

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 9 – Ottobre 2015

 **Caritas
Italiana**
organismo pastorale della CCFI



Serbia e Montenegro



Liberi tutti!

Salute mentale: non gabbie ma dignità per i malati

INDICE

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 9 | Ottobre 2015

SERBIA E MONTENEGRO | LIBERI TUTTI!

Salute mentale: non gabbie ma dignità per i malati



Introduzione	3
1. Il problema a livello internazionale	5
2. Il problema a livello regionale (Europa) e nazionale (Balceni)	7
3. I dati Caritas	13
4. Le testimonianze	17
5. La questione	21
6. Le esperienze e le proposte	25
7. Il cammino di Caritas Italiana, Caritas Serbia e Caritas Montenegro	29
Note	31

A cura di: Francesco Soddu | Chiara Bottazzi | Daniele Bombardi | Alessandro Cadorin | Paolo Serra | Laura Stopponi | Paolo Beccegato

Testi: Chiara Bottazzi | Daniele Bombardi | Alessandro Cadorin

Hanno collaborato: Danilo Angelelli | Roberta Dragonetti | Renato Marinaro

Foto: Caritas Serbia

Grafica e impaginazione: Danilo Angelelli

Pazzia. Il nome ha una radice contrastata, dura. Pazzia forse da *pathos*, dal greco “sofferenza”. Oppure dalla radice latina *pact-*, da cui deriverebbe pattume, come testimonierebbero alcuni dialetti del Nord Italia, in cui “pazzo” è sinonimo di “sudicio”. La pazzia è infatti una cosa sporca, da spazzare in fretta via dagli occhi e quindi dal cuore della gente normale; polvere umana ingombrante, da nascondere sotto il tappeto strutturato dei manicomi, o da accumulare agli angoli ciechi della società.

Da sempre la malattia mentale, in quanto destabilizzante del tessuto civile e umano, è stata ostracizzata dalla comunità locale, come testimonia con chiarezza nel Vangelo di Marco (5,1-20) l'episodio dell'uomo di Gerasa: un uomo dai comportamenti inquietanti e autoaggressivi, che era stato relegato dalla sua comunità nel cimitero, luogo di morte per eccellenza. Gesù nel brano evangelico si lascia avvicinare, gli chiede il nome, partendo dal tentativo del riconoscimento della sua identità personale, sceglie di abitare la sua quotidianità ferita partendo dall'ascolto. Così facendo, Gesù ci fa scoprire che l'uomo di Gerasa, il malato mentale, da tutti considerato un elemento pericoloso e temibile, è in realtà una persona vulnerabile, fragile, emarginata.

«L'esperienza della vita insegna che il rapporto quotidiano, accogliente, affettuoso, con chi soffre di disturbo psichico può aiutare gradualmente ad affrontare questa domanda, ad averne meno paura, fino a scoprire che nelle forme della sofferenza psichica – ansia, depressione, eccitazione, ossessività, delirio – è contenuto un ampliamento di noi stessi»¹ raccontava il cardinal Martini. «Il sofferente psichico è costretto dalla sua malattia a fare i conti con la fragilità che tutti portiamo dentro:

egli in un certo senso ci insegna a dare peso alla tristezza e alla gioia, alla noia e all'attivismo esagerato, all'eccesso di lavoro e al desiderio di averne almeno uno, alla famiglia vissuta come assillante e al senso di abbandono. Egli conosce le tinte forti del vivere, sperimenta le amplificazioni di una fatica esistenziale che è anche nostra»².

Il malato mentale diventa in un certo senso lo specchio di una società che ha paura di vedersi nella sua interezza, o meglio nella sua debolezza; che preferisce nascondere i suoi lati oscuri, allontanare i suoi



malati. Di fronte al dramma della malattia mentale, la tentazione è di lavarsene le mani demandando la presa in cura alle cosiddette “strutture specializzate”: sembra più facile cestinare il pazzo, il pattume, lo sporco sociale nei manicomi, grandi bidoni istituzionalizzati, piuttosto che costruire una società a misura di tutti, e dunque a misura anche del malato mentale. La sfida è invece quella di promuovere una società attenta a una “ecologia umana”, come ha auspicato con forza papa Francesco nella sua enciclica *Laudato si'*. «Vorrei che prendessimo tutti il serio impegno di rispettare e custodire il creato, di essere attenti a ogni persona, di contrastare la cultura dello

spreco e dello scarto, per promuovere una cultura della solidarietà e dell'incontro»³.

Porre al centro la persona umana, così come insegna il magistero della Chiesa, significa riconoscere che ogni persona è un valore, è “in relazione” e ha bisogno di relazione, anche quando sembra preferire l'isolamento o la fuga⁴.

Proteggere la salute mentale sconfiggendo il disturbo psichiatrico significa dunque andare oltre la sola scoperta di nuovi farmaci o la costruzione di nuovi servizi. Il compito delle comunità cristiane è quello di immaginare e realizzare nella concretezza il profilo di «una

città abitabile, dove non ci si senta indotti a vivere la paura dell'altro, ma se mai la gioia dell'incontro e il desiderio di sperimentare relazioni positive. Un'attenta educazione al senso del bene comune e al valore della partecipazione sociale può contribuire in modo decisivo alla costruzione di una metropoli da abitare, dove la cittadinanza, intesa come appartenenza attiva alla città, sia terapeutica perché fonte di benessere per tutti»⁵.

Promuovere cittadinanza e accoglienza significa dunque promuovere salute mentale⁶.

Proteggere la salute mentale sconfiggendo il disturbo psichiatrico significa andare oltre la sola scoperta di nuovi farmaci o la costruzione di nuovi servizi

Promuovere cittadinanza e accoglienza significa promuovere salute mentale



1. Il problema a livello internazionale

I sintomi

Con l'espressione "salute mentale", secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento a «uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni».

Il benessere mentale è quindi una condizione che si verifica quando esiste un buon livello di soddisfazione dei bisogni, insieme a una soddisfacente qualità della vita. Equilibrio, serenità, accettazione del proprio stato individuale e sociale, curiosità e spirito di iniziativa contraddistinguono tale condizione. Che purtroppo, in Europa e nel mondo, risulta sempre più compromessa. I numeri parlano chiaro, dipingendo uno scenario preoccupante: il 27% della popolazione europea ha sofferto una forma di disordine mentale nel corso dell'ultimo anno⁷, con un impatto economico stimato complessivamente intorno ai 798 miliardi di euro. Fra le persone colpite nel Vecchio Continente solo una su tre sceglie di curarsi, e meno del 10% dei soggetti interessati arriva a rivolgersi a uno specialista.

Non va poi dimenticato che, tra le principali cause di disabilità, ben quattro sono legate alla salute mentale: depressione, schizofrenia, disturbo bipolare e abuso di alcol. In particolare la depressione costituisce la quarta causa di disabilità nel mondo e da sola giustifica il 12% del carico di malattia a livello globale⁸. È probabile, inoltre, che le persone affette da disturbi mentali soffrano anche di malattie fisiche, e viceversa.

Alla situazione già descritta si aggiunge una forte analogia fra cattiva salute mentale e deprivazione sociale, testimoniata in maniera diretta dal rischio più elevato in cui incorrono le persone con disturbi men-



tali di diventare senza fissa dimora e di entrare in conflitto col sistema giudiziario locale. In maniera indiretta, invece, dall'impatto che la malattia mentale può avere sui loro stessi figli, che rischiano di essere trascurati, dimenticati, e che di conseguenza risultano facilmente soggetti a problemi scolastici, fatto che comporta una diminuzione a lungo termine delle loro opportunità.

Il problema della salute mentale assume quindi sempre più i contorni di una questione di sanità pubblica, da non liquidare superficialmente come la malattia di pochi pazzi che hanno bisogno di farsi curare. Secondo i dati discussi in occasione del ventitreesimo Congresso dell'Associazione europea di psichiatria (EPA)⁹, tenutosi nel marzo 2015, entro il 2030 le patologie psichiatriche saranno infatti le malattie più frequenti a livello mondiale. I disturbi mentali già attualmente contribuiscono al 26,6% della disabilità totale e riguardano, solo in Italia, circa 17 milioni di persone.

Le disuguaglianze globali

Come sottolinea il Mental Health Atlas, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel luglio 2015, nel mondo circa 1 persona su 10 soffre di disturbi mentali, ma solo l'1% della forza lavoro sanitaria mondiale lavora su queste tematiche. Occorre allora investire di più nella salute mentale e il motivo non è solo quello di ridurre la sofferenza di questo tipo di disturbi: vi sono anche notevoli vantaggi per lo sviluppo personale, sociale ed economico nella promozione e nel mantenimento di una buona salute mentale¹⁰.

Equilibrio, serenità, accettazione del proprio stato individuale e sociale, curiosità e spirito di iniziativa contraddistinguono la condizione di benessere mentale. Condizione che, in Europa e nel mondo, risulta sempre più compromessa:

27% della popolazione europea ha sofferto una forma di disordine mentale



nel corso dell'ultimo anno,

con un impatto economico di

**€ 789
miliardi**

«Non c'è salute senza salute mentale» è stata l'affermazione consueta di professionisti e altri importanti stakeholder negli ultimi 20 anni, ma è solo da relativamente poco tempo che la salute mentale è sull'agenda politica mondiale. Il quadro è desolante: solo il 68% dei Paesi membri dell'OMS ha una strategia governativa in tema di salute mentale; appena il 51% ha una legge che regola il sistema di salute mentale; solo il 41% degli Stati ha un programma definitivo di prevenzione del disagio mentale. Le politiche e le leggi non sono inoltre sempre in linea con gli strumenti di tutela dei diritti umani.

C'è ancora molto da fare, soprattutto nei Paesi a basso/medio reddito, in particolare per contrastare le disuguaglianze a livello mondiale nell'accesso ai servizi e alle cure. Infatti metà della popolazione mondiale vive in nazioni in cui è presente meno di uno psichiatra ogni 100 mila abitanti (nei Paesi ad alto reddito si arriva anche a 50 psichiatri su 100 mila abitanti) e si spendono meno di 2 dollari americani pro-capite per le cure (nei Paesi ad alto reddito si arriva a 50 dollari pro-capite).

L'OMS stima infine che ben il 75-85% delle persone con disabilità psico-sociale, in alcune aree del mondo particolarmente svantaggiate, non hanno accesso ad alcuna forma di cura, mentre il tasso di disoccupazione per queste persone raggiunge il 90%. In alcuni Paesi in via di sviluppo, essi non sono autorizzati a votare, a sposarsi o ad avere figli.

Questi numeri già di per sé preoccupanti rischiano di diventare ancora più drammatici nel contesto attuale. Infatti, ad aggravare i rischi di deterioramento della salute mentale globale si aggiungono guerre, attacchi terroristici e le conseguenti migrazioni lungo rotte pericolose. Tutto questo si traduce spesso in un aumento dei disordini mentali da stress post-traumatico (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito a esperienze scioccanti, fortemente traumatiche. Come riportato da molte fonti, ad esempio, tantissimi bambini migrati negli ultimi mesi attraversando il Mediterraneo o lungo la rotta balcanica hanno riportato sintomi da PTSD¹¹.

Le cause

È obsoleto e fonte di errori considerare che la vita mentale sia divisa in due soli stati possibili: lo stato sano e lo stato malato. Come per la salute fisica, anche la salute mentale di ciascuno di noi è in continua evo-

luzione lungo il corso della vita, passando da periodi di maggiore a periodi di minore benessere; talvolta può anche manifestare delle condizioni di disagio più o meno marcato.

I disturbi mentali non originano da cause univoche e certe, ma sono indotti dal concorso di più fattori in un particolare momento dell'esistenza individuale: fattori biologici, relativi alle condizioni di salute fisica del soggetto, fattori ereditari, psicologici e sociali che riguardano rispettivamente la personalità nel suo complesso e le condizioni che determinano il ruolo sociale di quel soggetto (reddito, lavoro, grado di istruzione, amicizie). A questi si aggiungono infine fattori ecologici che comprendono i modi in cui la persona vive lo spazio che ha a disposizione (spazio fisico, culturale e soprattutto delle relazioni) e quelli sanitari relativi alle possibilità di usufruire di efficaci servizi di cura, prevenzione, informazione.

Tutti questi fattori possono essere raggruppati in due sottocategorie: i fattori protettivi, che impediscono alla condizione di disagio di farci precipitare in uno stato di disturbo mentale garantendoci uno stato di benessere, e i fattori di rischio, che possono invece contribuire ad aggravare uno stato di difficoltà. I rischi per la propria salute mentale possono verificarsi in alcuni momenti della normale crescita e sviluppo (infanzia, adolescenza, gravidanza, menopausa per le donne, pensionamento, vecchiaia); si possono verificare anche in occasione di eventi particolari, come un incidente, la perdita di una persona cara, o il licenziamento dal lavoro, purtroppo frequente a causa della crisi economica che da anni soffoca l'Europa. Inoltre, i normali disagi che ogni individuo si trova ad affrontare nel corso della vita, in qualche modo possono venire poi ampliati da fattori di difficoltà propri del Paese in cui si vive: crisi economica, povertà, violenze, guerre, sono profondi elementi di destabilizzazione dell'equilibrio dei singoli. Ecco allora che l'altra faccia della medaglia del crescente disagio economico e sociale globale è proprio la crescita del disagio mentale globale.

Già papa Benedetto XVI aveva espresso con lungimirante chiarezza lo stato della salute mentale nel mondo: «In molti Paesi non esiste ancora una legislazione in materia e in altri manca una politica definita per la salute mentale. C'è poi da notare che il prolun-

solo il 68%

*dei Paesi membri OMS
ha una strategia
governativa in tema
di salute mentale*

solo il 51%

*ha una legge
che regola il sistema
di salute mentale*

solo il 41%

*ha un programma
definitivo di prevenzione
del disagio mentale*

garsi di conflitti armati in diverse regioni della terra, il succedersi di immani catastrofi naturali, il dilagare del terrorismo, oltre a causare un numero impressionante di morti, hanno generato in non pochi superstiti traumi psichici, talora difficilmente recuperabili. Nei Paesi ad alto sviluppo economico, poi, all'origine di nuove forme di malessere mentale gli esperti riconoscono anche l'incidenza negativa della crisi dei valori morali. Ciò accresce il senso di solitudine, minando e persino sfaldando le tradizionali forme di coesione sociale, ad iniziare dall'istituto della famiglia, ed emarginando i malati, particolarmente quelli mentali, considerati sovente come un peso per la famiglia e per la comunità»¹².

Purtroppo per quanto riguarda la legislazione di numerosi Paesi in materia di salute mentale, molto spesso il centro dell'interesse non è costituito dalla persona sofferente, ma dal concetto di "pericolosità sociale". Temi come terapia e riabilitazione nel territorio di appartenenza vengono sostituiti dalla facile e sbrigativa soluzione dell'internamento nei manicomi,

cioè strutture di isolamento del pericolo e di allontanamento dalla società.

In Italia è con la legge 180 del 1978, detta "legge Basaglia", che si mette finalmente al centro dell'interesse collettivo la persona sofferente mentalmente, superando il manicomio, e passando dall'internamento alla cura dell'individuo all'interno della propria comunità. Da allora è iniziato un lungo cammino che è stato costellato di numerose prassi interessanti, di percorsi efficaci, di comunità più accoglienti. Questo cammino non è però ancora terminato, perché il manicomio non è stato completamente superato e l'internamento è ancora presente: a ricordarcelo sono i sei ospedali psichiatrici giudiziari presenti in Italia¹³ (ancora parzialmente funzionanti a dispetto della legge che ne ha sancito la chiusura), oltre che i numerosi manicomi presenti in tutta Europa e nel mondo.

Il cammino non si deve fermare, dobbiamo proseguire con perseveranza su questa strada, liberando i malati da ogni gabbia e restituendo loro dignità.



LA SALUTE MENTALE NEL MONDO

2015



World Health Organization

Organizzazione Mondiale della Sanità

RISORSE UMANE

Solo l'1% della forza lavoro sanitaria mondiale lavora nella salute mentale



→ 1%

RISORSE FINANZIARIE

Spesa pubblica media pro-capite per le cure

PAESI AD ALTO REDDITO

→ \$50

PAESI CON REDDITO MEDIO-BASSO

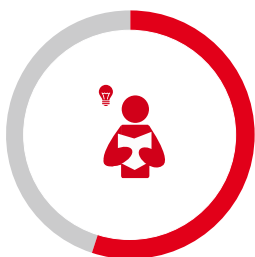
→ \$2

PROMOZIONE E PREVENZIONE

Incidenza a livello mondiale dei principali programmi di prevenzione e promozione della salute mentale

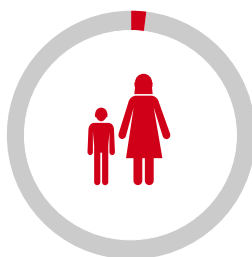
55%

CONSAPEVOLEZZA DELLA SALUTE MENTALE / ANTISTIGMA



2%

PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DELLE MADRI



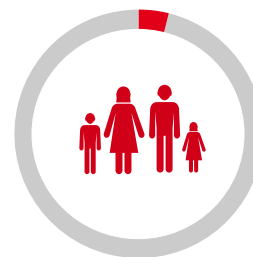
11%

PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DELLE SCUOLE



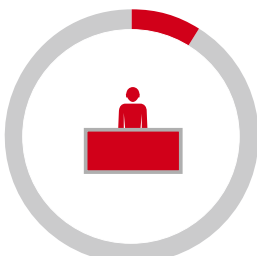
4%

PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NELLE FAMIGLIE



PREVENZIONE DELLA VIOLENZA (ABUSI SU DONNE E MINORI)

5%



PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NEL POSTO DI LAVORO

9%



PREVENZIONE DEI SUICIDI

8%

PAESI CON STRATEGIE NAZIONALI DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO

0

PAESI A BASSO REDDITO

VS

1/3

PAESI AD ALTO REDDITO

SERVIZI

Numero medio di posti letto per la salute mentale ogni 100 mila abitanti



5 vs 50



PAESI CON REDDITO MEDIO-BASSO

PAESI AD ALTO REDDITO

Le stesse grandi differenze sussistono per l'assistenza esterna e il sostegno sociale

2. Il problema a livello regionale (Europa) e nazionale (Balceni)

Le condizioni della salute mentale in Europa

La regione europea facente riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità comprende 53 Stati membri e quasi 900 milioni di persone. E, purtroppo, tante sono le diseguaglianze che intercorrono sia all'interno delle singole nazioni, sia fra i Paesi del continente europeo: si registra infatti una differenza di ben 100 volte in termini di PIL pro-capite tra gli Stati della regione, mentre l'aspettativa di vita media dei cittadini arriva a differire fino a 20 anni per gli uomini e 12 anni per le donne.

Certamente la salute mentale in Europa rappresenta una delle più significative sfide relative alla sanità pubblica: secondo le ricerche condotte dall'OMS è stato infatti stimato che i disturbi mentali colpiscono il 27% della popolazione ogni anno. I più comuni di questi disturbi sono ansia e depressione, quest'ultima due volte più frequente nelle donne che negli uomini. Inoltre circa l'1-2% dei cittadini europei soffre di varie forme di psicosi, in pari misura per uomini e donne, mentre il 5,6% della popolazione maschile e l'1,3% di quella femminile presentano disturbi da uso di sostanze. Al quadro già descritto si aggiunge l'incremento dei casi di demenza senile, di solito il 5% nei soggetti con più di 65 anni e il 20% in quelli che superano la soglia degli 80 anni, demenza che va di pari passo con l'inesorabile invecchiamento del già Vecchio Continente. Da notare, inoltre, che in tutti i Paesi della regione europea i disturbi mentali tendono ad essere più diffusi tra i cittadini che vivono una situazione di difficoltà economica e/o sociale, anche perché la disabilità conseguente il disturbo provoca a sua volta incapacità lavorativa.

Alta la percentuale di persone che ricevono sostegni sociali o pensioni a causa della disabilità generata da disturbi mentali; un fatto, questo, che aumenta l'onere finanziario relativo ai problemi di salute mentale nei singoli Paesi. I disturbi mentali rappresentano infatti il 44% delle prestazioni sociali e delle pensioni di invalidità in Danimarca, il 43% in Finlandia e Scozia,

Da notare che in tutti i Paesi della regione europea i disturbi mentali tendono ad essere più diffusi tra i cittadini che vivono una situazione di difficoltà economica e/o sociale



il 37% in Romania e il 25% nella Repubblica Moldava, uno dei Paesi più poveri d'Europa. Queste differenze possono anche riflettere il grado di discriminazione ed esclusione dal lavoro delle persone con problemi di salute mentale nelle varie nazioni. I tassi di occupazione per le persone con problemi di salute mentale in Europa variano dal 18% al 30%. Alcune di queste variazioni dipendono dalla capacità di elaborare una diagnosi, con percentuali più basse per le persone affette da disturbi psicotici.

La salute mentale nei Balcani

Gli eventi di questi ultimi 20 anni nei Balcani, quali sanguinosi conflitti etnici, sanzioni, transizioni non completate, migrazioni e ora anche la crisi economica hanno portato a un deterioramento dello status già compromesso della salute mentale, caratterizzato dal ricorso massiccio all'istituzionalizzazione dei sofferenti psichici.

Caritas è presente in Serbia e Montenegro fin dal 1999 per promuovere percorsi di superamento del manicomio. Percorsi difficili, che incontrano forti resistenze. Eppure, anche se con fatica, qualcosa negli ultimi anni sta iniziando a cambiare.

Montenegro



Dalla fine degli anni Novanta, la cura della salute mentale in Montenegro è prevalentemente organizzata su un sistema di assistenza ospedaliera, basata sull'istituzionalizzazione delle persone con disturbi mentali presso strutture sanitarie quali l'ospedale psichiatrico di Dobrota, la clinica ospedaliera psichiatrica nella capitale Podgorica e il reparto psichiatrico dell'ospedale generale di Niksic.

Il rispetto dei diritti umani dei pazienti psichiatrici è diventata dunque una delle priorità tenute in debito conto da Bruxelles nel valutare il percorso di avanza-

mento del Paese sulla strada dell'integrazione europea. Per questo motivo, i governi montenegrini che si sono succeduti negli ultimi anni hanno cercato di dare qualche risposta ai problemi ancora presenti nel sistema di tutela psichiatrica.

Già nel 2004 il Ministero della Salute montenegrino aveva avviato una Strategia nazionale per la salute mentale caratterizzata da un conseguente Piano d'Azione, che prevedeva un'armonizzazione delle tre istituzioni psichiatriche esistenti, oltre che la fornitura di servizi territoriali e di comunità che fossero più economici e mirati ai bisogni. A questi si aggiungeva l'apertura di otto centri di salute mentale nelle *Dom zdravlje* (le ASL locali), di consultori per l'ascolto dei giovani, delle famiglie, degli anziani affetti da disturbi mentali, oltre che servizi di orientamento per persone con problemi di dipendenza. Tuttavia se la direzione intrapresa era incoraggiante, nonostante alcuni indiscutibili progressi nelle condizioni di "reclusione", i propositi iniziali sono stati in gran parte disattesi anche a causa della mancanza di investimenti pubblici. Anche l'Action Plan 2011-2014 prevede una riforma meno impegnativa e basata su obiettivi più realistici rispetto a quelli definiti nella precedente strategia.

La situazione della salute mentale in Montenegro continua però a rimanere grave. In tutto il Paese i servizi a domicilio, i centri diurni, le comunità semiresidenziali sono del tutto inesistenti. I sette centri di salute mentale aperti, funzionano per lo più come meri dispensari di medicinali. Inoltre, non è ancora stata superata l'istituzionalizzazione, con il manicomio di Dobrota, nella baia di Kotor. La struttura è grigia, uniforme, alle finestre ci sono le sbarre. A viverci sono più di 200 persone. Il tempo medio di permanenza è di circa due anni ma ci sono anche casi, come racconta il personale di servizio, di persone che si trovano qui da sempre: una donna oggi cinquantenne è arrivata da bambina, negli anni Sessanta, quando il centro è stato inaugurato.

L'approccio istituzionale, che in Italia venne progressivamente accantonato dopo la legge 180/78, cosiddetta "Basaglia", dal nome dello psichiatra che la ispirò, nel Paese balcanico non è mai stato messo veramente in discussione. In Montenegro gli istituti sono considerati come delle "case di cura", ma in realtà sono luoghi di reclusione a tutti gli effetti, che hanno come scopo principale non la rigenerazione del malato ma il suo allontanamento dalla società.

In un documento del Consiglio d'Europa si legge che «i pazienti hanno poco spazio personale a disposizione; l'atmosfera è austera fino a rasentare il carcere e le strutture non sono attrezzate ad accogliere soggetti particolarmente violenti»; il trattamento offerto ai pazienti «è soprattutto farmacologico. Niente viene fatto per una vera riabilitazione e per restituirli alla società o alle proprie famiglie». Inoltre i soggetti sottoposti al trattamento sanitario obbligatorio spesso non hanno l'occasione di ottenere colloqui con il giudice, il solo ad avere il potere di concedere loro la libertà. Il risultato del vuoto istituzionale è drammatico: il trattamento sanitario obbligatorio, spesso comminato attraverso procedimenti amministrativi (quindi senza tribunali), per alcuni pazienti può diventare un calvario lungo anni, senza una data di fine certa.

«In Montenegro non c'è moltissima scelta per chi soffre di disturbi psichici», constata l'ex direttore del manicomio di Dobrota, il dottor Aleksandar Tomčuk. Attualmente il dottor Tomčuk è stato chiamato a dirigere il "Centro per la promozione della salute mentale e la cooperazione internazionale", un nuovo organo avente la funzione di coordinamento tra i vari ministeri per promuovere la cooperazione intersettoriale; infatti è impensabile una terapia psichiatrica senza la collaborazione anche dei servizi sociali.

Tuttavia il cambiamento della politica nei confronti delle persone con disturbi mentali è difficile. Conferma il dottor Tomčuk: «L'ospedale non può durare per tutta la vita e l'obiettivo ultimo resta la deistituzionalizzazione», ovvero la progressiva riduzione dei pazienti ricoverati nelle strutture, attraverso la promozione dell'assistenza domiciliare e dei centri di salute mentale.

Purtroppo la deistituzionalizzazione montenegrina è costretta a scontrarsi con la dura realtà dei fatti, caratterizzata dalla mancanza di fondi, da personale impreparato e da interrogativi insoluti relativi al reinserimento lavorativo e sociale delle persone affette da disturbi mentali, e alla lotta contro lo stigma. Le famiglie dei pazienti, infatti, spesso non vogliono accoglierli nuovamente a casa dato che costituiscono un motivo di vergogna, oltre che un peso sul bilancio familiare.

In questo difficile quadro Caritas ha cercato di promuovere percorsi a più livelli: formazione degli operatori, avviamento di servizi in comunità come le visite domiciliari, campagne di sensibilizzazione e di lotta

In Montenegro i servizi a domicilio, i centri diurni, le comunità semiresidenziali sono inesistenti. I centri di salute mentale funzionano come dispensari di medicinali. Inoltre, non è ancora stata superata l'istituzionalizzazione: il manicomio, a Dobrota, è una struttura grigia, con sbarre alle finestre. A viverci sono più di 200 persone. Il tempo medio di permanenza è di circa due anni, ma ci sono anche casi di persone che vi si trovano da sempre.

allo stigma. Uno sforzo notevole, notato dall'Unione europea, che ha anche fatto presente i passi avanti compiuti nel settore della salute mentale in Montenegro. Nel recente *Montenegro Progress Report 2014*, ovvero il documento che analizza lo stato di avanzamento del Montenegro rispetto agli standard comunitari richiesti per l'adesione all'UE, si può leggere: «Nel campo della salute mentale sono state organizzate varie formazioni a infermieri e psichiatri che lavorano in diversi servizi di salute mentale. Alcune misure sono state prese per introdurre dei servizi in comunità come valide alternative all'istituzionalizzazione. Un nuovo servizio – le visite domiciliari ai pazienti psichiatrici – è stato avviato». La strada verso il cambiamento sembra che si stia faticosamente tracciando: ora serve la volontà di tutti per renderla percorribile.

Serbia



«Li chiamavano *ludnica*, “manicomi”, fino a qualche anno fa e qualcuno li chiama ancora così. Ma noi no. Qui dentro non ci sono “ludi”, matti, ma persone. Persone che hanno i loro problemi e le loro difficoltà, e che nella gran parte dei casi sanno ragionare». Così qualche anno fa il dottor Miša Glavonjić ci descriveva l'ospedale psichiatrico Laza Lazarevic di Belgrado. Lui, medico in quella struttura, era ed è uno dei testimoni diretti della grande transizione che il suo Paese, la Serbia, sta vivendo in questi ultimi anni: cambiamenti istituzionali, politici, economici e soprattutto sociali.

I cambiamenti che la Serbia ha sofferto negli ultimi 20 anni hanno reso più ampio e diffuso il fenomeno del disagio mentale: la sofferenza psichica, infatti, cresce notevolmente quando sono messe in discussione le basi della propria identità culturale, quando si perde lo status che si aveva in precedenza, quando il supporto sociale è assente o inadeguato, quando si è costretti forzatamente a migrare. Quando si devono affrontare gravi lutti. Ecco allora che il collasso del sistema politico ed economico jugoslavo, l'esplosione della conflittualità etnica, le vittime della guerra, le migliaia di profughi e rifugiati, la debolezza strutturale

del nuovo Stato, la transizione non ancora completata, l'indebolimento delle reti parentali e sociali, tutto ciò ha determinato la destabilizzazione dello status mentale di una società ferita. «Mi sembra quasi che ci fossero meno problemi di salute mentale quando erano in corso le guerre nei Balcani: la gente era attiva, pensava a sopravvivere. Oggi invece domina la depressione, l'apatia». Per anni questa apatia ha generato un duplice effetto: da un lato la mancanza di sostegno istituzionale e sociale alle fasce più deboli, che ha accresciuto il numero delle persone da ricoverare e accentuato lo stato di indigenza e solitudine dei pazienti già ricoverati. Dall'altro il crollo delle motivazioni professionali di operatori e infermieri che si sentono abbandonati, proprio come i loro pazienti.

A fine anni Novanta gli ospedali psichiatrici serbi erano diventati dei veri e propri “centri di internamento” non solo per pazienti psichiatrici, ma per chiunque fosse afflitto da gravi problemi di povertà economica, relazionale, sociale. Si stimava che almeno il 25% dei ricoverati negli ospedali psichiatrici serbi non presentasse patologie che ne giustificassero il ricovero: i manicomi erano divenuti dei veri “recipienti per rifiuti” della società. Tuttavia, a partire dai primi anni Duemila, qualcosa ha iniziato a muoversi nel Paese: anche se lentamente e con molta fatica, sta infatti cambiando l'approccio in materia di salute mentale da parte degli operatori del settore, delle famiglie dei pazienti, delle istituzioni.

Con il supporto di Caritas Serbia, Caritas Italiana e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute serbo ha iniziato a dare i primi segnali di cambiamento nel biennio 2003-04, dando il via alla creazione della Commissione nazionale sulla salute mentale. Questa commissione ha redatto nel 2006 il National Mental Health Policy and Action Plan, primo documento pubblico a dare indicazioni precise riguardo la necessità di riformare il sistema serbo di salute mentale.

A fianco dei primi documenti pubblici, si cercavano inoltre di avviare le prime prassi volte a dimostrare che un altro modo di fare salute mentale era possibile anche in Serbia. Così, nel 2006, Caritas supporta l'apertura a Medijana, popoloso quartiere al centro di Niš (Serbia meridionale), del primo centro di salute mentale serbo, con l'obiettivo di ricondurre il paziente e la cura nel contesto vivo della comunità, e non più nell'isolamento dell'istituzione. In pochi mesi l'apertura

I cambiamenti che la Serbia ha sofferto negli ultimi 20 anni hanno reso più ampio e diffuso il fenomeno del disagio mentale: la sofferenza psichica, infatti, cresce notevolmente quando sono messe in discussione le basi della propria identità culturale, quando si perde lo status che si aveva in precedenza, quando il supporto sociale è assente o inadeguato, quando si è costretti a migrare. Quando si devono affrontare gravi lutti.

del centro di salute mentale ha iniziato a dare i primi frutti: ci fu una drastica riduzione nel numero dei pazienti ricoverati nel vicino manicomio di Gornja Toponica, sceso da 1.300 a 600.

L'esperienza di Medijana, però, non è stata immediatamente replicata in altre parti della Serbia: la resistenza delle strutture manicomiali al cambiamento si è dimostrata più dura del previsto. La Serbia ancora oggi conta cinque manicomi nel proprio territorio, con quasi 3.000 persone internate.

È solo con la nuova legge sulla protezione delle persone con disturbo mentale, del 2013, con alcuni fondi europei e con alcune progettualità specifiche che iniziano a organizzarsi altri centri di salute mentale oltre a quello di Medijana: di recente, ad esempio, a Kikinda e a Kragujevac sono partite interessanti prassi territoriali.

Il dottor Aleksandar Dimitrijević, psicologo e professore universitario, spiega così il percorso che la Serbia dovrebbe intraprendere: «Ci sono diversi modelli di deistituzionalizzazione nel mondo. Quelli che hanno avuto il maggior successo hanno introdotto servizi per la cura della salute mentale in comunità e quindi ridotto il numero dei posti letto negli ospedali psichiatrici. Ad esempio, quando si offrono cinque posti letto nei cosiddetti appartamenti protetti, si "chiudono" cinque posti letto in ospedale. Gli utenti non possono essere abbandonati per le strade. L'obiettivo è che, alla fine di questo processo, gli ospedali psichiatrici siano chiusi e che nessuno possa più essere ricoverato, per un paio di anni o decenni, in questi luoghi lontani decine di chilometri dalla propria città».

Mentre proseguiva l'impegno nello sviluppo dei servizi in comunità, la Serbia ha conosciuto l'avvio

anche di un lungo percorso di lotta allo stigma, per facilitare il reinserimento sociale delle persone con disturbo mentale. A partire dal 2007 è stata promossa la nascita delle prime associazioni di utenti dei servizi di salute mentale e dei loro familiari: ad oggi se ne contano ben nove, attive su tutto il territorio nazionale, e almeno altre quattro sono in fase di registrazione. La richiesta di riforme viene dunque portata avanti oggi anche dai pazienti stessi e dai loro familiari.

In Serbia, comunque, il cammino verso la deistituzionalizzazione e la sconfitta dello stigma è un faticoso percorso in salita. Lo ha notato con chiarezza anche l'Unione europea nel suo ultimo *Progress Report*: «Il sistema dei servizi sociali è ancora largamente istituzionalizzato e il supporto offerto da servizi in comunità è estremamente limitato. [...] L'ospedalizzazione e il trattamento delle persone con disturbi mentali non sono ancora regolati secondo gli standard internazionali. Devono essere migliorate le condizioni di vita delle persone che si trovano in questi istituti e le modalità con cui vengono ammessi».

Ancora il professor Dimitrijević: «Il trend della deistituzionalizzazione è stato inserito nelle leggi e nelle pratiche dei Paesi europei: il perché sembri impossibile in Serbia rimane un mistero per me».

Nonostante tutte le difficoltà, però, sono sempre di più le persone che si sono messe in cammino lungo quella strada in salita: società civile, Chiese, medici e ora anche alcune istituzioni nazionali e internazionali – come l'Unione europea – stanno cercando di garantire una migliore tutela e protezione ai più deboli, ai più emarginati. È solo se le forze rimarranno unite e remeranno nella stessa direzione che si potrà un giorno superare definitivamente il manicomio in Serbia.



3. I dati Caritas

Migliaia di persone sono ancora rinchiusi nei manicomi

Nonostante i passi avanti compiuti nei Paesi che stiamo analizzando come casi-studio (l'Italia dalla legge Basaglia in poi, la Serbia e il Montenegro con le riforme dei sistemi di salute mentale approvate negli ultimi anni), bisogna però constatare che ad oggi le strutture manicomiali non sono ancora state completamente superate.

Infatti, esistono ancora luoghi che formalmente sono considerati "di cura", ma nei quali in realtà prevalgono componenti quali l'allontanamento dell'individuo dalla società e dalla propria comunità o l'impossibilità di seguire percorsi di recupero individualizzati. In alcuni casi sono presenti violazioni di alcuni basilari diritti umani e terapeutici delle persone internate nei manicomi: i luoghi sono inadatti alla terapia perché sovraffollati, sporchi o ampiamente fatiscenti; c'è la presenza di pratiche di tipo detentivo e di contenzione

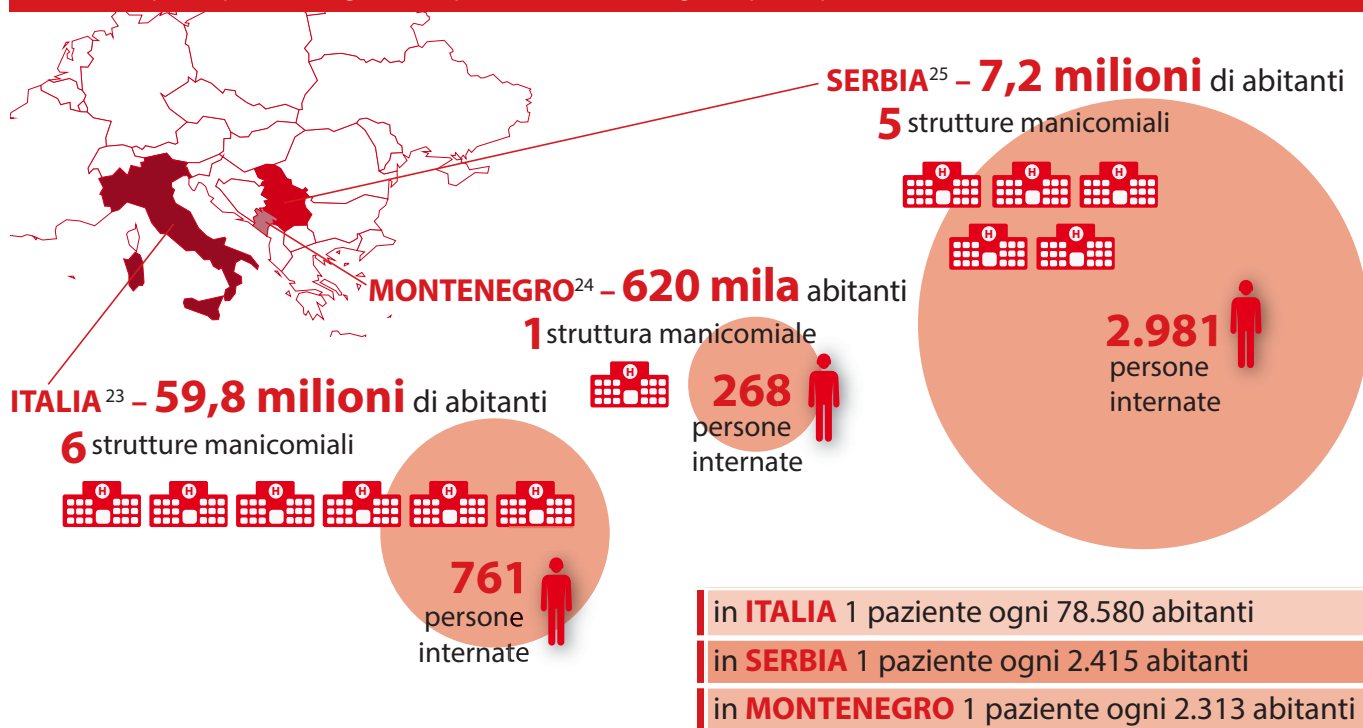


piuttosto che di reale terapia; permangono casi di degenze troppo lunghe, in alcuni casi ormai croniche (pazienti rinchiusi nei manicomi da oltre 30 anni).

Quando si affrontano i temi collegati alla salute mentale, non può essere dimenticato dunque l'ampio numero di pazienti che è tutt'ora internato in strutture di tipo asilare e manicomiale. Nell'infografica sottostante sono riportati il numero di strutture manicomiali esistenti nei tre Paesi presi come caso-studio e il numero di pazienti in esso internati.

Numero di persone ancora internate in strutture manicomiali

Per l'Italia: ospedali psichiatrici giudiziari, per Serbia e Montenegro: ospedali psichiatrici



I tanti problemi di chi sta fuori dai manicomi

Riuscire a evitare l'internamento e restare fuori dalle strutture manicomiali non significa però automaticamente avere una vita serena. Anzi, chi vive al di fuori del manicomio soffre durissime forme di esclusione sociale e lavorativa, oltre che di ampie forme di discriminazione. I problemi degli utenti dei servizi di salute mentale sono molti, riguardano tutti gli aspetti della

vita e sembrano irrisolvibili: la casa, il lavoro, il rapporto con la famiglia, lo stigma e i pregiudizi, ma anche la difficoltà ad affrontare i tanti piccoli e grandi ostacoli della quotidianità.

In una recente ricerca, Caritas Serbia ha cercato di capire quali siano i problemi che affliggono maggiormente le persone affette da disturbi mentali nella loro quotidianità. Risultano evidenti alcune caratteristiche:

- c'è bisogno di dare risposta a una gravissima povertà economica e materiale dei pazienti (molti hanno bisogno di farsi prestare soldi o necessitano di ricevere aiuto umanitario, addirittura sotto forma di cibo e bevande; altri non possono nemmeno permettersi un passatempo come andare al teatro o al museo);
- in particolare, risulta molto pressante il bisogno di trovare un lavoro (molti pazienti affermano di avere bisogno di guadagnare qualcosa ma anche di migliorare le proprie capacità professionali ricevendo dei corsi formativi gratuiti);
- Infine, molto grave è anche il bisogno di superare lo stigma e i pregiudizi che la società ha verso i pazienti (molti di loro vorrebbero fare incontri nelle scuole, andare sui media o partecipare a eventi pubblici che consentano di ridurre i pregiudizi verso di loro; o vorrebbero partecipare a progetti che migliorino la tutela dei loro diritti).

Nel dettaglio, queste sono le risposte che raccontano i bisogni delle persone affette da disturbo mentale in Serbia²⁶.

Tipo di bisogni che i pazienti vorrebbero soddisfare all'interno delle associazioni
(valori percentuali – più risposte possibili)

Farsi prestare dei soldi	61,0
Guadagnare qualcosa	49,4
Ricevere ogni tanto un aiuto umanitario	36,0
Possibilità di esprimersi liberamente dipingendo, oppure attraverso la recitazione, il ballo, ...	32,6
Formazione gratuita in corsi di lingua o informatica	31,4
Possibilità di cambiare l'immagine delle persone con disturbi mentali facendo incontri nelle scuole con gli studenti	25,6
Entrare gratuitamente a rappresentazioni teatrali o nei musei	25,0
Possibilità di cambiare l'immagine delle persone con disturbi mentali partecipando a dibattiti pubblici o parlando nei media	20,6
Cibo o bevande gratuite	20,3
Partecipare a progetti che migliorino la tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici e il loro status	10,5
Poter stabilire un contatto diverso con i medici o gli infermieri rispetto a quello che attualmente esiste negli ospedali	8,7
Collegarsi con i rappresentanti di altri gruppi vulnerabili	8,7

Una prima risposta possibile: la società civile

Una prima possibile risposta ai problemi che affliggono le persone con disturbi mentali è il loro reinserimento sociale. Spesso si tratta di persone che hanno

perso anche i più semplici legami nella loro società: hanno rapporti problematici con i propri familiari, hanno perso le amicizie, non frequentano più alcun luogo di incontro o di socialità.

In questo senso, il ruolo della società civile diventa fondamentale: essa rappresenta infatti il settore più pronto, flessibile e disponibile a offrire spazi di inclusione per queste persone. La società civile, tanto in Italia quanto in Serbia e in Montenegro, è in grado di offrire per prima alcune forme di ri-accoglienza della persona con disturbo mentale – cosa che i più rigidi sistemi sanitari, occupazionali o educativi non riescono a fare.

Da un lato, c'è la possibilità per i pazienti di prendere parte alle attività delle varie associazioni e dei vari gruppi già esistenti sul territorio. Per persone che hanno perso tutti i loro legami e interessi, diventa fondamentale trovare una realtà che sia pronta a ridare loro fiducia, a ridare loro uno spazio, a far rinascere qualche interesse: in questo senso, anche le più piccole associazioni o gruppi musicali, sportivi, ricreativi, culturali possono diventare alleati preziosi nei percorsi di reinserimento.

Dall'altro lato, va tenuto in ancor maggior considerazione anche l'enorme potenziale che offrono le modalità di auto-organizzazione civile dei pazienti stessi: la promozione di associazioni di utenti, di gruppi di auto-aiuto e di altre esperienze simili possono essere il primo passo nel cammino di reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali. Infatti, queste realtà composte di persone che stanno vivendo esperienze simili, hanno il grande vantaggio di offrire un luogo protetto, accogliente e comprensivo, dove la persona fortemente esclusa può trovare il proprio spazio e il proprio tempo senza pressione, dove può aprirsi gradualmente, dove può essere accompagnata e affiancata da persone che hanno passato le stesse sue crisi e che dunque comprendono meglio di chiunque altro lo stato d'animo e i problemi.



Nella recente indagine di Caritas Serbia, gli utenti dei servizi di salute mentale hanno evidenziato in maniera chiara tutti i benefici che ci sono nel partecipare a queste forme associative con altri utenti.

Tipo di beneficio che l'associazionismo offre²⁷

(valore medio in una scala da 1, "nessun beneficio", a 4, "molto presente")

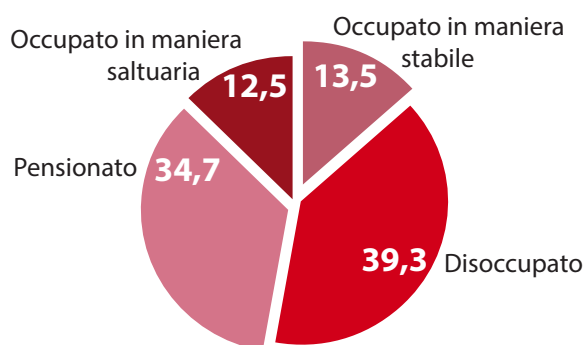
Supporto nel conservare la speranza in una vita di qualità nonostante la malattia	3,38
Supporto che si può ricevere dai volontari o dagli operatori durante le riunioni o le attività	3,38
Incentivi a lavorare su di sé e sulla propria riabilitazione	3,34
Possibilità di condividere con gli altri i propri problemi e le proprie esperienze	3,32
Supporto che ricevo dagli altri membri dei gruppi di auto aiuto o simili	3,32
Socializzare	3,30
Supporto che si può ricevere dai volontari o dagli operatori durante i colloqui informali	3,28
Possibilità di aiutare altri che hanno problemi o esperienze simili alle mie	3,26
Possibilità di informarmi meglio sui problemi che mi affliggono	3,26
Conoscere nuove persone	3,19
Poter stabilire un contatto diverso con i medici o gli infermieri rispetto a quello che attualmente esiste negli ospedali	3,19

Una seconda risposta possibile: il lavoro

Una seconda possibilità di superamento dei problemi che affliggono le persone affette da disturbo mentale è rappresentata dal reinserimento lavorativo. Pur essendo un passo molto complesso da fare (il lavoro richiede ritmi, causa stress e fa nascere relazioni umane che possono essere fattori proibitivi per chi soffre di disturbi psichici, se non vengono adeguatamente calibrati), il lavoro consente al paziente psichiatrico di recuperare molte delle proprie capacità andate perdute. Esso infatti dà maggiore stabilità economica, gratificazioni, riconoscimento sociale, offre la possibilità di creare relazioni.

Purtroppo la situazione relativa all'impiego di persone con disturbo mentale non è rosea. Prendiamo il caso-studio della Serbia, sulla base dei dati dell'indagine di Caritas Serbia:

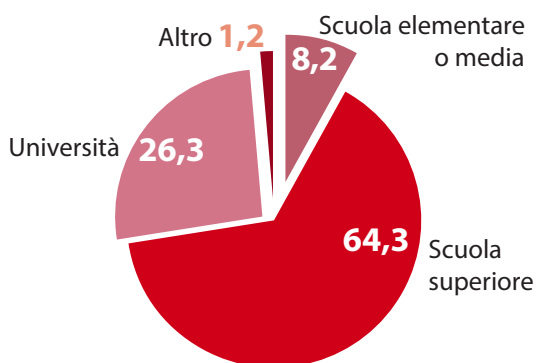
Status lavorativo delle persone affette da disturbo mentale in Serbia²⁸



Se consideriamo solo la forza lavoro (dunque escludendo dal calcolo il numero di pazienti psichiatrici pensionati), risulta che il tasso di disoccupazione tra i pazienti psichiatrici in Serbia è addirittura del 60%. A questo numero, va aggiunto un altro 20% di pazienti psichiatrici occupato solo in maniera saltuaria. In altre parole, solo un paziente psichiatrico su cinque riesce a trovare un'occupazione stabile.

Il dato risulta ancora più impressionante se confrontato con il livello di studio di queste persone: infatti, si tratta di persone con un tasso di istruzione generalmente medio-alto, dal momento che oltre il 90% di loro ha un diploma di scuola superiore o la laurea. Dunque, nonostante un buon livello di formazione e dei titoli di studio elevati, i pazienti psichiatrici non riescono comunque a trovare un lavoro.

Livello di istruzione delle persone affette da disturbo mentale in Serbia²⁹



Che cosa ostacola allora l'inserimento lavorativo delle persone con disturbo mentale?

Per dare risposta a questa domanda, Caritas ha promosso nel 2015 una ricerca qualitativa³⁰ all'interno di un progetto di promozione della salute mentale (progetto Upstream 2, implementato in Serbia da Caritas Valjevo). Le conclusioni a cui è giunta la ricerca sono interessanti:

- nonostante alcuni cambiamenti e progressi negli ultimi anni riguardo la legislazione sull'impiego di persone con disabilità, c'è ancora un'ampia carenza sull'impiego di persone con disturbi mentali; anche quando alcuni diritti sono stati finalmente riconosciuti almeno a livello legislativo, essi non sono ancora conosciuti nella prassi e dunque le persone con disturbo mentale non sanno farli valere;
- gli utenti dei servizi di salute mentale e i loro familiari affermano che le maggiori barriere per l'impiego sono lo stigma e il pregiudizio associati alla malattia mentale;
- anche i professionisti della salute mentale che sono stati intervistati (medici e infermieri) hanno opinioni simili riguardo lo stigma. Inoltre il 65% di loro afferma che un altro ostacolo notevole è rappre-

sentato dalla loro mancanza di adeguata formazione per poter assistere le persone con disturbi mentali nella ricerca del lavoro;

- i datori di lavoro invece mettono l'accento sulle abilità lavorative e le qualifiche delle persone per poterli assumere e sulla carenza dei servizi di assistenza all'impiego. Come ha raccontato un imprenditore: «Il datore di lavoro spesso non dà neanche l'opportunità a una persona con disturbi mentali di mettersi alla prova. Per lui questo è un rischio d'impresa, anche dal punto di vista economico. Ma se il datore di lavoro sa di avere un supporto di un qualche servizio nella fase di inserimento di una persona con disturbo mentale, allora può dare più facilmente una chance anche a queste persone nella propria azienda».

La ricerca conclude dunque che «di fatto non esistono sufficienti informazioni a tutti i livelli sui tipi di percorsi che possono essere intrapresi per l'assunzione di persone con disturbo mentale»: i pazienti e le loro famiglie non conoscono le possibilità offerte dal quadro legislativo esistente; la società in generale produce ancora stigma e manca di informazioni sulle reali capacità di reinserimento delle persone con disturbo mentale; i professionisti mancano di informazioni qualificate per accompagnare i percorsi di inserimento lavorativo; i datori di lavoro non riescono a trovare esperti o servizi che possano dare loro assistenza sullo stato di salute, sulle performance lavorative e sui percorsi da seguire con queste persone al momento dell'assunzione.



4. Le testimonianze

**DRAGAN JUGOVIC, Belgrado (Serbia),
utente dei servizi di salute mentale e fondatore
dell'associazione di pazienti "Duša"**



«Mi curo come paziente psichiatrico da quando avevo 18 anni. Ora ne ho 51, il che significa che sono stato in cura per 33 anni. Di questi, 15 ne ho trascorsi come paziente nell'ospedale psichiatrico di Palmoticéva³¹; gli altri 18 al Laza Lazarevic³². La mia storia personale è fatta di sofferenze e torture, ma anche di belle esperienze vissute durante il trattamento sanitario. Esperienze che sono legate a buone persone e buoni medici.

Sono stato internato negli ospedali psichiatrici più di venti volte. Più di trenta, invece, sono i ricoveri nell'ospedale diurno. Le brutte esperienze le ho vissute solo in internamento, mentre i miei momenti più belli provengono dai giorni trascorsi nell'ospedale diurno».

L'INTERNAMENTO

«Durante l'internamento il ritmo delle ventiquattro ore giornaliere veniva scandito da tre sole possibilità: stare a letto, camminare avanti e indietro da un muro all'altro, lungo il corridoio, oppure sedere nella sala da pranzo dove respiravo il fumo delle sigarette. Io non sono un fumatore, ma non c'è altro posto dove i non fumatori potevano stare. A questo si aggiungeva la sedazione fisica e chimica. Per quanto riguarda la fisica, ogni volta, nel momento dell'accettazione per il ricovero in reparto venivo legato. Mi dicevano che era la prassi, dato che peso più di 100 chili, mentre ai pazienti di 60-70 chili non veniva imposto alcun tipo di costrizione.

I medici e gli infermieri mi vedevano pericoloso per me e per gli altri, anche se mi ricoveravo volontariamente; non avevo commesso alcun delitto o crimine, e non avevo minacciato o provocato nessun medico. Sono un uomo docile, non sono mai stato aggressivo in vita mia. Eppure mi legavano. Una volta ho chiesto al medico di turno: "Quando mi slegate?". "Fra un'ora"



"Angolo al sole"

mi ha risposto. Mentiva. Sono stato legato fino al mattino successivo. È successo anche che venissi legato per tre giorni consecutivi. Immaginate cosa può significare non potersi muovere per tre giorni interi.

Alla sedazione fisica si aggiungeva quella chimica. Negli ospedali psichiatrici ci venivano somministrate enormi quantità di medicine, tanto che dopo il trattamento non sapevo dove mi trovavo. Non sono un esperto di medicina, di chimica, di terapie, ma so cosa significa essere malato. So cosa vuol dire essere rifiutati dalla società, discriminati, stigmatizzati. So cosa significa essere vittima di maltrattamenti, anche da parte del personale tecnico e medico. Ho sperimentato sulla mia pelle le iniezioni punitive, e come me le hanno vissute molti altri pazienti.

Negli ospedali psichiatrici le condizioni igieniche sono prive di decenza. Al Laza Lazarevic tutti i pazienti avevano i pidocchi. Le coperte non venivano mai lavate e così i pidocchi vivevano con noi, erano nostri coinquilini. Mi domando perfino se noi, pazienti psichiatrici, siamo degli esseri umani. Perché se lo siamo, abbiamo il diritto alla nostra privacy. È normale che le toilette degli istituti non abbiano le porte, così chiunque passa possa guardarci? Il fatto viene giustificato dall'ipotesi che dietro le porte chiuse il paziente potrebbe avere un attacco, una crisi e sarebbe quindi più difficile soccorrerlo. Eppure, come uomo, lo trovo davvero umiliante. Nell'ospedale psichiatrico di Gornja Toponica³³, nel reparto in cui erano ricoverati i pazienti più problematici, ogni volta che questi se la facevano addosso venivano lavati con un tubo. Al Laza Lazarevic ciò non avveniva, ma il bagno si doveva fare tutti insieme. Ognuno degli internati aveva a disposizione un paio di minuti in acqua, due volte al mese».

L'OSPEDALE DIURNO: VERSO LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE

«Vado volontariamente all'ospedale diurno. Faccio terapia la mattina e il pomeriggio torno a casa. Mi sento libero, mi sento un essere umano. Durante le sedute di gruppo impariamo a vivere in modo indipendente.

Ci insegnano come comportarci, come prenderci cura di noi stessi, come convivere con la malattia, come accettare il trattamento. Il dottor Davidovic ha anche introdotto una scuola di cucina affinché imparassimo a prepararci il pranzo e la cena. Abbiamo una scuola di informatica, una di inglese, una sezione letteraria, una teatrale... Posso solo fare i complimenti all'ospedale diurno, lì ho vissuto dei momenti bellissimi. Purtroppo per accedere al trattamento diurno è necessario aver fatto prima un buon recupero, vale a dire aver vissuto l'incubo dell'internamento».

STIGMA

«Frequentavo la quarta classe del liceo matematico³⁴ quando sono stato male per la prima volta. Ho trascorso un mese al Palmoticeva. Gli psichiatri mi consigliarono di non dire ai miei amici che ero sotto trattamento psichiatrico, ma che avevo dei disturbi cardiaci, un problema che si cura con un mese o due di ricovero in ospedale. Anche i miei genitori mi nascondevano agli occhi degli amici, dei conoscenti, del vicinato, del mondo. Quando stavo male, in ospedale, nessuno sapeva dove mi trovassi. Una volta tornato a casa, non ne uscivo mai e tornavo alla vita sociale solo a crisi superata.

Finito il liceo, mi sono iscritto alla facoltà di Ingegneria elettrotecnica, con indirizzo in fisica tecnica; ho dato 19 esami, ma a causa della malattia non sono riuscito a finire gli studi. La malattia influenzava la mia forza di volontà, non riuscivo a sedermi davanti alla scrivania e a studiare. Non riuscivo a concentrarmi.

Ho nascosto i miei disturbi mentali per quindici anni. Poi un giorno d'estate, era il mese di luglio, sono uscito in strada con addosso una pelliccia. I vicini hanno chiamato l'ambulanza e così, per la prima volta, mi hanno visto come malato. Prima dello stigma, ho superato l'autostigma. Io stesso mi stigmatizzavo, mi nascondevo, non volevo dire a nessuno, neanche ai miei amici, che mi curavo. Mi vergognavo. Poi ho trovato la forza di uscire allo scoperto. In generale non ho perso molti amici; quelli più cari, una volta venuti a conoscenza della mia malattia, hanno continuato a starmi vicino».

DISCRIMINAZIONE

«In Serbia, per legge, ogni datore di lavoro che abbia più di venti dipendenti deve assumere una persona disabile, ma non un paziente psichiatrico. Perché? Anche noi siamo disabili, anche noi abbiamo una malattia. Trovare un impiego è molto difficile, basti pensare ad esempio al tipico colloquio di lavoro: "Hai mai fatto il militare?", "No, mai". "Perché?", "Beh... sono stato esonerato". "Perché?", "Perché ho una psicosi". E così nessuno vuole più parlare con me. Fortunatamente ho dato lezioni private di fisica e matematica

per trent'anni, lavorando in nero dai 17 ai 47 anni e ho smesso di insegnare quando ho preso la pensione di reversibilità. Conosco bene le mie materie, ho il talento dell'insegnamento: so come spiegare ai bambini, non perdo mai la calma, per questo ho avuto successo. Certamente lavoravo solo quando ero in buona salute. Ai genitori dei miei allievi non ho mai detto della mia malattia, perché sapevo che mi avrebbero licenziato all'istante».

AMORE

«Anche mia moglie è in cura per psicosi. Siamo sposati da dieci anni, viviamo in un appartamento; fra noi le cose vanno bene. Conosciamo noi e la nostra malattia. Senza mia moglie non sarei in grado di vivere, non funziono senza di lei. Ci siamo conosciuti a una festa di persone "normali", sane. Lei capì immediatamente che ero un paziente psichiatrico. Al primo appuntamento mi disse che aveva dei disturbi mentali, le risposi che li avevo anche io. È stato bellissimo perché mia moglie non ha avuto dubbi se stare con me, non le dava fastidio la mia malattia, ha visto in me l'uomo con cui voleva vivere».

LOTTA PER L'UMANITÀ

Una volta lasciato l'ospedale diurno, torno a casa e ho la vita vuota. Come pazienti psichiatrici non abbiamo più alcuna cura, andiamo una volta al mese a un controllo ospedaliero che dura cinque minuti, giusto il tempo di scrivere le ricette mediche. A noi, persone affette da disturbi psichici, mancano i contenuti di una vita sana. E senza l'aiuto di psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, psichiatri, medici, servizi sanitari non siamo in grado di costruirci una vita "normale".

Deistituzionalizzazione significa essere accettato come una persona, non come una diagnosi; vuol dire vivere una vita dignitosa, da uomo libero che non ha commesso reati. Perché devo essere rinchiuso in prigione se non sono un criminale?».



Intervista con la dottoressa GORDANA KOKORA, responsabile del reparto intensivo femminile dell'ospedale psichiatrico di Kovin (Serbia)



«Sono sempre stata ambiziosa; quando ero direttrice dell'ospedale psichiatrico di Kovin volevo cambiare il sistema, volevo che le cose funzionassero diversamente. E ho avuto fortuna. Per la prima volta, al tempo in cui ero direttrice, ho ricevuto un aiuto che non fossero solo medicine scadute o vestiti di seconda mano, ma un supporto tecnico e professionale. Ho potuto partecipare ad una visita studio in Italia per i direttori degli ospedali psichiatrici di Nis, Vrsac e Kovin. Il contesto italiano mi ha colpito, impressionato, dandomi le energie necessarie per cambiare le condizioni di vita dei miei pazienti. Da quella *study visit* è stato fatto molto nell'ospedale di Kovin: alcuni reparti sono stati ristrutturati, le pareti ridipinte, è stato riaperto il cinema ospedaliero che ha dato il via a proiezioni di film e spettacoli teatrali. In un certo senso la mia professione è sempre stata affiancata dalla lotta sociale, un *fil rouge* che lega la trama degli anni passati. Anni in cui mi sono battuta per la cura e la dignità dei miei pazienti, perché nei bagni avessero la loro privacy, perché vi fossero piani individuali di trattamento per ogni assistito, perché venisse introdotto il day hospital, perché le famiglie e la cittadinanza stessa fossero incluse in un percorso comune di recupero degli assistiti. Purtroppo questo spirito innovatore non è stato molto apprezzato nel mio ambiente professionale e mi è stato tolto l'incarico di direttrice. Ma non importa, la fiamma del cambiamento non si è mai spenta; ho infatti partecipato alla Commissione nazionale per la riforma della salute mentale, che ha reso possibile la realizzazione del Piano d'azione e la Strategia nazionale. Tuttavia, nonostante i passi in avanti, nella maggior parte dei casi i pazienti psichiatrici in Serbia continuano a versare in condizioni poco dignitose, per non dire pesime. Ed è stato così che è nata l'idea dell'associazione Zrak Nade, "Raggio di speranza"».

Un'associazione di pazienti?

«Sì, un'associazione di pazienti che lottano per i loro stessi diritti. Purtroppo non si può sempre stare ad aspettare che la manna cada dal cielo. Bisogna cam-

biare atteggiamento, il modo in cui si affrontano i problemi. Insieme i pazienti sono forti; ci sorprendono costantemente con le loro idee, con la loro voglia di essere inclusi in un normale contesto sociale».

Tuttavia, dottoressa, non può negare che sul tema della salute mentale siano state realizzate molte cose dal 2000 in poi...

«Certo. Purtroppo, in Serbia, la psichiatria continua a rimanere l'ultima ruota del carro in ambito medico. Inoltre a Kovin non abbiamo grandi fondi a disposizione, se non quelli propri dell'ospedale».

Se non sbaglio, voi dipendenti donate ogni mese una piccola parte del vostro stipendio per il bene dell'ospedale e degli assistiti...

«Sì, è vero, e cerchiamo di coinvolgere anche le nostre famiglie, i vicini di casa, chiunque possa aiutarci. Quando si riunisce la comunità terapeutica, si decide insieme agli assistiti come spendere questi soldi, cercando sempre di organizzare per loro qualcosa che dia il senso di famiglia; ad esempio nel mio reparto abbiamo comprato una lavatrice, un'asciugatrice, della biancheria intima, organizziamo feste di compleanno e spesso andiamo insieme a fare delle gite turistiche».

Nel vostro reparto si respira un'atmosfera diversa...

«Già. Dico spesso ai miei assistiti che adesso "questa è casa vostra", e come tale devono rispettarla. Lo stesso vale per me. Guardando ai miei trentatré anni di lavoro, metà li ho trascorsi nella mia casa, l'altra in ospedale. Per questo dobbiamo davvero vedere e vivere l'ospedale come una casa, impegnandoci a renderla più bella».

Un bel concetto. Ma qual è la degenza media delle vostre pazienti?

«Nel nostro reparto, il 40% delle pazienti è lungodegente. All'interno di questa percentuale sono comprese anche le profughe della Bosnia e della Croazia, che hanno ufficialmente la loro residenza in ospedale. Proprio oggi ho visitato una paziente che si trova qui dal 1988, e ha come parente solo una zia lontana che occasionalmente le manda stecche di sigarette, alcuni dolci e confezioni di caffè. Comunque la degenza è diminuita, anche se non in misura considerevole. Credo che in questo reparto sia di circa 187 giorni».

Ha mai immaginato l'ospedale che vorrebbe lasciare il giorno in cui andrà in pensione? Cosa dovrebbe ancora realizzarsi perché lei possa dire: ok, sono felice?

«Beh, vorrei che si dimezzasse il numero dei ricoverati, e che l'associazione Zrak Nade assumesse un ruolo sempre più centrale nel processo di deistituzionalizzazione. Vorrei che due o tre reparti del nostro ospe-

dale si trasformassero in una scuola per i pazienti, o in un'impresa sociale. Vorrei che si lavorasse di più con le famiglie e che ogni assistito avesse un piano di trattamento individuale. Ecco, se si realizzasse tutto questo, potrò dirmi felice».

Intervista con BOJANA STANISIC, infermiera del centro di salute mentale di Podgorica (Montenegro)



Cosa fa la vostra organizzazione nel campo della salute mentale?

«Il centro di salute mentale di Podgorica fornisce servizi psichiatrici, psicologici e di assistenza sociale. In particolare ci occupiamo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali oltre che della prevenzione e trattamento da abuso di sostanze. Tanti i disturbi che vengono diagnosticati e curati nel nostro centro; certamente fra i più comuni compaiono i disturbi dell'umore, quelli legati a nevrosi e stress, i disturbi psicotici e problemi derivanti dall'abuso di sostanze. Il nostro team, composto da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere ha la sua forza in un lavoro di squadra multidisciplinare, focalizzato sul singolo utente. C'è da dire che una parte integrante delle attività del nostro centro è costituita dal programma di trattamento con metadone

per la dipendenza da oppiacei e la consulenza familiare e matrimoniale. Per quanto riguarda il trattamento con metadone è un programma di "riduzione del danno" in seguito all'uso di sostanze stupefacenti e realizzato in collaborazione con il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria (GFATM) e l'UNDP Montenegro nel quadro dell'attuazione della strategia nazionale in materia di HIV».

Secondo lei, quali sono i principali risultati e le principali problematiche del settore della salute mentale in Montenegro?

«Penso che i successi maggiori siano riscontrabili nella "relativamente" facile disponibilità di assistenza professionale e di accesso alle cure con psicofarmaci, oltre che nel lavoro congiunto di tutte le risorse disponibili in questa zona per ridurre lo stigma. Per quanto riguarda i problemi, delle questioni importanti da risolvere riguardano la mancanza di personale, l'insufficienza formativa dello staff medico e infermieristico e certamente anche l'assenza di una cooperazione intersettoriale. Sarebbe bello, infatti, riuscire a garantire nel tempo una cooperazione sempre maggiore fra le istituzioni pubbliche e le varie ONG che si occupano di salute mentale».

Per quanto riguarda lo sviluppo della salute mentale in Montenegro, avete idee, piani o suggerimenti per il futuro?

«Beh, penso che una delle prime azioni da compiere sia di creare nuovi posti di lavoro nel campo della salute mentale e di garantire un'istruzione di alto livello, accompagnata da una formazione continua. Bisognerebbe poi puntare il focus sui nostri assistiti: creare delle condizioni abitative migliori, che ci inseriscano in un contesto sociale favorevole caratterizzato dall'uguaglianza e non dalla discriminazione, dallo stigma».

«La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione» *Franco Basaglia*



Campagna antistigma 2004



Campagna antistigma 2009

5. La questione

La grande e pacifica rivoluzione iniziata da Basaglia e proseguita dai suoi colleghi e allievi, non ha solo riportato al centro l'uomo, la sua dignità e la sua fragilità, ma ha anche messo in crisi un paradigma clinico biologico fin dalle sue radici, a partire dalla sua eziologia incerta fino alla sua relativa efficacia. Infatti, l'approccio proposto e assunto dalla psichiatria e dalle scienze umane contemporanee vede nel benessere il perno della salute mentale. Le cause a cui rimandiamo un sintomo non possono trovare una spiegazione unanime e universalmente riconoscibile: ciò che possiamo vedere è il manifestarsi di un disturbo più o meno intenso e più o meno duraturo, ma ciò che avviene dentro la mente di una persona, e ciò che scatena lo stesso disagio è argomento di infiniti dibattiti, ipotesi e teorie spesso in contrasto e in contraddizione le une con le altre. Per queste ragioni, la complessità dell'esistenza e la sofferenza psichica stessa non si possono ridurre solo alla cura farmacologica, che per quanto necessaria e indispensabile, se considerata e attuata come unica forma di intervento è del tutto insufficiente.

Parliamo di salute mentale, quindi, proprio perché il concetto stesso di malattia mentale così come è comunemente inteso è di per sé fuorviante e stigmatizzante. Basaglia ci ha dimostrato, tramite il lavoro diretto e sul campo, l'insensatezza dei manicomi. Avviando un lavoro di comunità, si sono raggiunti risultati sorprendentemente positivi e chiare evidenze scientifiche: gli ospedali psichiatrici cronicizzano il disturbo e lo trasformano in qualcosa di nuovo, contorto e irrisolvibile, e per questo intrattabile.

Inoltre lo stigma e il pregiudizio verso il malato mentale persistono tuttora nelle società, specie in quelle del Sud-Est Europa, che hanno sofferto una storia caratterizzata da recenti regimi in cui lo Stato pesantemente entrava nella gestione della vita delle persone condizionandone le scelte e restringendone le libertà. In questi Paesi, l'*establishment* medico e politico non è stato sufficientemente influenzato dai principi, valori e metodologie della deistituzionalizzazione. Per anni la psichiatria riabilitativa si è fondata quasi esclusivamente sulla terapia occupazionale, uguale per tutti i ricoverati senza approfondire la biografia dei pazienti, e relegando il ruolo delle famiglie a spettatori che affidavano i propri cari nelle mani dello Stato, acuendo

La malattia mentale nella società serba e montenegrina è ancora un tabù. Nelle comunità locali ma anche a livello globale non ci sono molti dibattiti, campagne e altre forme di iniziative volte a ridurre e combattere lo stigma



in questa maniera la distanza tra la persona e la società, e di conseguenza aumentando lo stigma.

Paesi come Serbia e Montenegro, dove esistono ancora gli ospedali psichiatrici, sono caratterizzati da alti livelli di stigmatizzazione, che si associa indissolubilmente alle immagini opprimenti che distinguono le istituzioni totali come i manicomi, dove i cittadini vengono trattati solo in termini di pericolosità sociale. Le stesse figure terapeutiche sono svilite al ruolo di sorveglianti, non inserite in percorsi formativi permanenti e in numero decisamente inferiore rispetto alle esigenze. La persona che soffre di disturbi psico-sociali è vista come pericolosa, imprevedibile e violenta, e quindi in qualche modo da "contenere" e "rinchiudere".

Serbia e Montenegro sono Paesi contrassegnati da un sistema di promozione della salute mentale ancora orientato al mantenimento di grandi istituzioni psichiatriche. La malattia mentale nella società serba e montenegrina è ancora un tabù. Nelle comunità locali ma anche a livello globale non ci sono molti dibattiti, campagne e altre forme di iniziative volte a ridurre e combattere lo stigma, mentre i media non prestano sufficiente attenzione a questo problema o lo fanno in modo inadeguato, scandalistico e paradossalmente controproducente, raccontando soprattutto eventi cruenti di cronaca nera. Lo stigma verso il malato mentale allora assume la forma di un male oscuro che ostacola l'intervento e la cura, e pregiudica ogni futuro reinserimento sociale. Le persone che soffrono di disturbi psichici subiscono discriminazioni nella loro vita quotidiana, in materia di diritti civili, istruzione, occupazione, abitazione.

Inoltre, in questi contesti la prevenzione, la diagnosi e la riabilitazione psico-sociale sono carenti e precarie. Queste sfide sono ancora più complesse nel contesto attuale caratterizzato da una riduzione di fondi pubblici per la salute mentale, determinando

una prevenzione dei disturbi mentali inadeguata e l'assenza di un approccio multisettoriale in questo campo. Al contrario, l'approccio da adottare non può che essere multidisciplinare e intersettoriale: i "terapeuti", cioè le figure delegate alla cura della persona che soffre di disturbi psicologici, devono per forza di cose comprendere diversi profili professionali (psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, ...). È solo attraverso un orientamento psico-socio-biologico che la persona può essere accolta dentro percorsi condivisi e individualizzati capaci di assecondare e stimolare le sue risorse e rispondere adeguatamente al complesso disagio attraverso azioni mirate, inclusive e comprensive.

In Serbia e Montenegro, l'ospedalizzazione di chi soffre di gravi disturbi mentali sembra l'unica via percorsa dal sistema di salute pubblica. Gli ospedali psichiatrici ospitano allora il gran numero degli utenti gravi, per periodi lunghi anche tutta la vita, mescolando pazienti con problematiche diverse, casi sociali (si stima che più del 30% degli utenti in Serbia e Montenegro sono persone che non soffrono di particolari patologie psichiatriche ma che non hanno una famiglia dove tornare) e provocando continue riospedalizzazioni dovute alla mancanza di servizi a domicilio e di comunità (il fenomeno del *revolving door*).

L'approccio dominante di tipo istituzionale, inoltre, relega la persona in secondo piano rispetto alla malattia. Per scardinare le istituzioni totali, come i manicomi, va invece considerato l'uomo nella sua complessità, come "animale sociale" e nella specificità individuale dei suoi problemi. Nei grandi ospedali psichiatrici la persona si aliena dentro la rigidità della routine, dentro un controllo feroce e depersonalizzante, e cure che rasentano la coercizione. La persona è invece portatrice di un patrimonio genetico e culturale, fortemente e indissolubilmente caratterizzato da relazioni e interazioni con l'ambiente, gli altri e il proprio io. Il disturbo mentale è sempre un problema di relazione, e un individuo isolato per lungo tempo non può trovare cura e serenità.

Il dissesto che la sofferenza comporta, può dunque trovare sollievo e soluzione solo attraverso l'organizzazione di luoghi di accoglienza prossimi, raggiungibili e caldi, capaci di favorire lo scambio e la ricomposizione dei frammenti tra l'individuo e la società tutta. Tuttavia, in Serbia e

Montenegro, i servizi di comunità sono spesso inesistenti o esistono solo sulla carta, nei documenti strategici e piani d'azione, ma non vedono nessun investimento reale e implementazione sostanziale da parte dello Stato. La costituzione di alternative affidabili, di piccole dimensioni, quali servizi di cura e riabilitazione in comunità, capaci di riconoscere la persona dentro la sua storia e la sua evoluzione, dovrebbero essere di importanza vitale e prioritaria per ogni Paese, e non ridotti a una sorta di pratica minore che un'economia e una società in crisi non si possono più permettere. In Italia questi servizi vengono oggi messi in discussione, ridotti all'osso a causa dei tagli alla sanità. Nei Paesi del Sud-Est Europa, la transizione difficile e la crisi economica ne ostacolano la nascita, pur sapendo che il processo di trasformazione dai sistemi di cura in istituto a quelli di comunità necessita anche di un finanziamento appropriato e bilanciato, in cui l'ospedale psichiatrico viene gradualmente smantellato e superato per fare spazio a nuovi servizi in comunità.

A livello nazionale e locale, invece, non esiste una cooperazione organizzata e strutturata tra il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e Welfare, tra i servizi sociali e i servizi sanitari di base. L'integrazione tra i servizi di assistenza sanitaria e servizi sociali è sporadica ed estemporanea, lasciata alla libera intraprendenza dei singoli operatori. Nella cooperazione internazionale diversi sono stati i progetti volti a trasferire buone pratiche e a stimolare la nascita di servizi di salute mentale territoriali. Tuttavia molti di questi progetti hanno trovato forti resistenze, in particolare dalla classe psichiatrica locale, preoccupata che una deistituzionalizzazione effettiva possa indebolire la loro influenza, aumentare il rischio di incidenti e le loro responsabilità, e fargli perdere il lavoro. Inoltre tali azioni si sono scontrate spesso contro l'indolenza di governi e classi dirigenti disinteressate, occupate in altre questioni e poco sensibilizzate. Senza la nascita di un movimento consapevole e motivato, che parta proprio dalle realtà e società civili locali e da esse formato, ogni iniziativa di cooperazione internazionale si mostrerà inaderente e inefficace.

Va inoltre sottolineata la tendenza per la quale il drammatico ridimensionamento del welfare dovuto alla crisi economica e finanziaria ha comportato una riduzione sensibile dei servizi di comunità, con un ritorno a un

In Serbia e Montenegro, l'ospedalizzazione di chi soffre di gravi disturbi mentali sembra l'unica via percorsa dal sistema di salute pubblica.

L'approccio dominante di tipo istituzionale, inoltre, relega la persona in secondo piano rispetto alla malattia. Per scardinare le istituzioni totali, come i manicomi, va invece considerato l'uomo nella sua complessità, e nella specificità individuale dei suoi problemi

approccio biologistico alla salute mentale. Si assiste oggi a un aumento dell'uso di psicofarmaci, anche se migliori rispetto a quelli utilizzati nel passato grazie alla ricerca nel campo. Non sempre però la salute mentale di una comunità è proporzionale alla qualità di psicofarmaci assunti dai membri della comunità. Ma gli psichiatri sono indotti a prescrivere psicofarmaci da pressioni su di loro indotte dalle case farmaceutiche attraverso svariati incentivi: finanziamenti di attività formative, fornitura di strumentazioni, macchinari, pubblicazioni, per ricerche psicofarmacologiche volte a confermare l'efficacia pratica del farmaco da promuovere.

L'intervento psicofarmacologico è invece uno degli aspetti del trattamento psichiatrico e l'abuso di psicofarmaci può produrre effetti collaterali molto gravi e invalidanti e anche dipendenza fisica e psicologica. Le case farmaceutiche indubbiamente sono interessate

a produrre psicofarmaci sempre più efficaci e meno nocivi, ma certamente il fine intrinseco del loro mandato istituzionale sarà quello del profitto. Molto contestata è stata ad esempio l'introduzione nel DSM V (il manuale diagnostico-statistico adottato da tutti gli psichiatri del mondo) di nuove patologie considerate precedentemente come semplice disagio, come ad esempio il lutto o il deficit dell'attenzione, trasformate in malattia da curare solo farmacologicamente e senza l'aggiunta di un approccio psicoterapeutico e sociale.

Ecco allora che prima di parlare di crisi economica e finanziaria, di tagli alla spesa sanitaria, una domanda dovrebbe guidare i nostri giudizi, le nostre scelte e le nostre decisioni: vorremmo mai che una persona a noi cara venisse curata in un sistema sanitario fondato su istituzioni psichiatriche pesanti, riempita di farmaci, isolata e abbandonata a sé stessa?





6. Le esperienze e le proposte

La nostra fede in Gesù ci consegna l'idea dell'uguaglianza di tutti gli uomini e della loro pari dignità di fronte a Dio. Attraverso la "pedagogia dei fatti" la Caritas non può trascurare proprio coloro che più facilmente la nostra comunità dimentica, teme, allontana.

È stato precedentemente ribadito che la salute mentale è sempre più riconosciuta da tutti come imprescindibile se si intende parlare di salute. L'esperienza vissuta da chi, pur non essendo operatore di servizi preposti ufficialmente alla cura, è vicino a quanti soffrono, ci dice che questa attenzione è imprescindibile, e che la sua mancanza non "colpisce" unicamente il malato bensì incide sulla vita della sua famiglia.

Caritas Italiana è da tempo attenta a quanti vivono questa situazione, e oltre a iniziative di sensibilizzazione o di tutela dei diritti, sostiene le Caritas diocesane – in Italia e all'estero – che, in modi diversi svolgono azione di prevenzione, accompagnamento, "cura", di quanti vivono in situazione di fragilità a causa di un disturbo mentale.

Sempre più Caritas e quindi più persone, più comunità riescono a percepire questa fragilità, a trasformarsi in fattore protettivo, a mettersi al fianco di chi soffre per camminare insieme verso una guarigione che tutti sappiamo essere possibile.

Non solo abbiamo il compito di agire per favorire l'accoglienza di chi soffre la malattia mentale; occorre andare oltre questo e comprendere che accogliere è anzitutto lasciarci accogliere da loro. E ancor di più è il compito di aiutare il popolo di Dio a fermarsi e pensare al disagio psichico, per interrompere la spirale dell'esclusione e trasformarla in processi di inclusione e condivisione.

La complessità della salute mentale, le sue innumerevoli sfaccettature, le sue multiformi necessità chiedono al nostro operare un respiro ampio, un agire creativo, senza però dimenticare che l'elemento prioritario deve essere l'attenzione a integrare e a creare sinergie tra realtà e risorse anche differenti. Se la società civile non si attiva nel suo complesso, non c'è vera cura. Per comprendere il disagio mentale di un Paese bisogna leggere la sua storia, le sue abitudini, la sua cultura, il carattere dei suoi abitanti.

Occuparsi di salute mentale oltre l'Italia ci aiuta a comprendere come il benessere della mente sia ricercato da ogni uomo indipendentemente dagli aspetti culturali o politici, e a come la malattia mentale non abbia confini, ma soprattutto a quanto non abbia confini la solidarietà intelligente e creativa che si esprime attraverso Caritas, nel segno della fede che ci acco-




munna, dentro il solco della Chiesa universale di cui tutti siamo parte attiva.

Caritas Italiana da molti anni opera in Serbia e in Montenegro a fianco delle Chiese sorelle, stringendo alleanze con altre ONG, collaborando con le istituzioni locali, lavorando a fianco dei servizi pubblici di salute mentale. L'esperienza maturata fin dai primi anni del 2000 si è sviluppata in diversi settori: dalla promozione della società civile allo sviluppo delle capacità di alcuni servizi di psichiatria, dalla formazione del personale alla più generale promozione della salute mentale. Il lavoro compiuto in questi anni consente di delineare 5 piste di lavoro.

1 LA RIFORMA POLITICA DEI SISTEMI DI SALUTE MENTALE E LA NASCITA DI UN NUOVO WELFARE


Nel Sud-Est Europa, come in gran parte dei Paesi in via di sviluppo e in molti Paesi industrializzati, non esiste una politica coerente in tema di salute mentale. Compito della società civile e della Chiesa è dunque quello di promuovere e spingere le autorità pubbliche affinché se ne occupino in maniera propria e attinente delle politiche efficaci e strutturate. Tali politiche dovrebbero basarsi su una valutazione approfondita delle esigenze del sistema di salute pubblica e comprendere le pratiche di cooperazione multisettoriale.

 **Un disagio** che frammenta e che disgrega, **ci chiede** di promuovere l'integrazione e la collaborazione tra le realtà che si occupano di salute mentale.

Gli studi hanno dimostrato come le strategie volte a ridurre i rischi e a migliorare la qualità della vita delle persone (miglioramento delle condizioni abitative, accesso garantito all'istruzione, riduzione dell'incertezza economica, rafforzamento delle reti di comunità, ecc.) sono efficaci se attuate dentro un'ampia cornice di azione che coinvolge più livelli, impegnando la società

intera, attraverso un adeguato e sistematico sostegno finanziario da parte dello Stato. Contemporaneamente, sono necessari interventi, mirati e indirizzati ai vari e precisi disturbi di salute mentale (disturbi comportamentali, depressione, disturbi d'ansia, disturbi post-traumatici, della nutrizione, disturbi psicotici, suicidio, ecc.), sviluppati e resi operativi in forma di specifici programmi annuali di promozione della salute mentale e della prevenzione.

Fondamentale diviene la stimolazione di politiche attive e la promozione di un sistema di welfare di comunità capace di coinvolgere la comunità e di allacciare e valorizzare le risorse e le energie del territorio per meglio rispondere ai bisogni delle persone e delle famiglie. Tali interventi, affinché non rimangano isolati e sporadici, necessitano però di un impegno collettivo. Ancora una volta, dunque, il ruolo della Chiesa come lievito nella società è cruciale. Un buon esempio di promozione della salute mentale positiva è l'introduzione di stili di vita sani e la formazione di comunità accoglienti. L'esperienza delle Caritas nei Balcani, nel pieno della loro specifica funzione pedagogica, ha mostrato l'importanza di indirizzare l'azione di advocacy verso le istituzioni e l'azione di sensibilizzazione verso le nuove generazioni, interessando scuole, università e gruppi di volontari.


 **Un disagio** che crea pregiudizi, paura e inquietudine, **ci chiede** di informare e sensibilizzare le istituzioni e le comunità.

2 IL SUPERAMENTO DEL MANICOMIO E L'AVVIO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN COMUNITÀ

La promozione della deistituzionalizzazione e dei servizi di comunità è quindi un'urgenza inderogabile che non può essere trascurata ed elusa, poiché riguarda il benessere dell'individuo e coinvolge intimamente tutti noi. Lo spettro del manicomio, che pensavamo per sempre dimenticato, è invece ancora presente, ancora in agguato, e non sembra essere stato vinto completamente.

Gli ostacoli per portare a compimento questo superamento possono essere di diversa natura. Spesso vengono citati, primi tra tutti, quelli finanziari: mancano i soldi per avviare servizi nuovi. In realtà spesso queste giustificazioni nascondono ragioni fittizie e sono risposte dietro le quali è facile nascondersi e mascherare di fatto una totale riluttanza al cambiamento. Nel rapporto costi-benefici, i servizi in comunità non sono più costosi del manicomio, anzi, spesso è stato dimostrato il contrario. È vero che un investimento monetario è necessario nelle prime fasi, quando

vanno avviate le nuove forme di servizio, ma per questo i fondi disponibili anche in Serbia e Montenegro ci sono (ad esempio i fondi europei). È importante piuttosto pensare a questi servizi come sostitutivi e alternativi al manicomio (e non per affiancarsi ad esso mantenendolo comunque in vita): in questo modo, nel medio-lungo periodo, l'investimento si ripaga.

 **Un disagio** sempre in trasformazione, **ci chiede** la creatività di sperimentare strade nuove.

Oltre alle ragioni finanziarie, comunque, giocano un ruolo importante anche ragioni di sicurezza e opportunità politica. Gli ospedali psichiatrici infatti soddisfano un'esigenza psicologica e sociologica, replicando al bisogno inconsapevole e irragionevole di sicurezza, alla paura verso le persone che soffrono di disturbi mentali, contenendo, prima ancora che i costi di gestione, le angosce degli individui.

Anche in questo caso le iniziative di advocacy allora non possono essere abbandonate, ma devono trovare un continuo slancio, così come le azioni di sensibilizzazione volte a combattere il pregiudizio. Inoltre la messa in piedi di servizi in comunità alternativi al manicomio è un compito che Caritas si è assunta per dimostrare, con le proprie opere segno, che il cambiamento di rotta è possibile.

3 LA PROMOZIONE DEL RUOLO DELLA SOCIETÀ CIVILE, IN PARTICOLARE DELL'ASSOCIAZIONISMO DEI PAZIENTI E DEI LORO FAMILIARI

In questi anni nei Balcani molto forte è stato l'impegno di Caritas volto a stimolare, attraverso la diffusione della metodologia dell'auto mutuo aiuto e dell'associazionismo, nuove forme di attivismo e di inclusione sociale delle persone che hanno sofferto di disturbi mentali. La promozione della cittadinanza attiva diventa una scelta strategica al fine di attivare iniziative dal basso di promozione della salute mentale, di prevenzione, di difesa dei diritti umani e di advocacy. L'*empowerment* degli ultimi, degli emarginati, è una missione ineludibile. E tra gli ultimi le persone con disturbi mentali sono i più deboli, esclusi e stigmatizzati.

Anche le famiglie delle persone con disturbo mentale sono un importante attore di prevenzione e diagnosi. Spesso però sono anche le prime vittime dei disagi dei propri parenti. Per questo motivo devono essere oggetto di particolari attenzioni, anche perché vanno educate al fine di poter riaccogliere i propri cari e non possono essere lasciate da sole a gestire il disagio.

Un disagio che crea solitudini ed emarginazione, **ci chiede** di stare accanto, di promuovere luoghi di incontro.

Il rafforzamento delle organizzazioni della società civile, lì dove il terzo settore è ancora fragile e poco sviluppato, è una delle priorità, anche al fine di sviluppare comunità attente e impegnate. In Serbia, anche grazie a questi interventi, spesso finanziati dall'Unione europea, è nata una rete che riunisce tutte le associazioni di ex pazienti psichiatrici e familiari, mentre in Montenegro si stanno intraprendendo dei progetti pilota avviati in cooperazione con le autorità locali volti a favorire la nascita di servizi di cura in comunità.

4 LA PROMOZIONE DI FORME DI INCLUSIONE LAVORATIVA DELLE PERSONE CON DISTURBO MENTALE

La promozione dell'economia sociale è inoltre un'altra delle risposte più qualificate individuate che possono garantire maggior coinvolgimento e inclusione dentro la società e nel mondo lavorativo delle persone che soffrono di disturbi mentali, spesso proprio considerate inabili al lavoro, ma che, se messe nelle condi-

zioni, possono esprimere le loro potenzialità e una buona autonomia.

Anche le prime esperienze pilota di inserimento lavorativo di persone con disagio mentale in Serbia e Montenegro stanno dando risultati confortanti e fanno capire che un percorso in questa direzione è possibile.

5 LA PREVENZIONE, LA LOTTA ALLO STIGMA E LA PROMOZIONE DI COMUNITÀ ACCOGLIENTI

Le azioni di promozione e di prevenzione della salute mentale, anche se concettualmente comprendono attività diverse, sono nella pratica intrecciate e indivisibili. La promozione della salute mentale è infatti una fonte di protezione rispetto alla malattia mentale. Ecco allora che lo sviluppo di una società più giusta e inclusiva, nonostante sia un lungo e tortuoso cammino, è un percorso che va fatto e va anche fatto tutti insieme, perchè non ci si può permettere di lasciare qualcuno indietro.

Un disagio che si nasconde a causa della vergogna e del senso di colpa, **ci chiede** di promuovere comunità attente.

Poster per la campagna di sensibilizzazione in Serbia – Ottobre 2009



Otvorimo vrata

10. oktobar - Svetski dan mentalnog zdravlja

Duševna bolest nije zarazna, ali ravnodušnost jeste





7. Il cammino di Caritas Italiana, Caritas Serbia e Caritas Montenegro

PROGETTO SALUTE MENTALE

Nella ex Jugoslavia, fin dai primi anni Novanta, la situazione dentro i manicomi del Paese è una delle emergenze sociali, sanitarie e umane maggiori, così che Caritas inizia a entrare in queste realtà per conoscerle e, laddove possibile, aiutarle. Un percorso di lavoro che è durato molti anni e che ha permesso la creazione di un rapporto e un dialogo costruttivi con le istituzioni a tutti i livelli; che ha visto un intenso lavoro di sensibilizzazione della società civile, un'opera di formazione/informazione delle strutture di base, un'attenzione specifica alle famiglie, ai pazienti e alle associazioni. **Importo economico complessivo speso da Caritas Italiana in 15 anni nell'ambito della salute mentale in Serbia e Montenegro: € 1.450.000**

SERBIA

2000-2002
2003-2004
2005-2007
2008-2009
2010-2012

L'AVVIAMENTO DELLE ATTIVITÀ

Il programma Caritas in questa fase di emergenza si è rivolto a tre ospedali psichiatrici in Serbia: Kovin (Vojvodina), Vrsac (Vojvodina, verso il confine con la Romania) e Gornja Toponica (sud della Serbia, presso la città di Nis). Si è operato anche all'interno dell'ospedale psichiatrico di Dobrota, nei pressi della città di Kotor, in Montenegro, all'epoca facente parte dello stesso Stato. Alle necessità più urgenti si è cercato di rispondere mediante il miglioramento delle condizioni di vita a livello base (servizi igienici, vestiario, attrezzature, letti, pigiama, ciabatte), la fornitura di materiali per i servizi generali all'interno degli ospedali psichiatrici e le prime proposte di formazione del personale. **Risorse stanziare: € 400.000**

FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

La rete Caritas ha appoggiato il processo di riforma della sanità che ha compreso la nascita della "Commissione nazionale della Salute mentale del Ministero della Salute" (con il compito di elaborare un piano di politiche nazionali nel campo della salute mentale e redigere una proposta di riforma dell'assistenza psichiatrica), offrendo assistenza tecnica e realizzando varie attività di sensibilizzazione alla lotta contro lo stigma, tra cui la campagna *I colori uniti dell'anima* e la trasmissione televisiva in 13 puntate intitolata *Tolleranza*. Momento centrale del programma sono stati però i percorsi di formazione e riqualificazione del personale locale, che hanno avuto luogo in tutta la Serbia. **Risorse stanziare: € 220.000**

IL PERCORSO DI RIDUZIONE DEI RICOVERI

La terza fase ha mirato a una diminuzione del numero di pazienti ricoverati negli istituti psichiatrici e a una riduzione del ricorso all'ospedale come "cura" per le persone affette da disturbi mentali. Il risultato principale in tale processo è stata l'apertura del primo centro di salute mentale della Serbia a Nis, nell'ottobre del 2005, presso la municipalità di Medijana, dopo un processo di formazione del personale, ristrutturazione degli spazi e definizione delle procedure. Nel 2007 viene approvata la "Strategia nazionale per la salute mentale", all'interno della quale vengono identificati i principali problemi ancora aperti e gli approcci comunitari che il Ministero vuole supportare. **Risorse stanziare: € 100.000**

L'AVVICINAMENTO AGLI STANDARD EUROPEI

Caritas ha realizzato il progetto co-finanziato dall'Unione europea "Promozione della salute mentale in Serbia" in collaborazione con la Commissione nazionale della salute mentale e il Ministero della Salute. Obiettivo: creare reti territoriali tra specialisti della salute mentale e società civile; migliorare le condizioni lavorative nelle strutture che si occupano di salute mentale; motivare gli operatori; promuovere lo sviluppo di gruppi di utenti e di loro familiari; sensibilizzare la società civile e lottare contro lo stigma. Tra i risultati, l'inserimento della riforma della salute mentale tra le condizioni che l'UE pone alla Serbia per avviare i negoziati di pre-adesione: la salute mentale è stata riconosciuta dall'UE come uno degli ambiti di lavoro futuri per la Serbia. **Risorse stanziare: € 230.000**

IL PIANO DI AZIONE: IL PROGETTO UPSTREAM

Nel dicembre 2010, ha avuto inizio un nuovo progetto promosso da Caritas e co-finanziato dall'Unione europea, che ha visto un partenariato tra enti che lavorano nel campo della salute mentale nelle aree di Valjevo (Serbia) e Tuzla (BiH). L'obiettivo è stato quello di migliorare i trattamenti di assistenza psichiatrica e accrescere l'inclusione sociale dei pazienti con problemi di salute mentale in entrambi i Paesi. Due i temi principali: la socializzazione dei pazienti e la professionalità dei servizi psichiatrici. **Risorse stanziare: € 150.000**

SERBIA MONTENEGRO

Le attività di Caritas in Montenegro hanno compreso quanto descritto per la Serbia fino a quando questo Paese non ha conseguito l'indipendenza dalla Serbia. Il lavoro è comunque proseguito con l'avvio di progettualità specifiche per il Paese.

2013-2015

PARTN&RS

In collaborazione con l'associazione Trentino con i Balcani e con il supporto della Provincia Autonoma di Trento, è in corso il progetto PARTN&RS, che vede un intenso lavoro con alcune istituzioni psichiatriche serbe (l'ospedale psichiatrico di Gornja Toponica, il centro di salute mentale di Medijana e l'ospedale psichiatrico di Novi Knezevac) per fornire loro assistenza e formazione nel percorso di riforma del sistema di salute mentale della Serbia attraverso visite studio in Italia e in Serbia, formazione del personale, e per promuovere la creazione di nuovi centri di salute mentale. Uno degli obiettivi è lo sviluppo di un'esperienza serba di psichiatria di comunità.

Risorse stanziare: € 150.000

PROMOZIONE DELLA RETE DI SALUTE MENTALE: PRO.ME.NE. – UPSTREAM 2

Nel corso del 2014 sono partiti due progetti europei sul tema della salute mentale: il primo, denominato "Pro.Me.Ne", per lo sviluppo della rete delle associazioni dei pazienti; il secondo, denominato "Upstream 2", per la collaborazione transfrontaliera tra i servizi di salute mentale di Valjevo (Serbia) e Tuzla (Bosnia ed Erzegovina). *Risorse stanziare: € 150.000*

PROGETTI COLLEGATI:

OSSERVATORIO DELLE POVERTÀ E DELLE RISORSE 2013-2014

Il progetto, avviato nel 2010, è stato il primo e innovativo tentativo da parte della Chiesa Cattolica e della Caritas locale di analizzare in maniera sistematica i fenomeni di povertà che colpiscono la popolazione, al fine di implementare in modo efficace i progetti esistenti ed elaborare risposte adeguate per combattere le problematiche emerse. *Risorse stanziare: € 20.000*

SVILUPPO DELLE IMPRESE SOCIALI – 2014-2015

Si è rafforzato il percorso di sostegno alle prime esperienze di inserimento lavorativo per persone con disagio, con il supporto alle prime cooperative sociali nel territorio serbo: due presso la Caritas parrocchiale di Sabac (lavanderie per l'impiego di persone vulnerabili a Sabac e a Bogatic) e una presso la Caritas parrocchiale di Valjevo (stamperia per l'impiego di persone vulnerabili). *Risorse stanziare: € 30.000*

PROGETTO OPEN MIND

Progetto biennale finanziato dall'Unione europea e la collaborazione dell'associazione Trentino con i Balcani, che ha lavorato per il miglioramento della partecipazione sociale e la rappresentanza politica delle organizzazioni della società civile che lavorano nella protezione dei gruppi vulnerabili, con particolare attenzione alle associazioni che operano nel campo della salute mentale. In particolare si è cercato di potenziare le associazioni fornendo loro dispositivi specifici e aumentando le loro competenze e capacità affinché partecipino attivamente alla vita sociale e politica del Paese, diventando strumenti efficaci nel promuovere il reinserimento sociale delle persone con malattie mentali nella società montenegrina. *Risorse stanziare: € 210.000*

PROGETTI COLLEGATI:

OSSERVATORIO DELLE POVERTÀ E DELLE RISORSE 2013-2015

L'assenza di strumenti per una lettura delle povertà ha fatto nascere l'esigenza di avviare un progetto che prevedesse la messa a punto di uno strumento per l'identificazione precisa e sistematica delle povertà nel Paese, affinché la Caritas del Montenegro potesse essere in grado di leggere il territorio, di quantificare le povertà e le cause, di comprendere la portata dei problemi, per darne risposte efficaci a tutti i livelli. *Risorse stanziare: € 20.000*

VISITE A DOMICILIO NELLA MUNICIPALITÀ DI KOTOR – 2014-in corso

Trenta persone assistite, una équipe multidisciplinare, collaborazione tra CSM e ospedale psichiatrico. Supporto iniziale della Caritas diocesana di Vittorio Veneto. *Risorse stanziare: € 10.000*

Per maggiori informazioni e per contribuire ai progetti di Caritas Italiana:



www.caritas.it
Ufficio Europa
tel. 06 66177 259 / 245
europa@caritas.it

NOTE

Introduzione

- ¹ Cardinale Carlo Maria Martini, *La cittadinanza è terapeutica. Confronto sulle buone pratiche per la salute mentale*, Convegno Internazionale, Milano 15-17 aprile 2002, cfr. Portale della Diocesi di Milano, http://www.to.chiesadimilano.it/or4/or?uid=ADMlesy.main.index&oid=58500&uidx_42=ADMIappl.docvescovo.form&titolo=attraversava+citt%E0&idautore=3&anno_publicazione=2002&soggetto=&NPAG=5&NRIG=10&ffset=0
- ² *Ibidem*.
- ³ Lettera enciclica *Laudato si'* del Santo Padre Francesco, sulla cura della cosa comune, cfr. http://www.avvenire.it/Papa_Francesco/Documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si_it.pdf
- ⁴ Intervento di don Virgino Colmegna all'incontro con i direttori delle Caritas nazionali di Serbia e Montenegro.
- ⁵ Cardinale Carlo Maria Martini, *La cittadinanza è terapeutica. Confronto sulle buone pratiche per la salute mentale*, cit.
- ⁶ Per maggiori approfondimenti sul ruolo delle comunità cristiane rispetto alla malattia mentale e sulla modalità per costruire accoglienza si rimanda a Caritas Italiana, *Un dolore disabilitato – Sofferenza mentale e comunità cristiana*, 2003 – Edizioni EDB.

Capitolo 1

- ⁷ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- ⁸ Ferrari et al, *Plos Med*, 2013.
- ⁹ European Psychiatric Association, cfr. <http://www.europsy.net/>
- ¹⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Mental Health Atlas 2014*, http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/
- ¹¹ Save The Children, *Segni indelebili*, cfr. <http://blog.savethechildren.it/segni-indelebili-i-bambini-siriani-disegnano-la-loro-fuga/>
- ¹² Papa Benedetto XVI, Messaggio di Sua Santità Benedetto XVI per la XVI Giornata mondiale del malato, 11 febbraio 2006, cfr. http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20051208_world-day-of-the-sick-2006.html
- ¹³ A novembre 2014 erano internate in questi OPG ancora 761 persone, <http://www.internazionale.it/notizie/2015/03/30/opg-chiusura>

Capitolo 2

- ¹⁴ WHO, *The European health report 2009: Health and health systems*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
- ¹⁵ WHO, *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*, cfr. http://www.euro.who.int/__data/assets/

pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1

- ¹⁶ Eurostat, *Europe in figures*, Eurostat yearbook 2010, European Union, 2010.
- ¹⁷ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *Report on Montenegro*, 2014 - <http://www.cpt.coe.int/documents/mne/2014-16-inf-eng.pdf>
- ¹⁸ Commissione Europea – DG Enlargement, *Montenegro Progress Report*, ottobre 2014.
- ¹⁹ Osservatorio Balcani e Caucaso, *Salute mentale in Serbia, primi passi fuori dal tunnel?*, cfr. <http://www.balcani-caucaso.org/aree/Serbia/Salute-mentale-in-Serbia-primi-passi-fuori-dal-tunnel-36477>
- ²⁰ Intervista al quotidiano serbo *Vreme*, 30 maggio 2013, <http://www.vreme.co.rs/cms/view.php?id=1117302>
- ²¹ Commissione Europea – DG Enlargement, *Serbia Progress Report*, ottobre 2014.
- ²² *Ibidem*.

Capitolo 3

- ²³ Dati del novembre 2014: <http://www.internazionale.it/notizie/2015/03/30/opg-chiusura>
- ²⁴ Dati del 2012: Psychiatric Hospital Dobrota, *Occupancy rate in Dobrota per year*.
- ²⁵ Dati del marzo 2015: Rapporto dell'Ombudsman serbo *Mapa puta deinstucionalizacije u Srbiji. Mogući način sprovođenja procesa deinstucionalizacije (Mappa del percorso di deistituzionalizzazione in Serbia. Possibili modi di condurre il processo di deistituzionalizzazione)*, 2015.
- ²⁶ Caritas Serbia, *Mapiranje udruženja i neformalnih grupa korisnika službi za mentalno zdravlje u Srbiji (Mappa delle associazioni e dei gruppi non formali di utenti dei servizi di salute mentale in Serbia)*, 2014. Interviste somministrate a 172 utenti dei servizi di salute mentale in tutta la Serbia.
- ²⁷ *Ibidem*.
- ²⁸ *Ibidem*.
- ²⁹ *Ibidem*.
- ³⁰ Caritas Valjevo and TK Fenix, *Work inclusion of mental health service users in Serbia and Bosnia Herzegovina*, 2015. Ricerca qualitativa basata su 44 interviste semistrutturate a pazienti, familiari, professionisti della salute mentale e datori di lavoro.

Capitolo 4

- ³¹ Istituto per la salute mentale. Si trova a Belgrado, in via Palmoticeva, da cui prende il nome.
- ³² Ospedale psichiatrico di Belgrado.
- ³³ L'ospedale è situato nel sud della Serbia, poco distante la città di Nis.
- ³⁴ Il liceo matematico in Serbia è considerato una scuola molto prestigiosa e impegnativa, dove accedono solo gli studenti migliori.

La salute mentale in Europa rappresenta una delle più significative sfide relative alla sanità pubblica: i disturbi mentali colpiscono il 27% della popolazione europea ogni anno.

Eppure la spesa pubblica media annua pro-capite nel mondo per le cure oscilla dai 2 dollari per i Paesi con reddito medio-basso ai 50 dollari per i Paesi ad alto reddito.

In molti Paesi europei la risposta è l'internamento in strutture manicomiali, luoghi formalmente di "cura" ma dove prevalgono l'isolamento dalla società, a volte la violazione di basilari diritti umani e terapeutici. Si tratta di luoghi inadatti alla terapia perché sovraffollati, fatiscenti, di contenzione.

Anche chi vive fuori dal manicomio soffre di durissime forme di esclusione sociale e lavorativa: spesso senza casa, senza un rapporto con la famiglia, vittima di stigma e pregiudizi.

Occorre ascoltare il grido di dolore nascosto, porre al centro la persona umana, riconoscere che ogni persona è un valore e ha bisogno di relazione.



I precedenti dossier (disponibili su www.caritas.it; shortlink alla sezione: <http://bit.ly/1LhsU5G>):

1. GRECIA: *Gioventù ferita* – Gennaio 2015
2. SIRIA: *Strage di innocenti* – Marzo 2015
3. HAITI: *Se questo è un detenuto* – Aprile 2015
4. BANGLADESH, INDIA, SRI LANKA, THAILANDIA: *Lavoro dignitoso per tutti* – Maggio 2015
5. BOSNIA ED ERZEGOVINA: *Una generazione alla ricerca di pace vera* – Giugno 2015
6. GIBUTI: *Mari e muri* – Giugno 2015
7. IRAQ: *Perseguitati* – Luglio 2015
8. REPUBBLICA DEL CONGO: *«Ecologia integrale»* – Settembre 2015