere decisioni informate;
- b) il disagio da parte di alcuni servizi di fronte al cambiamento di ruolo richiesto dal decidere assieme;
- c) il disagio da parte di alcuni utenti dei servizi in relazione alla propria capacità di assumersi le responsabilità rispetto al proprio trattamento;
- d) la paura e il pregiudizio persistenti da parte della gente nei confronti dei disturbi mentali e delle persone con disturbi mentali.

Procedura in 10 passi per 'decidere insieme': verso il Budget di Salute

Primo passo: definire lo scenario: discutere l'approccio collaborativo che si intende seguire, per esempio, ponendo domande del tipo:

- Te la senti di lavorare per arrivare a una decisione condivisa?
- Tu sei esperto per esperienza diretta.

Secondo passo: definire le modalità di coinvolgimento nelle decisioni.

Discutere su cosa implica per l'utente il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano il trattamento e su come vuole essere coinvolto.

Chiedere all'utente che livello di coinvolgimento preferisce e se desidera coinvolgere le persone che si prendono cura di lui, a partire dalla famiglia.

Terzo passo: psicoeducazione.

Presentare le conoscenze scientifiche sui disturbi di cui soffre l'utente, i sintomi, l'eziologia, e la probabile evoluzione del trattamento.

Quarto passo: opzioni di trattamento.

Stabilire se ci sono diverse opzioni di trattamento compreso la decisione di non fare nulla (rischi e benefici: vedi passo 6). Descrivere e spiegare brevemente il rationale di ogni opzione di trattamento.

Quinto passo: informazioni.

Discutere con l'utente se desidera ricevere ulteriori informazioni (scritte, orali, siti Internet ecc.).

Sesto passo: obiettivi del trattamento e risultati previsti.

Discutere potenziali rischi e benefici di ogni opzione di trattamento, compreso non fare nulla, utilizzando le evidenze scientifiche disponibili.

Incoraggiare l'utente a riflettere su cosa comporterebbe a livello personale conseguire i risultati prospettati.

Settimo passo: esplorare i problemi.

Discutere le idee, le paure e le aspettative rispetto ai problemi e ai possibili trattamenti. Dare la possibilità di fare domande.

Ottavo passo: valutare la comprensione.

Valutare se l'utente comprende le informazioni fornite e come reagisce. Fare domande del tipo:

- Quali opzioni di trattamento vedi adesso?
- Ti ricordi qualche effetto collaterale dei farmaci di cui abbiamo parlato?
- Hai capito quali sono i rischi di stare a vedere cosa succede senza fare alcun trattamento?

Nono passo: decidere.

Prendere una decisione, discutere o rinviare le decisioni. Stabilire una data per un'ulteriore discussione o per valutare il decorso.

Decimo passo: verificare l'evoluzione.

Una volta presa una decisione, prevedere il monitoraggio dei sintomi e dei problemi e fissare una data per verificare i progressi.

‘Recovery College’: dall’Inghilterra alla Lombardia; da Brescia a Como⁷

La ‘scuola di *recovery*’ è una nuova iniziativa in preparazione nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Como. A partire da recenti esperienze sviluppate nel Regno Unito (“Recovery Colleges”) è in corso una sperimentazione dal gennaio 2014 anche in Regione Lombardia nella Provincia di Brescia. Qui un nuovo progetto dell’Azienda Ospedaliera (AO) di Brescia, denominato FOR (Formazione e Opportunità per la Recovey) si propone di unificare gran parte delle attività di insegnamento orientate al benessere e alla cura della persona (‘recovery oriented’) in un’unica organizzazione che abbia come tratto distintivo l’insegnamento di abilità di vita e di promozione della salute mentale. I “*recovery colleges*” dalla loro costituzione non si sono limitati alla divulgazione del sapere accademico ma hanno valorizzato a tutti i livelli il sapere esperienziale degli utenti.

A Como, nell’area dell’ex ospedale psichiatrico (OP) è in atto una sperimentazione di ‘scuola di salute mentale della comunità’, l’Università del Tempo Ritrovato, come ponte non solo tra attività direttamente terapeutiche e l’insegnamento di abilità ma anche tra salute mentale dei singoli e promozione del benessere della comunità, con infinite possibilità di sviluppo di partnership nel mondo dell’università ma anche nella società civile in generale. Hanno già sottoscritto la loro partecipazione: l’Associazione Oltre il Giardino. Il Coordinamento delle associazioni dei familiari, l’Associazione Iubilantes, Ortofloricola Comense, Global Sport Lario, NèP, Alchchengi (vedi Parte IV, Capitolo 1).

7. <http://www.programmafor.it/>.
<http://supportedhousing.altervista.org/wp-content/uploads/2016/10/recovery-2016.pdf>.

Le parole del cambiamento: co-produzione, *recovery*, *empowerment*, esperto in supporto tra pari

di *Marco Goglio*

Questo testo nasce per informare le organizzazioni istituzionali e i servizi che si occupano di disagio psichico, ma anche i cittadini interessati, sui cambiamenti in atto in questi anni nell'ambito della salute mentale. Presenteremo esperienze, percorsi di formazione, punti di forza e di difficoltà sulla realtà degli Esperti in supporto tra pari (ESP), ossia di quelle persone che soffrono di un disagio e che, in base alla consapevolezza e all'esperienza acquisita, affiancano altre persone sofferenti nei percorsi di cura.

In questo lavoro di ricerca ci siamo giovati dell'aiuto di molti secondo lo stile della 'co-produzione': utenti esperti hanno affiancato operatori, familiari e volontari sia nella ricerca intorno a queste realtà lombarde sia nella stesura dello scritto che presentiamo. Il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca, nelle persone di Maria Cacioppo e Mara Tognetti ci ha accompagnato dal 2015 in questo percorso di studio e di ricerca che ha accomunato operatori, familiari e utenti come ricercatori del cambiamento dei servizi lombardi.

A livello internazionale, da tempo, leggiamo le sollecitazioni che ci provengono dalle istituzioni e dalle organizzazioni che governano la salute a livello mondiale: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità" (WHO/OMD, 2004). La promozione della salute è vista e costruita in un'ottica di comunità, dove lo stesso portatore del disagio promuove il proprio benessere nel contesto quotidiano in cui vive e apre un fronte di fiducia sul futuro (Ottawa, 1986). A livello globale è sempre più condiviso che, per promuovere la salute, chi è portatore del disagio debba esercitare controlli sulla sanità pubblica (Helsinki, 2000; Seul, 2008). Altrettanto importante è il rispetto per l'individuo da parte dei curanti che devono riconoscere al malato il diritto all'autodeterminazione e devono offrire corrette spiegazioni in materia di cura.

Seguendo queste indicazioni anche la ricerca è sempre più attenta ai percorsi di cura orientati alla riabilitazione e alla *recovery* (Killaspy *et al.*, 2009) con contributi multidisciplinari che stanno cambiando i nostri servizi (Mental Health, 2013) verso modelli di co-partecipazione e di co-produzione tra operatori, utenti e familiari (Community Engagement, Nice, 2016).

In Italia stiamo parlando di cambiamento da molto tempo, ma forse con più lentezze. Il cambiamento è un sostantivo importante: rimanda al mutare, trasformare, modificare; allude al passaggio da uno stato a un altro, in ambito biologico, fisico, psichico.

Da quanti anni parliamo di cambiamento nei nostri servizi territoriali che si occupano di disagio psichico? Sicuramente una ventina d'anni! Cito solo tre delle molte tappe lombarde verso un cambiamento.

Nel 1998, l'allora Coordinamento Lombardo Psichiatria (CLP), proponeva gruppi di formazione sul tema: Milano, 1998: dov'è la psichiatria? Metropoli: tra ricchezza e povertà. Le pratiche di psichiatria sociale a Milano. I tre gruppi di approfondimento affrontavano temi ancora oggi dibattuti: l'Auto aiuto e i gruppi familiari, l'agenzia lavoro in comunicazione tra i servizi, l'intervento territoriale a rete. Nei lavori dei gruppi emergono spunti interessanti: quali le povertà nel servizio e nella metropoli: la burocrazia, la non appartenenza al servizio pubblico, le povertà reali, l'isolamento degli operatori.

Quali le ricchezze nel servizio e nella metropoli: le esperienze degli operatori, la forza propulsiva di un lavoro in équipe istituzionale, il superamento del manicomio, la metropoli con le sue potenzialità di confronto.

Nel 2002, a Milano, OpLA, Operatori Lombardi Associati per la salute mentale, in collaborazione con tre partner (Scacco Matto, Il Clan/Destino, La Tartavela), promuove un primo corso di formazione rivolto a utenti, dal titolo: 'La consapevolezza itinerante'. Il corso è articolato in quattro moduli: cos'è la malattia mentale: diagnosi e cure; verso quale riabilitazione: casa, lavoro, territorio; realtà dei servizi e della legislazione attuale; le relazioni in famiglia: modelli di auto mutuo aiuto.

Nel dicembre 2005 Koinè (iniziativa di informazione, formazione e confronto sulla salute mentale dell'assessorato alla salute del Comune di Milano nell'ambito dell'ufficio psichiatria) propone il seminario: "La psichiatria dove va? Alla ricerca di un senso". Nell'incontro si affrontano tematiche legate all'auto mutuo aiuto, alla presenza degli utenti come 'esperti per esperienza', al rinnovamento dei servizi.

Nel piano socio sanitario 2006-2008 si legge: "*La particolare attenzione posta dalla Lombardia al processo di integrazione lavorativa e sociale, accompagnata a una maggiore consapevolezza dei propri diritti, ha fatto emergere anche una puntuale richiesta di sostegno alla vita autonoma e*

indipendente, con conseguenti necessità di abitazioni adeguate e di ausili tecnologicamente avanzati, in grado di permettere una vera e reale inclusione sociale”¹.

“Si rende, perciò, necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la famiglia nella prospettiva di garantire, all’interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo di costruzione del proprio percorso di vita. È sempre più necessario, quindi, un approccio sinergico, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del ‘prenderci cura’”².

In questi ultimi anni anche la Regione Lombardia ha promosso una ricerca su questi temi e la riforma attualmente in corso, come vedremo più avanti, è un momento ideale di sintesi dei diversi Piani Regionali per la salute mentale: *“promuovere la salute mentale del soggetto adulto attraverso l’integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale o imprenditoriale”* con l’obiettivo di favorire i *“percorsi territoriali per promuovere una psichiatria di comunità che operi in un territorio funzionale ampio integrando i diversi servizi e soggetti presenti”*. Dal 2002 la Regione sottolinea la necessità di costruire *“modelli di collaborazione con soggetti non istituzionali (convenzioni con associazione di utenti e di familiari, volontariato, cooperative sociali, associazioni di advocacy e più in generale terzo settore) e con la rete informale”³.*

Di quale cambiamento parliamo? La co-produzione

Il rischio della psichiatria è sempre stato quello di parlare e di confrontarsi, ritardando a oltranza le conseguenze operative! Abbiamo impiegato più di 20 anni per chiudere i manicomi (1978-1999) e da più di 20 anni vogliamo trasformare i servizi per farli aderire maggiormente ai bisogni dei cittadini. Ma quando vedremo questi cambiamenti?

In questi anni è in atto la riforma lombarda sulla sanità che prevede modifiche strutturali, organizzative e cliniche dei Dipartimenti di salute mentale. Nel 2016 nasce il Gruppo “Promozione ESP”, che si costituisce dall’incontro e dal confronto dei Dipartimenti di salute mentale di Brescia, Busto Arsizio, Saronno, Como, Legnano-Magenta, Pavia, assieme alle associazioni di familiari di Unione regionale salute mentale (URASaM) e di utenti RUL (Rete Utenti Lombardi). La trasformazione che intendiamo

1. Piano socio Sanitario 2006-2008.
2. Piano Regionale salute mentale 2010-2014.
3. Piano Regionale salute mentale 2002-2004.