

ci chiamavano matti

Dal mondo chiuso della sofferenza psichica, all'universo infinito delle relazioni. Con la legge 180 del 1978 l'assistenza psichiatrica ha invertito la rotta e, da allora, è cresciuta nel nostro paese una cultura della cura che ha saputo produrre un sistema istituzionale, con la ricerca di nuovi metodi, mezzi e luoghi per consentire alla sofferenza psichica di rivelarsi come condizione umana, e di ricevere il sollievo della cura. Oggi è all'infiltrarsi delle relazioni umane e sociali che la psichiatria impronta i percorsi terapeutici, con l'appoggio di una rete di servizi che operano per riabilitare le capacità di ristabilire i legami compromessi dal disturbo mentale.

La radicale domanda basagliana - *che cos'è la psichiatria?* - ha messo definitivamente in crisi la convinzione che custodia e contenimento fossero inevitabili conseguenze, la rassegnata scelta di accettare il disturbo mentale come un destino che avrebbe per sempre messo ai margini chi ne soffre.

pensare luoghi per la salute mentale

Oggi è normale che quelli che un tempo si chiamavano matti scrivano e pubblichino libri e giornali, allestiscano mostre delle loro opere d'arte, inscenino spettacoli teatrali e concerti nelle sale cittadine, che organizzino escursioni alpinistiche e viaggi. Nessuno dice più, nemmeno, che è matto chi lo fa con loro. Nel vuoto lasciato dal manicomio oggi si cura.

Il governo dell'assistenza psichiatrica, tuttavia, impone continuamente scelte di fronte alle quali è necessario chiedersi quali strumenti, strutture, funzioni, quali luoghi - fisici e ideali - possano meglio garantire l'efficacia del sistema della salute mentale.

Una volta riconosciuti nei pazienti psichiatrici cittadini titolari di diritti (alla cura, alla casa, al lavoro, alla genitorialità) sono le loro sofferenze e i loro bisogni a richiedere cure.

La spinta a rendere sempre più medico-scientifiche le

l'editoriale

Corresponsabilità sociale sulla salute mentale

di Alberto Gobbini
Cooperativa La Rete



Nel 1978, con l'approvazione della Legge 180, più nota come legge Basaglia, prendeva avvio la riforma dell'assistenza psichiatrica, traduzione istituzionale di una nuova concezione della malattia mentale.

Non solo si iniziò allora a parlare di *salute* mentale, con un'inversione di prospettiva che permetteva di allargare il paradigma della cura dall'individuo al sistema delle relazioni di cui il paziente come persona fa parte, ma, anzitutto, alla persona con un disturbo mentale fu riconosciuta la piena cittadinanza e la titolarità dei diritti, fra cui il diritto alla salute che diveniva il perno della sua cura.

Il Sistema Sanitario Nazionale, istituito con la Legge 833/1978, divenne titolare e garante del diritto all'assistenza e alla cura della sofferenza mentale, ma solo negli anni - attraverso diversi atti normativi nazionali, regionali e locali - si sviluppò l'articolazione di istituzioni, funzioni e dispositivi organizzativi la cui apparente complessità risponde, da un lato, al criterio della massima adesione al territorio in cui i cittadini vivono e, dall'altro, a quello del più ampio coinvolgimento di ruoli e competenze, differenziati in varie professionalità, per rispondere e soddisfare i diversi e complessi bisogni che la tutela e la cura della salute mentale richiedono. Giunse nel 1999 il D.Lgs 229 che regola, favorisce e finanzia le nuove strutture residenziali per l'assistenza psichiatrica e che assegna alla rete istituzionale e sociale nel suo insieme il compito di

organizzare le risposte alla cura della fragilità mentale dei suoi cittadini, nel rispetto della territorialità, con il ricorso a competenze interdisciplinari e nelle forme della corresponsabilità sociale sulla salute mentale. In Lombardia, è oggi la DGR 4221 del 2007, che definisce le caratteristiche delle strutture residenziali, differenziate in relazione a grado di assistenza e livelli terapeutico-riabilitativi offerti.

Le diversità intese come arricchenti, il confronto e lo scambio come elementi necessari alla crescita trovano spazio in un'architettura dell'assistenza che interpreta il concetto stesso di salute ormai uscito dai confini della clinica in senso stretto e approdato alla definizione più ampia e completa di «stato di benessere fisico, psichico e sociale». Cura e riabilitazione psichiatrica così delineate necessitano dunque di molteplici interventi, da distribuire fra diversi attori della comunità sociale e da integrare fra loro.

È in questo panorama organizzativo gestionale che «La Rete», sia come ente accreditato per una comunità a Gardone VT che in convenzione con l'A.O. Spedali Civili di Brescia, oggi opera nella gestione di «Comunità Protette a Media assistenza», di «Alloggi della Residenza leggera» e collabora a diversi progetti che coinvolgono persone con disturbo mentale, ricordati anche in questo numero de «il nodo».

Il nostro approccio, da sempre e in tutti i servizi sociali in cui operiamo, muove dal desiderio di rintracciare con la persona, nella sua rete socio-affettiva e nel suo rapporto con il territorio, le soluzioni ai problemi di cui è portatrice.

Spesso nell'assistenza psichiatrica misuriamo la fatica di connettere quotidianamente le richieste delle normative a tutela della qualità dei servizi alla persona, con la vitale necessità di aprire le strutture che li erogano al contesto in cui sono inserite.

Nella pratica quotidiana verifichiamo che relazioni e collaborazioni generano confronto, limitano la solitudine, contrastano l'emarginazione che il processo educativo, riabilitativo e terapeutico trova senso e compimento nell'interazione tra le parti in causa. Eppure scorgiamo il rischio che le forme in cui si attua l'assistenza scivolino verso una lettura prevalentemente sanitaria del disturbo mentale, in cui la cura finisce per concentrarsi sul problema del singolo individuo limitando la possibilità di praticare percorsi rivolti all'inclusione sociale, mettendo così in pericolo la fedeltà ai principi stessi della norma che ispira l'architettura di tutto il sistema. Trascurare progettualità, innovazione, condivisione del sistema di reti formali e informali nel contesto sociale, rischia infatti di generare luoghi di cura solitari e isolati. Perciò siamo attenti ad ogni proposta e sperimentazione di formule di intervento sociale che alimentino i processi virtuosi dell'inclusione e della reciprocità fra la collettività sociale e chi vive momenti o percorsi di fragilità con il rischio di essere collocato ai margini, sostenendo l'incontro e lo scambio capaci di generare azioni di cura.

**AGRITURISMO
CASCINA CLARABELLA**
Soggiorno Etico in Franciacorta

B&B con camere e appartamenti - Centro congressi
Produzione e vendita vino e olio
Spaccio prodotti aziendali

Via delle Polle 1800 - Isoe - BRESCIA
tel. 030 9821041 - fax 030 9896131 - Cell. 335 1809785
clarabella@cascinacclarabella.it - www.cascinacclarabella.it



► dalla prima

risposte rivela lo sforzo di affinare l'interpretazione dei sintomi e della natura del disagio per intervenire più efficacemente, ma a volte nasconde la disperata illusione di poter eliminare l'errore e quindi la sfiducia che la cura conservi significato oltre il disturbo mentale, oltre il dato oggettivo della malattia.

Per molti aspetti, il disturbo mentale non è una malattia come le altre. Sono quelli che ne soffrono che sono persone come le altre. Mettere fine alla loro reclusione ha attenuato anche il diffuso sentimento di radicale alterità rispetto al folle e finalmente rende possibile il riconoscimento, nel disturbo mentale, di una fatica di vivere che appartiene all'esperienza umana. Tuttavia, quasi ovunque serpeggia l'inquietudine per il suo insorgere che insidia la normalità, mentre si stenta a riconoscere nelle relazioni che si intrattengono nella vita ordinaria la sede di un disagio che mette a rischio tutti. Così, accade che chi opera nei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate (voluto oggi da una legge dello Stato), sul terreno di confine fra la disabilità degli utenti e la competitività che regna nel mondo produttivo, si trova all'incrocio di due sofferenze e misura, più che la resistenza ad accogliere il disagio, la difficoltà di sentire il lavoro come luogo in cui possa emergere salute.

Ci si deve interrogare, dunque, anche sulla possibilità di estendere l'accessibilità ai servizi di assistenza psichiatrica, un terreno su cui pesano – come è più che in tutti gli altri servizi sanitari – sia il dato dell'accessibilità economica e culturale alla cura sia il contesto in cui il disturbo si manifesta. Da un lato infatti ci si chiede come il crescente diffondersi di disturbi mentali, che ripetutamente le statistiche epidemiologiche richiamano, possa essere efficacemente contrastato senza un forte presidio sul territorio da parte di soggetti e figure attivi nell'assistenza domiciliare, nei consultori, nei centri psicosociali per sostenere e riorientare chi ne soffre. Dall'altro, fenomeni come l'incrociarsi del disturbo mentale con la condizione di senza dimora, con quella di straniero immigrato, di detenuto, ma anche con quella di pensionato al minimo, in cui si presenta la dipendenza dal gioco, o di madre sola, in cui scatta la depressione, denunciano una disseminazione nelle pieghe della città – in cui sempre più spesso vengono a mancare reti sociali e familiari - di un disagio che diventa sempre meno raggiungibile prima di precipitare nell'emergenza.

Infine, anche nella risposta al bisogno di assistenza prolungata, oggi offerta dalle comunità protette, gli operatori avvertono il rischio di un confinamento negli aspetti assistenziali e sanitari della cura, nel quale finirebbe per andare perduto il patrimonio delle competenze

educative su cui era stata imperniata la concezione stessa della comunità come luogo di riappropriazione della quotidianità.

Si chiama «comunità», ma il suo significato è gruppo, o si chiama «appartamento», ma è casa. Deve rispondere al bisogno di chi non può vivere «fuori», ma nemmeno in un altrove che lo sradichi e lo inghiotta in una struttura onnivora. È il luogo in cui si può «stare male», per permettere alla sofferenza di essere riconosciuta e curata, il luogo in cui trovare l'ossigeno di una protezione, la quale – transitata al codice materno dell'accudimento – capovolge prospettiva e significato della protezione che il manicomio erigeva a difesa dell'esterno. Luogo in cui la pulsione all'isolamento che accompagna la sofferenza psichica è contrastata con la richiesta di partecipazione e di accettazione dei legami. Luogo in cui le regole nascono nella pratica del convivere nel gruppo. Luogo da cui si impara soprattutto ad uscire. Ma è qui che il quadro si appanna, e che sbucca l'insidia di ogni isola felice, quando difficoltà come trovare una casa o disporre di un reddito sufficiente minacciano o rendono inefficaci i risultati della riabilitazione, e torna a presentarsi quel «fuori» in cui l'autonomia è concepita come autosufficienza, o finisce per essere negata.

Nei trentacinque anni trascorsi dall'approvazione della 180 c'è stato il tempo di dissipare buona parte della sofferenza che le pratiche coercitive del manicomio hanno avuto la colpa di generare in tante persone, e quindi di avvicinare meglio la sofferenza che il disturbo mentale produce negli esseri umani. Pensarne la cura richiede di individuare luoghi in cui – come dice Michela, alla riunione fra operatori e ospiti della comunità in cui lavora – sia possibile «squilibrare il sempre».



Franco Basaglia (1924-1980) è ricordato come il padre della riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia. La legge 180, che accogliendo il significato del suo lavoro a Trieste sancì la soppressione graduale ma definitiva dei manicomi, approvata il 13 maggio del 1978, nel dicembre dello stesso anno confluì nella legge di riforma sanitaria (la 833/78) che ne fece propri gli articoli. La legge imponeva che la condizione di malato psichico cessasse di essere considerata definitiva e di comportare la perdita dei diritti del cittadino e che il trattamento sanitario obbligatorio non potesse essere applicato indiscriminatamente anche nel caso di disturbo mentale. L'assistenza psichiatrica diventava compito delle istituzioni sanitarie e della loro articolazione sul territorio.

I servizi psichiatrici oggi sono erogati in applicazione delle leggi che ciascuna Regione approva, con difformità a volte rilevanti, con una organizzazione sul territorio che, facendo capo al Dsm delle Asl, offre diverse strategie e percorsi di cura personalizzata e finalizzata al recupero.

L'organizzazione mondiale della Sanità, con il Rapporto sulla Salute del 2001 (*Mental health. New Understanding. New Hope*) ha adottato l'esperienza italiana come esempio da seguire in tutto il mondo.



Emilio Sacchetti



Prof. Ordinario di Psichiatria Università degli Studi di Brescia
Dir. DSM Azienda Spedali Civili di Brescia
Dir. Unità Operativa Clinizzata di Psichiatria 22 Azienda Spedali Civili di Brescia e Università degli Studi di Brescia
Dir. Scuola Specializzazione in Psichiatria Università degli Studi di Brescia
Pres. Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica Università degli Studi di Brescia
Dir. Scientifico Centro di Studio e Ricerca sui Disturbi del comportamento e malattie neurodegenerative EULO e Università degli Studi di Brescia

Che cosa ci si aspetta oggi dalla ricerca in psichiatria e quali sono i passi fondamentali nella formazione dei futuri medici?

Attualmente, una buona parte dei maggiori progressi della psichiatria riguarda ricerche basate sull'utilizzo di metodiche ad alta tecnologia. Ciò, grazie all'acquisizione - negli ultimi 20 anni - di apparecchiature che hanno fatto progredire non solo la genetica, la neuroradiologia e la biologia ma anche la riabilitazione grazie allo sviluppo in quest'ultimo ambito di strumenti che sfruttano modelli di tipo neurocognitivo fino a ieri poco utilizzati.

Per quanto riguarda i farmaci, dopo i progressi degli anni novanta, oggi non abbiamo dietro l'angolo nessun farmaco che possa farci pensare ad un cambiamento epocale degli standard di cura delle malattie psichiatriche maggiori. E' vero che nuove molecole di grande interesse sono allo studio, ma serviranno ancora almeno 5 o 6 anni per verificarne la validità. Pertanto, il progresso più importante in campo psicofarmacologico riguarda probabilmente la formulazione *long acting* dei farmaci antipsicotici di nuova generazione. L'allargamento del numero di farmaci in formulazione *long acting* a disposizione permette nuove prima inusitate possibilità di promuovere terapie mirate e personalizzate e di conseguenza potrà consentire il coinvolgimento anche di pazienti con buon funzionamento, superando così l'uso storico di queste molecole in pazienti particolarmente gravi e restii ad assumere le cure.

Quanto alla riabilitazione, oggi si interviene con il rimodellamento cognitivo applicando tecniche computerizzate capaci di migliorare le performances anche nei pazienti affetti da schizofrenia. Personalmente, ho a cuore l'obiettivo della realizzazione di un software che renderebbe possibile l'uso domiciliare di queste metodiche di rimodellamento cognitivo, così da rendere l'approccio a disposizione del libero uso del paziente.

Poiché i disturbi mentali maggiori hanno basi biologiche importanti, è alla ricerca nell'ambito della biologia che guardo con maggiore aspettativa: attraverso questa via possiamo sperare di arrivare a standard di cura più elevati.

Ad esempio, con le attuali tecniche di studio del genoma umano possiamo arrivare a comprendere quali sono i geni più implicati nello sviluppo della malattia. In questo ambito, uno dei futuri risvolti applicativi più importanti si riferisce alla possibilità di guidare la scelta del farmaco in base all'assetto genico del singolo paziente, con ciò riducendo il rischio sia di insuccesso terapeutico che di comparsa di effetti collaterali. È questo un genere di ricerca che conduciamo anche a Brescia dal momento che disponiamo della tecnologia necessaria. Se e quando verranno acquisite informazioni certe in questo ambito, si passerà probabilmente dall'artigianato psichiatrico di oggi ad una vera e propria scienza psichiatrica.

Per quanto riguarda un altro filone di ricerca di primaria importanza, l'epigenetica, cioè la scienza che studia le interazioni dinamiche fra fattori genetici e fattori ambientali, siamo ancora, invece, all'età della pietra.

Un terzo filone di ricerca nell'ambito della genetica dei disturbi psichiatrici si propone di studiare non i pazienti ma le persone a rischio di malattia. In questo, a Brescia siamo probabilmente all'avanguardia. La speranza è che, in prospettiva, la capacità di quantificare il rischio di sviluppo di un qualsiasi disturbo, sia esso psichiatrico che medico in generale, potrà portare alla attuazione di interventi di vera e propria prevenzione.

Per finire, sulla formazione dei medici va detto che oggi la psichiatria è considerata in tutto il mondo una delle discipline principali, diversamente da quanto accadeva sino alla fine degli anni 70 quando costituiva nei nostri atenei una materia complementare. La rilevanza epidemiologica dei disturbi mentali del resto ci dice che una persona su due nel corso della vita sviluppa un episodio psichiatrico: per questo i medici di medicina generale non possono non avere anche specifiche competenze psichiatriche. A Brescia, abbiamo il corso quinquennale di specializzazione in psichiatria, limitato però ad una media di 6 allievi per anno, numero inferiore alle attuali necessità. Da 3 anni, inoltre, è istituito il corso di laurea triennale in tecnica della riabilitazione psichiatrica, e ciò ha indubbiamente ampliato il ventaglio formativo specialistico.

È importante sottolineare che negli ultimi anni si è assistito anche in Italia ad una maggiore integrazione delle varie discipline di pertinenza psichiatrica con le altre branche della medicina.

Paolo Cacciani



Medico, Specialista in Psichiatria,
Referente Residenzialità UOP 22, Azienda
Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Con quali obiettivi, con quali bisogni e con quali limiti si opera oggi nel quotidiano per attuare il percorso terapeutico nell'ambito del disagio psichico?

L'obiettivo oggi non è certo più quello di tenere impegnato il paziente affinché 'riempia' una giornata altrimenti vuota, bensì di ristrutturare la persona colpita da grave patologia psichica, consentendole di riacquisire abilità e capacità perse a causa della malattia, favorendo l'inserimento sociale, relazionale e lavorativo.

L'interpretazione attuale della riabilitazione psichiatrica prevede di partire sempre dal paziente, inteso come artefice primario del proprio percorso di recupero.

La tendenza a lavorare sul e non col paziente va completamente lasciata. Noi operatori dobbiamo riuscire ad ascoltare i bisogni della persona, dobbiamo penetrare gli ambiti profondi della sua personalità al fine di poterci sintonizzare, cioè capire e condividere il modo per riprendere il percorso della sua vita.



Antonio Vita



Professore Straordinario di Psichiatria
Università degli Studi di Brescia
Direttore S.C. Psichiatria UOP 20,
Azienda Ospedaliera Spedali Civili di
Brescia

Che cosa è la riabilitazione? Di che cosa ha bisogno?

L'obiettivo principale della riabilitazione psicosociale è quello di aiutare un individuo, nonostante la storia ed il decorso del suo disturbo, a raggiungere il livello di funzionamento e di benessere più elevato possibile.

La pratica della riabilitazione si articola intorno a due fondamentali strategie: da un lato lo sviluppo delle abilità e competenze delle persone che presentano delle disabilità psichiatriche; dall'altro lo sviluppo delle risorse dell'ambiente in una direzione che sia supportiva o facilitativa dell'intervento operato sull'individuo.

Un coinvolgimento attivo dei pazienti nella pratica della riabilitazione è indispensabile: la riabilitazione è fatta con l'utente e non per il paziente.

Ci si è spesso interrogati su che cosa potesse servire maggiormente alla persona da riabilitare, alla luce di esperienze - più volte vissute - nelle quali il paziente, dopo aver raggiunto un buono stato di compenso clinico e funzionale nel corso dell'attuazione dei percorsi riabilitativi, regrediva rapidamente una volta rientrato nel proprio contesto originario.

Secondo la nostra esperienza, in linea con quanto scientificamente evidenziato, un elemento strutturante della riabilitazione è la *cognitive remediation*, cioè l'applicazione di tecniche specifiche di riabilitazione cognitiva. Sono state pertanto inserite nella routine metodologie quali Cogpack - un percorso individuale con l'impiego di programmi da svolgere al computer - ed IPT (programma di Terapia Psicologica Integrata), attuato in gruppo da personale formato seguendo un programma strutturato.

Un altro elemento che conferisce solidità agli interventi riabilitativi è l'elaborazione in équipe di un progetto personalizzato. L'elaborazione collegiale, che coinvolga le diverse figure professionali, rende più efficace il progetto, motivando il singolo operatore nella realizzazione del lavoro, e la personalizzazione del progetto rende l'intervento aderente ai bisogni della persona, evitando una modalità stereotipata di programmazione.

La tenuta nel tempo di un progetto riabilitativo dipende in modo sostanziale anche dal livello di integrazione delle diverse strutture ed équipe coinvolte. Il lavoro svolto presso una struttura riabilitativa rischia di non avere un futuro ed uno sviluppo se non condivisa *ab origine* dagli operatori che, in ambulatorio o nel Centro Diurno, seguiranno successivamente il paziente.

Una grande importanza riveste la collaborazione con le diverse realtà del territorio.

La riabilitazione psichiatrica è eclettica rispetto all'impiego di una varietà di tecniche specifiche ma si va sempre più affinando come un complesso di interventi strutturati, articolati in tappe evolutive, con target selettivi e mirati a rispondere agli specifici bisogni dell'utente. Alcune di queste tecniche, come la psicoeducazione individuale e familiare, gli interventi di *social skills training* e quelli di riabilitazione cognitiva stanno ricevendo dimostrazioni di efficacia e si offrono pertanto come strumenti di lavoro utili ed affidabili.

È auspicabile che questa tendenza si affermi sempre più diffusamente nei nostri Servizi, superando la concezione della riabilitazione come una pratica generica ed approssimativa, fatta di una vaga animazione o della saltuaria occupazione del tempo libero del paziente lungo-assistito.

I benefici ottenuti dai pazienti in riabilitazione sono rappresentati da miglioramenti comportamentali all'interno dei contesti ambientali ove l'utente vive o andrà a vivere.

Il recupero di ruoli personali e sociali - il nuovo concetto di *recovery* - rappresenta un obiettivo cui mirare per ogni persona affetta da disturbi psichiatrici. A tal fine la formazione degli operatori, anche attraverso percorsi universitari dedicati, come il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica attivato nel nostro Ateneo, ma anche attraverso la formazione continua degli operatori nelle strutture sanitarie, rappresenta una tappa fondamentale da implementare. Così come va promossa la progressiva costruzione di Servizi e di équipe orientati al raggiungimento di questi obiettivi.

Quanto più vitale è il rapporto con enti, agenzie, istituzioni, persone motivate, tanto più il paziente può fruire di opportunità e stabilità nel reinserimento sociale.

È necessario che la società attui un percorso evolutivo, apra le porte al disagio psichiatrico, vinca le resistenze ed i preconcetti, consenta e concerti con gli operatori psichiatrici operazioni di integrazione dei pazienti nel tessuto sociale cittadino. Si verifica così una realtà davvero speciale: il malato psichiatrico da fruitore di servizi diventa anche operatore di cultura, generando nei cittadini un'evoluzione culturale di superamento dello stigma psichiatrico e di maturazione civile.

Studi Dentistico
La Rete

un servizio di prevenzione
e cure odontoiatriche specialistiche
a costi contenuti

via Milano 59, Brescia
Info e appuntamenti:
030.311736/340.6764903, lunedì-venerdì 9.00 /18.00



la cura e il benessere: una possibilità per tutti

L'accessibilità economica alle cure è possibile grazie alla
finalità non profit della Cooperativa Sociale La Rete ONLUS

in libreria

Un silenzio da scrivere

di Ivan Giugno
Cooperativa di Cultura Rinascita



Pino Carcere, Pino Matto, Pino Bibita e poi ... Pino Campiello, quando – nel 2005 – è arrivato il premio che gli dà la laurea di scrittore. I soprannomi sono cambiati insieme alla vita di Pino Roveredo. Cresciuto in istituto per bambini poveri, per vivere fa il barista, il garzone di bottega, lo squartatore di maiali e poi passa dieci anni in fabbrica a produrre tappi per dodici ore al giorno.

Intanto si sposa e ha tre figli. È dell'ultimo, nato nel 1988 che dice: «È lui che mi ha salvato. Ero ricoverato in ospedale per l'ennesima, inutile, disintossicazione, ed è entrato lui, che aveva appena imparato a camminare. E' stato come prendere un pugno nello stomaco. Ho pianto mezz'ora, poi ho pensato che lui non aveva colpa e che non potevo far pagare, anche a lui, il mio disagio».

Del 1996 è il suo esordio letterario con *Capriole in salita*, il primo, autobiografico, dei romanzi che Roveredo dedica all'universo dell'emarginazione sociale, di cui egli stesso - ex-alcolista, ex ospite di istituto psichiatrico ed anche ex-detenuto modello - condivide l'esperienza.

Una forza poetica che viene dalla vita vissuta. «La mia grande fortuna è stata quella di avere due genitori sordomuti che mi hanno insegnato che cos'era il silenzio. Il mio primo linguaggio - racconta - è stato quello delle mani ed è con questo movimento che è nata la voglia di scrivere».

La sua scrittura, che affronta argomenti brucianti senza retorica buonista, ma anche senza la virulenza espressiva della gioventù cannibale degli anni Novanta, fa dire a Claudio Magris che scrive l'introduzione a *Mandami a dire*: «I racconti di Pino sono veri piccoli capolavori ... Lui ha una particolare familiarità con la debolezza ed insieme con la sacralità dell'esistenza. È irriverente, perché non arretra dinanzi ad alcuna anche impudica o imbarazzante miseria e non s'inchina ad alcuna solennità, ma la tira giù dal piedistallo, dando del tu, o anche peggio, al Padreterno e mostrando i rattoppi nei calzoni o i buchi nelle calze della vita».

Ognuno dei quattordici racconti riuniti nel volume nasce da una situazione di disagio esistenziale, rivelata al lettore come espressione puramente personale e non come manifesto sociale: il dolore che aleggia nel romanzo è quello inquieto di una vita ai margini della normalità, abbruttita da pettegolezzi e rancori, sospetti ed incomprensioni, in cui balugina un'umanità dolente. Il primo, che dà il titolo alla raccolta, svela la poetica di Roveredo nell'emozionante silenzio della mancata risposta alla lettera infinite volte spedita da un uomo ad una donna, separati dalle vicende della vita dopo la chiusura del manicomio in cui erano entrambi ricoverati.

Quello che Roveredo sa comunicarci è che, a volte, la vita «la puoi far girare anche due volte». La sua è un'esistenza fatta di ombre, di sofferenza, di emarginazione, ma anche di vittorie contro il buio della disperazione. Un esempio di speranza e di riscatto per tutti coloro che soffrono o sono vittime di situazioni difficili, persone di cui Pino, ora anche scrittore e giornalista, dal 1998, lasciata la fabbrica e diventato operatore di strada nei centri che lavorano in favore delle categorie disagiate, non ha smesso di occuparsi.

Operatori si diventa. Storia di una formazione

Nel 1996 il governo Prodi rese attuative le norme contenute nella legge finanziaria del 1994 che mettevano fine alla possibilità di nuovi ricoveri presso gli ospedali psichiatrici. Chi vi aveva vissuto per anni, nella maggior parte dei casi, «fuori» non aveva un luogo al quale tornare.

La cooperazione sociale, allora agli esordi della sua attività di impresa nell'area dei servizi sociali, si occupava in prevalenza di tossicodipendenti, emarginati, svantaggiati e fu interpellata per occuparsi anche dei «matti». Solo in alcune città se ne era già fatta esperienza, soprattutto sul versante dell'inserimento lavorativo. Le strutture di accoglienza, invece, erano per lo più pubbliche o religiose (a Brescia in primo luogo il Fatebenefratelli).

La risposta a quella che fu una vera e propria urgenza fu, quanto meno da parte della cooperativa «La Rete», tutt'altro che sanitaria: educatori e operatori sociali alle prese con donne e uomini increduli di pensarsi in una casa vera (allestimo il primo alloggio in via Capriolo, in un appartamento di recente ristrutturazione) e di cui possedevano le chiavi, senza custodi notturni, con il frigorifero aperto e caffè a volontà.

Del resto, gli operatori della cooperativa non avevano mai lavorato nel manicomio, né nel servizio pubblico. L'assenza di «cultura istituzionale» fu tuttavia tra le ragioni del successo di quell'impresa, concepita, anche da parte di coloro che la solleccitarono, per durare non più che qualche mese, giusto il tempo di sbarazzarsi di quelli che l'istituzione definiva "residui manicomiali". Ci vollero due anni, però, prima che le Regioni riordinassero il proliferare di case-famiglia, gruppi appartamento, alloggi protetti che nel frattempo assolvevano al compito, e altri cinque perché le strutture si adeguassero agli standard richiesti.

L'urgenza di mettere in qualche luogo quei «poveri matti» fu, per noi e per loro, una vera fortuna.

In quegli anni riusciamo a fare e a vedere molte cose. Le più divertenti, come andare in vacanza in sistemazioni improbabili con furgoni altrettanto improbabili, andare a ballare, accompagnare i pazienti alle visite sulla canna della

la cooperazione sociale
fu interpellata
per occuparsi dei «matti»



Pino Roveredo, *Mandami a dire e altri racconti*, Bompiani/Rcs, Milano 2005/2011



Tutti i titoli citati in questo numero de «il nodo» sono disponibili presso la Libreria Rinascita in via Calzavella 26 a Brescia



bici (perchè l'automobile la cooperativa non se la poteva permettere), e le più tristi, quelle che non capisci, che ti oscurano il cielo, che ti costringono a corse in ambulanza per una lavanda gastrica.

I medici ci seguivano, a distanza, con un atteggiamento da «vediamo un po' cosa succede», però c'erano. Se avevi un problema, erano lì.

Ai farmaci guardavamo con diffidenza, perchè ci sembravano inutili per la cura, ma li cercavamo quando le situazioni diventavano incontrollabili. Serenase, Valium, Tavor, e poi quelli nuovi: la speranza.

Infine, nell'assistenza psichiatrica arrivarono (tornarono) gli infermieri, le procedure, i piani di lavoro, le firme, la responsabilità legale, il progetto terapeutico individuale. Mentre però tutto il dispositivo messo a punto dai consulenti della Regione si assestava, incominciarono e venire meno le risorse: meno medici, più attese, meno visite, meno confronto, meno formazione. Ma montagne di carte. Da compilare, catalogare, firmare. Meno operatori e più carte, per documentare tutto e sapere con chi prendersela se le cose non vanno.

Si era chiusa quella breve stagione in cui, da operatore, la strada dovevi (potevi) cercarla, non era stata ancora segnata. Per provenienza e formazione, ci servivamo di competenze sociali e relazionali. Per noi erano «matti», non sapevamo definire il loro disturbo, ma prima di tutto – pensavamo – bisogna trovare una casa e un lavoro, poi si può anche delirare. Facevamo così con tutti, nessuno escluso.

Oggi siamo di fronte a un dispositivo sicuramente efficiente, ma allo stesso tempo ingessato. La possibilità di sperimentare nuove forme di cura, di presa in carico e di sostegno è minima. È difficile liberare pensieri quando i servizi che gestisci sono modellati su parametri e criteri che tracciano percorsi, definiscono funzioni, distinguono ruoli, assorbono le risorse. Infine, i nuovi operatori arrivano all'assistenza psichiatrica con una robusta formazione nelle facoltà di medicina e chirurgia, che laureano «educatori sanitari».

Quelli che sanno che cos'è un «sintomo extrapiramidale», non quelli di una volta, che sognavano di portare i pazienti in Egitto.



Chiamati in causa

Se diamo credito alla definizione della malattia mentale - anche solo per alcune delle caratteristiche che presenta - come malattia delle relazioni, comprendiamo perché anche la cura non può non investire una pluralità di persone.

Avvicinando poi le esperienze, non è difficile scorgere nella persona in cui si manifesta il disturbo mentale il portavoce di una malattia condivisa, colui su cui ricade la sofferenza più grande, fra altre sofferenze.

La malattia mentale irrompe in una famiglia in forme molto diverse a seconda che si tratti di un esordio psicotico, di una forma depressiva o di un disturbo della personalità, ma poi, più ancora della malattia, è l'età e, con l'età, il sistema di relazioni nel quale vive chi inizia a stare male a generare forme di ulteriore disagio. Riconoscerlo significa anzitutto uscire dalla logica della colpa che da anni ricade sulle persone che si «arrendono». Non c'è colpa nel ritiro, non c'è cattiveria nella franchezza, non c'è ironia nella stravaganza, non c'è vendetta nei gesti estremi. Ci sono il dolore, lo smarrimento, la solitudine a rendere tutto ancora più faticoso, più incomprensibile.

La malattia delle relazioni chiama in causa genitori, fratelli, sorelle, mariti, mogli, figli. La sofferenza psichica si inserisce fra loro come un segno indelebile, ma non per questo

La cura investe i familiari perché la sofferenza emerge nel sistema delle relazioni

visibile. Il disturbo mentale, allora, si presenta anche così, come estremo tentativo di visibilità. In questa circolarità drammatica fra ricerca di visibilità e maschere del disvelamento sta tutta la fatica di un approccio terapeutico inclusivo.

Mentre le associazioni di familiari propongono molto spesso gruppi di auto-aiuto per trovare risposte alle proprie difficoltà nel confronto fra le esperienze, rivelando un bisogno di elaborazione della vicinanza alla sofferenza psichica che spesso fatica a trovare risposte, meno praticati sono i gruppi terapeutici per familiari.

Si tratta di esperienze dove i racconti familiari vengono riletti con l'aiuto di un medico o di uno psicoterapeuta per arricchirli di nuovi significati, per includere nelle valutazioni dei familiari anche un sguardo che colga il sistema delle relazioni in cui emerge una situazione malata.

Sono esperienze di cura che devono vincere la resistenza a rileggere il dolore prodotto dalla malattia alla luce di una difficile riflessione sulle relazioni che ne sono investite. Un confronto che sembra aggiungere fatica alla fatica della contiguità con la sofferenza psichica e che insinua il timore di veder sfumare il confine fra il curarsi e il prendersi cura. La loro validità tuttavia si misura, con il tempo, nella spinta all'evoluzione di cui i soggetti coinvolti beneficiano. È però la scarsa accessibilità - in primo luogo economica - che li rende ancora una risorsa limitatamente sfruttata per la risposta ad una necessità sempre più urgente.

«Ciò che più ci turba della follia non è l'improvviso spalanarsi di un possibile disordine... No: il segnale sconcertante che balena dal fondo della vicenda della follia è lo spalanarsi di ciò che è tutt'altro dal senso... il folle può e vuole soltanto esprimersi per mezzo del nulla e dire semplicemente il senso del nulla».

Italo Valent Responsabilità e follia



Tornare a se stessi

Tornare ad appartenere a se stessi, in un processo in cui la persona non si lascia passivamente vivere dagli effetti della sua malattia, ma lavora attivamente per costruire percorsi personali di guarigione. E' il *riaversi, ri-prendersi*, espresso dal termine inglese *recovery*.

Il *recovery* rappresenta il ribaltamento del modo in cui storicamente è stata gestita la malattia mentale, secondo una disciplina medica più di ogni altra dominata dall'idea di controllo sociale.

Anche il concetto di guarigione viene ridisegnato alla luce della sua valenza sociale oltre che clinica: si guarisce non solo perché scompare o si riducono i sintomi, ma anche perché si riesce a riprendere in mano e a riorientare la propria vita. Infatti, una persona integrata socialmente, pur presentando ancora sintomi clinici, si può considerare «guarita socialmente» quando è in condizione di condurre una vita piena e di trovarne un senso.

Si può dire, quindi, che l'idea cardine del *recovery* si coniughi bene con la rivoluzione culturale della psichiatria di Franco Basaglia, che ha riconosciuto piena dignità e diritti di cittadinanza a coloro che erano definiti

«malati di mente», rifiutando l'idea dell'istituzione totale come strumento di cura. I servizi psichiatrici che assumono i programmi di *recovery*, sono costretti infatti ad abbandonare prassi direttive e procedure standardizzate e a condividere il più possibile, anche con modalità creative, percorsi di guarigione con la persona stessa, la sua famiglia e l'ambiente relazionale e comunitario.

In questa direzione si orienta la sperimentazione avviata fin dal 2010 in provincia di Brescia che ha introdotto la «Recovery Outcome Star», uno strumento pensato per favorire il dialogo con il paziente e elaborare il progetto terapeutico individuale, ma contemporaneamente per disporre di un metodo di valutazione degli esiti nel loro

sviluppo processuale, tramite momenti di confronto fra operatori, utenti, reti sociali e familiari. Diventa possibile, dunque, interrogarsi – fra tutti i soggetti coinvolti – focalizzando l'attenzione sui momenti salienti del percorso di guarigione, rilevando quantitativamente i dati sulla qualità della vita della persona con disturbo mentale.

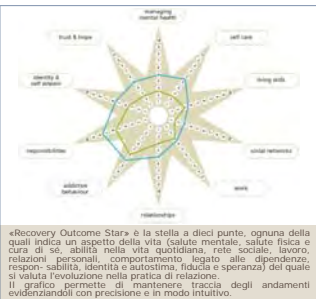
Mancava fino ad oggi uno strumento capace di valorizzare le pratiche improntate alla relazione, che invece ottengono uno strumento per dotare di evidenza scientifica i propri risultati grazie alla «stella», che genera una serie di rappresentazioni grafiche misurabili per definire la dinamica evolutiva dei diversi ambiti.

La sperimentazione richiede non solo un costante dialogo tra persona e operatore, ma coinvolge anche gli ambienti di vita creando una circolarità virtuosa e responsabilizzante, innescando un processo di trasformazione dal basso, nei servizi e nelle persone, capace di alimentare la cultura della salute mentale come impresa sociale di responsabilità collettiva.

«Oggi, in un mondo flessibile, mutante, individualista e competitivo, senza indicatori etici e valoriali, dobbiamo trasformare il concetto di integrazione... di modo che l'obiettivo non sia quello di far cessare ai deboli di essere deboli, per poter stare in scena con i forti, ma di modificare le regole della scena cosicché in essa vi siano deboli e forti in uno scambio permanente di competenze ed interessi».

Benedetto Saraceno, *La fine del trattamento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, 1995

La sperimentazione «Recovery Outcome Star» valorizza le pratiche improntate alla relazione



Otto ore di fiducia

Il Centro per la valorizzazione dell'impiego (CVI - progetto Momo) opera - traducendo in pratiche di mediazione e di accompagnamento la legge 12 marzo 1999, n. 68 *Norme per il diritto al lavoro dei disabili* - anche con le persone con disturbo mentale per favorire il loro ingresso nel mondo del lavoro.

Nei contatti con i responsabili delle aziende emerge spesso la scarsa convinzione che il mondo produttivo sia l'ambiente adatto ai nostri utenti. Da un lato, richieste e aspettative che connotano i contesti lavorativi sono vissuti e rappresentati come un vortice difficilmente sostenibile, capace di generare in chiunque malessere e percezione di inadeguatezza. Dall'altro, si avverte il timore del rapporto con persone pericolose ed imprevedibili (anche se l'esperienza insegna che in caso di crisi e sofferenza acuta, di norma, le persone tendono a ritirarsi dal luogo di lavoro), e quindi invece i sintomi della malattia, se riconosciuti e gestiti con i servizi di cura, possono aver un basso impatto sul rendimento lavorativo ed una rapida remissione.

Il nostro lavoro è all'incrocio di tutti questi elementi. L'approccio dal quale partiamo è che per ogni persona idonea al lavoro vi possa essere un ruolo lavorativo tanto adeguato e rispettoso delle limitazioni quanto capace di valorizzare risorse, motivazioni, competenze e aspirazioni e che, al tempo stesso, anche le peculiarità di ogni contesto lavorativo vadano riconosciute e rispettate da parte di chi vi fa ingresso. L'integrazione lavorativa risiede proprio nel processo di reciproca messa in gioco, non nella negazione della disabilità, ma nemmeno nell'esclusione sociale del disabile.

Il nostro servizio esiste per garantire supporto, informazione e presenza competente e costante, per mettere in rilievo capacità e motivazioni delle persone che accompagniamo al lavoro, ma soprattutto per sostenere la condivisione dell'esperienza di integrazione lavorativa con tutti i soggetti (azienda, colleghi e responsabili).

Non intendiamo pertanto chiedere alle aziende di trasformarsi in servizi sociali, ma di provare a porsi davanti alla disabilità psichica con un minor timore ed uno sguardo meno stereotipato, per saper riconoscere il vantaggio generalizzato di un contesto capace di favorire l'assunzione e lo svolgimento di un ruolo lavorativo adeguato e reale ai nostri utenti.



Tracce nel paesaggio interiore

La parola scritta, quando consegna a se stessi e agli altri una parte della propria vita, cura e si prende cura: di sé, di coloro che ci amano, della società che sa mettersi all'ascolto con orecchio teso, che sa leggere tra le pieghe del dolore.

Per le persone che vivono la sofferenza psichica, forte è il bisogno di assumere fino in fondo il proprio dolore e di sperimentare un contesto di cura che parta da sé ma coinvolga anche gli altri. Scrivere aiuta a ripercorrere tracce per scommettere su un senso nuovo.

È in questo desiderio di cura che si collocano i laboratori di scrittura attivati dall'associazione «Il Chiaro del bosco» in collaborazione con la cooperativa «La Rete», come luoghi di condivisione emotiva per ritornare, in forme diverse e condivise, là dove, per paura di trovarsi nuovamente solo col proprio dolore, non si osava più, come esprime in modo vivido la poesia di una partecipante: «Quando capisci, per il tuo modo di vivere, che il luogo più solitario del mondo è dove vivi tu, nella "terra di nessuno", scrivere diviene una sorta di balsamo celestiale» (L. Molinari, «Balsamo per l'anima»).

Il narrare di sé contribuisce a dare significato alla realtà, ad appropriarsi della propria storia personale, a dare forma alle proprie emozioni, a ricreare di senso il proprio paesaggio interiore. Così la depressione diventa una «Bestia nera alle spalle che ti colpisce e ti morde. Bambina smarrita, nel buio ossessionante, rannicchiata su sé stessa. tutto identico a sé, prego sottovoce con le mani sulla bocca. Desideri, crisalidi sospese ad un filo. Stesa per ore intere fallisce il mio essere. Paura ed angoscia sono ridondanti, persino rumorose» (G. Dolzani, «Depressione»).

La parola mette in relazione con gli altri, spiega, cura e restituisce dignità. Per questo la

I laboratori di scrittura sono luoghi di condivisione emotiva dove la parola cura e si prende cura

condivisione nei laboratori degli scritti - poi selezionati nel concorso letterario per la pubblicazione del volume *Rintracciare la speranza. Parole di vita e di memoria* (Liberedizioni, Brescia, 2011) da cui sono tratti i brani qui citati - aiuta a non considerare dolorosamente unica la propria sofferenza, «cosa che - scrive una partecipante - mi faceva sentire tanto diversa dagli altri e mi isolava in un silenzio fatto di assenza di contenuti» consentendo, invece, «di pensare la malattia come esperienza» (Anonimo, «Bilanci»).

Scrivere è il luogo dell'ascolto di sé, non solo della revisione e della reinterpretazione del passato, ma anche della possibilità di proiettarsi verso il futuro, come emerge da questo racconto: «Non saprei dire con esattezza quando, ma un giorno ebbi la sensazione che, come in un momento insostenibile ero caduto, ora mi stavo rialzando. E potevo ancora camminare» (M. Bandini, «La caduta e la guarigione»).



Il film

L'Indiscreto fascino della psiche

- Nella vastissima filmografia che tratta il tema, scorrendo su tutti i generi e i registi, dal documentario al comico, dal film di denuncia a quello intimista, scegliamo un film che è anche un esempio di forte spettacolarizzazione del disagio mentale, spesso adottata dal cinema, in cui frequentemente si manifesta quella sorta di fascinazione che la follia esercita sull'immaginario.
- In *The Shining*, però, attraverso la figura del protagonista che finisce congelato nel labirinto dell'albergo in cui è perduto, ci interessa notare soprattutto come il regista riesce a mettere in evidenza le dinamiche dell'isolamento e della solitudine, condizioni fertili per far emergere le fragilità più profonde, sconosciute e spaventose, ricacciate in fondo all'anima.

Erasmus Sommilli commenta

The Shining

- di Stanley Kubrick
- Con Jack Nicholson, Shelley Duvall, Danny Lloyd, Scatman Crothers, Barry Nelson.
- 119 min. - USA 1980



Vastissimo tema quello del cinema che osserva e racconta il disagio mentale. Fra le immagini che si affacciano anche solo casualmente alla memoria, Alfred Hitchcock è il primo nome che mi viene in mente, magistrale in numerose opere a scandagliare il tema nelle sue zone più inquietanti ed oscure. Dal passato che riemerge in *Rebecca*, la prima moglie, alla doppia identità del protagonista di *Psycho*, tanto per citare qualche titolo. Percorsi esistenziali dal destino avverso sono al centro di *Qualcuno volò sul nido del cuculo* e di *Un angelo alla mia tavola*: nel primo, di Milos Forman, il rifiuto di sottomettersi, fingendosi folle, all'appiattimento sociale imposto dal potere, finisce per condannare il protagonista alla lobotomia istituzionale. Nel secondo, Jane Campion si accosta alla vita di Janet Frame, e sgreitolando il pregiudizio che accompagna la pazzia alla creatività restituisce alla scrittrice neozelandese rappresentata nel film il riconoscimento del suo talento letterario e la libertà.

L'inquilino del terzo piano e *Veronica Voss* abitano gli appartamenti del dolore: i luoghi del disagio. Roman Polanski, nel primo, rappresenta un impiegato che, inquilino dello stesso appartamento affittato in precedenza da una donna che si era suicidata aprendo la finestra e gettandosi nel vuoto, inesorabilmente assume la sua identità fino al drammatico epilogo. Rainer Werner Fassbinder colpisce al cuore con il ritratto, struggente, degli ultimi giorni di vita di Veronica, dimenticata diva del periodo nazista, fragile ed impaurita, schiava della droga, prigioniera nel suo stesso appartamento e abbandonata da una dottoressa senza scrupoli ad una morte lenta e crudele.

Ancora, *Spider* di David Cronenberg e *Mulholland Drive* di David Lynch, ovvero: affogare nel disordine e sprofondare nell'inconscio.

Infine, insieme a *Taxi driver* di Martin Scorsese, a *Shining* di Stanley Kubrick spetta probabilmente il merito di aver impresso sulla pellicola, meglio di chiunque altro, il volto deforme del disagio mentale che nello specchio si sdoppia in un delirio di gesti e parole.

Lo scrittore in crisi Jack Torrance, insegnante disoccupato e con problemi di alcolismo, sperando di terminare il romanzo a cui sta lavorando da molto tempo, accetta il lavoro di guardiano all'Overlook Hotel, durante la chiusura dei mesi invernali, nel posto occupato in precedenza da Delbert Grady, che durante gli interminabili e silenziosi mesi trascorsi nell'immenso albergo deserto era precipitato nella follia che lo aveva condotto a sterminare la moglie e le figlie.

Jack - complice lo *shining*, il potere di vedere fatti accaduti in passato e di comunicare col pensiero, inizia ben presto ad avere inquietanti visioni e ben presto giunge anch'egli alla follia omicida.

- LA BALAUSTRATA, il blog di Erasmus Sommilli: <http://labalaustrait.blogspot.com/>



Essere ovunque altrove

Secondo i più recenti dati dell'Area sanitaria Caritas presentati lo scorso febbraio, su un campione di 391 migranti visitati nel servizio di medicina generale del poliambulatorio Caritas di Roma per persone in condizione di fragilità sociale (immigrati non inseriti e richiedenti asilo), il 73,65% riporta gravi difficoltà di vita in Italia e più del 10% soffre di un disturbo post traumatico da stress (PTSD). Inoltre, per ogni difficoltà post-migratoria in più, il rischio relativo di avere un PTSD aumenta di 1,19 volte.

All'attenzione che fino ad oggi si è concentrata più sulle linee di intervento socio-sanitario si incomincia ad unire l'ulteriore prospettiva che tiene conto della condizione di fragilità anche psicologica del migrante, dovuta in primo luogo al vissuto di sradicamento dal contesto di vita originario.

A Brescia opera un servizio di *Psicologia dell'emergenza rivolta alla popolazione migrante* presso il «Consorzio Onlus di via Volturmo», destinato alla valutazione dei bisogni di supporto e ai fattori di rischio attivi nelle situazioni acute provocata per sofferenze legate al fenomeno migratorio con l'intervento di Bianca Gomez, psicoterapeuta specializzata in clinica transculturale. Inoltre, l'Associazione di promozione sociale «Psicologi per i popoli nel mondo» sta attuando il progetto di costituire una rete di professionisti solidali disponibili a concorrere al benessere della persona in ogni suo aspetto di vita al fine di: contribuire al benessere psicosociale della popolazione migrante e autoctona in condizioni di difficoltà e marginalità sociale residente nel territorio di Brescia (Comitato promotore: Wanda Ielasi, Daniela Calzoni, Alessandra David, Daniela Quaresmini. Tel 328.6814252 lunedì dalle 9.00 alle 11.00; martedì e giovedì dalle 14.00 alle 16.00).

Inoltre... appuntamenti

Lavorare, proiezioni illuminanti su come è visto, com'è e come sarà il lavoro. Rassegna cinematografica con dibattiti: IN QUESTO MONDO LIBERO di Ken Loach e *Evoluzione del diritto al lavoro* a cura di Francesca Butturini; *STORIE DI LAVORI* corti di giovani registi/e con la presenza di Davide Labanti regista de *Il Vincitore* *Storie di giovani lavoratori/trici* che raccontano la propria esperienza e la propria idea di futuro. *WE WANT SEX* di Nigel Cole e *Evoluzione delle politiche di genere* a cura di Anna Zanini; *IL VANGELLO SECONDO PRECARIO* di Stefano Obino con la presenza dell'attrice Marina Remi e della scenografa costumista Elisa Valtolina e *Riforma Fornero* a cura di Alessandra Bessi.

Cortile del centro sociale di Villanuova s/c, via Bianchi, 9 - per ogni venerdì, dal 1 giugno, alle ore 20,30 - ingresso gratuito.

Occasioni di confronto e avvio di nuove collaborazioni alla ottava edizione del Salone della Responsabilità Sociale d'Impresa *Dal dire al Fare*, sulle aree tematiche: prodotto, consumi, lavoro che assegna un premio alle imprese per i progetti innovativi in una logica di crescita economica e sociale per lo sviluppo del sistema Paese.

Il 31 maggio alle 11.00, dibattito *Decreto Crescititalia: quale ruolo per l'impresa sociale?*, con Giorgio Fiorentini (Università Bocconi), Giuseppe Guerini (Federsolidarietà), Paola Menetti (Legacoopsociali), Monica Poletto (CDO Opere Sociali), Felice Scalvini (CECOP). 30 e 31 maggio Università Bocconi Milano.

Maria Grazia Giannichedda e Giovanna Gallo, collaboratrici di Franco Basaglia, si incontrano con lo psichiatra Graziano Valent e la psicologa Maria Rosa Tinti per un dibattito sulla centralità del discorso teorico di Franco Basaglia *Per una cultura della salute mentale e dei diritti di cittadinanza* e per l'inaugurazione della mostra *VIVA BASAGLIA!* Dedicata alla graphic novel di Stefano Alghisi: Livio Tinti. M. Rosa Tinti *Viva Basaglia!*, pp.55, Editore Moretti & Vitali, 2011.

Sabato 9 giugno ore 15 Castello di Padernello, Borgo San Giacomo (la mostra fino al 1 luglio da martedì a sabato su prenotazione domenica dalle 14.30 alle 18.30). Cooperativa sociale La Nuvola.

I gusti della pianura / la corte / la campagna. «Mestoli e Zappe» debuta l'8 giugno alle ore 20.00 al Vecchio Tagliere di Zanica, proponendo una cena a base di uovo affogato nel pomodoro, monocooco con peperonata estiva, coniglio porchettato con formaggio duro di campagna e insalata.

Per uscire dai confini geopolitici, per osservare il territorio e la sua peculiarità, per riflettere su come gli uomini si sono adattati ad esso per garantirsi la sopravvivenza attraverso l'utilizzo ingegnoso degli alimenti a disposizione, garantendo un'interazione armoniosa tra uomo e ambiente.

Per informazioni e prenotazioni: www.mestoliezappe.it

Nelle strade del nostro paese vivono circa 50-60.000 persone, quelle che si sfamano ogni giorno alle mense della carità italiana superano le 200.000 unità e ai servizi per senza dimora si rivolgono anche interi nuclei familiari.

Un confronto tra le esperienze nazionali ed europee che offrono risposte all'homelessness apre la fase di elaborazione dei risultati ottenuti con la ricerca nazionale sulla grave emarginazione, promossa da Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, Caritas Italiana, Fio.PSD e Istat. Convegno: *Senza dimora: disagio, sofferenza e percorsi possibili*. Venerdì 22 giugno, dalle 8.30 alle 17, alla magna Ospedale Niguarda Ca' Granda, Piazza Ospedale Maggiore 3, Milano. Per info: vita.casavola@casadellacarita.org eventi@casadellacarita.org

Inoltre... letture

Brescia ricorda le vittime della strage di piazza della Loggia del 28 maggio 1974 all'indomani di un'ultima deludente conclusione del processo penale. Per conoscere le ragioni della passione civile che nacque allora, *Memoria della strage* a cura di Carlo Simoni, Grafo edizioni 1994, recentemente tornato in libreria, è l'intensamente sentito quanto rigoroso documento della memoria pubblica dell'evento che ha segnato la città.

Un luogo virtuale per incontrare chi agisce nel sociale: www.premesse.it è il blog della collana «Premesse per il cambiamento sociale», diretta da Paola Scaliari, per l'editore La Meridiana. Raccoglie e stimola il confronto tra lettori, operatori e quanti nel lavoro sociale sono alla ricerca di spazi di documentazione e lettura.

Ovunque nel mondo, la cittadinanza viene ridefinita dalle migrazioni, che impongono di accordare diritti tanto alle persone mobili quanto a quelle sedentarie. Con oltre 200 milioni di migranti, 3% della popolazione mondiale, il fenomeno è diventato una delle maggiori questioni internazionali. Esce ora *Atlante mondiale delle migrazioni* a cura di Catherine Wihlto de Wenden, consulente Unhcr e Ocse, Vallardi editore. Analisi, mappe e diagrammi per la prima volta in edizione italiana.

L'autrice mette in luce il paradosso alla base del fenomeno migratorio, la valorizzazione della mobilità da una parte e il suo rifiuto dall'altra.

il contributo

Il luogo ritrovato

di Antonio Restelli
Vice Presidente La Fabbrica di Olinda Onlus
www.olinda.org



Nell'ex Ospedale Psichiatrico Paolo Pini, a partire dal 1994, l'Impresa Sociale Olinda, in partnership con il Dipartimento di Salute Mentale, ha realizzato un percorso di chiusura e superamento del vecchio manicomio di Milano, per creare opportunità di ri-accesso alla cittadinanza attiva di persone con problemi di salute mentale e trasformare quel «non-luogo» in parte della città.

Nel 1994 il Paolo Pini, un bellissimo parco alla periferia nord ovest della metropoli, ne era ancora escluso, chiuso come era all'accesso esterno, perché ancora vincolato alla sua storia di istituto per il controllo della follia attraverso la reclusione.

Cosa sia la malattia mentale è difficile da spiegare. Come quando si cucina e identici ingredienti diventano un'ottima torta o un terribile disastro, un successo con gli ospiti o un fallimento imbarazzante, allo stesso modo i comportamenti possono assumere significati sociali molto differenti in base al giudizio sulla persona, al vissuto e al contesto nel quale si svolgono.

Ma per tutti, al fine di realizzarsi ed essere riconosciuti nella società, è di fondamentale importanza il proprio ruolo sociale che si identifica in buona misura con un ruolo produttivo, sia esso riferito alla produzione di ricchezza o alla produzione di servizi utili alla collettività anche se non retribuiti.

Per questo abbiamo deciso di trasformare l'ex manicomio, che confinava le persone fuori da ogni possibilità di riconoscimento, creando posti di lavoro capaci di produrre ruolo sociale positivo, reddito e attrazione dalla città, trasformando strutture abbandonate in luoghi di scambio.

Operatori sociali esperti di accoglienza perché possessori di un mestiere basato sulla relazione umana, persone con problemi di salute mentale esperte - sulla propria pelle - dei meccanismi dell'esclusione, cittadini democratici interessati



alla restituzione di un non-luogo alla città hanno messo in campo le competenze per creare pubblici esercizi di accoglienza.

Così la vecchia camera mortuaria-obitorio è diventata il Bar Ristorante *Jodok*, il vecchio convitto suore è diventato *OstellOlinda*, parte del parco accoglie la rassegna culturale *Da vicino nessuno è normale*, la vecchia mensa è diventata il *Teatro La Cucina*, da due anni ci sentiamo abbastanza forti per gestire il *Bistrot* del Teatro Elfo Puccini nel centro di Milano.

Lino, Alessandro, Eva, Carla, Andrea e molti altri sono diventati baristi, camerieri, cuochi, receptionist, addetti ai piani, contabili, segretarie. Senza che si possa distinguere chi è "normale".

Attraverso la trasformazione degli spazi, del loro significato, della loro funzione abbiamo favorito la rinascita delle persone, in modo che i luoghi fisici fossero specchio dei cambiamenti interiori.

Un lavoro lento, che ha visto lo sviluppo di un'Impresa sociale che oggi dà lavoro stabile a trentacinque soci di cui quasi la metà svantaggiati, forma e avvia al lavoro ogni anno una decina di persone in cura.

Dal 1999 il Paolo Pini è definitivamente chiuso come ospedale. Paradossalmente ancora oggi i luoghi per la cura della malattia mentale rischiano di confermare implicitamente il ruolo sociale negativo anziché ricostruire accesso a ruoli sociali attivi: per questo utilizziamo ancora il Paolo Pini, luogo della memoria, come fucina di re-inclusione sociale.

Mescoliamo gli ingredienti della cultura, della buona cucina, dell'abitare alberghiero, della festa, per offrire un luogo di alta valenza estetica e sociale, dove la qualità del prodotto è unita alla qualità etica dei processi produttivi.



diamo i numeri

818

I pazienti con diagnosi di «schizofrenia e sintomi deliranti» curati dall'Unità Operativa di Psichiatria 22 dell'A.O. Spedali Civili di Brescia sui 243.593 abitanti della popolazione nel territorio di riferimento. Sono 483 quelli in età compresa fra i 24 e i 54 anni. (fonte: D.S.M. di Brescia)

27

Le giornate di degenza in media nell'Unità Ospedaliera di Riabilitazione Psichiatrica c/o Residence Bonardi che fa capo all'Ircs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia. I 20 posti letto sono quasi sempre tutti occupati (media di stauazione del 94%) da pazienti provenienti per metà da Brescia e provincia e per metà da fuori zona. (fonte: Ircs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia)

+160%

L'incremento dei posti letto nelle Comunità Protette in Lombardia fra il 1999 e il 2005, arrivati a 2.263 (2,9/10.000 abitanti). (fonte: Il Sistema di Salute mentale della Regione Lombardia, ultimi dati disponibili)

140

I posti letto nelle 7 Comunità protette a media e ad alta assistenza che fanno capo all'Ircs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia. (fonte: Ircs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia)

365

I ricoveri presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (che provvede alla cura dei pazienti in fase acuta o che necessitano di trattamenti medici con ricovero ospedaliero) dell'Ospedale di Iseo nell'anno 2011, di cui 335 volontari e 30 come Trattamenti Sanitari Obbligatori, su un bacino di utenza di 260.000 abitanti. (fonte: D.S.M. di Iseo, Bs)

627.800
(euro)

Il costo annuo per una Comunità Protetta Alta Assistenza che ospita 10 persone, pari ad una retta giornaliera pro capite di 172 euro. A 118 euro pro capite ammonta quella per il ricovero in Comunità a media assistenza e a 45 euro per l'ospitalità nelle strutture della Residenzialità leggera. Le differenze sono dovute prevalentemente al maggiore o minore numero di ore di presenza di operatori all'interno delle diverse strutture. (fonte: Cooperativa «La Rete»)

270
(euro)

L'ammontare mensile della pensione di invalidità civile erogata alle persone che ottengono il riconoscimento di invalidità psichiatrica. (fonte: Inps)

14

I pazienti psichiatrici attualmente seguiti nel Servizio di Interventi Domiciliari Adulti (IDA) del Comune di Brescia. 7 di loro dispongono del reddito minimo da invalidità civile per patologia psichiatrica. 5 lavorano presso cooperative sociali per l'inserimento lavorativo. (fonte: Cooperativa «La Rete»)

161

Le persone con diagnosi psichiatriche gravi (74% schizofrenie) che lavorano in Franciacorta nel sistema delle cooperative che collaborano con il Dipartimento di Salute Mentale di Iseo. Fra di loro, 62 hanno un contratto di lavoro a tempo indeterminato. Il numero dei ricoveri ospedalieri e degli interventi a loro carico è diminuito dal 94 al 63%. (fonte: D.S.M. di Iseo, Bs)

8,6/1.000

La percentuale fra gli immigrati di utenti che si sono rivolti ai servizi psichiatri in Lombardia nel 2009. Nella popolazione italiana è stata del 18,32/1.000. Il rapporto si inverte per i ricoveri nei reparti di diagnosi e cura: 2,84/1.000 fra gli stranieri, 1,86/1.000 fra gli italiani. (fonte: Prospettive Sociali e Sanitarie - IRS marzo 2012 Analisi dei dati relativi all'anno 2009)

36

I mesi di massima permanenza per un ricovero in Comunità protette sia a media che ad alta assistenza (CPA e CPM), in cui persone con disturbi psichiatrici che comportano la riduzione del grado di autonomia personale sociale lavorativa e abitativa ottengono interventi riabilitativi e socioassistenziali finalizzati al reinserimento nel contesto sociale.

430
milioni
(euro)

La quota del Fondo Sanitario Regionale (17.450 milioni di euro) destinata all'ambito psichiatrico e neuropsichiatrico infantile per assistenza territoriale (Centri Psico Sociali e strutture semiresidenziali e residenziali) con le *Regole di gestione del sistema sanitario per il 2012 in Regione Lombardia.*

4,3%

La percentuale nella popolazione italiana di persone che accusano «disturbi nervosi». Percentuale che sale al 9,8% per gli ultrasessantacinquenni. Le donne registrano un rischio più alto, quasi il doppio di quello maschile. (fonte: Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009 e 2010 del Ministero della Salute)

40%

La percentuale delle risorse regionali per la psichiatria assorbita fra il 1999 e il 2005 per il pagamento delle ore di assistenza erogate all'interno delle Comunità protette. (fonte: Il Sistema di Salute mentale della Regione Lombardia, ultimi dati disponibili)



Brescia, 13 maggio 2004, anniversario dell'approvazione della legge Salaglia (180/1976). Oltre ai servizi di assistenza psichiatrica, operatori, familiari, amici, attraversano la città sul bus LIMEA 180, che effettua un regolare servizio di trasporto urbano raccogliendo i passeggeri alle fermate.

2012 Anno delle cooperative*

Dove attecchisce il talento delle donne

Occupazione femminile al 46,1%, la più bassa d'Europa dopo quella di Malta, tasso di abbandono dopo la maternità alle stelle, stipendi inferiori del 13% e giornata lavorativa più lunga di almeno 45 minuti rispetto agli uomini (fonte CNEL, Stati generali sul lavoro delle donne in Italia, 2 febbraio 2012).



Che dire... l'Italia non è un paese per donne.

E la cooperazione come risponde?

Durante il seminario organizzato lo scorso aprile a Roma dalle Commissioni Pari Opportunità dell'Alleanza delle Cooperative Italiane (A.c.i.) è emerso che in Italia l'esempio di buone pratiche in fatto di conciliazione lavoro-famiglia proviene proprio dalle cooperative. Le donne rappresentano, infatti, il 53% delle persone occupate (1.200.000) nelle 43 mila imprese cooperative che aderiscono all'A.c.i. La percentuale sale a oltre il 60% in settori come quello sociale, ma anche in quello immobiliare e dell'agricoltura. L'89% delle lavoratrici ha un contratto a tempo indeterminato, il 45% lavora in cooperativa da più di 10 anni, mentre l'età media delle donne che iniziano a lavorare è di 28 anni, con ingressi fino a più di 55 anni.

L'occupazione nelle cooperative offre dunque un quadro un po' diverso da quello delle medie nazionali, che il sottosegretario al Lavoro e Politiche Sociali Maria Cecilia Guerra, riferendosi ai dati Istat relativi al 2010, ha comunicato alla platea: «nel nostro Paese più di un quinto delle donne sotto i 65 anni di età dichiara di aver rinunciato nel corso della sua vita a lavorare temporaneamente o definitivamente per motivi familiari, contro il 2,9% degli uomini. Ma non solo. Per più della metà dei casi, l'interruzione del percorso lavorativo in occasione di una gravidanza non è il risultato di una libera scelta... infatti sono circa 800 mila le donne che sono state licenziate o messe in condizione di dimettersi perché in gravidanza, e solamente 4 su 10 sono tornate al lavoro dopo la maternità».

A Milano, al convegno *Conciliazione: opportunità e strumenti. La concretezza di chi osa* del 19 aprile scorso, la coordinatrice della Commissione regionale Dirigenti Cooperative, Barbara Trebbi, ha potuto dichiarare che nelle circa 3.000 cooperative aderenti a Concooperative Lombardia le donne sono il 16% dei presidenti e il 22% dei consiglieri di amministrazione, rappresentano il 43% dei soci e il 63% degli occupati.

Sembrirebbe quindi che la cooperazione, più di altre forme di impresa, sia in grado oggi non solo di dare lavoro alle donne, ma di dare loro un lavoro stabile e di qualità e inoltre di saper valorizzare capacità e talenti femminili.

Tenacia e fantasia hanno dato vita a numerose cooperative al femminile. Tra tanti esempi, a dimostrarlo sono anche due casi come la cooperativa «Le Coccinelle» di Capriolo, nel bresciano, costituita nel 2010 da quattro donne che hanno avviato una produzione di camicie e abiti da lavoro, dopo avere lasciato l'azienda oramai in crisi nella quale lavoravano da tempo, e la cooperativa «Donne di Montagna» nata dalla volontà di diciassette donne, fra i 17 e i 60 anni, che a Ornica, antico borgo rurale della Valle Brembana, ai piedi del Pizzo dei Tre Signori, hanno dato vita al primo albergo diffuso in Lombardia, originale progetto di accoglienza turistica.

In entrambi i casi, le donne hanno trovato nella cooperativa lo strumento per riprendere il lavoro, mettendo a frutto energie con cui dimostrano di essere la forza fresca e innovativa del Paese.

*La rubrica dedicata allo sguardo sul mondo cooperativo nell'Anno delle cooperative indetto dall'Onu.

Concorso letterario
Infiniti paesaggi di cura

L'associazione «Il Chiaro del Bosco» indice anche per quest'anno il concorso letterario *Infiniti paesaggi di cura*, con il patrocinio di Comune di Brescia e Regione Lombardia.



Sono invitate a partecipare persone che abbiano vissuto la sofferenza psichica, o i loro familiari, che attraverso la scrittura intendano esprimere la loro esperienza e i propri sentimenti.

Il progetto «Narrare paesaggi di cura» prevede anche dieci laboratori tutoriali per aiutare le persone a rivisitare la propria esperienza di vita, condotti da: Isabella Casadio e Mentasti Mariella della Cooperativa Sociale La Rete.

Il concorso letterario si articola in tre sezioni (racconto, testimonianza/autobiografia, poesia).

Possono partecipare opere in prosa o in poesia, in lingua italiana e attinenti al tema proposto.

Le opere di ciascuna sezione segnalate dalla giuria dal quarto al decimo posto compreso, saranno pubblicate, unitamente alle premiate, in un volume.

La partecipazione al concorso letterario è individuale e riservata ai residenti in Brescia e provincia che abbiano compiuto 18 anni alla data della scadenza del termine per la presentazione delle opere (15 ottobre 2012).

Tutte le opere pervenute, comprese quelle non premiate o fuori concorso, saranno rese disponibili in una sezione speciale del sito dell'associazione.

La premiazione avrà luogo a Brescia il 15 marzo 2013.

Info
 Il Chiaro del bosco onlus
 392-2032380 (Sig.ra Micheli Rossella)
 infinitipaesaggidicura@gmail.com
 www.ilchiarodelbosco.org

Ti ricordo che ci sono anch'io
Censimento Senza Dimora

A conclusione delle operazioni del Censimento Istat sulla popolazione in Italia, emergono i dati sulla presenza dei senza dimora nel Comune di Brescia ottenuti grazie alla creazione di un'apposita unità trasversale per i «Censimenti speciali», che ha lavorato in collaborazione con i servizi sociali, le associazioni e le cooperative che si occupano dei senza dimora. La ricerca è stata minuziosamente condotta per cercare di garantire al maggior numero di loro l'attribuzione della «residenza fittizia» che permette di conservare il diritto ai servizi sociali, all'assistenza sanitaria, ecc.

Dei 326 SD già risultanti all'archivio amministrativo, all'8/10/2011 ne sono stati censiti 288 (numero che include anche una trentina di giostrai, ma non i residenti rom e sinti nei Cea).

Si segnalano inoltre 70 potenziali senza dimora (44 maschi, 26 femmine e 1 minore) ovvero persone - prevalentemente italiane - che hanno perso la residenza, che dormono sui treni o in altri luoghi occasionali, e che hanno individuato nel Censimento un'opportunità per riemergere.

L'ufficio statistica ha segnalato la loro presenza, ma ciò non implica l'automatismo dell'acquisizione della «residenza fittizia» con la conseguente iscrizione all'anagrafe. Di loro - persone in situazione di evidente disagio - potrebbero nuovamente perdersi le tracce.



La Rete
 Società Cooperativa Sociale ONLUS
 presenta

Studio Dedalo

la cura e il benessere:
 una possibilità per tutti

Lo Studio Dedalo nasce per offrire servizi di sostegno psicologico accessibili per qualità e costi a tutti i cittadini contribuendo al benessere della comunità.

030.311736/340.6764903, lunedì - venerdì 9.00 / 18.00

Economia solidale

Un puntino sulla i

È l'inclusione che la Cooperativa «La Rete» punta a valorizzare nel progetto di costituzione del distretto di economia solidale bresciano, rete economico-imprenditoriale fra diversi attori dell'economia sociale del territorio che si sostengono mutualmente promuovendo circuiti economici eticamente orientati e sostenibili. Inclusione e coesione sociale che sono i valori di riferimento della cooperativa, sono ugualmente ingredienti di un'economia che contrasta le sperequazioni fra chi produce e chi consuma, orientandola alla sostenibilità ambientale, economica e relazionale di una comunità. Dopo i quattro incontri avvenuti a Brescia che hanno fatto conoscere esperienze di reti e Des esistenti nella nostra regione e nel Paese, Intergas – coordinamento provinciale dei Gas – e La Buona Terra – associazione di produttori biologici – daranno il via alla costituzione di un Des sul territorio cittadino e dei comuni limitrofi. Hanno già aderito Acli, Banca Etica, le cooperative «La Rete» e «Solidarietà» con Conf-cooperative, Slow Food e l'Ufficio di Pastorale del Creato della diocesi.

Emergenza abitativa

Tutti insieme appassionatamente

Hanno sperimentato la vita comunitaria nei prefabbricati di via Orzinuovi (Villaggio Solidale) i dieci anziani (media 70 anni) costretti a lasciare i loro appartamenti nelle case Aler di campo Fiera danneggiate dall'esplosione del 25 gennaio scorso.

Tre camere, per una coppia e due single, in una delle casette; 4 camere per gli altri sei in uno degli altri fabbricati adiacenti alla tangenziale sud, che che sono gli unici spazi di emergenza abitativa a disposizione del Comune di Brescia. Assegnatari di case di edilizia pubblica, infatti, hanno ricevuto dal Comune un alloggio alternativo, in attesa della conclusione dei lavori di ricostruzione, e il servizio di assistenza di un gruppo di operatori dell'housing sociale. Il loro diario registra, subito dopo la gioia per essere sopravvissuti al dramma, il trauma della paura patita, la difficoltà di trasferimento verso la città, il senso di isolamento e la nostalgia per la vita sociale. Ma più di tutto l'incertezza in cui sono vissuti fino al 2 maggio, quando finalmente è giunta la notizia del dissigillamento del cantiere in via Franchi, mentre qualcuno già si stava organizzando per combattere la piaga delle zanzare in arrivo ai primi caldi. Il 15 maggio erano rientrati a casa in tre su 10. Il 31 maggio avrà termine il servizio di assistenza a loro disposizione.



I dieci inquilini delle case Aler di via Franchi nella loro sistemazione di emergenza in via Orzinuovi

Cooperative sociali

Pensando ad un tavolo per il welfare

Le cooperative che gestiscono servizi e attività sociali rischiano di uscire a pezzi dai tagli di bilancio al welfare del Comune di Brescia. Costrette a ridurre i posti di lavoro per compensare le mancate entrate e spinte alla concorrenza al ribasso fra loro per agguacciarsi il poco che resta nel budget per la spesa sociale, lascerebbero sguarnito di idee e competenze un settore del quale rappresentano uno degli attori principali. La loro uscita di scena avrebbe la conseguenza nefasta di vanificare anche gli investimenti fin qui realizzati dalle cooperative più virtuose, quelle che in tempi meno magri hanno saputo mettere a frutto i propri risparmi a vantaggio della comunità locale spendendo in qualità, formazione (per qualificare i servizi) ed edilizia ad uso sociale.

Il destino del welfare bresciano dipende oggi dall'oculatazza della scelta di chi si incaricherà di gestire le ridotte risorse a disposizione. La trasparenza sulla gestione, sulle politiche occupazionali e il patrimonio di progettualità e competenze, in altre parole, la qualità dell'offerta nell'ambito della cooperazione, sono valori che potrebbero pesare all'interno di una programmazione che rilanci i servizi sociali come bene comune.

Povertà

Tagli alla spesa in casa degli anziani

Pranzo e cena, scarpe e cappotto diventano la frontiera del bilancio in crisi nella vita degli ultrasessantacinquenni. Negli ultimi 8 anni le loro spese alimentari sono scese dell'1,7% e quelle per abbigliamento e calzature dello 0,8% (*Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*, Auser 2012). L'aiuto di figli e nipoti è l'unico salvagente prima di precipitare nello stato di povertà in cui si trovano già – secondo le stime dell'Istat – 2,3 milioni di pensionati.

Nel 2011, su un totale di 5,269.493 pensioni di vecchiaia circa il 52% ha un importo inferiore ai 500 euro mensili e il 78% non supera i 750 euro, mentre il 30% delle pensioni di anzianità non supera la soglia dei 900 euro (dati Inps). Alla fine del 2012, bisognerà mettere in conto anche i nuovi tagli ai sussidi e ai servizi erogati dai Comuni alle prese con il ridimensionamento del welfare.

La brigata dei buoni pasti
catering solidale per la dignità del lavoro e la qualità del cibo

- * Catering per coffee-break, aperitivi, buffet per privati, enti, aziende, associazioni
- * Chef a domicilio per pranzi e cene con menu a scelta
- * Corsi di cucina anche a casa vostra, per imparare a cucinare e assaggiare i piatti in famiglia e con gli amici
- * Servizio con materiali riciclabili e biodegradabili

I valori della qualità e sostenibilità del cibo e della dignità del lavoro



info su menu e preventivi
Cooperativa Sociale La Rete
via Mazzucchelli 19 Brescia
030.3772201
segreteria@cooperativalarete.it

Dare a ciascuno possibilità di accesso alla cura e al benessere

Nei suoi 20 anni di vita la cooperativa sociale «La Rete» ha sviluppato e accresciuto la propria capacità di intervento nell'ambito dei servizi alla persona. Oggi si orienta a garantire la qualità di prestazioni sanitarie a costi accessibili negli ambiti in cui il sistema pubblico non fornisce una copertura soddisfacente e il libero mercato presenta da un lato costi molto elevati e dall'altro un'offerta *low cost* non sempre capace di assicurare gli standard di affidabilità.

«La Rete» - impresa cooperativa che persegue contemporaneamente la sostenibilità economica e la responsabilità sociale - con lo **Studio Dentistico La Rete**, lo **Studio Dedalo** e il **Servizio di assistenza domiciliare**, propone un'offerta non limitata ai servizi di cura o riparativi, ma rivolta anche alla prevenzione e alla promozione del benessere. E grazie alla finalità non profit del suo servizio che può proporre costi contenuti e condizioni personalizzate nei pagamenti.

La Rete Società Cooperativa Sociale ONLUS presenta
Interventi domiciliari specializzati
 per situazioni di temporanea limitazione dell'autosufficienza, per integrare l'assistenza continuativa non professionale, per sostegno all'autonomia e alle abilità sociali di persone fragili

I nostri operatori: Operatori Socio-Sanitari, Ausiliari Socio Assistenziali, Educatori professionali ti possono essere d'aiuto nelle situazioni più complesse

per richieste e informazioni
 tel. 030 3772201
 e-mail segreteria@cooperativarete.it

ilnodo è in distribuzione gratuita presso:
 Cooperativa Sociale La Rete • Centro Diurno L'Angolo
 • Botteghe del Commercio Equo e Solidale
 • Libreria Rinascita • Emeroteca Queriniana

ilnodo | nel prossimo numero:
Tutti al lavoro



Sommario

il nodo salute a tutti	1
l'editoriale Corresponsabilità sociale sulla salute mentale di Alberto Gobbin	2
tre domande a... Emilio Sacchetti, Antonio Vita, Paolo Cacciani	4
in libreria... Un silenzio da scrivere	6
occasioni e percorsi Operatori si diventa • Chiamati in causa • Tornare a se stessi • Otto ore di fiducia • Tracce nel paesaggio interiore • Essere ovunque altrove	6
il film L'Indiscreto fascino della psiche	9
inoltre... letture	10
inoltre... appuntamenti	10
il contributo Il luogo ritrovato di Antonio Restelli	11
diamo i numeri	12
sguardi puntati Concorso letterario • Censimento senza dimora • Economia solidale • Emergenza abitativa • Cooperative sociali • Povertà	13
la cooperativa Dare a ciascuno possibilità di accesso alla cura e al benessere	16

il nodo
 Periodico di informazione della Cooperativa Sociale La Rete
www.ilnodo.it



Direttore Responsabile: Teresa Mazzina
 Redazione: Domenico Bizzarro, Alberto Gobbin, Stefania Lottieri, Mariella Mentasti, Vateria Negri, Marco Taglietti.
 Sede: Via Mazzucchielli 19, 25126 Brescia
 Tel/Fax 030.3772201
 E-mail redazione: ilnodo@cooperativarete.it
 Hanno collaborato a questo numero: Mariella Belleri, Isabella Casado, Lisa Colucci, Paola Croera, Lisa Giustacchini, Laura Lazzarini, Michela Merigo, Sara Pedretti, Silvia Piazza, Sandra Rampazzo, Mauro Riccobelli, Andrea Romano, Anna Sabelli, Paola Sisti, Sara Ungaro, Vanessa Zanetti, Ludmila Zugrav e Ivan Giugno, Fausto Piazza, Antonio Restelli, Erasmo Sommilì.
 Fotografie: Ettore Ranzani, Christian Penocchio, Archivio «La Rete».
 Progetto Grafico: QMap
 Stampa: ColorArt s.r.l., Via Industriale, Rodengo Saiano (Bs)
 La Rete Società Cooperativa Sociale Onlus, Via Rua Confattora 6/8, 25122 Brescia | P.Iva 03136080177 | Autorizzazione del Tribunale di Brescia n. 15/2011 del 08/08/2011