



UNO SGUARDO SUL MONDO

di Elisa Mamotti

Lo scorso 20 marzo si è celebrata in tutta Italia e in tutto il mondo la giornata del Social Work Day (SWD), istituita nel 1983 dall'International Federation of Social Workers.

Da tre anni il corso di laurea in servizio sociale dell'università Milano Bicocca ha scelto di celebrare tale giornata organizzando seminari che hanno coinvolto studenti, docenti e professionisti.

Quest'anno la giornata è stata dedicata alla Global Agenda, un documento programmatico indirizzato ai professionisti del settore nonché alle istituzioni, volto ad individuare a livello globale alcune aree di criticità rispetto alle quali si ritiene necessario intervenire nei prossimi anni. Il SWD è stato quindi un'ottima occasione per riportare all'attenzione questo importante documento, frutto del lavoro di migliaia di professionisti di tutto il mondo, oltre che momento per riflettere su quale impatto possa avere la Global Agenda sul servizio sociale italiano e quindi sulla nostra realtà professionale. Ad accompagnare la riflessione sono stati gli interventi di alcuni docenti dei corsi di laurea in servizio sociale dell'università Milano Bicocca e Cattolica, intervallati dagli interventi degli studenti dei corsi, invitati a discutere di questo tema nelle settimane precedenti il SWD.

Sarebbe impensabile riassumere in queste poche righe tutti i contenuti dei diversi interventi, né d'altra parte è questa la mia intenzione. Vorrei invece prendere spunto da tali riflessioni per riproporre alcune questioni che credo possano essere utili e stimolanti.

Prima si accennava ad alcune aree di criticità indicate nella Global Agenda sulle quali si vorrebbe intervenire. Sono problematiche che incontriamo tutti i giorni, chi nella pratica professionale, chi nelle esperienze di tirocinio e che si concretizzano nella disperazione e nella rabbia rassegnata di molti utenti che accogliamo nei nostri servizi. Ecco allora che la prima modalità per rispondere a queste problematiche si esplica nella relazione d'aiuto con l'utente. Eppure la sensazione è quella di una generale impotenza, perché le situazioni di bisogno e sofferenza si ricreano costantemente, in forme analoghe o diverse. Citando una metafora suggerita dal professor Fabio Folgheraiter "pare di essere come Penelope, costretta a disfare di notte i problemi che di giorno si ricostituiscono, e che spesso sono prodotti dalla società stessa". Si pensi alla pubblicizzazione dei prodotti alcolici o all'importanza per le finanze dello Stato dei proventi del gioco d'azzardo. Si crea dunque una situazione paradossale e di grande frustrazione che riflette una contraddizione presente nella società e difficilmente estinguibile. Tuttavia, pur senza pretendere di risolvere tali problematiche, vale la pena chiedersi quali sia il ruolo del servizio sociale, se sia limitabile all'intervento sul danno prodotto dalla società o se invece sia nostro compito accompagnare al lavoro con l'utenza anche un'azione politica, di "policy practice", di definizione di politiche sociali eque e giuste. La risposta non è univoca, ma quello che mi sento di affermare è che certamente non siamo né politici né semplici erogatori di servizi e che la nostra professione si colloca in un punto di equilibrio nell'infinito arco di possibilità che il continuum tra queste due polarità prevede. Quale sia questo punto, spetta a noi, ora, cercare di capirlo.



SEMPLICEMENTE PERSONE

di Laura Buraschi

Sono passati più di 30 anni da quando la Legge Basaglia (L. 180/78) ha introdotto un nuovo modo di vedere, affrontare, percepire e curare la malattia psichiatrica. Con questo provvedimento si è voluto introdurre l'idea di una nuova psichiatria, basata sulla visione del malato non più come matto, diverso o soggetto pericoloso da emarginare dalla comunità, ma come uomo bisognoso di cure e assistenza, una persona portatrice di diritti e dignità, di cui la società deve farsi carico.

La storia personale, la cultura e l'organizzazione della comunità, la rete di sostegno che una persona possiede o non possiede, vengono affiancate al concetto di malattia, a dimostrazione che questo fenomeno interessa ognuno di noi. Per questo la cura si orienta sullo sviluppo e la valorizzazione della persona, escludendo ogni forma di reclusione, di isolamento, di solitudine, e tutto ciò che comporta la perdita dei valori e l'intollerabilità dei vissuti.

Questo pensiero è stato introdotto anche a livello istituzionale. I servizi non sono più luoghi altri per soggetti diversi, ma luoghi percorribili, accessibili, accoglienti e dignitosi, dove esiste una possibilità di cura, di ascolto e di aiuto, tramite percorsi che mettano in rete tutte le risorse presenti nel territorio, nella logica dell'integrazione tra elementi sociali, sanitari e del volontariato. Per riuscirci servono la capacità di stare dentro il sistema sociale, risorse sufficienti, una comunità che non isoli chi soffre, ma che sia attenta alle problematiche esistenti. Tutte cose che in molti casi non sono presenti in quantità e qualità sufficienti e alle quali vanno aggiunti: il coraggio di uscire dal pregiudizio, l'onestà di riconoscere dentro di noi la nostra stessa umanità, l'umiltà di vedere nella fragilità, nella malattia dell'altro, un'occasione per aiutare non solo l'altro, ma noi stessi, riconoscendoci nelle sue paure e nella sua vulnerabilità, che è nello stesso tempo la nostra. Serve essere semplicemente persone: serve ai pazienti, ai familiari e anche agli operatori. Se questo non succede si deve parlare allora di alienazione, estraneità rispetto all'altro ma soprattutto rispetto a sé stessi.

L'incontro con la sofferenza dentro e fuori di noi è una possibilità che ci viene data per non rischiare di restare prigionieri del proprio tempo, delle proprie convenzioni e convinzioni, di recitare un ruolo celato dietro ad una maschera perdendo l'occasione di essere se stessi e quindi persone.

LA MUSICARTERAPIA NELLA GLOBALITÀ DEI LINGUAGGI APPLICATA ALL'UTENZA PSICHIATRICA ALL'AS.SO.FA. DI PIACENZA

di Pantrini e Frigerio

L'AS.SO.FA. (Associazione di Solidarietà Familiare per portatori di handicap) è un'associazione di volontariato promossa da alcune famiglie di portatori di handicap nel 1981 a Piacenza. Oltre ai volontari sono presenti dei collaboratori fissi tra cui due musicoterapeuti.

L'utenza è molto vasta sia per età, che per patologia, che per gravità. A titolo di esempio sono presenti disabili motori, autistici, psicotici, soggetti con ritardo cognitivo.

Tutte le attività dell'associazione, in particolare la Scuola dell'Autonomia e l'Orto Vita di cui si parlerà in seguito, sono basate sulla Musicoterapia nella Globalità dei Linguaggi ideata dalla prof.ssa Stefania Guerra Lisi. Questa disciplina si basa sull'assunto che l'Essere è Parlante e intende valorizzare le capacità espressive di tutto il corpo, riabilitando il principio del "piacere di vivere" al di là della patologia. Vede l'Uomo, qualunque sia la sua condizione psicofisica, pieno di possibilità espressive da sviluppare poiché un elemento che non si estingue mai nell'essere umano è il senso estetico, ossia la "capacità di sentire", di percepire il mondo dandogli senso. È fondamentale considerare le relazioni tra sfera psico-organica, sensoperceptiva, comunicativo-relazionale, psicomotoria in quanto la Persona è unica e va presa in carico come tale. La comunicazione non è esclusivamente verbale: esistono infinite forme di comunicazione non verbale. Partendo da tale presupposto l'intervento educativo considera tutti i modi che può adottare l'utente per esprimersi.

Le attività previste dalla Scuola dell'Autonomia spaziano dal laboratorio di cucina, a quello di scultura, a quello musicale. La musica è un'importante modalità di espressione che consente di far uscire emozioni, sentimenti... Ai ragazzi viene insegnato l'uso di percussioni come djembe, sonagli, tamburi. Durante gli incontri devono suonare e cantare insieme. Il fattore "insieme" è molto importante in quanto potenzia le loro capacità espressive e relazionali. Inoltre la sperimentazione di diverse ritmiche porta ad approfondire e a gestire meglio la propria emotività. Tutti gli incontri sono collegati da una storia che viene musicata e drammatizzata e poi messa in scena, a fine anno, in uno spettacolo in collaborazione con scuole elementari e medie.

L'Orto Vita comprende attività connesse alla coltivazione ed alla lavorazione di prodotti dell'orto. I ragazzi si dedicano, insieme a operatori e volontari, alla coltivazione dell'orto della casa seguendo la vita delle piante in tutte le loro fasi. In tal modo i ragazzi sperimentano il "prendersi cura di..." e possono identificarsi con la pianta. Loro sono il seme nel grembo della madre che sboccia e nasce alla vita esprimendosi in tutta la sua bellezza. Inoltre la lavorazione consente loro di agire sulla materia e quindi di liberare le Forze Plasmatrici che tutti abbiamo al nostro interno.

Concludendo citiamo una parte dell'intervista alla professoressa Stefania Guerra Lisi che ben sintetizza il senso della disciplina: " Nessuno di noi può bastare a se stesso, ognuno ha bisogno di dialogare e per questo è necessaria una dimensione di ascolto che ci fa scoprire non la patologia ma l'arte di vivere che accomuna nella creatività il Bambino, l'Handicappato e l'Artista".

BOTTA&RISPOSTA

con la Dott.ssa Alessia Corsaro, ex-tirocinante presso Centro Sant'Ambrogio di Cernusco sul Naviglio, Istituto di Riabilitazione Psichiatrica

1. Che cos'è il Centro S. Ambrogio?

Il Centro S.Ambrogio è una struttura residenziale per pazienti psichiatrici gravi. Tra questi si trovano anche ex pazienti della stessa struttura che, fino all'approvazione della legge Basaglia 180/78, era un manicomio. A differenza degli anni passati, durante i quali i pazienti potevano rimanere nel centro anche tutta la vita, è stato recentemente stabilito un limite massimo di due anni di degenza in ogni istituto. Questa nuova normativa ha comportato per molti pazienti, da anni residenti presso il Centro, il trasferimento in altri centri residenziali simili. Chiaramente tale processo ha comportato non poche difficoltà sia per gli operatori che soprattutto per chi risiedeva nel centro da molti anni, considerandolo ormai la propria casa.

2. Come è organizzato il Centro S. Ambrogio?

Il Centro è composto da diverse strutture: Il C.P.S., centro di prima accoglienza presso il quale arrivano le domande di inserimento nel centro vero e proprio; Comunità Protetta a Media Assistenza (C.P.M.); Comunità Protetta ad Alta Assistenza (C.P.A.); Centro di Riabilitazione ad Alta Assistenza (C.R.A.), a sua volta distinto in diversi reparti (per anziani, disabili, etc.) e in villette in cui gli utenti meno gravi possono condurre una vita più autonoma insieme ad altri ospiti del centro; Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), reparto che accoglie per circa 1-2 mesi i pazienti che hanno avuto gravi crisi; Centro Diurno; Day Hospital.

3. Di che cosa si occupa l'assistente sociale nel Centro?

L'assistente sociale in relazione alla gravità del disagio psichico, valuta se il soggetto che richiede il ricovero sia adatto o meno all'inserimento in struttura. Quando il paziente entra a tutti gli effetti nel centro viene attivato un progetto, stabilito dall'equipe, il cui obiettivo è il raggiungimento dell'indipendenza. L'assistente sociale svolge un'importante funzione di "cerniera" con il mondo dei servizi esterni al centro (ASL, CPS, Tribunale, etc.); funzione del tutto nuova se si pensa che prima della legge Basaglia non vi era alcun contatto tra il manicomio e la società esterna. Un altro compito fondamentale dell'assistente sociale è quello di aiutare l'utente rispetto ad attività quotidiane di cui non può occuparsi in prima persona, come rifare la carta d'identità o occuparsi della posta. E' richiesta, dunque, una buona flessibilità in virtù della particolare tipologia di utenza. Diverse sono le attività a disposizione dell'utente: musicoterapia, arte-terapia, equitazione, etc.. Vengono inoltre organizzate dall'assistente sociale diverse uscite di cui operativamente si occupano gli educatori.

4. Che cosa ti ha colpito di più di questa esperienza di tirocinio?

Uno degli aspetti che più mi ha colpito è lo stretto rapporto che si instaura tra l'assistente sociale ed i pazienti: ho osservato quanto sia difficile riuscire a non coinvolgersi nel rapporto con questa particolare tipologia d'utenza, che richiede una formazione specifica rispetto alle modalità di approccio e comunicazione. Per far fronte a tale bisogno formativo è prassi, prima dei colloqui, l'organizzazione di una riunione d'equipe durante la quale il medico trasmette all'assistente sociale le informazioni relative alla patologia del paziente, indicando la metodologia d'approccio migliore in relazione alla specifica situazione.



FACEBOOK - CERCA GRUPPO: "Associazione Informazione"

E-MAIL: ass.informazione@gmail.com

BLOG: <http://ainformazione.wordpress.com>

Siamo sempre alla ricerca di professionisti e studenti disposti a collaborare con noi (basta contattarci, ne saremo molto lieti). Inoltre, se studi Servizio Sociale in Bicocca, partecipando alle attività dell'associazione potrai ricevere 3CFU. Per maggiori info riguardo questa possibilità scrivi al nostro indirizzo e-mail!

TEORICAMENTE APRI LA MENTE

di Camolese e Cerliani

Tra la fine dell'800 e i primi anni del '900 la psichiatria in Italia era caratterizzata dalla concezione che il disturbo psichico avesse origini genetico-ereditarie, di conseguenza le componenti psicologiche, ambientali e sociali di questi disturbi non erano prese in considerazione e le scarse conoscenze cliniche non permettevano di avanzare ipotesi sulle possibili cure. Il paziente psichiatrico "nato malato" si considerava inguaribile e, essendo un potenziale pericolo sia per se stesso che per gli altri, doveva essere isolato in apposite strutture.

Le strutture manicomiali che ospitavano i malati di mente si configuravano per lo più come prigioni, dentro le quali i pazienti venivano rinchiusi senza avere la possibilità di contatti con l'esterno. Le uniche cure usate prevedevano trattamenti fisici dolorosi che, uniti allo stato di emarginazione e isolamento, deterioravano le residue capacità mentali e fisiche dei pazienti.

Con l'ufficializzazione dello stato di malattia mentale il malato perdeva inoltre una serie di diritti civili e politici come il diritto di voto, la proprietà di beni e immobili e il diritto di poter amministrare in prima persona un'eventuale eredità, in quanto ritenuto incapace di intendere e di volere.

Agli inizi del '900 si intravedono i primi cambiamenti, grazie ai contributi di nuove scienze quali la psicoanalisi, la sociologia e la psichiatria sociale, che evidenziano il carattere multifattoriale del disturbo psichiatrico, influenzato dalle condizioni ambientali, familiari, sociali, culturali, etniche più che da quelle biologiche. In questo contesto culturale caratterizzato anche dai progressi della scienza psichiatrica in

materia di cura della malattia furono emanati i primi provvedimenti normativi che aprirono nuove prospettive per i malati.

E' con la Legge 180 del 1978, nota come Legge Basaglia, che la psichiatria subisce una profonda trasformazione. Da questo momento la malattia mentale viene considerata il prodotto di più fattori (relazionali, ambientali, culturali e sociali) che portano il malato all'alienazione dal mondo esterno. Il manicomio non si configura più come soluzione al problema e ne viene così imposta la chiusura. Si istituiscono in alternativa programmi di cura e sostegno presso servizi di igiene mentale pubblici territoriali a cui il paziente partecipa volontariamente senza perdere i diritti civili e politici prima negati.

La legge inoltre assegna alle Regioni l'attuazione dei provvedimenti in materia psichiatrica, ma ciò avviene in tempi diversi tra le varie regioni, generando così difformità di trattamento.

Ad oggi le strutture dedicate all'assistenza psichiatrica sono i Dipartimenti di salute mentale, istituiti presso le ASL, i quali assicurano attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale del malato mentale. Le tipologie di assistenza offerte dai Dipartimenti sono: i Centri di Salute mentale e gli ambulatori che si occupano dell'assistenza territoriale e domiciliare; i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, o Day Hospital, che forniscono le cure in regime di ricovero; i Centri Diurni che si occupano di interventi socio-riabilitativi in regime semiresidenziale e infine le Strutture Residenziali che offrono interventi terapeutico-riabilitativi in regime di permanenza temporale.

