

INTERVENTO DI MAURIZIO GRADELLINI*

Questo spazio che ci è stato concesso nasce da un incontro che si è tenuto il 22 u.s. e che è stato caratterizzato da alcune difficoltà di dialogo tra il nostro Coordinamento e l'Amministrazione Regionale. L'Assessore Bissoni, con un'apprezzabile iniziativa che ha sostanzialmente "rovesciato" i termini del problema (decisione che, personalmente, definirei come caratterizzata da una sorta di "eleganza" e coerenza istituzionale), è sembrato comprendere che le nostre richieste avessero una qualche legittimità e fondatezza.

Intendo quindi fare, in questa sede, un uso – per così dire – molto sobrio dello spazio messoci a disposizione limitandomi a fornire sintetici cenni ed alcune informazioni.

Una Consulta Regionale Salute Mentale. Perché una Consulta?

Perché già nel giugno del 2002, quando per la prima volta scrivemmo, unitamente ad ARAP e DIAPSIGRA, all'Assessore Bissoni chiedendo che si procedesse nel minor tempo possibile alla costituzione di un siffatto Organismo, avevamo ben chiaro come fosse ormai una ineludibile esigenza quella di

disporre di una risorsa, intesa come un luogo ed uno spazio (sia fisico che psicologico), in cui fosse possibile riunire intorno ad uno stesso tavolo tutte le figure e le realtà "significative", cioè tutte quelle componenti che vengono messe in gioco ed interagiscono con le difficoltà in cui qualsiasi utente psichiatrico si trova a doversi dibattere. Mi riferisco alle varie Amministrazioni, agli Enti Locali, ai DSM, alle famiglie e alle loro Associazioni, agli Operatori, ecc. La finalità era quella di mettere "in rete" e favorire un dialogo ed un confronto fra le citate risorse allo scopo di facilitare e promuovere una migliore collaborazione e virtuose sinergie verso obiettivi "condivisi". Avendo come intento quello di rinunciare a risposte "astratte" e generiche o all'applicazione distratta e meccanica di "regole" uguali per tutti e funzionali soprattutto alle esigenze di strutture organizzative spesso burocratiche e autoreferenziali. Occorre invece adattare ogni volta le "regole" per farle accettare (attraverso un ascolto partecipe delle esigenze del singolo ed il rispetto delle specifiche sensibilità individuali) da ogni singolo utente. E infine – ma non certo per ultimo – aggiungere quel briciolo di "umanità" ed empatia che, come ben sappiamo, nessuna legge o regolamento possono imporre laddove non ci sia. Perché capite bene che, in una società frenetica, competitiva ed in costante trasformazione come la nostra, è abbastanza facile trincerarsi dietro un comodo e sterile perbenismo "di facciata" standosene ben protetti dietro alla deresponsabilizzante "neutralità" e all'"anonimato" offertoci dal ruolo sociale e professionale che ci viene richiesto di ricoprire. Ma per chi sia affetto da una malattia mentale e debba continuamente lottare con parossistici livelli di ansia e con tutte le altre paure (spesso solo apparentemente immotivate), con la costante difficoltà nello stabilire relazioni interpersonali sempre più faticose, trovandosi vittima delle tante disabilità che accompagnano e corredano altrettante fragilità è facile e quasi inevitabile finire condannato (se non interviene qualcuno che efficacemente e concretamente gli offra un sostegno) ad una marginalità silenziosa e solitaria.

Se dunque queste cose si "possono" fare beh allora noi diciamo che si "devono" fare.

Alcuni cenni storici. Nella tradizione è stato sempre assegnato alle Consulte il ruolo di un istituto autorevole e prestigioso, caratterizzato da una natura “collegiale” (più membri posti su un piano di assoluta parità) e “mista” (i componenti sono portatori di interessi diversi o addirittura opposti, come nel nostro caso in cui chi fornisce un servizio è l’interfaccia di coloro che di quel servizio sono utenti e fruitori). Ciò a garanzia della oggettiva neutralità e “terzietà” dei pareri espressi. Il senso delle risposte espresse da una Consulta è quello latino di “consilium dare”, cioè esprimere un parere o un pronunciamento che dovrebbe presentare connotati di particolare autorevolezza e attendibilità per i motivi di cui sopra. La Consulta Regionale Salute Mentale è stata istituita con la Delibera Regionale n. 1588 del 30 luglio 2004 e si è insediata il 13 aprile 2005. Comprende, originariamente, una quindicina di Membri.

Poi, affinché la Consulta potesse disporre e contare su adeguati ed idonei interlocutori a livello locale (cioè di Organismi che parlassero la sua stessa “lingua”) si è proceduto alla costituzione, presso le varie AUSL, di appositi CCMSM (Circolare n. 5 del 15 aprile 2004 firmata dal Direttore Generale dr. Franco Rossi). Successivamente, a seguito di decisioni ed iniziative che il sottoscritto – a livello personale – non ha condiviso e non condivide, i Componenti della Consulta sono saliti ad oltre 40, dando vita ad un organismo pletorico, lento, macchinoso e quindi inevitabilmente caratterizzato da scarsa efficienza e produttività. Attualmente stiamo rivedendo il Regolamento, anche alla luce di quanto uscirà da questa “due giorni”, sia istituendo all’interno della Consulta un Comitato Esecutivo (per renderne più efficace ed agile l’operatività) sia favorendo il riflusso di energie e competenze verso i CCMSM. Questi ultimi infatti, date le limitate risorse di cui dispongono, faticano a conciliare l’esigenza di doversi accollare l’onere di trattare le criticità locali con quella di dover contemporaneamente garantire anche una rappresentatività adeguata al ruolo loro assegnato nel consesso regionale. Con la conseguenza che dovendo, come si suol dire, “cantare e portare la croce” finiscono per risultare non sufficientemente incisivi nello svolgere sia l’uno che l’altro dei due compiti.

Fra le funzioni della Consulta vi sono:

1. raccogliere informazioni e/o segnalazioni su specifiche criticità a livello sia locale che regionale;
2. monitorare la situazione generale dei Servizi anche a livello di qualità percepita dagli Utenti e dalle loro famiglie;
3. contribuire a rendere più omogenee ed uniformi quelle realtà che si presentano “a macchia di leopardo” ed in cui situazioni soddisfacenti si mescolano e convivono con inaccettabili arretratezze;
4. ricercare e proporre quei modelli di lavoro e di presa in carico che dovessero risultare i più efficaci e i più apprezzati dall’utenza;

favorire il dialogo e la collaborazione tra i vari “Attori” in gioco affinché divengano più consapevoli nel riconoscere reciprocamente e rimuovere le comuni e le rispettive “difficoltà” che frenano e si oppongono al perseguimento degli obiettivi concordati e condivisi.