

# Quaderni di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Ausl di Parma

## Quaderno n.5-2021

### Mutuo aiuto e “fareassieme”

*Quaderno dedicato ad Andrea Panizzi e Stefano Cavalli, infermieri, motivati animatori di una nuova concezione della cura orientata alla recovery attraverso la partecipazione delle persone alle attività sportive e sociali nell’ambito di progetto di vita fondato sulla responsabilità e la speranza.*

## Presentazione

Le attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma sono sempre orientate a migliorare la qualità e questo avviene attraverso il governo clinico, la valutazione dei processi e degli esiti, della soddisfazione degli utenti e delle famiglie, la costante attenzione alla formazione e supervisione di tutti i professionisti. Sono essenziali anche la didattica, la ricerca e la comunicazione dei risultati raggiunti sia nelle sedi scientifiche ma anche all'opinione pubblica. Una visione critica accompagna l'operatività quotidiana e questo crea una tensione e una propensione al cambiamento che consente di approfondire i problemi e di fornire stimoli e indicazioni alla comunità, alle famiglie e al contempo permette di perfezionare le pratiche e sperimentare soluzioni innovative. Questo approccio si avvale dell'apporto di tanti singoli contributi e, al fine di evitarne la dispersione, si è ritenuto di raccogliarli in un nuovo formato al quale abbiamo dato il nome di "Quaderni di Parma": "Quaderni" per richiamare l'agilità e l'informalità del materiale frutto del lavoro e "di Parma" per sottolineare come i singoli temi siano parte della cultura e dell'elaborazione di un territorio ricco grazie ad una consolidata tradizione etica e tecnica, espressione di un ampio movimento per la salute mentale, il rispetto e l'accoglienza delle diversità rappresentato dai valori di Mario Tommasini e Franco Basaglia. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione materiale per studi, riflessioni e dibattiti che possano stimolare la cultura, il dialogo, la ricerca e il lavoro dei professionisti.

Mi fa molto piacere che il quinto Quaderno sia dedicato al tema dell'automutuoaiuto e del "fareassieme" che da rappresenta uno delle più importanti evoluzioni della salute mentale di comunità.

Il Quaderno rappresenta la raccolta di interventi a convegni e seminari nonché di contributi pervenuti dai protagonisti delle tante iniziative che si sono sviluppate in questi anni. Con piacere viene inserita nel Quaderno la tesi di laurea della Dr.ssa Francesca Giuliani che offre un importante contributo teorico e di ricerca. Nel ringraziarla esprimo la più viva soddisfazione nel rappresentare come il Dipartimento possa essere anche sede di attività di studio, sperimentazione e ricerca applicata alle pratiche reali.

Un particolare pensiero va a tutti i partecipanti ai Gruppi, ai facilitatori e ai volontari che hanno dedicato impegno, tempo all'esperienza e costruite le basi una prospettiva di futuro. Un sentito ringraziamento va alla Dr.ssa Patrizia Ceroni e al Dr. Massimo Costa che hanno curato il Quaderno.

Pietro Pellegrini

*Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.*

## **Quaderno n.5-2021**

### **Mutuoaiuto e “fareassieme”**

Scritti di Massimo Costa, Francesca Giuliani, Sergio Di Fabbio, Mirco Deriva, Vincenzo Scalfari, Vania Buzzini, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini

A cura di Patrizia Ceroni e Massimo Costa

## **INDICE**

Mutuo aiuto e “fareassieme” nel Servizio di Salute Mentale di Parma di Massimo Costa	pag. 4
Il gruppi di auto mutuo aiuto: una risorsa per la comunità e la salute mentale di Francesca Giuliani	pag. 7
Progetto Itaca Parma: l’Auto Mutuo Aiuto per i familiari di Sergio Di Fabbio	pag.49
“I filosofi dell’aria”. Gruppo di auto mutuo aiuto di Cabiria di Mirco Deriva	pag.53
“Autoscuola”, progetto di percorso formativo (2014-2020) di Vincenzo Scalfari e Vanja Buzzini	pag.59
Interventi Psicosociali: alcuni dati di Patrizia Ceroni	pag. 65
Automutuoaiuto e dintorni di Pietro Pellegrini(conclusioni)	pag. 67

## Mutuo aiuto e “fareassieme” nel Dipartimento di Salute Mentale di Parma

Massimo Costa

Sono passati ormai vent'anni dall'attivazione del primo gruppo di auto mutuo aiuto, assieme ad alcuni ospiti di un CSM 24 ore, del nostro Dipartimento di Salute Mentale, ad oggi ancora in attività.

Tutti i mercoledì, racconta un membro esperto del gruppo, ai nuovi venuti, ci riuniamo per parlare “delle nostre cose” e tutti i giorni o quasi, ci teniamo in contatto telefonicamente o via e-mail.

Di volta in volta si affronta un argomento diverso, che a turno e comunque volontariamente, un membro del gruppo decide di portare e sul quale in prima persona s'impegna ad approfondire. Il gruppo è un luogo aperto e libero (Silverman, 1989), chiunque può intervenire se lo desidera e chiunque può andarsene quando vuole; l'unica regola che ci siamo dati, in linea con i principi dell'auto aiuto, riguarda il divieto d'interrompere mentre una persona parla; si prende la parola a turno. È molto importante assumere questa regola, naturalmente è anche molto difficile pertanto lo consideriamo un vero e proprio apprendimento, perché è proprio imparando ad ascoltare che si possono trarre suggerimenti e modificare i propri comportamenti. Nel gruppo nessuno ha ragione e nessuno ha torto, vengono semplicemente raccontati dei vissuti, delle esperienze, con i quali ci si può identificare. Ognuno con le proprie capacità, se lo desidera, può fare tesoro dell'esperienza degli altri, che molto spesso vivono le stesse o simili situazioni di disagio. Da questo confronto possono nascere nuovi stimoli, a volte qualche soluzione, ma soprattutto una diversa consapevolezza di sé, legata ai concetti di protagonismo e di responsabilità personale.

Dice Ron Coleman a questo proposito: “Scoprii che dovevo imparare dalla mia esperienza, il senso di “proprietà” è l'inizio della guarigione. [...] Se noi stessi non crediamo che la gente meriti qualcosa, di essere ascoltata, siamo anche noi parte del problema e non della soluzione [...] il concetto di guarigione è indissolubilmente legato a quello di cittadinanza” (Coleman R. 2001).

Da alcuni anni a questa parte, siamo entrati a far parte come gruppo di auto mutuo aiuto dell'associazione per la promozione della salute mentale “Va Pensiero” di Parma, con la quale condividiamo alcune attività sportive, quali ad esempio il calcio, il volley, e altre più legate all'apprendimento cooperativo e allo stare insieme; di queste ultime, il gruppo di auto mutuo aiuto “Quelli che l'ama” di Parma, è così che si chiama il nostro, occupa un posto molto “speciale”. Naturalmente le attività del gruppo ama non si esauriscono con la riunione settimanale, tuttavia per ragioni di tempo e di pertinenza dei temi affrontati, non mi dilungherò di nuovo .... Tuttavia mi cimenterò nel tentativo di creare alcune connessioni, un sorta ponte, tra il sistema auto aiuto e “quel fare ri-abilitativo” più legato alla pratica sportiva, della quale a mio modesto parere non si parla mai abbastanza. In questi ultimi dieci anni ci siamo incontrati con molte Polisportive di altri servizi di salute mentale ed altre realtà di auto mutuo aiuto, con le quali è cominciato un rapporto di collaborazione e condivisione delle esperienze in corso.

---

<sup>1</sup> Educatore Responsabile promozione salute mentale - inclusione sociale, DAI-SMDP Parma

Non c'è da parte mia pretesa alcuna, se non quella di portare alla luce alcune riflessioni personali:

- Mi sembra di poter dire, avvalendoci della metafora dei saperi, che mentre l'auto aiuto si posiziona al livello del "saper essere", in quanto centrato prevalentemente su aspetti di tipo narrativo come il racconto di episodi dolorosi, vissuti negativi ecc. , una sorta di riflessione condivisa attraverso l'uso della parola, quel "fare ri-abilitativo", meglio quel "fare assieme" attività sportiva, si posiziona al livello del "saper fare" per mezzo del linguaggio del corpo, il gesto atletico.
- I metodi sono complementari e sono entrambi rivolti all'idea di fare una esperienza co-costruita, dove sia possibile sperimentarsi alla pari, all'insegna della mutualità
- Ogni persona è una risorsa quindi un membro del gruppo, un giocatore della squadra, piuttosto che un paziente
- Sia lo sport, naturalmente quello che intendiamo noi (quello dilettantistico), lo sport per tutti, sia il self help, promuovono concetti quali quello di responsabilità, protagonismo, diritto di cittadinanza.

Sempre a proposito di gioco, alcuni studiosi (Euli E., 2004) individuano tre diversi modi di opporsi ad un avversario:

- La lotta (fight): il cui obiettivo è distruggere l'avversario o nuocergli gravemente
- Il gioco (game): il cui obiettivo è superare l'avversario
- La discussione (debate): il cui obiettivo è di convincere l'avversario

Nella lotta e nella discussione, anche se apparentemente diversi, c'è sempre l'intenzione di eliminare l'avversario sovrastandolo o convertendolo.

Solo nel gioco è presente l'aspetto della razionalità dei comportamenti, per cui si accetta che l'avversario esista, ma non si rinuncia a competere con lui, accettando regole condivise. Nel gruppo sportivo Va Pensiero di Parma, è ormai consuetudine, ad esempio dopo l'allenamento di calcio, incontrarci e discutere sull'andamento della squadra soprattutto in riferimento a come "si sta" e a come ci si trova. A volte, come in qualsiasi gruppo, è utile affrontare i problemi contingenti, che di volta in volta riguardano le sconfitte mal digerite, litigi vari, giocatori arrabbiati, ecc., utilizzando le modalità comunicative dell'auto aiuto.

Nel nostro lavoro naturalmente, più che di terapia attraverso il gioco, bisognerebbe parlare degli effetti di "terapeuticità" che il gioco è in grado di produrre, effetti tra l'altro che interessano i giocatori tout court; in altre parole abbiamo nelle mani uno strumento potentissimo, ricordiamoci che è solo uno "strumento" e non "il fine".

A questo punto si pone un primo problema legato alla tipologia del Servizio ed al suo modello organizzativo: chi ha tra i suoi compiti quello di accompagnare e di favorire

lo sviluppo di relazioni umane significative, deve giocoforza operare in un contesto ecologico, fuori dall'istituzione, nell'intento di contaminare il più possibile il tessuto cittadino e restituire alle persone, nuove opportunità e spazi alternativi di aggregazione. Per cui diventa necessario prestare più attenzione a questi processi che comportano molta dedizione da parte degli operatori coinvolti e tempi lunghi. Promuovere la parola e rendere partecipi significa innanzitutto mettersi in gioco, lasciare spazio: la relazionalità (Caruso A., 2001) è una dimensione costitutiva del nostro lavoro.

Molto spesso gli interventi di tipo istituzionale, legati alla realtà dei servizi così come sono organizzati, costituiscono una risposta artificiosa ai bisogni dell'utenza, costringendola a circuiti di tipo "adattivo": tutto ciò rende inevitabile nuove forme di dipendenza e cronicizzazione del disagio.

La risposta ad un bisogno è già di per sé "politica": dimmi quanto sei disposto a "spendere" e ti dirò quanto ci credi.

L'auto mutuo aiuto, la Polisportiva, l'associazionismo, sono esperienze gioiose ed hanno uno stile che deve diffondersi, non per una questione di "buonismo", ma perché abbiamo bisogno di una cultura unitaria che contrasti la frammentazione e la separazione del vivere del nostro tempo.

Diceva bene G. Gaber in un pezzo dello spettacolo teatrale "Far finta di essere sani" a me molto caro e che ritengo rappresenti bene il viaggio di una persona che decide di fare una esperienza di tipo associativo. Diceva "Si d'accordo, tutti assieme, tutti su uno stesso treno, ma ognuno con il suo biglietto".

## Bibliografia

Caruso A., Il counselling professionale, Il Veltro Editrice, Roma, 2001

Coleman R., Guarire dal male mentale, Manifesto libri, Roma, 2001

Costa M., Tesi di Laurea magistrale in Scienze dell'Educazione (anno 2003) presso la facoltà di Bologna dal titolo: "Self Help: un viaggio nella Salute Mentale" pubblicata sul sito [lettera27aps.com](http://lettera27aps.com)

Euli E, I dilemmi del gioco, Ed. La Meridiana, Molfetta (BA), 2004

Silverman P.R., I gruppi di mutuo aiuto, Ed. Erickson, Trento, 1989

*A mio fratello,*

*la mia più grande fonte di ispirazione e di forza, per sempre.*

## **I gruppi di auto mutuo aiuto: una risorsa per la comunità e la salute mentale**

Francesca Giuliani <sup>2</sup>

### Ringraziamenti

Desidero ringraziare sinceramente tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della presente tesi di laurea e chi mi ha aiutata ad arrivare a questo grande primo traguardo. In primo luogo, ringrazio il Professor Christian Franceschini, relatore, per avermi permesso di lavorare alla tesi sull'argomento che più mi interessava e il mio tutor di tirocinio, Massimo Costa, educatore professionale, per avermi avvicinata al mondo dell'auto mutuo aiuto. A questo proposito, ringrazio tutti i partecipanti del gruppo di auto mutuo aiuto per persone con problematiche psichiatriche, tenuto presso i locali dell'Associazione Va' Pensiero dell'Ausl di Parma, che mi hanno permesso di entrare nel loro gruppo.

Ringrazio la mia famiglia per avermi sempre supportata in questi tre anni, per aver creduto in me senza mai giudicare le mie scelte e per avermi dato la forza e la giusta motivazione che mi ha fatta arrivare fino a qui. Ringrazio il mio fidanzato Michele per avermi sopportato nonostante i momenti di sconforto e per avermi fatta ragionare di fronte alle situazioni apparentemente negative. Ringrazio infinitamente Anna, la mia persona da sempre, la parte migliore di me. Con la giusta dose di entusiasmo e con i giusti consigli è sempre stata in grado di riportarmi con i piedi per terra, di distrarmi anche nei momenti più bui, di farmi ridere e di farmi concentrare sugli obiettivi; un grazie speciale perché mi ha sempre ascoltata, senza mai stancarsi dei miei troppi pensieri e per aver bloccato le mie mille preoccupazioni. Infine, rivolgo un grazie immenso a tutte le amiche e amici che, consapevolmente o meno, mi hanno aiutata ad andare avanti, specialmente nell'ultimo anno, quando tutto sembrava finito: grazie per l'allegria, per tutti i sorrisi fatti nei momenti in cui le parole non servivano e per gli abbracci che mi hanno tolto il fiato riportandomi con la mente e il corpo sul mio percorso.

Grazie a mio fratello Simone, che sarebbe fiero di me. Dedico a lui questo traguardo e alla sua determinazione che è diventata una caratteristica un po' mia.

### Introduzione

La presente tesi di laurea tratta come oggetto di studio i gruppi di auto mutuo aiuto, comunemente chiamati anche gruppi A.M.A., e si concentra, in particolare, su come essi possano e vengano utilizzati nell'ambito della salute mentale in affiancamento agli strumenti e ai metodi di base comuni dei servizi destinati ad occuparsi della salute

---

<sup>2</sup>Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Corso di laurea Scienze e Tecniche Psicologiche Anno accademico 2017/2018

Titolo: "I gruppi di auto mutuo aiuto: una risorsa per la comunità e la salute mentale." Relatore: Prof. Christian Franceschini Laureanda: Francesca Giuliani

mentale della popolazione. Per fornire una panoramica descrittiva dei gruppi A.M.A. in generale e successivamente di quelli psichiatrici in particolare, sono stati analizzati studi e lavori già esistenti riguardo l'argomento. L'interesse per i gruppi A.M.A. è nato durante lo svolgimento del tirocinio presso l'Ausl di Parma, precisamente all'interno degli uffici del CSM Parma Ovest, del Centro Diurno F. Santi, e dell'Associazione Va' Pensiero: ho infatti partecipato più volte al gruppo A.M.A. per persone con problematiche psichiatriche che si tiene una volta a settimana nella struttura dell'Associazione Va' Pensiero e, in questo modo, ho potuto osservarne le dinamiche interne. Questo gruppo è formato da utenti del Centro Diurno F. Santi, della Residenza a Trattamento Intensivo F. Santi e da soggetti provenienti dall'esterno delle strutture appena citate ma che comunque hanno presentato o presentano tutt'ora disturbi mentali e/o forme di disagio psichico. La partecipazione a questo gruppo mi ha colpita fin da subito perché riuscivo, ogni volta, a percepire dall'esterno i benefici e gli effetti positivi che la comunicazione e la condivisione potevano dare a tutti i membri: "Il gruppo A.M.A. è un tempo, un luogo, uno spazio dove ci si possa sentire liberi nell'esprimere i propri sentimenti, emozioni e pensieri e dove poter parlare della propria vita rileggendola con lo sguardo di chi l'ascolta".<sup>3</sup> Da ciò è sorto il mio interesse verso questi gruppi e su quello che essi potevano offrire all'interno del contesto della salute mentale, sia in alternativa ai modelli di intervento classici che in integrazione con questi ultimi.

Pur non esistendo tutt'oggi una definizione univoca di gruppi A.M.A., si può affermare che essi nascano "dai bisogni umani materiali e di sostegno emotivo che fanno parte dell'interazione quotidiana delle persone".<sup>4</sup> Tali gruppi vengono quindi considerati un valido strumento di aiuto per soggetti che dimostrano di avere un problema comune e che per questo, si riuniscono regolarmente per darsi sostegno reciproco, assistenza e aiuto; le problematiche vengono quindi trattate dal basso, cioè a partire direttamente dagli individui che le manifestano. I gruppi A.M.A. sono approcci di cura e di autocura in continuo sviluppo, che però continuano a basarsi sugli stessi principi e sulle stesse caratteristiche fondamentali. Rappresentano strumenti innovativi rispetto agli interventi possibili sulla cura del disagio psichico e di ogni altro problema manifestato dall'attuale società: si affiancano, come già detto, ai tradizionali interventi e strumenti attuati dalle strutture che si occupano di tali tematiche.

L'obiettivo finale dell'elaborato è quello di fornire un panorama completo rispetto alla tematica dell'A.M.A, partendo dalle sue origini, dal suo sviluppo, dai principi e dalle caratteristiche condivise, per arrivare a delineare le conseguenze, i vantaggi e le prospettive future.

La tesi è strutturata in tre capitoli:

1. Nel primo capitolo, *I gruppi di auto mutuo aiuto*, viene inizialmente data una loro definizione, considerando le principali caratteristiche, i valori che sottostanno ad essi e gli obiettivi che si prefiggono; viene poi analizzata la loro storia e il loro sviluppo sia nel contesto internazionale che italiano, per arrivare infine ad un'analisi dei gruppi A.M.A. attivati sul territorio prendendo

---

<sup>3</sup> CAMAP – Coordinamento Auto Mutuo Aiuto Piemonte, *Auto Aiuto: principi e prassi*. Torino, 2012, p. 7.

<sup>4</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano – Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, p. 8.

in considerazione alcune delle ricerche più importanti attuate negli anni in questo ambito;

2. Nel secondo capitolo, *Auto mutuo aiuto e salute mentale*, verrà dato maggiore spazio alla salute mentale, in quanto, appunto, sono stati principalmente analizzati i gruppi A.M.A. attivati nei confronti di soggetti con disturbi psichiatrici. Dopo una prima parte sulla storia della malattia mentale e sullo sviluppo del pensiero a riguardo, verranno analizzate le caratteristiche, le finalità dei gruppi A.M.A. psichiatrici e il ruolo dei familiari dei pazienti che vi partecipano;
3. Il terzo capitolo, *L'esperienza di Parma con l'auto mutuo aiuto*, prevede un approfondimento sulla salute mentale a Parma attraverso l'utilizzo e la conseguente analisi dei dati rilevati dal Report di attività finale del DAI-SMDP anno 2016, anno 2015, anno 2014 e anni 2012/2013, sui gruppi A.M.A. attivati sul territorio e che si occupano di persone affette da disturbi psichiatrici di vario genere. Verrà poi descritto il gruppo *Quelli che l'A.M.A.* di Parma, al quale ho partecipato per diversi incontri, in modo da offrire una visione interna ad una realtà dell'auto aiuto, mettendone in luce le principali caratteristiche, le regole fondamentali, le procedure adottate e i temi trattati di volta in volta. Per quanto riguarda questo gruppo è stata infine riportata una testimonianza da parte di un partecipante e da parte del facilitatore sociale.

L'ultima parte dell'elaborato è stata dedicata alle conclusioni sul fenomeno dei gruppi di auto mutuo aiuto e sull'aspetto principale della tesi: la salute mentale e il rapporto con i gruppi. Seguono, infine, la bibliografia e la sitografia.

## CAPITOLO 1

### I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

#### 1.1 Definizione di auto mutuo aiuto

L'A.M.A. corrisponde ad un fenomeno estremamente articolato perché si presenta attraverso diverse tipologie, con diversi scopi e strutture a seconda delle tematiche su cui si sviluppa e sulle quali intende operare. In conseguenza a questa ampia articolazione tutt'oggi risulta complicato dare una definizione univoca del fenomeno. Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), cioè l'organizzazione istituita nel 1948 a Ginevra che si pone come obiettivo principale "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute"<sup>5</sup> e che quindi si occupa delle questioni sanitarie, per self-help o auto aiuto si intende "nel contesto della promozione della salute, le azioni intraprese dai non addetti ai lavori (per esempio coloro che non sono professionisti del settore sanitario) per mobilitare le risorse necessarie a promuovere, mantenere e ristabilire la salute dei singoli individui o delle comunità".<sup>6</sup> In generale, i gruppi A.M.A. sono degli

---

<sup>5</sup>Organizzazione Mondiale Sanità, *Ministero della Salute*, 6 ottobre 2017, <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>.

<sup>6</sup> O.M.S., *Health Promotion Glossary*. World Health Organisation. Ginevra, 1998.

strumenti proiettati al mantenimento della salute, al monitoraggio della malattia, del problema o del disagio.

L'ambito del mutuo aiuto si rivolge principalmente agli individui che si trovano a vivere un'esperienza particolare o svantaggiata nel corso della loro vita e che, in un determinato momento, scelgono di condividere le proprie esperienze all'interno di un gruppo di persone che si trovano esse stesse nelle medesime situazioni. Il mutuo aiuto si attiva nel momento in cui un soggetto portatore di disagio e sofferenza riconosce l'esistenza di un problema e, quindi, cerca di attivarsi per cercare una soluzione o comunque una forma di sostegno e di solidarietà, integrando tale aiuto con gli interventi più tradizionali organizzati dallo Stato Sociale e dalle apposite strutture presenti sul territorio per rispondere in termini di assistenza e supporto ai cittadini; anche se, come verrà poi spiegato in seguito, questi interventi si dimostrano essere, in alcuni casi, distanti dai bisogni individuali e di crescita dei singoli. Le organizzazioni che comprendono quindi i gruppi A.M.A. nascono per rispondere alle nuove patologie e cercano di rimediare, almeno in parte, alle carenze e ai limiti dell'intervento pubblico, il quale, spesso, risulta essere insufficiente o inefficace davanti a molte condizioni di malattia, emarginazione, isolamento e di dipendenza che hanno forti conseguenze sulla vita quotidiana dei soggetti.

I gruppi A.M.A. sono considerati delle risorse volontarie di aiuto all'interno dei quali gli individui riescono a sentirsi liberi di essere chi sono realmente, questo avviene grazie alla narrazione delle proprie esperienze, all'esternalizzazione dei propri pensieri e delle proprie considerazioni sulla situazione di disagio e sul problema manifestato, in modo da eliminare, o almeno ridurre, la sensazione di stigmatizzazione legata alla situazione. I gruppi contribuiscono a favorire l'adattamento dei soggetti che vi partecipano alle situazioni critiche della loro vita, permettono l'incremento di fiducia in se stessi e nelle proprie capacità, consentono di riconoscere i propri limiti e, infine, favoriscono la nascita e lo sviluppo di relazioni sociali durature e importanti con gli altri partecipanti e, in alcuni casi, anche con l'operatore o la persona che ha indirizzato il soggetto al gruppo o che ha aiutato, nelle fasi iniziali, allo sviluppo dello stesso. Attraverso l'instaurazione di nuove relazioni i partecipanti possono superare la paura del giudizio, incrementare l'empatia e la fiducia negli altri.

L'auto mutuo aiuto rappresenta un'iniziativa volontaria che si propone di andare oltre il sapere scientifico e professionale, ed è per questo che spesso risulta essere relativo a patologie e situazioni di sofferenza e disagio (psichico, relazionale e/o fisico) che sono state accantonate o abbandonate dalla medicina e quindi dagli interventi classici. In questo senso si può spiegare ciò che è stato detto in precedenza relativamente agli interventi dello Stato Sociale e delle varie strutture preposte a questo tipo di lavoro assistenziale e di sostegno ai singoli: i gruppi A.M.A. si presentano come delle risorse alternative e supplementari all'apparato pubblico che risulta essere sempre più burocratizzato e lontano dalle persone che dovrebbero essere invece supportate e aiutate. Il sistema formale, costituito dai servizi, dai professionisti, dalle strutture pubbliche, risulta essere inadeguato a livello qualitativo e quantitativo. Qualitativo perché spesso il rapporto paziente-professionista risente della burocratizzazione e della distanza gerarchica che determina passività e scarsa comunicazione; quantitativo

---

(Trad. It. *Glossario OMS della Promozione della Salute* in Quaderni di Sanità Pubblica, OMS, 1998), p. 32.

perché si manifesta l'impossibilità di attuare risposte sufficienti per farsi carico del benessere collettivo, questo anche a causa della crescente domanda di assistenza. Essendo delle risorse volontarie, i gruppi sono direttamente nelle mani degli individui che presentano la motivazione a voler concorrere in modo attivo all'affronto delle loro patologie, degli stati di disagio e dei problemi che possono nascere nel quotidiano.

Il fenomeno dell'auto aiuto può essere collocato all'interno di quello dei *network*, cioè nel contesto delle forme delle reti e del sostegno sociale. Le forme di sostegno sociale vengono anche chiamate *lay care* e si riferiscono all'intera assistenza sanitaria e all'aiuto che gli individui si scambiano reciprocamente e a quello che le persone danno a se stessi. Con la parola *lay* si indica il grado di competenza delle persone, relativamente alle problematiche della salute, al di fuori del sistema sanitario istituzionale. Nel *lay* si possono individuare diverse categorie:<sup>7</sup>

1. *Self-care* (auto cura): prendersi cura in autonomia, individualmente, della propria persona e della propria rete di appartenenza;
2. *Volunteer care*: rete di volontariato;
3. *Self-help*: "I gruppi di self-help sono piccole strutture gruppali volontarie, per il mutuo aiuto e per la realizzazione di obiettivi particolari. Essi sono di solito formati da pari, che si sono uniti insieme per una mutua assistenza al fine di soddisfare un bisogno comune, vincendo un comune handicap e comuni problemi inabilitanti, e portando ad un cambiamento personale e/o sociale desiderato. (...) accentuano le relazioni faccia a faccia e promuovono l'assunzione delle "responsabilità" da parte dei membri. Essi spesso offrono sia assistenza materiale sia supporto emotivo; sono frequentemente orientati sulla "causa" e promulgano una ideologia o dei valori, attraverso cui i membri possono conseguire un aumentato senso di identità personale".<sup>8</sup>

A conclusione di quanto detto in questo primo capitolo, il gruppo A.M.A. nasce attorno ad una condizione problematica condivisa da tutti i membri: le politiche di self help sono "quell'insieme di interventi, azioni, di auto mutuo aiuto e di autocura finalizzati ad includere nel sistema delle risorse i componenti del gruppo stesso".<sup>9</sup> L'obiettivo principale del gruppo si ritrova nel sostegno emotivo attraverso il superamento dell'isolamento e la condivisione reciproca; lo scopo è quindi quello di migliorare le capacità psicologiche e comportamentali dei soggetti che vi partecipano. La partecipazione ai gruppi favorisce anche il processo di empowerment: rafforzare le capacità e le competenze dei soggetti all'interno di una situazione di autoefficacia e di coscientizzazione della propria situazione di disagio. In questo modo le persone imparano a convivere con il problema ed eliminano, almeno in parte, l'etichettamento della società attraverso l'accettazione di un nuovo status sociale. I gruppi A.M.A. sono strumenti utili a promuovere la salute, sia per quanto riguarda lo sviluppo delle abilità e delle capacità individuali per vivere che per rafforzare i fattori che sostengono stili di vita sani e rimuovere, o almeno ridurre, quelli che risultano essere

---

<sup>7</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano – Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, p. 14.

<sup>8</sup> A. H., Katz, E., Bender, *Self-Help Groups in Western Society : History and Prospects*, Journal of Applied Behavioral Sciences, XII, 3, 1976, p. 9.

<sup>9</sup> M., Tognetti Bordogna, (a cura di), *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano, Franco Angeli, 2005, p. 46.

invece negativi; per fare ciò è fondamentale l'utilizzo di una metodologia specifica: ascolto reciproco: ogni partecipante al gruppo deve essere ascoltato e deve ascoltare a sua volta.<sup>10</sup>

## 1.2 Valori, caratteristiche, obiettivi e finalità dei gruppi di auto mutuo aiuto

I gruppi di self help sono organizzati sulla base di valori, caratteristiche, obiettivi e finalità che risultano pressoché simili, se non uguali, tra di loro nonostante nascano e si prefissino ambiti di intervento e di interesse diversi. Per quanto riguarda i valori, ne sono stati individuati principalmente tre, i quali vengono citati nel *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*.<sup>11</sup>

1. Rispetto: riconoscere che i partecipanti al gruppo hanno un'esperienza unica, che essa appartiene a loro e che è da questa che inizia il confronto. Il rispetto è una forma della relazione e per questo si costruisce nel tempo, non si può ottenere immediatamente;
2. Fiducia: inizia nel momento in cui i partecipanti capiscono che la loro esperienza è accolta e riconosciuta all'interno del gruppo. Tramite l'incremento di fiducia si sviluppano le azioni di aiuto tra i partecipanti. Generalmente vengono distinti due tipi di fiducia: fiducia di tipo personale e fiducia interpersonale; nei gruppi A.M.A. aumentano entrambi i tipi di fiducia;
3. Legame: nasce come conseguenza delle relazioni di rispetto e fiducia: come conseguenza di una relazione nella quale ho ricevuto e dato a mia volta rispetto. Attraverso il coinvolgimento personale nel gruppo si sviluppano dei legami significativi e duraturi. È rappresentato dall'interdipendenza esistente tra i membri del gruppo.

Le principali caratteristiche dei gruppi AMA sono 15:<sup>12</sup>

1. Origine spontanea: nascono dall'iniziativa volontaria degli individui che si ritrovano ad affrontare una situazione di disagio, un problema, una sofferenza, e che per questo formano un gruppo nel quale ritrovarsi periodicamente e con il quale instaurare un legame in grado di aiutare se stessi e gli altri contemporaneamente;
2. Volontarietà: la partecipazione al gruppo deve essere volontaria da parte degli individui interessati. Ognuno decide in modo autonomo se e come prendere parte al gruppo A.M.A., nessuno deve essere obbligato. Inizialmente risulta però importante sostenere la partecipazione e la continua frequenza agli incontri. Decidendo autonomamente se partecipare al gruppo aumenta la propria consapevolezza sul proprio problema/disagio e la sicurezza nelle proprie scelte;

---

<sup>10</sup> Per la stesura del presente sotto capitolo sono stati utilizzati i lavori di M., Tognetti Bordogna, (a cura di), *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano, Franco Angeli, 2005; E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano-Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010.

<sup>11</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano-Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, p. 27.

<sup>12</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano-Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, pp. 30-35.

3. Piccolo gruppo: i gruppi A.M.A. che intendono instaurare un legame di fiducia e di reciprocità non sono costituiti da più di 10 persone, con un minimo di 3-4 persone; questo per facilitare l'interazione tra i partecipanti e la nascita di un legame forte e di fiducia che permetta l'espressione dei sentimenti;
4. Centrati su un problema/difficoltà/esperienza: si possono quindi differenziare in tre gruppi in base all'interesse principale:
  - Gruppi per problema: gruppi centrati su una malattia, un disagio scientificamente e comunemente considerato tale;
  - Gruppi per difficoltà: gruppi centrati su un'esperienza di vita che impone delle difficoltà per quanto riguarda, per esempio, il proprio modo di stare al mondo;
  - Gruppo per esperienza: gruppi centrati sulla condivisione di esperienze particolari, che comunemente non possono essere identificate come un problema o come una difficoltà;
5. Parità: dal momento in cui i gruppi A.M.A. sono a base volontaria e si costituiscono grazie a persone che condividono lo stesso problema, disagio o esperienza, definiscono anche la parità tra i membri stessi;
6. Bisogni e obiettivi comuni;
7. Esperienza = competenza: la principale competenza dei partecipanti dei gruppi corrisponde alla loro esperienza che riportano agli altri;
8. Interazione faccia a faccia: ogni partecipante è al pari degli altri, ognuno porta la propria esperienza e accoglie quelle degli altri, evitando di mostrarsi più competente degli altri;
9. Orientamento all'azione: i gruppi A.M.A. sono basati sull'azione: uno degli scopi è quello di sperimentare nuovi stili di vita, nuovi modi di affrontare i problemi della vita, di considerarsi e di considerare gli altri;
10. Aiutare è una norma del gruppo: ognuno, raccontando la propria esperienza e ascoltando quelle degli altri, trae aiuto per sé e per gli altri;
11. Il potere e la leadership sono su base paritaria: ogni regola, cambiamento e decisione viene formulata, discussa e accettata democraticamente all'interno del gruppo, con tutti i partecipanti;
12. Responsabilità: nessuno, all'interno del gruppo, è responsabile degli altri, dal momento in cui la partecipazione è volontaria e decisa autonomamente;
13. Accessibilità: il gruppo deve essere facilmente accessibile;
14. Gratuità: non ci sono quote di iscrizione da sostenere per partecipare al gruppo;
15. Dimensione spirituale: "rappresenta la sacralità dell'incontro. Costituisce quella dimensione che si raggiunge nella relazione in gruppo, scandita dal rituale dell'incontro di gruppo, dove le persone si dispongono a narrare e

ascoltare l'esperienza propria e altrui. Il risultato dell'incontro del gruppo è sempre maggiore della somma delle sue parti".<sup>13</sup>

Nei gruppi A.M.A. ogni membro svolge contemporaneamente due ruoli: di erogatore e di ricevitore di aiuto. Questa caratteristica viene definita come il principio dell'Helper therapy: aiutare gli altri per aiutare se stessi e il gruppo. Secondo questo principio, l'aiutare gli altri ha una maggiore valenza d'aiuto per se stessi e per il gruppo in generale: incrementa l'autostima del singolo, diminuisce o elimina il giudizio e l'etichettamento derivante dalla situazione di disagio, favorisce i legami, la fiducia, l'empatia e la reciprocità tra i partecipanti: "Questo processo, non realizzabile dai professionisti o dai volontari, aumenta il senso dell'autocontrollo e dell'autovalutazione delle proprie capacità e potenzialità positive, ottenendo tra gli effetti un aumento dell'autostima".<sup>14</sup> I membri che si percepiscono come efficaci nel dare aiuto possono avvertire, inoltre, un senso di migliore competenza intrapersonale, e questo contribuisce di certo ulteriormente sul benessere e sull'autostima. Nel momento in cui si manifesta sostegno e aiuto agli altri membri del gruppo che si trovano in situazioni simili alle proprie, si ha la possibilità, congiuntamente, di vedere anche il proprio problema dall'esterno e quindi di apprendere molte cose anche per sé e per la propria condizione. Quest'ultima idea si può tradurre nel principio dell'imparare facendo: all'interno del gruppo devono essere concretizzati gli impegni che si hanno nei confronti degli altri partecipanti, quindi in particolar modo quello di offrire aiuto e sostegno, e in questo modo ci si rende in grado di dimostrare a se stessi che i problemi possono essere affrontati efficacemente e che si è una persona in grado di offrire e dare qualcosa di utile.

Uno degli aspetti fondamentali che può essere riscontrato nei gruppi A.M.A. è il concetto di Sharing, cioè l'attività di condivisione delle proprie esperienze e dell'aiuto, che si compone di due termini:

1. Destrutturazione del problema: aiutare i partecipanti a definire il problema reale, esporlo e condividerlo con gli altri presentando anche possibili strategie per fronteggiarlo, e, infine, cercare di eliminare il giudizio sociale collegato al problema/disagio e percepito dai soggetti;
2. Costruzione: raggiungimento di una nuova definizione di sé e di nuovi stili di vita per superare il problema/disagio reale presentato e condiviso. Tale costruzione-ricostruzione può avvenire solo grazie alla presenza e all'aiuto degli altri membri del gruppo. Nel gruppo viene quindi attivato un processo di autorealizzazione perché i soggetti non percepiscono più il disagio e le loro situazioni solo come problemi, ma vengono considerate come delle risorse nel momento in cui vengono riconosciute e condivise, quindi portate all'esterno.

La malattia, o più in generale il problema/disagio manifestato e esternato dal partecipante al gruppo, diventa una normale esperienza di vita che può essere condivisa, fronteggiata, con la quale si può imparare a convivere e grazie alla quale si può ricevere e dare aiuto ad altri che versano in condizioni simili e, in questo modo, si svilupperà anche l'aspetto sociale e di interazione degli individui.

---

<sup>13</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale di Auto Mutuo Aiuto*, Milano – Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, p. 34.

<sup>14</sup> E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale di Auto Mutuo Aiuto*, Milano – Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010, p. 21.

I gruppi di self help rappresentando una risorsa alternativa al sistema formale di sostegno della comunità, possono essere confrontati in termini di caratteristiche e di vantaggi e svantaggi con il sistema tradizionale di aiuto, come riportato nella tabella 1.1.

Approccio dell'auto-mutuo-aiuto	Approccio del professionista tradizionale
Chi ha il problema è una persona portatrice di risorse	Chi ha il problema è un paziente o un utente
Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene	Si enfatizzano la malattia, la mancanza
Enfasi sulla fiducia, la volontà e l'autocontrollo	Enfasi sull'eziologia e sull' <i>insight</i>
Si enfatizzano i sentimenti ed effetti concreti ed immediati	Si enfatizzano conoscenza, teoria, struttura
Tendenza all'estemporaneità e alla spontaneità	Tendenza alla procedura standardizzata
Il cambiamento è dell'individuo in un contesto	Il cambiamento è individuale
Si costituiscono strategie basate sulla storia dei singoli	L'appartenenza ad una comunità conta relativamente

Tabella 1.1 *Sistemi a confronto*.<sup>15</sup>

Il gruppo A.M.A. si pone come obiettivo principale quello della valorizzazione e promozione della persona intesa come soggetto responsabile che partecipa in modo attivo alla vita di comunità; quindi si occupa, direttamente o indirettamente, di migliorare la capacità di fronteggiare situazioni di disagio o comunque della vita quotidiana, le competenze personali e di incrementare l'autodeterminazione. Un secondo obiettivo fondamentale corrisponde alla promozione della salute e al benessere dell'individuo, ed è per questo che i gruppi A.M.A. rappresentano una valida alternativa e, ancora prima, uno strumento ulteriore che dovrebbe essere collegato ai servizi di promozione della salute tradizionali.

<sup>15</sup> F., Oliva, M., Croce, *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo*. Quaderni Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino, 2009, (Pp. 129-136), p. 130.

Le finalità dei gruppi A.M.A. sono molteplici, tra le più importanti si possono ritrovare tutti gli aspetti che vengono promossi e favoriti al loro interno:<sup>16</sup>

1. Fiducia in se stessi e negli altri;
2. Aspettative e speranze per il futuro;
3. Motivazione e coraggio verso il cambiamento: riorganizzazione dei comportamenti negativi e riappropriazione delle proprie abilità;
4. Capacità di chiedere aiuto;
5. Accettazione di sé, della propria condizione e consapevolezza delle proprie risorse: si attiva un processo di autorealizzazione nel momento in cui il partecipante al gruppo non percepisce più la sua condizione cronica di disagio solo come un problema, essa deve arrivare ad essere considerata come una risorsa che permetterà di esternare i propri pensieri e sentimenti per condividerli con gli altri. La malattia in questo modo diventa una normale esperienza di vita e il confronto con gli altri permette di gestire in modo più semplice la condizione stessa.
6. Sviluppo dell'autostima e del pensiero positivo;
7. Superamento dei giudizi sociali, contenimento del processo di etichettamento e di stigmatizzazione dovuto al problema o alla malattia;
8. Miglioramento della comunicazione;
9. Superamento della passività e ascolto: gli individui che fanno parte dei gruppi A.M.A. intraprendono un processo di cambiamento che permetterà di rivolgersi in modo attivo rispetto ai propri problemi e disagi e di aiutare e sostenere attivamente gli altri che, allo stesso modo, si rivolgono al gruppo per situazioni simili;
10. Processo di empowerment: aumento dell'auto efficacia e individuazione delle cause alla base della riduzione di capacità, riappropriazione del proprio potenziale umano, della partecipazione, delle competenze sociali.

Per concludere, i gruppi A.M.A. nel momento della loro attivazione definiscono dei compiti e obiettivi specifici in grado di orientare il lavoro dei partecipanti stessi, i quali impareranno a comunicare e ad aiutarsi in modo attivo e diretto. Quando poi gli obiettivi iniziali saranno stati raggiunti il gruppo ne prefiggerà altri, in modo da continuare il processo di cura e riabilitazione dei soggetti partecipanti.

### 1.3 Note storiche sull'auto mutuo aiuto nel mondo e in Italia

La storia dell'auto mutuo aiuto è lunga e complessa;<sup>17</sup> le prime teorizzazioni su questo fenomeno si fanno risalire a P. Kropotkin, il quale, nella sua opera con titolo *Mutual*

---

<sup>16</sup> Cfr., Mattioli Corona M., (a cura di), *I gruppi di Auto Mutuo Aiuto: trasforma il disagio in risorsa*. Oderzo, A.I.T.Sa.M Onlus. Tratto da [http://www.aitam.it/public/pubblicazioni/Libro\\_AMA.pdf](http://www.aitam.it/public/pubblicazioni/Libro_AMA.pdf).

*Aid: A Factor In Evolution* (1955), affermò che le prime forme di auto mutuo aiuto risalgono già alle società preistoriche quando i membri delle tribù o dei clan si univano per proteggersi da attacchi esterni o per espellere o proteggere i meno sani. Considerò quindi la naturale tendenza dell'uomo ad unirsi per fronteggiare difficoltà e pericoli esterni e quotidiani come ciò che sta alla base della nascita dei gruppi di self help. I gruppi di self help si svilupparono anche durante il Medioevo, epoca in cui si preoccuparono di estendere le loro azioni oltre gli aiuti rivolti alla semplice sopravvivenza fisica, come era invece durante le epoche precedenti. La pratica del self help risultava però ancora in fase di sviluppo, ed è per questo che era esclusivamente limitata ai membri dei gruppi stessi; con l'industrializzazione e con l'aumento dei problemi sociali, economici e sanitari aumentarono anche i gruppi basati sulla pratica dell'auto mutuo aiuto. Con la rivoluzione industriale nacquero i primi veri e propri gruppi di auto-aiuto, questo perché si presentò l'esigenza di rispondere ai problemi sanitari ed economici degli individui: iniziò a svilupparsi l'interesse per questi strumenti che potevano essere utilizzati per rispondere ai numerosi bisogni di crescita individuale e della comunità in generale.

Per quanto riguarda nello specifico gli USA, le origini del mutual aid vengono attribuite alle Trade Unions: strutture locali che si occupavano di questioni lavorative, personali e familiari. Rappresentavano dei luoghi in cui era possibile la discussione, il sostegno, l'aiuto e il confronto relativamente a problematiche e argomenti inerenti al lavoro e all'industrializzazione, ma anche a questioni personali e familiari. A seguito della grande crisi negli anni Trenta aumentarono le cooperative di gruppi di self-help impegnate nella risoluzione dei problemi relativi alla disoccupazione, all'immigrazione, all'assistenza sociale e sanitaria.

L'esordio dell'A.M.A. moderno è riferibile, nell'ambito del disagio psichico, alla nascita negli USA, nel 1935, degli Alcoholics Anonymous (Alcolisti Anonimi). Questa associazione fu fondata simbolicamente il 10 giugno 1935 quando, un agente di cambio e un medico chirurgo, entrambi alcolisti, scoprirono di poter superare il loro problema di dipendenza da alcol solo tramite l'aiuto reciproco: nacque il principio del self help: nell'aiutare un alcolista a rimanere sobrio, l'alcolista aiuta anche se stesso contemporaneamente a rimanere sobrio; nacquero in questo modo gli Alcolisti Anonimi, con lo scopo preciso di aiutare gli alcolisti a uscire dalla situazione di dipendenza. Gli Alcoholics Anonymous si basano sui principi e sull'ideologia del movimento dell'Oxford Group: un gruppo religioso protestante che aveva come scopo ultimo la rinascita spirituale di tutta l'umanità; si basava sulla condivisione, il mutamento verso valori come l'onestà, la purezza, il non individualismo, l'amore. Con la fondazione di questa organizzazione si determinò la formalizzazione di un modello di riferimento valido per molte esperienze di self-help: i dodici passi:<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Per la stesura del presente sotto capitolo sono stati utilizzati i lavori di Mattioli Corona M., (a cura di), *I gruppi di Auto Mutuo Aiuto: trasforma il disagio in risorsa*. Oderzo, A.I.T.Sa.M Onlus; A., Noventa, *I gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche ed evoluzione* in Guida all'Auto Mutuo Aiuto. CSV, Bergamo, 2008; E., Cazzaniga, A., Noventa, *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano-Monza Brianza, Edizioni AMA, 2010.

<sup>18</sup> Il nostro metodo, *Alcolisti anonimi*, <https://www.alcolistianonimiitalia.it/modules.php?name=aa3-metodo>.

1. Abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte all'alcol e che le nostre vite erano divenute incontrollabili.
2. Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi potrebbe ricondurci alla ragione.
3. Abbiamo preso la decisione di affidare le nostre volontà e le nostre vite alla cura di Dio, come noi potemmo concepirlo.
4. Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.
5. Abbiamo ammesso di fronte a Dio, a noi stessi e a un altro essere umano, l'esatta natura dei nostri torti.
6. Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere.
7. Gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare i nostri difetti.
8. Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone cui abbiamo fatto del male e siamo diventati pronti a rimediare ai danni recati loro.
9. Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri.
10. Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso.
11. Abbiamo cercato attraverso la preghiera e la meditazione di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi potemmo concepirlo, pregandolo solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di eseguirla.
12. Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività.

Molti gruppi di auto aiuto hanno successivamente utilizzato le basi teoriche del gruppo degli Alcolisti Anonimi, ed è per questo che il potere dei principi che sottostanno ai gruppi AA “è visibile non solo nella continua crescita degli AA, ma nella adozione di tale modello, a volte integrale, da parte di gruppi che si occupano di altre problematiche comportamentali, quali club per giocatori di azzardo, tossicomani, obesi, per genitori che abusano dei bambini e simili”<sup>19</sup>.

Dagli anni Settanta si manifestò un aumento dei gruppi di self help, i quali hanno spesso mantenuto le caratteristiche dei gruppi iniziali. Tali gruppi rappresentarono una risposta alla crisi del Welfare State con la quale si presentarono alcuni aspetti, tra cui: bisogno di servizi personalizzati, bisogno di rapporti umani più intimi e bisogno di solidarietà quotidiana. Dal momento in cui lo Stato dimostrava di riuscire sempre meno a farsi carico dei bisogni esistenziali e assistenziali dei cittadini, questi ultimi hanno iniziato ad organizzarsi di conseguenza tramite forme di solidarietà in grado di rispondere, almeno in parte, ai numerosi bisogni e problemi della società stessa: da questo momento nacquero quindi nuove forme di solidarietà, di aiuto e sostegno tra

---

<sup>19</sup> A., Gartner, F., Riessman, *Self-Help Revolution*. New York: Human Sciences Press, 1977.

gli individui che presentavano lo stesso problema o disagio. A partire da questi anni, anche in Italia nacquero i primi gruppi AA, i Club degli Alcolisti in Trattamento, gruppi di diabetici, neuropatici, mastectomizzate, obesi e familiari di tossicodipendenti. Nel nostro Paese, quindi, la nascita dei gruppi A.M.A. risulta essere in ritardo rispetto al resto del mondo; a favore di questo hanno concorso svariati motivi, tra cui: una forte industrializzazione delle azioni di politica, resistenza da parte della comunità scientifica e degli operatori-professionisti a riconoscere modelli epistemologici e pratiche che si allontanavano dai modelli ormai fondati e forti.

#### 1.4 Indagine sui gruppi di auto mutuo aiuto in Italia

Dagli anni Settanta i gruppi di self help si sono sviluppati in modo molto rapido anche in Italia, questo perché è maturato, nel corso degli anni, l'interesse da parte della popolazione stessa di affrontare direttamente i problemi che si presentavano e perché il metodo utilizzato all'interno dei primi gruppi si era dimostrato utile e di successo. D'altra parte, però, questo rapido e continuo incremento dei gruppi, anche attualmente, rende nota una difficoltà: l'impossibilità, il più delle volte, di registrare il reale fenomeno dell'auto mutuo aiuto a causa del suo sviluppo continuo e rapido. Le indagini e gli studi sul fenomeno sono pressoché relativi e le ricerche che possono essere considerate tutt'ora recenti per quanto riguarda il fenomeno dei gruppi A.M.A. sono tre: la prima pubblicata nel 1995 e iniziata nel 1990 da parte del CNR e dalla Fondazione Italiana per il Volontariato, la seconda del 1998-1999 svolta dalla Fondazione A. Devoto per conto del Ministero degli Affari Sociali: per la prima volta un organo politico nazionale si interessò al fenomeno dei gruppi di auto mutuo aiuto, tanto da richiederne una quantificazione sul territorio e di conseguenza un'analisi il più dettagliata possibile. La terza ricerca, svolta dal Coordinamento Toscano dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto nel 2006, corrisponde ad un aggiornamento di quella effettuata dalla Fondazione A. Devoto.

La prima ricerca elencata individua le caratteristiche principali dei gruppi A.M.A.: nascere per affiliazione o autonomamente usufruendo comunque dell'appoggio di altre organizzazioni definite "organizzazione ombrello" e il sorgere per impulso degli individui portatori di problemi o di aspettative disattese dal settore pubblico. Secondo tale ricerca esistono tre tipologie di base dei gruppi di auto mutuo aiuto: gruppi di self-help in senso stretto che rappresentano il 12,82%, gruppi con finalità migliorative di una condizione disagiata dei soci e dei loro familiari (74, 36%), gruppi con finalità di prevenzione, ricerca-informazione (12,82%). La presente ricerca ha censito 2730 gruppi A.M.A. in Italia, cioè il 5% di tutte le associazioni censite nella banca dati del CNR. La seconda ricerca elencata ha censito invece 1603 gruppi A.M.A. sul territorio italiano divisi a seconda dell'ambito in cui si sviluppano. L'aggiornamento di tale ricerca, rappresentato dalla tabella 1.2, effettuato nel 2006, ha censito 3265 gruppi, dimostrando il grande sviluppo del fenomeno in sette anni.

Problematica	Numero di gruppi 2006	Numero di gruppi 1999
Nuove dipendenze	3	--
Trapianti organi	33	11
Particolari esperienze di vita	11	--
Disagi legati al ciclo di vita	17	6
Disagio sociale	22	4
Identità di genere	27	1
Riappropriazione del sé	34	--
Sieropositività	34	33
Violenza donne e minori	39	8
Minori disagio	43	2
Depressione	48	14
Dipendenza affettiva	48	18
Gioco d'azzardo	48	3
Lutto	64	2
Famiglie in crisi	78	14
Neoplasie	82	4
Adozioni e affidamenti	84	17
Tabagismo	102	15
Disturbi d'ansia	120	*--
Patologie	146	20
Disabilità	173	7
Disturbi alimentazione	290	271
Disagio mentale	292	105
Dipendenza da sostanze psicotrope	442	172
Alcolismo	1015	868
Totale	3265	1603

Tabella 1.2 *Gruppi per area problematica*<sup>20</sup>

\*nell'indagine del 1999 i disturbi d'ansia erano inclusi nella categoria "disagio mentale"

<sup>20</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 11.

La tabella 1.2 sintetizza e permette di confrontare i risultati delle due ricerche analizzate. Innanzitutto, si può individuare subito un aumento totale dei gruppi censiti nel 2006, pari a 3265, rispetto a quelli censiti nel 1999: incremento dei gruppi pari al 203%. L'aumento dei gruppi avviene in modo eterogeneo, interessa quindi tutti i settori considerati, ma in particolare si manifesta un incremento in quei settori che precedentemente non erano particolarmente interessati dal fenomeno dell'auto mutuo aiuto. Rispetto alla prima ricerca del 1999 sono state individuate nuove aree in cui si è diffuso, o si sta diffondendo, l'auto aiuto come indicato nella tabella 1.3.

Problematica	Numero gruppi	Problematica	Numero gruppi
Disturbo ossessivo	1	Shopping compulsivo	2
Doppia diagnosi	1	Esposizione all'amianto	2
Difficoltà nello studio	1	Fibrosi cistica	2
Dipendenza dalla pornografia	1	Sindrome atassica	2
Bullismo	1	Autismo	3
Disturbi di apprendimento	1	Disagio lavorativo	3
Dipendenza da internet	1	Afasia	3
Esperienze con la morte	1	Menopausa	4
Tecniche di terapia alternativa	1	Immigrazione	4
Celiachia	1	Gruppi coercitivi	7
Fibromialgia	1	Balbuie	7
Retinite pigmentosa	1	Problematiche esistenziali di crescita personale	7
Trauma cranico	1	Maternità e gravidanza	9
Autocoscienza maschile	1	Nuclei monoparentali	9
Benessere psicofisico	1	Autostima	9
Difficoltà relazionali	1	Solitudini	14
Ictus	2	Dislessia	15
Patologie psicomotorie infantili	2	Sostegno alla genitorialità	24
Mobbing	2	Totale	148

Tabella 1.3 *Nuove esperienze* <sup>21</sup>

<sup>21</sup>F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8 2006, p. 12.

Le due ricerche si sono anche occupate di verificare la distribuzione dei gruppi A.M.A. sul territorio italiano, come si può notare dai dati riportati nella tabella 1.4. In generale si può osservare un incremento dei gruppi di auto aiuto nelle zone d'Italia in cui, durante la ricerca condotta nel 1999, non erano molto sviluppati. Per quanto riguarda la distribuzione più specifica dei gruppi per regione, sintetizzata nella tabella 1.5, è stato dimostrato dalla seconda ricerca come la zona con maggior numero di gruppi attivati sia sempre quella dell'Italia Settentrionale, anche se la percentuale dei gruppi in tale zona ha subito un decremento dal 1999 al 2006 a causa del grande sviluppo che i gruppi hanno avuto nelle altre zone d'Italia. A seguire si trovano l'Italia Centrale, l'Italia Meridionale e infine l'Italia Insulare.

Zone	Dati 2006	Dati 1999
Italia Insulare	4%	1%
Italia Meridionale	9%	3%
Italia Centrale	24%	17%
Italia Settentrionale	63%	79%
Totale	100%	100%

Tabella 1.4 *Distribuzione gruppi A.M.A. in Italia*<sup>22</sup>

Zone	Dati 2006
Italia Settentrionale	2081
Italia Centrale	771
Italia Meridionale	280
Italia Insulare	133
Totale	3265

Tabella 1.5 *Gruppi presenti in Italia*

<sup>22</sup>F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8 2006, p. 16.

La ricerca del 2006 si è anche occupata di analizzare lo sviluppo dei gruppi costituiti da familiari, qui sintetizzata nella tabella 1.6, presenti con maggior frequenza nei gruppi per alcolismo, dipendenza da sostanze psicotrope, disabilità, disagio mentale, malattie d'organo.

Gruppi di familiari	Numero gruppi familiari	di	Numero totale di gruppi
Depressione	2		48
Identità di genere	2		27
Disagi legati al ciclo di vita	3		17
Disturbi alimentari	3		290
Particolari esperienze di vita	3		11
Sieropositività	5		34
Neoplasie	8		82
Gioco d'azzardo	13		48
Minori disagio	30		43
Patologie	44		146
Disagio mentale	122		292
Disabilità	142		173
Dipendenza da sostanze psicotrope	251		442
Alcolismo	431		1015
Totale	1059		2668

Tabella 1.6 *Gruppi familiari*.<sup>23</sup>

La ricerca del 2006 del Coordinamento toscano dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto ha permesso di analizzare il fenomeno del self help arrivando a considerarlo come un fenomeno non unitario perché si sviluppa in modo diverso nelle varie realtà italiane. È stato evidenziato come i gruppi A.M.A. si occupino di una grande varietà di problematiche e di sofferenze, per le quali risulta spesso necessario anche l'intervento dei servizi formali di aiuto.

<sup>23</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 13.

### 1.5 Ruolo del facilitatore sociale nei gruppi di auto mutuo aiuto

Il gruppo A.M.A. necessita della presenza di un cosiddetto facilitatore, ossia un membro del gruppo esperto delle dinamiche e delle condizioni necessarie allo sviluppo delle caratteristiche dei gruppi: rispetto, condivisione, comunicazione, segretezza, clima accogliente, sviluppo della solidarietà, partecipazione attiva al gruppo. Il facilitatore deve dimostrarsi empatico e, allo stesso modo, deve incrementare l'empatia in ognuno, dimostra fiducia nei singoli e nel gruppo intero, non deve essere giudicante e quindi cerca di promuovere anche nei partecipanti comportamenti e atteggiamenti altrettanto non giudicanti, deve riconoscere i risultati positivi di ciascuno e garantire la riservatezza. Egli può essere naturale, starter o un operatore/professionista:

1. **Facilitatore naturale:** facilitatore interno al gruppo, quindi un individuo che condivide le stesse problematiche e le medesime situazioni del gruppo stesso e che è arrivato a un buon punto nel suo processo di riabilitazione e di empowerment;
2. **Facilitatore starter:** facilitatore esterno al gruppo, quindi che non condivide le motivazioni che hanno portato alla nascita del gruppo, ma che per determinati motivi sceglie di voler prestare, volontariamente, il proprio aiuto e il proprio sostegno durante le prime fasi di sviluppo del gruppo. Anche in questo caso, il facilitatore deve accettare di iniziare un processo di valorizzazione di se stesso e delle proprie capacità, proprio come fanno i partecipanti del gruppo stesso; non deve rivolgersi ai membri con distacco, ma, al contrario, deve impegnarsi per portare avanti le regole dell'auto mutuo aiuto anche se non si trova coinvolto in prima persona nelle situazioni e nelle vicende principali del gruppo. Nel caso in cui il facilitatore starter diventi parte integrante del gruppo nel lungo periodo, perderà la propria funzione di starter per diventare, a tutti gli effetti, un partecipante. Questo facilitatore può essere sia un operatore, quindi un professionista, o una persona esterna anche al mondo degli operatori;
3. **Facilitatore professionista:** facilitatore starter esterno al gruppo che decide di aiutare i membri nelle prime fasi di avvio del gruppo stesso con l'obiettivo di far maturare in ognuno le competenze di facilitatore, in modo da potersi allontanare dal gruppo il prima possibile e lasciarlo alla sua autonomia. Così come un facilitatore naturale, anche il facilitatore professionista deve essere in grado di lasciare ai partecipanti la più completa libertà di scelta e l'autonomia necessaria per arrivare a valorizzare le proprie competenze; deve quindi allontanarsi dal proprio ruolo professionale e centrale per non rischiare di essere direttivo nei confronti degli individui e per non creare dipendenza, ma autonomia. Il professionista facilitatore del gruppo A.M.A. deve tenere presente una delle caratteristiche fondamentali dei gruppi: tutti i membri sono alla pari, quindi deve manifestare la volontà di distaccarsi dal proprio ruolo professionale evitando di rispondere in modo diretto ai problemi e ai disagi comunicati dai vari partecipanti. Deve saper passare da una funzione organizzativa a una funzione di appoggio: viene richiesto di abbandonare temporaneamente il potere professionale per partecipare alla pari, accettando quindi di passare da professionista a membro del gruppo coinvolto personalmente e attivamente nelle sue dinamiche.

Sia il facilitatore un membro interno al gruppo, una persona esterna o un professionista, dovrà in ogni caso dimostrare di possedere quegli atteggiamenti utili a facilitare il gruppo, l'autonomia, la comunicazione, la condivisione e la valorizzazione dei singoli partecipanti, ed è per questo che nella tabella 1.7 vengono riassunti gli atteggiamenti facilitanti e ostacolanti dei facilitatori.

Atteggiamenti facilitanti	Atteggiamenti ostacolanti
Apprezzare persone che si danno da fare per risolvere i propri problemi	Paura che questo approccio non migliori le persone ma le faccia peggiorare
Accettare il fatto che le persone conoscono il problema che stanno affrontando	Sfiducia nelle capacità dei singoli di assumersi la responsabilità della risoluzione
Riconoscere che i professionisti non hanno lo stesso coinvolgimento delle persone direttamente coinvolte	Paura che il proprio ruolo venga messo in crisi
Apprezzare l'opportunità che il gruppo dà ai propri membri	Paura di perdere i clienti

Tabella 1.7 *Atteggiamenti a confronto*<sup>24</sup>

Uno dei compiti fondamentali del facilitatore è quello di respingere eventuali tentativi da parte dei membri del gruppo di delegargli la responsabilità dello stesso e del raggiungimento dei suoi obiettivi: ognuno è responsabile per se stesso e il facilitatore non deve farsi carico personalmente della soluzione dei problemi o di ricercare strategie di adattamento o superamento delle condizioni problematiche e difficili. I membri dovrebbero acquisire, man mano, le competenze necessarie per facilitare il gruppo in modo da non continuare a ricercare nel lungo periodo la presenza del facilitatore, il quale è consapevole di avere un ruolo provvisorio all'interno del gruppo.

Riprendendo le due ricerche citate in precedenza, la prima della Fondazione A. Devoto del 1999 e la seconda, che si presenta come un aggiornamento della prima, condotta dal Coordinamento toscano dei Gruppi di Auto Aiuto nel 2006, può essere analizzato ulteriormente il ruolo del facilitatore all'interno del gruppo. Nelle ricerche sono stati studiati diversi aspetti, che verranno tutti sintetizzati nelle seguenti tabelle (dalla tabella 1.8 alla tabella 2.2): presenza del facilitatore, professione del facilitatore, come viene chiamato.

<sup>24</sup> F., Oliva, M., Croce, *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo*. Quaderni Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino, 2009, p. 132.

Presenza del facilitatore	Numero gruppi 2006	% 2006	% 1999
No	1242	38%	62%
Si	2023	62%	38%
Totale	3265	100%	100%

Tabella 1.8 *Presenza del facilitatore*<sup>25</sup>

L'aumento della percentuale relativa alla presenza del facilitatore all'interno dei gruppi A.M.A. nel 2006 rispetto al 1999 è da imputare allo scarso sviluppo dei gruppi di alcolisti anonimi negli ultimi anni, in quanto essi non prevedono la presenza di un facilitatore nel gruppo, rispetto allo sviluppo di gruppi relativi ad altre problematiche.

Condivisione del problema	Numero gruppi 2006	% 2006	% 1999
Condivisione	656	32%	82%
Non condivisione	1367	68%	18%
Totale	2023	100%	100%

Tabella 1.9 *Condivisione del problema da parte del facilitatore*<sup>26</sup>

<sup>25</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 29.

<sup>26</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 30.

Professione del facilitatore	% 2006	% 1999
Professione socio-sanitaria	71%	13%
Altra professione	29%	87%
Totale	100%	100%

Tabella 1.10 *Professione del facilitatore*<sup>27</sup>

Nel 71% dei gruppi il facilitatore svolge una professione sociosanitaria: animatore sociale, coordinatore, pediatra, neuropsichiatra, logopedista, sociologo, psicoterapeuta, assistente sociale, medico, infermiere, educatore, psichiatra, psicologo (519 gruppi con uno psicologo come facilitatore professionista). Nel restante 29% dei casi il facilitatore non svolge alcuna professione rientrante nel mondo delle professioni sociosanitarie, tale professione può includere, per esempio: la casalinga, lo studente, l'impiegato, l'operaio, un volontario nella maggior parte dei casi (267 gruppi con un volontario come facilitatore).

<sup>27</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 31.

Nome del facilitatore	Numero gruppi	Nome del facilitatore	Numero gruppi
Delegato	1	Moderatore	8
Dottore	1	Responsabile	11
Fiduciario	1	Servitore	12
Guida	1	Helper	15
Maestro	1	Coordinatore	30
Portavoce	1	Altro	33
Promotore	1	Per nome	43
Tutor	1	Agevolatore	73r
Supervisore	2	Referente	131
Educatore	3	Operatore	212
Esperto	3	Conduttore	463
Psicologo	3	Facilitatore	952
Capogruppo	4	Totale	2017
Mediatore	4		
Volontario	7		

Tabella 1.11 *Come viene definito il facilitatore*<sup>28</sup>

Dai termini elencati nella tabella 1.11 si può notare come la conoscenza delle varie definizioni date al facilitatore all'interno del gruppo possa aiutare a comprendere quanto la conduzione svolta da quest'ultimo sia direttiva, tecnica o formale:

1. Guida, maestro, tutor, promotore, capogruppo, responsabile, coordinatore o helper corrispondono a termini utilizzati per indicare il facilitatore in caso di una conduzione del gruppo direttiva;
2. Delegato, fiduciario, moderatore, referente vengono utilizzati nel caso di una conduzione più formale;

<sup>28</sup> F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006, p. 32.

3. Dottore, supervisore, educatore, psicologo, esperto, consulente scientifico, coordinatore, referente, responsabile dell'associazione, capogruppo: termini utilizzati per una conduzione più tecnica e professionale;
4. Volontario e servitore sono invece esempi di termini che indicano una conduzione del gruppo più informale.<sup>29</sup>

## CAPITOLO 2

### AUTO MUTUO AIUTO E SALUTE MENTALE

#### 2.1 Auto mutuo aiuto psichiatrico: la storia

Nel primo capitolo è stata analizzata la storia dei gruppi A.M.A. nel panorama internazionale e poi, con anni di ritardo, in Italia. In questo sotto capitolo si intende, invece, rendere nota anche la storia specifica e l'evoluzione dei soli gruppi A.M.A. psichiatrici nel mondo e in Italia.<sup>30</sup>

I gruppi A.M.A. psichiatrici nacquero in Italia, dopo che in altri Paesi erano già presenti, come dei luoghi che si proponevano di costruire elementi positivi per chi soffriva, o aveva sofferto in passato, di un disturbo psichico spesso aggravato o non curato in modo adeguato dalle istituzioni preposte. Questo perché, come verrà spiegato in seguito, le istituzioni e principalmente i manicomi, o ospedali psichiatrici, tendevano a considerare l'individuo con disturbi psichiatrici come un soggetto da emarginare dal resto della società, da internare in strutture che si proponevano di curare, o almeno questo si pensava di fare, con metodi drastici e spesso inutili il malato. Ciò che si è invece dimostrato importante al fine della riabilitazione di queste persone è la necessità di mantenerle a contatto con la società, di instaurare un approccio con gli operatori che vada oltre ai rapporti gerarchici e alla rigida professionalità, di dare una dignità e una libertà a chi soffre o ha sofferto. Negli anni, a questo proposito, si è fatta strada la lotta al *mentalismo*: condizione per cui un soggetto con disturbi psichiatrici è considerato come inferiore e quindi non degno di accedere alla sfera degli individui considerati invece *normali*.

I primi segni della volontà di associazionismo tra i pazienti nell'ambito della salute mentale si manifestano a partire dal 1905 con la pubblicazione di *The mind that Found Itself* scritto da C. Beers, il quale raccontò le sue esperienze da degente in vari ospedali psichiatrici. A seguire, nel 1908, Beers riuscì a fondare la prima associazione privata per l'igiene mentale, denominata W.F.M.H. (*World Federation for Mental Health* – Federazione Mondiale della Salute Mentale), la quale, ancora oggi, si pone come alternativa alle associazioni pubbliche. Grazie a questi primi cambiamenti e alla volontà di creare una rete di individui nell'ambito della salute mentale, nacquero,

---

<sup>29</sup> Per la stesura per presente paragrafo sono stati utilizzati i lavori di F. Focardi, F. Gori, R. Raspini (a cura di), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le Briciole n. 8, 2006; F., Oliva, M., Croce, *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo*. Quaderni Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino, 2009, pp. 129-136; CAMAP – Coordinamento Auto Mutuo Aiuto Piemonte, *Auto Mutuo Aiuto: principi e prassi*. Torino, 2012.

<sup>30</sup> Per la stesura di questo paragrafo sono stati utilizzati i lavori di P., Pini, *Auto aiuto e salute mentale*. Firenze, Fondazione "Istituto Andrea Devoto", 1994; S., Cesario, F., Mariotti, D., Sani, *L'auto aiuto psichiatrico. I processi aspecifici nella psicoterapia*. Milano, Franco Angeli, 2001.

negli anni Trenta, per volontà di alcuni ex pazienti psichiatrici, anche i primi gruppi di auto aiuto terapeutici negli USA e in Inghilterra, ai quali venne dato il nome di Clubs. Nel 1948, sempre negli USA, sono state create le Fountain House (F.H.) da un gruppo di pazienti psichiatrici: strutture che si proponevano come scopo principale quello di creare un ambiente utile per la riabilitazione sociale e lavorativa degli utenti: attraverso la collaborazione con gli operatori e i professionisti si cercava di mettere in atto attività e interventi utili ad un reinserimento positivo del soggetto all'interno della società, sia in termini lavorativi che relazionali/sociali.

Mentre gli esempi appena citati sono relativi alle prime forme di associazionismo tra pazienti psichiatrici, i gruppi A.M.A. psichiatrico veri e propri, iniziarono a svilupparsi in Italia negli anni Ottanta, durante la rivoluzione psichiatrica culminata nel 1978 con la Legge 180 (Legge Basaglia), come verrà detto in seguito, grazie alla quale iniziò a modificarsi il pensiero relativo al malato psichiatrico. Nel 1989 si tenne il primo convegno nazionale sul self help a Prato, al quale contribuirono diverse realtà, tra cui l'A.R.C.I., l'USL 9, l'Università di Firenze, M.I.N.D. e W.F.M.H. Durante il convegno si evidenziò la necessità di guardare ai disturbi psichiatrici non più come degli handicap, ma come delle risorse da cui partire per prendere coscienza su di sé e iniziare un percorso di riabilitazione dando e ricevendo aiuto dagli altri. Nello stesso anno l'OMS definì la necessità di rendere l'utente partecipe e coinvolto nella pianificazione, nella gestione e nel monitoraggio dei servizi e degli interventi di salute mentale: per gestire e risolvere, per quanto possibile, determinate problematiche si parte dal basso, dal paziente stesso, e quindi si dà maggiore importanza anche ai movimenti iniziati dagli utenti. Nel 1991 si svolse, sempre a Prato, il primo convegno internazionale sul self help, durante il quale fu possibile analizzare gli sviluppi dei primi gruppi A.M.A. sul territorio e venne affermata, da parte delle istituzioni, la volontà di costituirsi come un supporto alternativo in favore degli utenti. Nello stesso anno ci furono altri due importanti eventi, in favore anche del self help: nascita della Rete Europea degli utenti psichiatrici e nascita del Centro di Ricerca e Documentazione sull'autoaiuto (CEDRA).

Dagli anni Ottanta, quindi, anche in Italia si iniziò a dare maggior dignità, voce e libertà ai pazienti stessi che manifestavano la volontà di autodefinirsi, di prendere coscienza della loro situazione e di attivarsi in favore di una riabilitazione propria e altrui, in modo da eliminare lo stigma e l'etichetta posta dalla diagnosi. Questo fu reso possibile dalla rivoluzione psichiatrica degli anni precedenti, finita poi con la Legge 180 del 1978.

## 2.2 La malattia mentale e l'approccio psichiatrico

Nell'ambito di quello che è l'argomento principale del presente lavoro, i pazienti psichiatrici occupati in interventi alternativi e integrati rispetto a quelli tradizionali, quindi partecipi nei gruppi A.M.A. psichiatrici, vorrei accennare brevemente anche a quella che è la storia della malattia mentale e delle principali tappe storiche che hanno condotto alla nascita di un approccio differente dal passato e alla nascita di nuovi

interventi, centrati sul paziente, sulla sua salute e non più sull'isolamento e l'emarginazione.<sup>31</sup>

La storia della malattia mentale e di come questa veniva considerata e curata inizia dall'antichità, quando inizialmente veniva considerata come determinata da forze soprannaturali e divine, quindi veniva curata attraverso riti religiosi o mistici. Nel Medioevo le persone affette da disturbi psichiatrici venivano invece considerate possedute e la cura veniva comunque affidata alla religione. Già nell'Età Classica si raggiunse quello che poi diventerà il punto di partenza per la nascita dei manicomi: i pazienti psichiatrici venivano considerati come dei folli che dovevano essere allontanati dalla società sana. Iniziarono quindi a svilupparsi delle strutture, definite inizialmente delle case di internamento, in cui venivano rinchiusi gli individui che manifestavano comportamenti contrari a quelli definiti dalla società: venivano allontanati e isolati perché pericolosi i criminali, i vagabondi, i poveri, i malati mentali. In questo modo nacquero quindi i manicomi: strutture in cui la dignità e la persona nel suo complesso venivano completamente annientate dalla violenza che veniva messa in atto. Isolando i malati mentali nei manicomi si cercava principalmente di proteggere e tutelare i sani nei confronti della malattia, così come affermò Franco Basaglia.

All'interno dei manicomi agli internati veniva data un'etichetta che sarebbe durata poi per tutta la vita e che, all'interno di questa struttura, non avrebbe permesso alternative o soluzioni. Il malato venendo escluso dal contesto sociale di appartenenza e dall'umanità e non poteva fare altro che percepire il proprio corpo come malato, così come viene riconosciuto dalla psichiatria degli anni e dalla struttura manicomiale stessa. I manicomi rappresentavano dei luoghi inadatti e arretrati rispetto a quella che doveva essere la considerazione della malattia mentale e dei pazienti. Nel corso degli anni e grazie alla consapevolezza da parte dei medici e psichiatri nacque la necessità di rivoluzionare l'assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici rinchiusi nei manicomi: superare la concezione di pericolosità della malattia e di esclusione del malato mentale. Uno sforzo importante in questo senso è da riconoscere a Franco Basaglia: nell'ospedale psichiatrico di Gorizia mise in atto una vera e propria rivoluzione determinando importanti cambiamenti nella relazione tra medici e pazienti internati, nell'idea della malattia mentale e nelle cure utilizzate: considerò i pazienti come esseri umani con una propria dignità e libertà, rifiutò le cure utilizzate fino a quel momento, e, aspetto importante ai fini del presente lavoro, organizzò alcuni gruppi per i pazienti in modo che potessero condividere le loro condizioni, i loro pensieri e i problemi, iniziando a considerare la riabilitazione dal basso, dal paziente stesso. I principi che muovevano la rivoluzione psichiatrica erano diversi: importanza della persona, critica ai manicomi perché considerati come delle strutture inaccettabili per la cura psichiatrica, importanza ai bisogni concreti dei pazienti, importante considerazione dello stigma sociale, importanza della libertà e della scelta. Questa rivoluzione raggiunse una svolta cruciale con l'emanazione, il 13 maggio 1978, della Legge 180 (definita anche Legge Basaglia, in quanto Franco Basaglia fu il suo promotore): con la presente legge si definì il divieto di costruire nuovi manicomi e la necessità di chiudere progressivamente quelli già presenti sul territorio, venne disciplinato il trattamento sanitario obbligatorio.

---

<sup>31</sup> Per la stesura del presente paragrafo sono stati utilizzati i testi di F., Rotelli, (a cura di) *L'istituzione inventata: Almanacco Trieste, 1971-2010*, Merano, 2016; V., Babini, *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Bologna: Il Mulino, 2009.

La storia della malattia mentale e del suo trattamento è estremamente complessa e articolata, è formata da diversi cambiamenti di prospettiva fino ad arrivare a quello principale: riconoscere il manicomio come un'istituzione che non intendeva essere terapeutica nei confronti dei malati mentali, che non era proiettata alla reale riabilitazione e al reale reinserimento dei pazienti all'interno della società e, quindi, procedere per la sua eliminazione in favore di strutture e interventi territoriali gestiti nei riguardi dei bisogni e della salute dei destinatari, in questo caso i pazienti con disagio mentale.

### 2.3 Sviluppi e cambiamenti successivi alla rivoluzione psichiatrica

Con la legge 180 del 1978 venne definita la necessità di disporre di una struttura che avrebbe sostituito l'ospedale psichiatrico per occuparsi dei pazienti psichiatrici e della salute mentale; per questo venne istituito il Dipartimento di salute mentale (DAISM). Il DAISM, già all'ora, risultava organizzato in una serie di strutture e interventi, quindi al suo interno venivano previsti i Centri di Salute Mentale (CSM): centri aperti 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana, con alcuni posti letto. Attraverso il CSM si può accedere al sistema di salute mentale e quindi agli interventi promossi: lavoro terapeutico sia individuale che con la famiglia, sostegno alle persone deboli e svantaggiate, sostegno riabilitativo a domicilio o nelle comunità alloggio.

Ulteriori interventi che sono stati previsti dopo l'emanazione della legge 180 sono stati appunto i gruppi di auto aiuto,<sup>32</sup> rivolti sia agli utenti che agli operatori e ai familiari stessi. Si sviluppò quindi l'interesse per questi strumenti in relazione alla salute mentale: vennero considerati come dei metodi per creare una rete sociale in cui essere coinvolti in modo attivo per comprendere come poter gestire e affrontare meglio i propri problemi e le difficoltà che possono insorgere nella vita quotidiana.

La rivoluzione psichiatrica e le leggi che sono state emanate, in particolare la Legge 180, hanno quindi permesso un cambiamento di prospettiva riguardo la salute mentale: da un sistema sbagliato basato sul manicomio, la reclusione, l'isolamento e la pericolosità sociale al sistema della libertà basato sull'umanità e la riabilitazione.

### 2.4 Gruppi di auto mutuo aiuto come interventi innovativi sul disagio psichico

Come si è già detto, i gruppi A.M.A., e in particolare quelli psichiatrici, nascono nel momento in cui gli utenti dei servizi psichiatrici diventano consapevoli dei problemi e della loro situazione e, per questo, si impegnano nella ricerca di alternative o di aiuti esterni agli interventi considerati classici. Si inizia con l'auto aiuto, con il volersi aiutare, e, quando si trova un gruppo di individui che condividono le stesse problematiche si arriva ad offrire e a ricevere aiuto contemporaneamente. Lo strumento dei gruppi A.M.A. si presenta come un'alternativa o un'integrazione dei servizi psichiatrici, spesso centrati in modo preponderante solo sulla diagnosi e caratterizzati da un rapporto professionista-paziente basato sulla superiorità del primo e sulle cure che esso può offrire. La diagnosi formulata dai professionisti, quindi in questo caso dagli psichiatri, assume un valore categoriale: il paziente psichiatrico che

---

<sup>32</sup> F., Rotelli, (a cura di) *L'istituzione inventata: Almanacco Trieste, 1971-2010*, Merano, 2016, p. 153.

ha ottenuto una diagnosi sarà etichettato entro una specifica categoria che determinerà un suo nuovo status sociale. Associando alla diagnosi un'etichetta che durerà per tutta la vita, l'utente manifesterà insoddisfazione e sentimenti negativi dovuti allo stigma: i gruppi A.M.A. che si occupano di disagi psichiatrici possono essere considerati come dei validi strumenti per ridurre sia il disagio relativo alla condizione di malattia, sia per sostenere l'integrazione degli stessi utenti, dimostrandosi contrari allo stigma della malattia mentale. Lo stigma, come già detto in precedenza, si è sicuramente sviluppato a causa della concezione di malattia mentale e di malati mentali formatasi all'interno dei manicomi e delle strutture di cura precedenti alla rivoluzione psichiatrica. La stigmatizzazione rappresenta un fenomeno ben radicato all'interno della società, difficile da eliminare, ed è per questo che i gruppi A.M.A. si offrono di attivare le risorse di chi, a causa del pensiero comune, vive un disagio forte in prima persona: la responsabilità, la condivisione e l'esternalizzazione dei propri pensieri arrivando al riconoscimento del problema principale sono risorse che permettono all'utente di ricominciare a credere in se stesso. Gli utenti psichiatrici vengono aiutati in un continuo processo per imparare a convivere con la propria malattia e per ricostruire la propria identità, l'autonomia e un senso positivo di sé, cioè l'autostima.

I gruppi A.M.A. psichiatrici possono quindi essere considerati come un valido strumento di integrazione ai più classici interventi previsti dal Sistema Sanitario, utili a colmare eventuali inadeguatezze di questi ultimi.

Un aspetto importante dei gruppi psichiatrici, dal punto di vista degli operatori che ne fanno parte nelle vesti di facilitatori sociali, è quello di promuovere l'arricchimento personale e professionale legato alla malattia e, di conseguenza, di aiutare a superare l'etichettamento.

Aldilà dei numerosi aspetti positivi che i gruppi possono avere, la partecipazione ad essi non è sempre positiva per gli utenti. Ogni gruppo ha una storia diversa, dei membri differenti e una modalità di conduzione differente per alcuni aspetti che non sempre può essere adeguata agli scopi di ognuno. Una ricaduta negativa che può avere la frequentazione di un gruppo è data anche dal rischio della creazione di una condizione di dipendenza dal gruppo e dal facilitatore che lo conduce; questo avviene nel caso in cui l'utente si senta esageratamente protetto dal gruppo stesso, situazione che determina una sorta di inattività che blocca il percorso di riabilitazione.<sup>33</sup>

## 2.5 Ruolo e partecipazione dei familiari ai gruppi

La famiglia rappresenta un luogo importante per la salute, la protezione e lo sviluppo delle capacità del singolo, ed è per questo che anche quando si parla di interventi rivolti a soggetti affetti da particolari disagi o problemi psichiatrici è importante dare spazio ai familiari. Attraverso il coinvolgimento della famiglia nei programmi di aiuto, quindi anche nei gruppi di auto mutuo aiuto, si incrementano le probabilità di successo: si passa dalla concezione dell'individuo singolo malato a quella di un'intera famiglia che deve riuscire a sviluppare le capacità necessarie per aiutare e proteggere

---

<sup>33</sup> Per la stesura del presente sotto capitolo sono stati utilizzati i lavori di P., Pini, *Auto aiuto e salute mentale*. Fondazione "Istituto Andrea Devoto", 1994; S., Vanucchi, *Gruppi di auto-aiuto psichiatrico: verso la ricostruzione dell'identità*, Psicoanalisi Neo Freudiana, n.1, 2012, tratto da <http://www.ifefromm.it/rivista/2012-xx/1/>.

il membro in questo caso più debole: necessità di non vedere solo i problemi e la malattia, ma di individuare anche le risorse, le possibilità, le abilità e le competenze.

Al giorno d'oggi, a causa dei cambiamenti che hanno investito la famiglia e a causa della sua mobilità è necessario parlare di una rete fitta di relazioni familiari: più la rete di relazioni è positiva e più sarà in grado di sviluppare relazioni di crescita e di cambiamento sociale, attraverso l'aiuto e il sostegno di stimoli e contesti che rendono possibile ciò. Coinvolgendo la rete familiare si andrà ad incrementare la vicinanza, la solidarietà, la comprensione e si produrranno quindi delle ricadute positive anche sui familiari stessi. Talvolta i gruppi e il lavoro svolto sia sull'utente che sui familiari, specialmente sui genitori, possono aiutare a diminuire il senso di colpa che spesso si crea nel contesto familiare a causa della malattia. Nel caso in cui la famiglia manifesti invece maggiore potere rispetto al gruppo allora si produrrà un effetto contrario e si bloccherà il percorso del membro del gruppo.

### CAPITOLO 3

#### L'ESPERIENZA DI PARMA CON L'AUTO MUTUO AIUTO E LA SALUTE MENTALE

L'ambito della salute mentale rappresenta un argomento ampio e complesso per poter essere spiegato in modo sintetico. Quello che vuole essere messo in luce in quest'ultimo capitolo del lavoro è, in particolare, la salute mentale nel territorio di Parma, perché è in questo campo che è nato e si è sviluppato il mio interesse per i gruppi A.M.A. psichiatrici, per i pazienti del Servizio di Salute Mentale, per le attività e gli interventi rivolti ad essi. A fronte di queste ragioni, nel presente capitolo verrà focalizzata l'attenzione sulle strutture che si occupano di salute mentale, su un'analisi dei numeri e dei pazienti che si rivolgono ai servizi adeguati in questo campo e, infine, sul gruppo A.M.A. psichiatrico a cui ho partecipato per circa tre mesi, denominato *Quelli che l'A.M.A.*

##### 3.1 Strutture sul territorio di Parma che si occupano di salute mentale

Come appena detto nell'introduzione del presente capitolo, ritengo utile esporre, in modo da descrivere come la salute mentale viene trattata sul territorio di Parma, l'organizzazione e la strutturazione dell'Ausl per quanto riguarda il Servizio di Salute Mentale, menzionando anche le strutture presenti nel distretto Ovest, le funzioni, gli obiettivi di ciascuna e gli individui a cui si rivolgono.<sup>34</sup>

La struttura principale da citare nell'ambito della salute mentale corrisponde al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-

---

<sup>34</sup> Per la stesura del presente sotto capitolo sono state utilizzate due fonti:

1. Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche in Salute Mentale/Dipendenze, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, <http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/default.aspx>.
2. Carta dei Servizi del Dipartimento (2012), *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, <http://www.ausl.pr.it/allegato.asp?ID=824751>.

SMDP), il quale si occupa dei bisogni della salute mentale e del contrasto delle dipendenze patologiche nei confronti di tutta la popolazione presente sul territorio di Parma, dall'infanzia all'età adulta. Opera in collaborazione con altri organismi sociosanitari presenti nel Comune. In particolare, il DAI-SMDP si occupa di prevenire, curare e riabilitare gli individui che presentano disagi nella salute mentale o dipendenze patologiche di qualsiasi genere. Si articola in tre ambiti diversi: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPJA), Psichiatria Adulti (PA), Dipendenze Patologiche (DP).

La NPJA si occupa della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione di disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza. Si accede al servizio con la richiesta del Pediatra o del Medico di Medicina Generale, ed è per questo che opera in integrazione con queste due figure professionali e con i Servizi Specialistici Ospedalieri. In particolare, a Parma è attivo il Centro per l'adolescenza e giovane età (CAGE) che si occupa di sostenere e aiutare i minori e i giovani adolescenti dai 14 ai 24 anni per quanto riguarda i malesseri e i disagi che possono insorgere.

La PA si occupa di prevenire il disagio e promuovere il benessere psichico e sociale attraverso attività di diagnosi, cura e riabilitazione. Prevede diverse strutture che offrono informazioni, sostegno e attività rivolte all'età adulta: CSM, Centri Diurni, Residenze sanitarie psichiatriche, gruppi appartamento e comunità alloggio, REMS, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI). I CSM offrono interventi di valutazione e cura in modo da fare accedere i soggetti ai servizi adeguati alle loro esigenze. Organizzano quindi programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi personalizzati. I Centri Diurni sono strutture semiresidenziali che svolgono attività terapeutiche e riabilitative per supportare il recupero e il potenziamento degli utenti. Nel Distretto di Parma Ovest è presente il Centro Diurno F. Santi che organizza trattamenti terapeutico-riabilitativi, offre terapie farmacologiche agli utenti del CSM, attività individuali o di gruppo, come per esempio i gruppi di auto mutuo aiuto. Le Residenze sanitarie psichiatriche rispondono ad esigenze temporanee di cura e in base alla durata dell'intervento e del sostegno possono essere divise in: residenza a trattamento intensivo, residenza a trattamento protratto, residenza a trattamento socioriabilitativo. Nel Distretto Ovest di Parma si trova la Residenza Sanitaria a Trattamento Intensivo F. Santi che offre la possibilità di una degenza medio-lunga attivando trattamenti terapeutico-riabilitativi. Per quegli utenti che non hanno un supporto familiare o per cui la permanenza nel proprio nucleo familiare non darebbe alcun sostegno e effetto positivo sono previsti i gruppi appartamento e comunità alloggio: strutture residenziali sociosanitarie che hanno come scopo ultimo quello di migliorare e potenziare le abilità residue e l'autonomia individuale degli adulti con disturbi psichiatrici o che presentano disagio psichico e sociale. Le REMS sono strutture che si occupano di accogliere soggetti che presentano disturbi mentali e che hanno commesso atti considerati reati e per i quali è stata prevista la misura del ricovero in OPG (ospedale psichiatrico giudiziario). Gli obiettivi principali delle REMS sono quelli di includere nella comunità i soggetti operando sul loro reinserimento sociale con programmi terapeutici e di riabilitazione.

Per ciascuna delle tre aree appena citate viene redatto annualmente un report da parte del DAI-SMDP che ha lo scopo di rendere noti i risultati dell'attività e dell'utenza del Dipartimento di Parma. I dati relativi all'area della Psichiatria Adulti riportati nell'ultimo report disponibile verranno resi noti e analizzati nel prossimo paragrafo.

### 3.2 Parma e la salute mentale

Grazie al report finale di attività del DAI-SMDP dell'anno 2016 possono essere analizzati i dati dei pazienti che si sono rivolti al servizio e le tipologie di diagnosi fatte nel corso dell'intero anno, in modo da poter fare chiarezza sulle attività e sul lavoro dell'Ausl di Parma per quanto riguarda la salute mentale.<sup>35</sup> Nel report vengono considerati esclusivamente gli utenti in carico, cioè "soggetti con progetto/programma terapeutico aperto e almeno una prestazione nell'anno di riferimento"<sup>36</sup>. Dai risultati si può notare come la percentuale degli utenti in carico ai CSM del territorio di Parma sia rimasta tendenzialmente simile dall'anno 2012 al 2016, con una maggioranza di utenti di sesso femminile (58,5%). In particolare, il CSM Parma Ovest ha mantenuto costante il numero di utenti dall'anno 2015 all'anno 2016, pari a 845 utenti. In totale, considerando tutti e tre i distretti dei CSM dell'Ausl di Parma (Ovest, Est, Nord), gli utenti in carico al Centro di Salute Mentale per l'anno 2016 sono 6058. Per quanto riguarda le diagnosi eseguite nel 2016 si nota come quella principale sia relativa alla psicosi affettiva (23,2%), a seguire si trovano la diagnosi di depressioni e reazioni di adattamento (17%), di disturbi neurotici (13,4%), di psicosi schizofrenica (13,2%), di disturbi di personalità (11,8%), di altri stati psicotici non organici (8,3%), di stati psicotici organici (3,8%), di disturbi alimentari (2,9%), di ritardo mentale (2,3%), altre diagnosi (1,6%), di disturbi della condotta (1,2%), di dipendenze da sostanze (0,9%) e di disturbi mentali NAS (0,6%).

Viene anche analizzata l'attività delle Residenze Psichiatriche e in questo caso saranno analizzati esclusivamente i risultati relativi alle Residenze a Trattamento Intensivo (RTI), come la Residenza F. Santi presente nel distretto dell'Ausl in cui ho svolto il tirocinio. Secondo i risultati, nel 2016 gli utenti nelle RTI sono 192, in netto calo rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda i gruppi A.M.A. essi vengono considerati all'interno delle attività riabilitative e degli interventi psicosociali utili per la recovery dei pazienti. Oltre ai gruppi vengono considerati all'interno di queste attività e interventi anche le attività espressive, multimedia, nella natura, sportive e i gruppi per le famiglie.<sup>37</sup>

### 3.3 Tipologie di gruppi attivati e partecipanti

---

<sup>35</sup> Per la stesura di questo sotto capitolo sono stati utilizzati i Report di attività dei DAI SMDP anno 2016-2015-2014-2012/2013 [File PDF] in Report di attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, [http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report\\_attivita\\_dipartimento\\_assistenziale\\_integrato\\_salute.aspx](http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report_attivita_dipartimento_assistenziale_integrato_salute.aspx)

<sup>36</sup> Report di attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, [http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report\\_attivita\\_dipartimento\\_assistenziale\\_integrato\\_salute.aspx](http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report_attivita_dipartimento_assistenziale_integrato_salute.aspx), p.5.

<sup>37</sup> Report di attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, [http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report\\_attivita\\_dipartimento\\_assistenziale\\_integrato\\_salute.aspx](http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report_attivita_dipartimento_assistenziale_integrato_salute.aspx), p. 31.

Il fenomeno dei gruppi A.M.A. è in costante crescita, tanto che risulta difficile farne un'analisi accurata e dettagliata per poterne monitorare lo sviluppo, la sua espansione sul territorio nazionale e per poter conoscere quali sono le realtà maggiormente presenti e attive in un determinato periodo temporale. Nonostante queste premesse, ho ritenuto rilevante, ai fini del lavoro, fornire anche una panoramica generale dei gruppi A.M.A. presenti e attivati sul territorio di Parma: per questo, facendo riferimento alla Mappatura Nazionale dei gruppi A.M.A. in Italia,<sup>38</sup> è possibile individuare i principali gruppi A.M.A. ufficialmente registrati. In questo caso verrà presa in considerazione esclusivamente la provincia di Parma con i gruppi individuati tramite la mappatura nazionale e il registro presentato da Amalo,<sup>39</sup> elencati di seguito a seconda della problematica di interesse:

1. Gruppo per persone affette da celiachia, per i loro familiari e amici;
2. 2 gruppi per familiari di persone affette da morbo di Alzheimer;
3. Gruppo per persone che presentano disabilità grave;
4. Gruppo per persone affette da endometriosi;
5. Gruppo sulle malattie oncologiche promosso dall'Associazione volontaria Promozione Ricerca sui Tumori;
6. 11 gruppi di alcolisti anonimi nella provincia di Parma;
7. 9 gruppi per le dipendenze patologiche dovute all'abuso di sostanze stupefacenti, rivolto non solo ai consumatori ma anche alle loro famiglie;
8. Gruppo per genitori di adolescenti;
9. Gruppo per adulti con disagio sociale;
10. Gruppo di persone con disturbi del comportamento alimentare;
11. Gruppo per eventi traumatici in genere;
12. Gruppo per persone con problematiche psichiatriche presso l'Associazione Va' Pensiero dell'Ausl di Parma, il quale verrà descritto nel dettaglio in seguito;
13. Gruppo per persone con problemi di salute mentale, realizzato a Fidenza;
14. Gruppo di confronto per fratelli e sorelle di persone disabili;
15. Gruppo per genitori separati;
16. 2 gruppi per giocatori d'azzardo;
17. 2 gruppi per l'elaborazione del lutto.

---

<sup>38</sup> Mappatura nazionale. Mappatura dei gruppi A.M.A. in Italia, Associazione A.M.A. -auto mutuo aiuto-, <http://automutuoaiuto.herokuapp.com/mappatura-nazionale>.

<sup>39</sup> Amalo-Gruppi, *Amalo. Casa dell'auto mutuo aiuto*, <http://www.amalo.it/gruppi/?pag=3&provincia=62&titolo=parma>.

I gruppi qui citati vengono attivati e supportati generalmente da associazioni di volontariato presenti sul territorio che si occupano della promozione della salute della persona e della comunità, oppure direttamente dall'Ausl, dal Servizio di Salute Mentale. La mappatura nazionale dei gruppi di auto mutuo aiuto, così come il registro di Amalo, racchiudono solo quelli che si sono registrati online e hanno quindi resa nota la loro esistenza e le loro caratteristiche, per cui, al di fuori di questi elencati, potrebbero esserne altri ugualmente importanti ma che non risultano nei registri ufficiali; a causa di ciò risulta infatti complicato ottenerne una visione dettagliata.

### 3.4 Una realtà di Parma: *Quelli che l'A.M.A.*

Durante il tirocinio curricolare, svolto presso l'Ausl di Parma e più precisamente all'interno del Servizio di Salute Mentale comprendente il CSM Parma Ovest, la Residenza Sanitaria a Trattamento Intensivo F. Santi, il Centro Diurno F. Santi e l'Associazione Va' Pensiero, ho avuto la possibilità di assistere a numerosi incontri del gruppo A.M.A. psichiatrico attivato dall'Ausl e tenuto nei locali dell'Associazione Va' Pensiero prima citata, la quale si occupa dal 1996 di promozione della salute mentale attraverso incontri, attività finalizzate al recupero dell'autonomia dei soggetti con disturbi psichiatrici e all'inserimento sociale.<sup>40</sup> Il gruppo si presenta come aperto alla partecipazione di tutti, anche se, essendo rivolto principalmente all'ambito psichiatrico, tutti i membri sono soggetti in cura ai servizi psichiatrici o che comunque hanno presentato in passato dei disturbi di questo genere; ma, in ogni caso, non vi è alcuna preclusione rispetto alla diagnosi e alla sintomatologia presentata dai partecipanti. Il gruppo nasce per opera di un educatore professionale, che è stato anche il mio tutor durante il tirocinio, di cui si leggerà in seguito una testimonianza a riguardo. L'obiettivo principale del gruppo è quello di aiutare i pazienti ad aiutarsi: attraverso la comunicazione, la condivisione, le relazioni instaurate al suo interno i membri hanno l'opportunità di esteriorizzare i propri problemi, pensieri, disagi del momento e della situazione e, di conseguenza, sentirli meno pesanti. Dal momento in cui le problematiche si centrano su un unico ambito comune, in questo caso quello della malattia mentale e delle conseguenze che ne derivano sul piano sociale, familiare, assistenziale, i membri possono trarre consigli e aiuti utili anche solo ascoltando ciò che gli altri hanno da dire in quel determinato momento. Si può infatti partecipare al gruppo anche senza prendere parte ad ogni discussione.

Il gruppo si incontra tutti i mercoledì dalle 15:30 alle 17:00. Le presenze non sono fisse: ad ogni incontro possono esserci nuovi membri e possono mancare altri che sono invece più abituali. Solitamente i partecipanti sono circa una decina, questo anche per permettere una comunicazione più tranquilla, ordinata e focalizzata sull'obiettivo principale: l'aiuto e il sostegno reciproco a fronte di situazioni difficili da sostenere individualmente.

Il gruppo viene vissuto come un luogo in cui i pazienti e i membri in generale possono essere se stessi: si sentono liberi di condividere tutti i pensieri e gli episodi più salienti della settimana, quelli che hanno creato una situazione di disagio e quelli che, invece, hanno dato conforto, aiuto, sostegno. Ci si sente liberi di esteriorizzare i propri dubbi, di chiedere aiuto esplicitamente o implicitamente, di offrire sostegno in ambiti e

---

<sup>40</sup> Va' Pensiero, *Forum volontariato. Centro dei Servizi per il Volontariato in Parma*, <http://www.forumsolidarieta.it/associazioni/volontariato/associazione-pensiero.aspx>.

situazioni che sono state già vissute personalmente. In questo modo si costruisce un punto di incontro e una relazione per chi, a causa della malattia o dell'etichettamento conseguente, si sente isolato. Tra i partecipanti si è creato negli anni un rapporto di amicizia o comunque di sostegno anche al di fuori del gruppo stesso: aspetto importante che riduce l'isolamento e lo stigma relativo alla malattia o alla sintomatologia presentata.

Gli argomenti trattati nel gruppo sono ad ogni incontro differenti, ma il tema che viene maggiormente affrontato è sicuramente quello della famiglia, questo a dimostrazione di quanto i familiari siano importanti per il percorso di riabilitazione del soggetto con determinati disagi e disturbi psichiatrici. La famiglia è generalmente considerata come un luogo che dovrebbe fornire al paziente il sostegno e l'aiuto per affrontare le problematiche dovute alla malattia stessa, come per esempio lo stigma e/o l'isolamento; in realtà, da quanto ho potuto comprendere partecipando agli incontri del gruppo, spesso la famiglia o parte di essa risulta essere motivo di disagio, incomprensioni e problematiche. Più incontri si sono infatti focalizzati su argomenti inerenti i propri familiari, specialmente fratelli, che tendono ad allontanarsi dalla persona in cura causando pensieri profondi. Dal tema della famiglia si passa poi al lavoro e alle difficoltà che ne derivano, alle cure che comprendono i farmaci assunti o altre tipologie di intervento, per poi arrivare anche ad argomenti più personali, come sogni, sensazioni, pensieri, che vengono esternalizzati in modo da richiedere l'opinione degli altri membri o del facilitatore presente.

Generalmente all'inizio di ogni incontro il facilitatore chiede se c'è qualcuno che vuole iniziare l'incontro e quindi il discorso del gruppo, raccontando magari un episodio particolare avvenuto in settimana e, nel caso in cui nessuno prenda subito la parola si andranno a riprendere gli argomenti trattati la volta precedente rimasti in sospeso. Si prende la parola volontariamente e si cerca di approfondire, per quanto possibile, i temi che emergono in modo da averne una prospettiva ampia che possa aiutare ognuno. Le regole fondamentali che devono però essere rispettate sono quelle di non interrompere un altro partecipante quando sta parlando, di rivolgere la parola a tutti cercando di evitare al massimo i dialoghi in piccoli gruppi o tra coppie, di non dare torto o ragione a nessuno perché si è tutti sullo stesso piano, quindi alla pari.

Quello che ho potuto riscontrare partecipando agli incontri del gruppo A.M.A. è la grande volontà da parte dei membri di comunicare e condividere anche gli episodi e i pensieri più comuni o estremamente personali, come per esempio dei pensieri costanti dovuti alla malattia. Sono estremamente consapevoli dei fini del gruppo, di come ci si comporta al suo interno, delle problematiche che si possono affrontare, dell'atteggiamento da osservare quando si intende dare un consiglio ad un altro e del ruolo del facilitatore. A questo proposito, il facilitatore principale del gruppo è l'educatore professionale prima citato ma, nel caso in cui non potesse essere presente agli incontri a causa di impegni lavorativi sono stati nominati due facilitatori ulteriori, i quali sono al tempo stesso dei partecipanti del gruppo, quindi si parla in questo caso di facilitatori interni naturali. Uno di questi due facilitatori ha offerto anche la sua testimonianza, che si potrà leggere nell'ultimo sotto capitolo del lavoro, in merito sia al percorso psichiatrico da lui fatto sia alla partecipazione al gruppo A.M.A. e ai vantaggi di quest'ultima.

Il gruppo A.M.A. a cui ho partecipato si presenta come un ambiente informale e libero, aspetto di fondamentale importanza per chi partecipa assiduamente agli

incontri. Ad uno dei tanti incontri a cui ho assistito mi ha colpito in particolare una frase detta da una partecipante: “D’accordo, al mercoledì abbiamo il gruppo e si sta bene, ma il resto della settimana come si fa?”. A mio parere, questa frase descrive pienamente l’importanza del gruppo A.M.A. psichiatrico per gli utenti: al gruppo ci si sente liberi e il sostegno e l’aiuto sono una fonte di benessere per i partecipanti stessi. Il gruppo dà speranza ai partecipanti, permette di comprendere a fondo la propria situazione e di trarre vantaggi e insegnamenti da quello che gli altri hanno già sperimentato e passato, permette di creare nuove relazioni stabili e durature basate sulla fiducia reciproca, data anche dall’appartenenza a quel gruppo per un determinato motivo, in questo caso la vicenda psichiatrica.

### 3.5 Testimonianze riguardo il gruppo e oltre

Durante la partecipazione agli incontri del gruppo A.M.A. psichiatrico precedentemente analizzato ho avuto modo di conoscere, da un punto di vista professionale, alcuni dei pazienti in cura al CSM, frequentatori del Centro Diurno F. Santi, della Residenza a Trattamento Intensivo F. Santi e dell’Associazione Va’ Pensiero di Parma. In particolare, ho potuto conoscere il lavoro del mio tutor e i partecipanti del gruppo A.M.A. da lui facilitato. Tra questi partecipanti c’è anche Paolo: paziente psichiatrico che si occupa della gestione del laboratorio di informatica, il quale si tiene tutti i martedì in un’aula facente parte dell’Ausl e facilita il gruppo A.M.A. quando l’educatore è impossibilitato a farlo.

Per rendere il lavoro e l’analisi sui gruppi A.M.A. completa ho infine voluto inserire anche due testimonianze, una, appunto, di Paolo e l’altra dell’educatore professionale, facilitatore del gruppo. Entrambe le testimonianze sono state riportate nel presente lavoro così come mi sono state consegnate.

Prima testimonianza: Paolo, la mia vicenda psichiatrica e l’auto mutuo aiuto.

Mi chiamo Paolo, ho 56 anni e sono ufficialmente un paziente psichiatrico dal 1986 quando ebbi il mio primo ricovero a 24 anni. Voglio riassumere, brevemente per quanto possibile, la mia vicenda psichiatrica come presentazione. Ho vissuto una gravissima psicosi depressiva ed il ricovero di cui ho parlato arrivò circa 5 anni più tardi dall’esordio della prima visione delirante della realtà (delirio di negazione della mia libertà) quando la mia condizione era già gravemente compromessa. La mia vicenda psichiatrica si può distinguere in due parti ben distinte. La prima parte durò 14 anni e consistette in tantissimi ricoveri (almeno 15) in varie strutture, fu costellata da numerosi tentativi di suicidio e la sostanza fu che la mia condizione si aggravò sempre di più nonostante il fatto che io abbia sempre assunto regolarmente gli psicofarmaci che mi venivano prescritti ed anche continuamente cambiati. All’inizio dell’anno 2000 fui assegnato ad un nuovo psichiatra e questo segnò una vera e propria svolta in positivo della mia vicenda. Ormai ero già passato davanti a tanti psichiatri e questo mi permise di constatare che il modo di fare di questo nuovo psichiatra era molto diverso da quelli di tutti coloro che lo avevano preceduto. Io ormai dicevo di avere una malattia sconosciuta, incurabile e perciò anche inguaribile; ed anche che nessuno psicofarmaco fino ad allora mi aveva fatto effetto e che non potevo certo sperare che una industria farmaceutica potesse avviare un programma di ricerca per

un farmaco che poteva curare solo me. Consideravo la mia mente psichicamente morta e dicevo di essere depressizzato. Vivevo sintomi gravissimi come la derealizzazione delle percezioni dei 5 sensi, non percepivo più il tempo non avevo la coscienza di luogo, cioè di dove mi trovavo (anche se il nome lo sapevo ripetere come un pappagallo), il significato delle parole di italiano mi si era scollato dalle parole stesse per cui io sentivo una frase come una sequenza di suoni privi di significato, ed inoltre avevo anche perso la percezione del mio schema corporeo che esprimevo agli psichiatri dicendo che vivevo una sensazione di incorporeità. Però quando dicevo questo agli psichiatri loro non ne tenevano conto e la mia disperazione aumentava. Soffrivo una continua angoscia profondissima ed indicibile, era come vivere nel nulla, essere vivo fisiologicamente ma morto allo stesso tempo. Ero un vero e proprio robot che agiva seguendo un insieme molto perfezionato di riflessi condizionati ed automatismi che mi si erano costruiti nel tempo perché gli psichiatri che avevano preceduto il nuovo e qualche infermiere, insistendo fortemente, volevano che facessi qualcosa anche in quella condizione.

La prima cosa di cui il nuovo psichiatra si preoccupò fu di instaurare con me (o meglio: con quel poco che rimaneva di me) la cosiddetta alleanza terapeutica, cioè quel particolare tipo di relazione tra paziente e psichiatra basata sull'empatia e la fiducia reciproca che è indispensabile affinché un percorso terapeutico vada avanti. Con questo mi fece anche capire che se io non avessi fatto la mia parte, lui da solo poteva fare ben poco. Questo non era mai stato fatto da nessuno di coloro che lo avevano preceduto. Guarda caso da quel momento gli psicofarmaci cominciarono ad aiutarmi, di certo non per un miracolo, ma perché lui fu capace di indicarmi un po' per volta qual'era la strada che dovevo intraprendere per ottenere dei risultati terapeutici e cioè: introspezione, indagine critica del mio passato, autoascolto di quello che potevo avvertire come cambiamenti nella mia mente fino, dopo diversi anni di psicoterapia, allo sviluppare delle capacità di autoanalisi. Sostanzialmente vorrei dire che gli psicofarmaci si possono considerare come un mezzo di trasporto che può far fare ad un paziente psichiatrico un percorso terapeutico, ma anche che chi guida questo mezzo è sempre il paziente stesso.

Tutta la mia gravissima sintomatologia cominciò molto molto lentamente ad attenuarsi, ma non solo perché avevo cambiato in meglio il mio psichiatra curante. Infatti, dopo il mio ultimo ricovero alla fine del 1999, mi passo per la mente, senza averlo cercato, il pensiero seguente: "Finora hai sempre fatto quello che ti hanno detto loro (alludo a ricoveri, frequentare centri diurni e day hospital, attività da asilo infantile, etc.), da adesso prova a stare a casa tua." Mi venne detto da uno psichiatra di quel reparto: "Oggi lei viene dimesso, poi la risocializzazione la farà al day hospital". Credo che questo indirizzamento corrisponda più ad un cliché che viene fatto valere per tutti i pazienti il cui fine non ha nulla a che vedere con la cura del paziente ma piuttosto al controllo del paziente, perché così gli operatori lo vedono tutti i giorni al day hospital. Non è detto che questo sia terapeutico per tutti.

Dovetti faticare un po' per far terminare le telefonate che mi faceva a casa l'allora responsabile del day hospital chiedendomi di andarci e lo feci raccontandole delle frottole e cioè che stavo bene, che stavo facendo dei lavori di bricolage ed altre scuse.

La verità fu che dissi sia ai miei genitori sia al mio nuovo psichiatra che la mia camera da letto a casa sarebbe diventata come la mia stanza d'ospedale ed il mio nuovo psichiatra (che rispetta molto la libertà dei propri pazienti) fu d'accordo. E

così, trascorrendo anche interi pomeriggi al buio nella mia camera a casa cominciai ad avvertire i primi timidi progressi. Ora ho 56 anni, sono considerato un utente esperto, facilito un gruppo di A.M.A. e gestisco ed insegno in un laboratorio d'informatica per gli utenti dei servizi psichiatrici.

Prima testimonianza, seconda parte: i gruppi di auto mutuo aiuto.

Partecipai per la prima volta ad un gruppo che aveva qualche somiglianza con un gruppo di auto mutuo aiuto più o meno negli anni 89/90. Venivano fuori i discorsi e le testimonianze più disparate, non c'era un filo conduttore. Ricordo che qualcuno diceva che la depressione si doveva considerare una malattia mortale perché poteva portare al suicidio. Io intervenni una volta dicendo che noi, che stavamo vivendo queste esperienze di disagio o di disturbo o di malattia psichica, avremmo dovuto dare un valore culturale a queste esperienze, seppur non volute né cercate. Partecipai 3 o 4 volte, ma poi, vista la volgarità e la stupidità con cui alcuni pazienti si esprimevano decisi di non partecipare più. Poi si susseguirono altri ricoveri inutili, altri tentati suicidi, altre inutili frequentazioni di day hospital ed altri inutili cambiamenti della terapia psicofarmacologica. L'anno 2000 era ancora lontano.

Ripresi a frequentare un vero gruppo di A.M.A. nel 2010/2011, le mie condizioni erano molto migliorate e volli provare. Una volta si parlò di relazioni affettive ed io chiesi la parola per dire che durante il mio ricovero alla fine del 1999, avevo conosciuto una donna (con la quale nacque una specie di relazione) che mi dava molte dimostrazioni di affetto e che per me era stata un importante sostegno psicologico durante quel ricovero. Detto questo un altro partecipante al gruppo replicò e nacque un batti e ribatti sulle tematiche del sesso, dell'amore e dell'affetto che durò per un po' e non ricordo come finì. Il punto che mi mandò in crisi rispetto al gruppo A.M.A. fu che, nonostante avessi questa consapevolezza, non fui capace di esprimerla e di far capire all'altro che stava pensando erroneamente all'affetto ed al sesso come se fossero la stessa cosa. Questo mi fece sentire molto inadeguato alla situazione e per questo motivo non riuscii più a frequentare il gruppo A.M.A. perché il pensare di venire al gruppo mi faceva stare male.

Ripresi a frequentare il gruppo A.M.A. all'inizio del 2015. Le mie condizioni erano ulteriormente molto migliorate e cominciai per la prima volta a sentirmi parte del gruppo. Dal momento che al gruppo AMA si può parlare di tutto e quindi anche e soprattutto delle vicende o dei fatti personali che possono essere stati dolorosi per chi partecipa, all'inizio il gruppo fu per me un contesto dove ho potuto raccontare tanti dei torti subiti nella mia vicenda psichiatrica ed anche di torti subiti prima che iniziasse ufficialmente questa vicenda. Ho potuto esternare questi fatti anche alterandomi e mostrando rabbia e indignazione. Per fare un esempio raccontai di quando, circa 2 anni e mezzo prima del mio primo ricovero, il mio ex medico di base mi disse: "Tu ti fai delle psicosi ma non hai niente, vai tranquillo". Alla luce della drammatica vicenda che avevo vissuto dissi che era assolutamente intollerabile e scandaloso che un medico abbia usato la parola psicosi con tanta leggerezza. Avevo ormai appreso molto bene che con questa parola vengono definite le malattie mentali più gravi e con la psicoterapia avevo ricostruito certi fatti della mia vita a quel tempo che dimostravano inconfutabilmente che io ero realmente psicotico. Nel dire queste

cose mi arrabbiai molto e questo mi servì perché fu uno sfogo importante. Anche altri nel contesto del gruppo si arrabbiarono raccontando le loro vicissitudini.

Quindi il gruppo A.M.A. è un contesto dove ci si può anche arrabbiare esternando le proprie vicende e questo è molto importante perché, come ho imparato sulla mia pelle, uno sfogo è veramente tale ed ha una sua efficacia solo se viene espresso accompagnato dallo stato emotivo appropriato (auto – aiuto). Un altro aspetto molto importante di un gruppo A.M.A. è quello dell’ascolto che si dà agli altri. Questo aspetto può avere una duplice valenza. La prima è che, ascoltando le esternazioni o le considerazioni degli altri, può succedere che venga detto qualcosa che tocca le corde di qualcuno che ascolta. Qualcosa che sia in sintonia con lui o con il suo vissuto. Questo permette a chi ascolta di acquisire e fare proprio quello che viene detto da un altro ricevendo così un aiuto psicologico da parte dell’altro (mutualità, mutuo – aiuto). La seconda valenza che può avere l’ascolto consiste nel fatto che può succedere che qualcuno conosca meglio di altri alcuni argomenti specifici che esistono nel mondo reale dei servizi psichiatrici e quindi, se viene fuori questo argomento, questo qualcuno può spiegare agli altri delle cose. Per esempio, io ho sempre cercato di acquisire più conoscenze possibili sugli psicofarmaci e sulle loro azioni ed alcune volte è successo che ho potuto dare ad altri delle informazioni sui farmaci che assumevano o assumono che neppure lo psichiatra che li aveva prescritti aveva dato. Infatti, purtroppo, troppi psichiatri prescrivono gli psicofarmaci senza informare adeguatamente il paziente su che tipo di psicofarmaco è, cioè a quale categoria psicofarmacologica appartiene, e su quale effetto deve aspettarsi il paziente assumendo gli psicofarmaci da loro prescritti. Cioè manca spessissimo un consenso informato all’assunzione degli psicofarmaci. Queste ultime considerazioni mi fanno venire in mente una terza valenza che può avere un gruppo A.M.A. Questa consiste nel fatto che, ascoltando le testimonianze degli altri sui loro problemi personali, ma anche sui loro rapporti col proprio psichiatra curante e, più in generale, con i servizi per la salute mentale possono uscire degli argomenti che ricorrono con una frequenza non trascurabile. Questo permette, astraendosi per un po’ dalle proprie vicende o problemi personali, di estrapolare dai racconti dei partecipanti dei problemi comuni che gli utenti incontrano all’interno dei servizi per la salute mentale. Quindi questi problemi comuni possono essere raccolti, discussi ed elaborati al fine di formulare proposte di miglioramento del funzionamento dei servizi stessi. Per questo scopo, a Parma, abbiamo creato un forum per la salute mentale (che è come una filiazione del gruppo AMA) che si riunisce con cadenza mensile ed al quale partecipano oltre a utenti, operatori e familiari anche il direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell’AUSL di Parma e la responsabile dei progetti riabilitativi del Dipartimento stesso.

Seconda testimonianza, dell’educatore professionale facilitatore sociale del gruppo A.M.A.: *Quelli che l’A.M.A.* di Parma: la storia di un facilitatore di gruppo.

Il gruppo di auto mutuo aiuto denominato *Quelli che l’A.M.A.* nasce su interessamento dello scrivente e di alcuni utenti del C.S.M. (Centro di Salute Mentale) di S. Polo di Torrile, all’interno della struttura stessa. L’occasione è un corso di formazione, della durata di tre giorni, a Trento nel 1999, dove invece del convegno tradizionale, abbiamo avuto, insieme ad altri operatori, utenti e familiari di altre realtà nazionali, la possibilità concreta di partecipare ad alcuni momenti formativi inerenti

questo nuovo approccio di autocura. In quella occasione ci venne mostrato come alcune patologie psichiche possono trovare risposte adeguate ed essere affrontate dal basso, coinvolgendo in modo attivo e responsabile le persone implicate. La cosa mi ha subito affascinato, e così pian piano, ho cominciato a frequentare regolarmente le proposte formative dell'associazione A.M.A. di Trento e a leggere un po' di letteratura sul tema.

Nell'Aprile del 2001 comincia il cammino di *Quelli che l'A.M.A.* di S. Polo di Torrile, un gruppo in fieri che assomiglia più ad un gruppo di conversazione che ad uno di auto aiuto vero e proprio. All'inizio c'è una grande confusione, tutti parlano contemporaneamente, si fatica a capire lo scopo del gruppo ed il senso degli incontri. Il mio doppio ruolo di facilitatore del gruppo ed educatore del Servizio, se da una parte è necessario per regolare le dinamiche comunicative, dall'altra è estremamente confusivo, sia per i membri, che per me stesso. Decidiamo per facilitare le interazioni fra i membri, di proporre alcune riunioni a tema, nell'intento di aiutare un po' tutti ad esprimere le proprie opinioni e vissuti, allo stesso tempo, contenere le smanie di protagonismo e mantenere la conversazione su livelli di comprensione accettabili, consci del fatto che saper comunicare è un apprendimento che ha bisogno di allenamento e di tempo per essere acquisito. Le riunioni a tema se da un lato hanno il difetto di limitare lo spazio di condivisione dell'esperienza, dall'altro ci riparano, è stato così in più occasioni, da svariate insidie, legate all'incapacità di governare le proprie emozioni e alla drammaticità di alcuni racconti. Durante alcuni incontri ho assistito a comunicazioni deliranti tra membri, a volte a pianti copiosi, ma a differenza del passato, non mi sono mai sentito in pericolo e soprattutto ho capito che anche il delirio è un tentativo di comunicare.

Qualche anno fa conobbi Ron Coleman, ex utente di un manicomio inglese e che grazie all'auto aiuto si è recuperato e a tutt'oggi lavora in questo campo come formatore. All'epoca dell'incontro gli chiesi: "Ma quando alcune persone continuano a delirare, come mi devo comportare?", lui mi rispose semplicemente così: "Non ti preoccupare Massimo, fra di loro si capiscono benissimo, l'unico che non capisce sei tu".

Di volta in volta in gruppo si affronta un argomento diverso, che a turno e comunque volontariamente, un membro decide in modo volontario di portare e sul quale in prima persona si impegna ad approfondire. Il gruppo è comunque un luogo aperto e libero, chiunque può intervenire se lo desidera e può andarsene quando vuole; l'unica regola che ci siamo dati, in linea con i principi dell'auto aiuto, è che non s'interrompe mai chi parla e si prende la parola a turno. È di fondamentale importanza assumere questa regola, ma è anche molto difficile, perché è proprio nell'ascolto e nella capacità di specchiarsi con l'altro, che si possono modificare le proprie idee, i comportamenti. Nel gruppo nessuno ha ragione e nessuno ha torto, vengono semplicemente raccontate delle esperienze di vita con le quali ci si può identificare e dalle quali si possono trarre degli insegnamenti. Ma il lavoro del gruppo non si esaurisce naturalmente con la riunione settimanale. In modo elettivo e democratico, ci siamo dotati di una struttura organizzativa di tipo orizzontale: c'è un segretario che si occupa di tenere un piccolo diario di gruppo, un file che viene regolarmente aggiornato dopo ogni riunione, di tenere collegamenti telefonici e di posta elettronica con gli altri gruppi del territorio regionale e nazionale, di contattare le persone che faticano ad aggregarsi, fare accoglienza ai nuovi partecipanti, allestire la stanza prima dell'incontro.

Tutti i mercoledì dalle 15.30 alle 17.00 ci incontriamo e tutti i giorni o quasi, ci teniamo in contatto telefonicamente. Parlare di problemi comuni, dividerli, ritrovarsi insieme, sono tutte cose che possono sortire nel tempo, degli effetti di riparazione dell'esperienza. Attraverso il racconto/confronto della propria vita, può nascere una nuova consapevolezza dell'esistenza, un significato più profondo che è la condizione necessaria per uscire dalla tentazione dell'ammalato cronico.

Mi piace pensare che il gruppo *Quelli che l'A.M.A.* di Parma, è così che si chiama il mio, sia una grande soglia di ristoro e di speranza, per tutti quelli che cercano ascolto e comprensione e che vogliono raccontare, raccontarsi un'altra storia.

Mi permetto di aggiungere una considerazione che ho piacevolmente condiviso durante una lezione universitaria: "Non esiste malattia mentale ma solo buone e cattive relazioni". Il motivo principale che mi ha portato a riportare le riflessioni sopraccitate, riguarda principalmente il fatto, che il sapere tout court, segue un processo dinamico e ricorsivo, che ha trame discontinue, per cui ogni nuovo input e/o sollecitazione, porta inevitabilmente a dover riconsiderare le opinioni pregresse, nonostante gli esseri umani abbiano la tendenza a pensare nei termini di come le cose dovrebbero essere, piuttosto che concentrarsi maggiormente su come sono. Non cerchiamo di cambiare ciò che viene tradizionalmente considerato psicopatologia, ma ci focalizziamo sulle conseguenze sociali e relazionali di ogni sintomo, di ogni segno aggiungo io. Poi c'è la mia storia professionale che è comunque anche personale, che in parte ho cercato di raccontare e che come ogni altra storia è sempre costruita e permanentemente condizionata dai pregiudizi personali sugli altri.

## Conclusioni

La presente tesi di laurea ha voluto mettere in luce i principali aspetti e caratteristiche dei gruppi A.M.A., sia in senso generale che in senso più prettamente psichiatrico. Quello che, in conclusione, emerge dal lavoro è il carattere positivo dell'esperienza di auto mutuo aiuto, questo sia per i partecipanti al gruppo che per gli operatori e facilitatori che lo promuovono e se ne occupano. Attraverso il gruppo A.M.A. gli individui possono parlare, esternare ed ascoltare varie tematiche, sapendo di non poter essere giudicati e di non giudicare nessun'altro. Nel gruppo si comprende l'importanza della reciprocità, dell'offrire l'aiuto e il sostegno necessario per determinate situazioni e problematiche, della posizione di parità con gli altri partecipanti e con il facilitatore stesso.

Nel lavoro viene descritta anche la figura del facilitatore sociale, il quale può essere un operatore, quindi esterno alle tematiche del gruppo ma che decide di supportarlo e di avviarlo, oppure un facilitatore naturale, cioè un partecipante del gruppo stesso che decide, volontariamente, di farsi carico degli aspetti più organizzativi e di supervisione. Uno degli aspetti da tenere in considerazione per quanto riguarda il tema del facilitatore sociale è quello della capacità di non assumere un ruolo di potere nei confronti degli altri partecipanti al gruppo: la relazione al suo interno deve essere alla pari in modo da permettere un clima più sereno e disponibile.

Nell'ambito dei gruppi A.M.A. per pazienti psichiatrici sono state evidenziate le principali tappe che ne hanno permesso la nascita e il successivo sviluppo e le principali finalità che li rendono degli strumenti di supporto o, in alcuni casi, di

alternativa agli interventi rivolti alla salute mentale. Con lo sviluppo dei gruppi A.M.A. psichiatrici il paziente migliora la propria autostima e comprende di essere una persona con delle idee, delle storie, delle vicende degne di essere raccontate agli altri. Si supera la condizione di isolamento e di stigmatizzazione del malato psichiatrico dandogli una posizione centrale e attiva nel processo di ricerca di soluzioni per la propria situazione.

Per quanto riguarda gli sviluppi futuri dell'auto mutuo aiuto è certo che questa prospettiva debba essere adottata maggiormente sul territorio italiano e debba essere considerata anche dagli operatori, tutt'oggi ancora scettici, come una nuova possibilità di aiuto e sostegno agli individui che presentano determinate problematiche o vicende quotidiane che possono essere condivise con altri e risultare, di conseguenza, meno opprimenti e fastidiose.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Parte di questa testimonianza a me consegnata è presente anche nel file scaricabile dall'indirizzo <http://www.leparoleritrovate.com/wp-content/uploads/2008/08/autoaiuto-tesi.doc>.

## Bibliografia

Babini, V. (2009) *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Bologna: Il Mulino.

CAMAP – Coordinamento Auto Mutuo Aiuto Piemonte (2012) *Auto Mutuo Aiuto: principi e prassi*. Torino.

Cazzaniga, E., Noventa, A., (2010) *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Milano-Monza Brianza, Edizioni AMA.

Cesario, S., Mariotti, F., Sani, D., (2001) *L'auto aiuto psichiatrico. I processi aspecifici nella psicoterapia*. Milano, Franco Angeli.

Focardi, F., Gori F., e Raspini, R., (2006) *I gruppi di auto-aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. CESVOT, Le briciole, n.8.

Gartner, A., Riessman, F., (1977), *Self-Help Revolution*. New York: Human Sciences Press.

Katz, A. H., Bender, E., (1976) *Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects*, Journal of Applied Behavioral Sciences, XII, 3.

Mattioli Corona M., (a cura di), *I gruppi di Auto Mutuo Aiuto: trasforma il disagio in risorsa*. Oderzo, A.I.T.Sa.M Onlus.

Tratto da [http://www.aitsam.it/public/pubblicazioni/Libro\\_AMA.pdf](http://www.aitsam.it/public/pubblicazioni/Libro_AMA.pdf).

Midili G., Frediani G.P., Monti P., Cerveri G., Mencacci C., (2015), Auto-aiuto: un percorso di salute mentale. Esiti quantitativi e qualitativi di un gruppo sperimentale in un centro Diurno per persone con disagio psicosociale. [File PDF]. *Psichiatria oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*, 2, pp. 39-55. Tratto da [http://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2015/12/PsichiatriaOggi\\_annoXXVIII\\_n2.pdf](http://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2015/12/PsichiatriaOggi_annoXXVIII_n2.pdf).

Noventa, A., (2008) *L'auto mutuo aiuto nella promozione della salute. L'organizzazione e lo sviluppo della realtà di auto-aiuto* in Guida all'Auto Mutuo Aiuto. CSV, Bergamo.

Noventa, A., (2008) *I gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche ed evoluzione* in Guida all'Auto Mutuo Aiuto. CSV, Bergamo.

Oliva, F., Croce, M., (2009) *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo*. Quaderni Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino (Pp. 129-136).

Pini, P., (1994) *Auto aiuto e salute mentale*. Firenze, Fondazione "Istituto Andrea Devoto".

Rotelli, F., (a cura di) (2016) *L'istituzione inventata: Almanacco Trieste, 1971-2010*. Merano.

Tognetti Bordogna, M., (a cura di) (2005) *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano, Franco Angeli.

Vanucchi, s., (2012) *Gruppi di auto-aiuto psichiatrico: verso la ricostruzione dell'identità*, Psicoanalisi Neo Freudiana, n.1, tratto da <http://www.ifefromm.it/rivista/2012-xx/1/>.

## Ulteriori riferimenti bibliografici

Bertoldi S., Vanzetta M. (2002) *I gruppi di auto mutuo aiuto e l'esperienza dell'associazione A.M.A Trento*. Trento, Associazione AMA.

Francescato, D., Leone, L., Traversi, M., (1998) *Oltre la psicoterapia. Percorsi innovativi di psicologia di comunità*. Roma, Carrocci. (Pp. 273-295).

Steinberg, Dominique, M., (2002) *I gruppi di auto/mutuo aiuto: guida per i facilitatori di gruppo*. Trento: Erickson.

## Sitografia

<http://www.leparoleritrovate.com/wp-content/uploads/2008/08/autoaiuto-tesi.doc>.

Amalo - Gruppi, *Amalo. Casa dell'auto mutuo aiuto*,

<http://www.amalo.it/gruppi/?pag=3&provincia=62&titolo=parma>.

Carta dei Servizi del Dipartimento (2012), *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, <http://www.ausl.pr.it/allegato.asp?ID=824751>.

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche in Salute Mentale/Dipendenze, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, <http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/default.aspx>.

Il nostro metodo, *Alcolisti anonimi*,

<https://www.alcolistianonimiitalia.it/modules.php?name=aa3-metodo>.

Mappatura nazionale. Mappatura dei gruppi A.M.A. in Italia, *Associazione A.M.A. - auto mutuo aiuto-*, <http://automutuoaiouto.herokuapp.com/mappatura-nazionale>.

Report di attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*, [http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report\\_attivita\\_dipartimento\\_assistenziale\\_integrato\\_salute.aspx](http://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report_attivita_dipartimento_assistenziale_integrato_salute.aspx).

Organizzazione Mondiale Sanità, *Ministero della Salute*, 6 ottobre 2017, [http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale](http://www.salute.gov.it/portale/rappportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale).

## Progetto Itaca Parma: l'Auto Mutuo Aiuto per i familiari<sup>42</sup>

di Sergio Di Fabbio

Nel modello di Progetto Itaca<sup>43</sup> il Gruppo di Auto Aiuto per familiari è composto da un massimo di 6/8 persone che hanno in comune l'esperienza del disagio psichico vissuta nel contesto familiare. Ai partecipanti viene richiesta assiduità: ci si riunisce ogni 15 giorni, per un'ora e mezzo, e il gruppo dura di norma due anni. La partecipazione è gratuita. Nel gruppo sono presenti due facilitatori, anch'essi familiari, che hanno svolto un percorso di formazione specifica e che frequentano corsi annuali di aggiornamento a cura di Fondazione Progetto Itaca Onlus.

Il primo Gruppo di Auto Aiuto per Familiari gestito da Progetto Itaca Parma è nato a settembre 2015: da allora si sono succeduti complessivamente 4 GAA, due dei quali attivi ancora oggi, coinvolgendo complessivamente una ventina di persone (alcune delle quali hanno partecipato a più di un gruppo).

A cosa "serve" un GAA? Per rispondere diamo idealmente la parola ai partecipanti del primo gruppo di Parma, riportando i risultati del breve questionario di valutazione distribuito loro dai facilitatori a conclusione del percorso<sup>44</sup>. La domanda era così formulata: *Cosa porti a casa dopo i due anni del gruppo? Ti sei sentita aiutata/o? In che cosa, in particolare? Pensi di essere cambiata/o rispetto a quando sei entrata/o in gruppo?*

*"In sintesi - rilevavano i facilitatori nella loro relazione – i risultati vertono su due punti: CONDIVISIONE/LIBERAZIONE: la possibilità di parlare di qualcosa che solitamente si tace a tutti, spesso anche agli affetti più intimi; di farlo con qualcuno "che ci è passato" o che, come noi, "ci sta passando"; di farlo in un ambiente di fiducia e rispetto reciproco. Il Gruppo è "un'ora d'aria", un momento "solo per me" in una giornata costellata di preoccupazioni e doveri di cura. Alla fine se ne esce "rinfrancati", ricaricati, quasi sempre si respira un'atmosfera di leggerezza d'animo e calore umano che aiuta a scrollarsi di dosso anche i sensi di colpa.*

*CONSAPEVOLEZZA/CAMBIAMENTO: la possibilità di "rileggere la propria storia nelle storie degli altri", acquisendo spesso una nuova prospettiva. "Parlare di noi*

---

<sup>42</sup>Tratto dalla Tesi di Laurea "I Gruppi di Auto Mutuo aiuto per familiari di persone affette da disturbi della salute mentale: l'esperienza dell'associazione Progetto Itaca Parma" di Sergio Di Fabbio, Università di Parma, Dipartimento di Giurisprudenza e Studi Politici e Internazionali, Corso di Laurea in Servizio Sociale, Anno accademico 2017-2018

<sup>43</sup>Progetto Itaca Onlus è una Fondazione che promuove programmi di informazione, prevenzione, supporto e riabilitazione rivolti a persone affette da disturbi della salute mentale e alle loro famiglie. Nata a Milano il 29 ottobre 1999 come associazione di volontari, è oggi presente in 12 città italiane, tra cui Parma, dove è stata fondata il 10 settembre 2013. Da allora, in stretta collaborazione e coordinamento con la Fondazione Progetto Itaca Onlus, offre gratuitamente servizi e iniziative di informazione, prevenzione, supporto e reinserimento dedicati alle persone con disturbi della salute mentale residenti nel parmense e alle loro famiglie. Per maggiori informazioni: [www.progettoitacaparma.org](http://www.progettoitacaparma.org)

<sup>44</sup>Relazione di Giorgio Michelotti e Ilaria Gandolfi (Facilitatori GAA per Familiari di Progetto Itaca Parma) all'incontro "Auto-Mutuo Aiuto e dintorni", tenutosi il 21 settembre 2017 alla Fattoria di Vigheffio (Parma) e organizzato dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma nell'ambito della rassegna "La Salute della Salute Mentale" - <https://bit.ly/2JuUe4B>

*“Mi ha aiutato il conoscere persone con familiari con patologie diverse, il confronto con loro mi ha fatto sentire meno sola ad affrontare la malattia di mia figlia”(intervista n°2)“Dopo un periodo di formazione presso l'associazione, l'esperienza dell'Auto Aiuto ha rappresentato il momento più forte di condivisione del problema. È il mio punto di riferimento. So di non essere più sola!”(intervista n°3)“Il gruppo è un'ora d'aria, in cui posso pensare solo a me, in cui posso permettermi di dire cose che non direi a nessun altro. Alla fine mi sento meglio”(intervista n°7)In alcune risposte, oltre all'elemento del conforto e della sconfitta della solitudine (che comunque è presente e quasi sempre il primo ad essere citato), emerge un secondo aspetto, l'acquisizione di una nuova consapevolezza: “Ascoltare le storie degli altri mi aiuta a diventare più consapevole di ciò che sta succedendo nella mia famiglia. Mi sento anche sollevata dalla grande solitudine in cui mi sentivo prima, perché della malattia di mio marito non potevo parlare praticamente con nessuno”(intervista n°6)La consapevolezza porta con sé maggiori “strumenti” da utilizzare per il coping, per il “far fronte” alla malattia, e qualche volta prelude al cambiamento: “Non ci si sente più soli ad affrontare un momento terribile. Emergono spesso spunti utili per cercare di migliorare le cose” (intervista n°5)“Non sono più sola. Il gruppo è un aiuto prezioso a cui fare riferimento quando le cose mi sfuggono di mano, e uno stimolo grandissimo ad affrontare le cose in modo costruttivo, a continuare a provare, a non accontentarsi di fare “lo struzzo”(intervista n°8)Talvolta, infine, i familiari raccontano che questa onda di cambiamento non interessa solo loro stessi, ma arriva a lambire anche la situazione della persona malata; una verità che, ovviamente, va sempre considerata attraverso il filtro delle loro parole“Condividere la mia esperienza mi ha portato grande conforto, e mi ha cambiata, perché attraverso il racconto degli altri ho capito cose che prima non avevo chiare. Credo di essere cambiata anche nel rapporto con mio marito e mi sembra che questo abbia contribuito a farlo stare meglio”(intervista n°4) parlando degli altri” e uscirne arricchiti, con una nuova consapevolezza e lucidità; con nuovi stimoli e nuove idee per provare a risolvere i problemi”.*

Questo quadro si rispecchia nella definizione del gruppo secondo il “Manuale dei Gruppi di Auto Aiuto per Familiari di Progetto Itaca”, destinato ai facilitatori: *“Il GAA è superamento della solitudine; incontro; conforto; comunicazione e confronto; ascolto senza giudizio; scambio emotivo; alleanza costruttiva e non recriminatoria; supporto nelle difficoltà; informazione”.*

Cosa invece NON è il GAA di Progetto Itaca? Il Manuale è molto chiaro a riguardo: il GAA non può e non deve essere una terapia di gruppo. Scrive Stefania Bottalico<sup>45</sup>, formatrice per i volontari dell'associazione, supervisore dei facilitatori dei GAA dei familiari di persone con disagio psichico e redattrice del Manuale: *“Nei GAA per familiari i membri fanno proprio quello che suggerisce il termine, ossia supportano gli altri membri e mostrano comprensione ed empatia attorno a esperienze condivise. Poiché ciascuno nel gruppo è pari all'altro, non vi è alcun esperto. Non esistono né il giusto né lo sbagliato. Ciascuno deve poter dire ciò che sente o pensa ed essere accettato dal gruppo”.*

Se nel gruppo terapeutico il professionista analizza e interpreta il comportamento del gruppo con l'obiettivo di stimolare il cambiamento interpersonale, nei GAA per

---

<sup>45</sup>Bottalico S., *Nuovo manuale dei gruppi di auto aiuto per familiari di progetto Itaca*, Fondazione Progetto Itaca Onlus, Milano, 2015, p. 7.

familiari “...si dà supporto mostrando comprensione ed empatia. Si condividono le esperienze comuni. Si risolvono problemi grazie alla saggezza combinata dei membri del gruppo. Si festeggiano i momenti belli, si cerca di “esserci” nei momenti bui (...) Si ricorda: non si fa terapia nei GAA per familiari!”

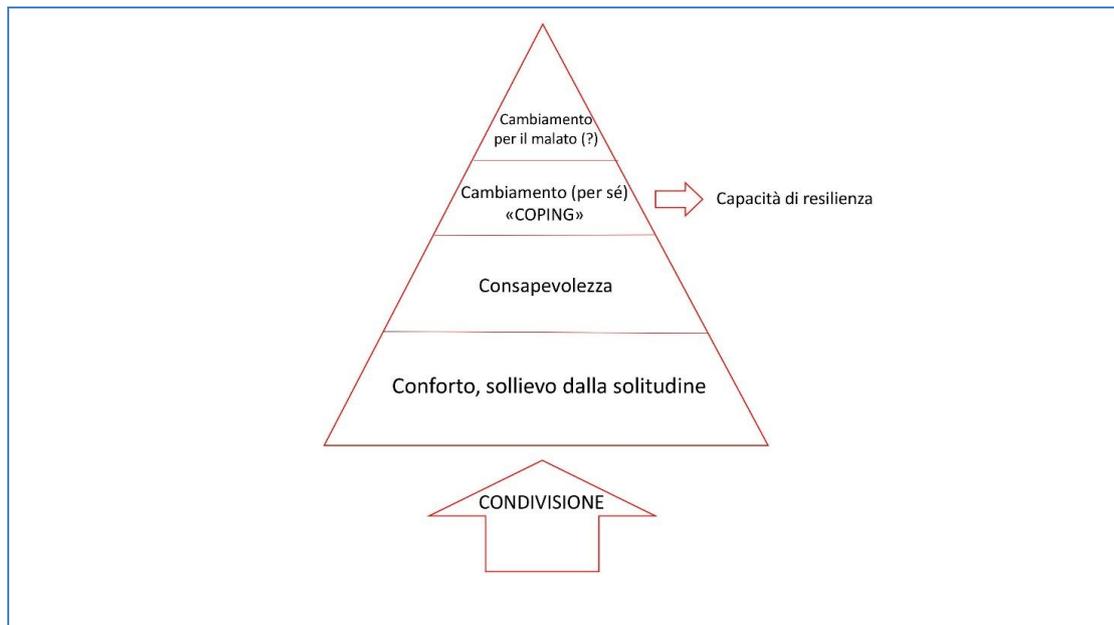
Un secondo questionario è stato sottoposto nell’ambito della mia tesi di laurea, ad aprile 2018, ai membri del secondo gruppo attivo a Parma, con l’obiettivo di dare una risposta alla seguente domanda: il GAA rappresenta uno strumento di sostegno realmente utile per i familiari di persone con malattia mentale che lo frequentano? Le interviste, assolutamente anonime, sono state consegnate al gruppo da uno dei facilitatori, cui è stato chiesto di spiegare brevemente contesto e finalità della ricerca. Il cartaceo è stato raccolto poi dallo stesso facilitatore nell’incontro successivo (due settimane dopo), con l’assicurazione che, una volta completato il lavoro, i risultati dell’intervista sarebbero stati restituiti al gruppo.

Il questionario è stato consegnato a 10 membri del gruppo; 8 di loro hanno restituito il cartaceo nell’incontro successivo. Tra queste 8 persone, 7 sono risultate essere di sesso femminile, solo una maschile (composizione confermata in tutti i GAA di Parma, tanto da spingere a rilevare, nel genere femminile, una maggiore propensione a considerare il GAA come una risorsa). L’età degli intervistati è compresa tra i 38 e i 70 (con una media piuttosto alta, pari a 52 anni); in 5 casi il familiare affetto da malattia mentale è il figlio/la figlia, in 2 si tratta del coniuge, solo in un caso è la sorella/il fratello del membro del gruppo.

Quanto al titolo di studio, quattro dei partecipanti sono laureati, tre diplomati, uno ha la licenza media.

Infine, tre membri frequentano il GAA da settembre 2014 e quattro da settembre 2017; tutti sono approdati al GAA dopo il corso “Famiglia a Famiglia”, che rappresenta la porta principale attraverso la quale i familiari entrano in contatto con l’associazione.

Venendo alla parte più saliente del questionario, tutti gli intervistati si dicono soddisfatti dell’esperienza (nel dettaglio, 7 di loro lo sono “moltissimo”, 1 “molto”) e tutti la consiglierebbero ad altri. Per quale ragione? L’elemento comune a tutte le 8 risposte alla domanda “**Come l’ha aiutata questa esperienza?**” è il senso di conforto che nasce dalla capacità del gruppo di attenuare la solitudine: “*Trovare persone che conoscono il dolore di questa esperienza. Condividere i dubbi e le scelte. Avere un ascolto non giudicante o colpevolizzante. Sentirsi meno soli in questa terribile e travolgente bufera*”(intervista n°1)



*Questionario al GAA di Progetto Itaca Parma 2017-18: “Come l’ha aiutata questa esperienza?” – Sintesi delle risposte*

Degli otto partecipanti al gruppo solo tre, invece, hanno risposto alla domanda **“Cosa potrebbe essere migliorato?”**. Le prime due risposte riflettono la situazione peculiare di Parma, in cui il numero di membri che componevano il gruppo superava di due unità il limite massimo fissato dal Manuale di Progetto Itaca. *“Siamo in tanti, a volte è difficile riuscire a parlare con la calma necessaria”*(intervista n°5) *“Il gruppo non dovrebbe essere troppo numeroso per poter avere più possibilità di ascolto”*(intervista n°1)

La terza rileva un aspetto cruciale, che rappresenta un’arma a doppio taglio: *“A volte sentire i racconti degli altri ti fa rivivere esperienze molto dolorose o ti fa guardare in faccia le tue paure più terribili per il futuro. Forse però anche questo è utile...”*(intervista n°7)

La natura stessa del gruppo fa sì che la speranza di un membro diventi la speranza di tutti (es: un membro racconta un cambiamento positivo della propria situazione; gli altri rivedono nella sua storia un possibile “lieto fine” per la loro), ma anche che la sofferenza o la disperazione di un membro diventi quella di tutti. Siamo nel campo delle “patate bollenti” (es: suicidio, TSO o altro evento molto traumatico che ha coinvolto il familiare di chi parla), in cui diventa determinante la capacità dei facilitatori di utilizzare gli strumenti a propria disposizione per mantenere il gruppo vicino a uno dei Principi di Supporto dell’Associazione: *“Non abbandoneremo mai la speranza!”*

## **“I filosofi dell’aria”. Gruppo di auto mutuo aiuto di Cabiria**

Mirco Deriva

Dopo un periodo di formazione che ci ha visti attivi e partecipi in una serie di incontri, svoltisi nel febbraio 2007 in collaborazione con il dipartimento di salute mentale (D.S.M.) di Parma e nel 2008 con il dipartimento di salute mentale di Trento (di primo e secondo livello come facilitatori di gruppi a.m.a ), si è deciso di procedere con l’attivazione di un gruppo di auto mutuo aiuto nella nostra sede nel marzo 2007.

Nella progettazione del gruppo abbiamo proceduto mantenendo i contatti e creando una collaborazione con i CSM di riferimento , Parma est e Parma ovest ; da questa iniziale sinergia si crea la situazione di partenza ; successivamente abbiamo deciso di rivolgerci anche al di fuori dei servizi cercando di intercettare parti della società sensibili a questo tipo di percorsi, o persone interessate alla pratica come anche volontari e cittadinanza attiva.

Dopo un passaggio con i medici di riferimento e le persone interessate si è proceduto all’attivazione di un gruppo A.M.A.

Ci incontriamo da sempre al sabato mattina presso la sede della cooperativa in via Minozzi 10 Parma, dalle 10 per un caffè insieme e dalle 10,30 fino alle 12 per il gruppo ama.

Offriamo oltretutto la possibilità a persone scettiche nei confronti dell'ambito salute mentale o con consapevolezza non ancora mature su un accettazione della propria situazione, **un posto non connotato**, che apre a una normalità di incontro spesso apprezzata o condizione indispensabile per alcuni.

### **L’Auto Aiuto**

La condizione di chi vive un profondo malessere, qualsiasi sia la propria natura, è inevitabilmente totalizzante e invasiva al punto di riempire la vita quotidiana per intero.

**Tra i vari processi volti al sostegno, al reinserimento alla riabilitazione ed all’autonomia, con l’obbiettivo di gestire personalmente le proprie problematiche, quello delle dinamiche dei gruppi A.M.A. ci è sembrato un tassello fondamentale del nostro impegno sociale;** il lavoro sociale dovrebbe secondo noi, riuscire a stimolare le energie, le competenze/esperienze degli stessi soggetti portatori di un problema e parallelamente alla rete informale.

I gruppi ci sembra svolgano un ruolo catalizzatore e liberatore di risorse esistenti seppur compresse/compromesse o bloccate e si pongono come un particolare segmento della rete complessiva di servizi a disposizione della Comunità.

Chi sceglie di far parte di un gruppo a.m.a. trova un luogo dove affrontare le proprie difficoltà, dove portare liberamente il proprio vissuto con la consapevolezza che esso verrà ascoltato senza giudizio alcuno ma in quanto tale . Lo scopo essenziale del gruppo di auto mutuo aiuto è di dare, a persone che vivono situazioni simili , l’opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l’uno all’altro come affrontare i problemi comuni. Si trasforma nella pratica in un reale sostegno

emotivo. All'intero del gruppo ogni sforzo individuale teso alla risoluzione di un proprio problema diventa contemporaneamente sforzo per risolvere un problema comune.

Ciascuno riceve aiuto e contemporaneamente dà aiuto. Si verifica talvolta una sorta di effetto per cui chi dà aiuto in realtà ne riceve e chi cerca di modificare una persona, in realtà lavora su se stesso nel rapporto con l'altro.

I valori che da sempre ispirano l'auto mutuo aiuto sono:

**-Gratuità** degli incontri settimanali.

-il **Legame e il senso di appartenenza** che si crea tra i partecipanti è una grande risorsa per il gruppo. si sono create negli anni forti sinergie che si sono consolidate fuori dal gruppo stesso; ci hanno permesso ( appunto perché risorse ) di organizzare nel corso di questi 13 anni diverse occasioni per stare insieme al di fuori del contesto ama. Gite, momenti di socializzazione , pranzi o cene , momenti ludico/ricreativi.

In diverse occasioni, negli anni trascorsi, siamo riusciti anche ad organizzare brevi soggiorni di 3 /4 giorni per più occasioni risultando un modo per condividere momenti insieme.

**-Condivisione e confronto** delle argomentazioni di comune interesse. Lo scambio di opinioni e il confronto di idee favoriscono la possibilità che ognuno possa ristrutturare il proprio pensiero, rivedere il proprio modo di porsi nei confronti dell'argomento in discussione ed avere un ventaglio più ampio di possibilità per affrontare le proprie problematiche.

**-Supporto** nell'affrontare problematiche lavorative e abitative ( gli attuali partecipanti sono tutti occupati, in forme diverse , in ambito lavorativo e tutte abitano da sole o con familiari.).

**-Fiducia;** tutti hanno la consapevolezza che ciò che verrà detto o raccontato per nessun motivo sarà riportato all'esterno mettendo chiunque nella possibilità di aprirsi liberamente e serenamente.

**-Rispetto ;**tutte le testimonianze hanno sempre e comunque la stessa dignità .

**-Ascolto.**

Per comprendere realmente il vero significato dei valori fondanti occorre scendere nella pratica settimanale, viverla, esperirla e afferrare il vero significato della parola Ascolto , rispetto , fiducia, ma soprattutto il NON giudizio . Il pilastro fondante .

**Il ruolo professionale, l'auto mutuo aiuto come formazione per l'operatore.**

Ci siamo resi conto da subito di come fosse delicato il ruolo di facilitatore , di come non si dovesse assolutamente rivestire tale compito nei panni dell'educatore che consiglia o dice quello che andrebbe fatto, dà opinioni, senza accorgersene talvolta velati giudizi . Né tanto meno un' alternanza dei ruoli.

Il ribaltamento del concetto di persona e di espressione della stessa , **non più solo portatrice di un problema, ma finalmente risorsa: per se , per gli altri;** Il capovolgimento delle esperienze personali , magari negative che insegnano e ci

insegnano come affrontare problemi, criticità, crisi; ciò in un'ottica diversa e rivoluzionaria a livello professionale e nel lavoro educativo quotidiano, progettuale, individualizzato.

Abbiamo esperito che, cambiando l'ottica sulla persona, nascono soluzioni, ci si interessa a lei con un'altra modalità, un raggio d'azione e di pensiero differente e più utile all'obiettivo.

Pertanto la pratica dell'a.m.a. insegna tanto a livello personale e completa regalandoci un approccio nuovo nella sfera professionale dell'educatore.

Una frase in merito, che a distanza di tanti anni ancora mi gira per la testa è di una persona che dopo aver raccontato una situazione delicata aggiunge: “ma io questa cosa al mio operatore non gliel'ho mai detta e non gliela dico mica!!”. Subito la riflessione: “ma quante cose le persone non ci dicono solo perché siamo operatori?” o forse per come esercitiamo il nostro ruolo. Mi ha colpito molto e rimane per me un monito costante.

### **La pratica negli anni.**

Dal marzo 2007 al 2020 gli incontri sono stati sempre regolari, raramente ci siamo trovati in condizione di sospendere o di non vederci per l'incontro stabilito.

Da subito, abitudine consolidata, abbiamo deciso per il periodo estivo di non sospendere gli incontri, e di vedersi all'aria aperta, al Parco Ducale di Parma.

Cogliendone un aspetto ulteriore di sensibilizzazione rispetto a chi, di fianco a noi, incuriosito cercava di capire chi eravamo, cosa stavamo facendo, ma soprattutto capire che tutto sommato avrebbe fatto piacere esserci, in una situazione dove si viene ascoltati.

La società attuale non facilita naturalmente questi aspetti, quando abbiamo problemi o questioni poco piacevoli da raccontare o per le quali sfogarsi, solitamente chi abbiamo intorno si allontana, non ne ha voglia, si resta soli.

Possiamo pertanto contare **45 incontri annuali** ca.

Nel corso di questi anni da un conteggio complessivo si è raggiunto un bacino di circa **50/55 persone** che per periodi vari hanno frequentato il contesto gruppo. Alcuni per molti anni di seguito.

Abbiamo partecipato e collaborato per 5 anni circa con il tavolo provinciale dell'auto mutuo aiuto, con il quale abbiamo partecipato all'organizzazione di **tre eventi pubblici sul tema**, dando testimonianza.

Abbiamo partecipato a percorsi formativi per operatori volti all'attivazione di nuovi gruppi a.m.a., portando la nostra piccola esperienza e le nostre considerazioni, collaborazioni dove gli **utenti** diventano i **formatori per esperienza**.

Abbiamo organizzato **tre esperienze di atelier creativi** sul tema auto mutuo aiuto e due incontri di confronto a tema di intergruppi.

## **Voci dal gruppo: interviste**

### **Intervista a M. facilitatore .**

#### **Qual è secondo te lo scopo essenziale e/o obiettivo del gruppo A.M.A.?**

La necessità di creare uno spazio sociale nel quale i membri si sentano ascoltati.

#### **Cosa credi si aspettino da voi operatori le persone che partecipano ad un gruppo A.M.A.?**

Il ruolo di un operatore all'interno di un gruppo A.M.A. è molto delicato : alcuni membri si aspettano di trovare una soluzione pratica al loro problema data la nostra presenza alle riunioni. Il nostro compito è quello di trasformare questo genere di aspettative lasciando intendere che la nostra funzione non è quella di risolvere il problema ma di facilitare la conversazione e quando si crea l'opportunità mettersi in gioco in prima persona.

#### **Quali sono le problematiche che emergono all'interno del gruppo?**

Le riunioni non partono da argomenti prestabiliti, e ciò porta da un lato ad avere una visione a tutto tondo della situazione dei membri, dall'altro ad avere un gruppo poco strutturato; a considerare gli incontri come una forma di lavoro, e/o un mondo a parte; ma la maggior problematica che ci trovano ad affrontare è il sentirci divisi tra due ruoli contrastanti: operatori, e quindi referenti dei comportamenti dei membri e possibili loro guide, e facilitatori cioè semplici osservatori degli stessi.

### **Intervista a E. facilitatrice.**

#### **Quali sono i valori promossi nel gruppo A.M.A.?**

I valori promossi da tutti i gruppi di auto mutuo aiuto sono: ascolto, condivisione, sostegno reciproco, comprensione.

#### **Quali sono gli obiettivi del gruppo i Filosofi dell'Aria?**

Innanzitutto, trovare e/o individuare un facilitatore interno al gruppo stesso; evitare che la figura dell'operatore prevarichi su quella del facilitatore; evitare che la partecipazione al gruppo venga considerata e affrontata come un lavoro; inoltre ognuno vi partecipa nella speranza di raggiungere obiettivi personali.

#### **Si sono create delle sinergie all'interno del gruppo i Filosofi dell'Aria?**

Il gruppo nel corso del tempo ha vissuto molti cambiamenti e si è arricchito di svariate esperienze personali, fino ad arrivare allo sdoganamento dell'incontro settimanale che, per alcuni membri, si è trasformato in un rapporto di amicizia. I viaggi organizzati per festeggiare insieme il capodanno e il ponte di Pasqua sono indice delle forti sinergie create tra i membri del gruppo , gli operatori e alcuni ospiti del gruppo appartamento Cabiria.

### **Intervista ad A.**

### **Cos'è per te un gruppo A.M.A.?**

E' un modo di recuperare se stessi attraverso il confronto con persone adulte che hanno vissuto esperienze analoghe alla mia. Non si deve partecipare ad una riunione con la stessa leggerezza con cui si partecipa ad una conversazione, poiché quello che si sta facendo è importante, si parla di argomenti delicati. Un gruppo A.M.A. è un completamento ad un iter spirituale che porta verso la cosiddetta "guarigione".

### **Cosa ti aspetti dalla partecipazione al un gruppo A.M.A.?**

Di migliorare la mia condizione psicologica e dissipare le nebbie della mia depressione per poter tornare a vedere un cielo azzurro anziché velato da una coltre di grigiore.

### **Quali sono le problematiche che riscontri all'interno del gruppo?**

Innanzitutto le persone che smettono di venire agli incontri, non riesco proprio a capirle, e poi le persone che non parlano quasi mai, poiché così non troveranno mai un confronto e non riusciranno ad esprimere il proprio turbamento e disagio interiore.

### **Qual è il tuo impegno all'interno del gruppo?**

Credo di dare sempre il meglio, rifletto molto prima di intervenire cercando di usare e/o trovare le parole più adatte, in quanto ogni parola ha il suo peso. Il mio impegno è totale, il sabato mattina si va là come se si stesse andando a lavorare; ci tengo e credo molto in questo gruppo.

### **Qual è il tuo obiettivo ?**

Non ho un obiettivo preciso ed esplicito, spero di conoscere persone con patologie e problematiche simili alla mia.

### **Quali valori vengono promossi all'interno del gruppo?**

Il valore più importante è quello dell'amicizia che nasce dal confronto tra persone che narrano le loro esperienze, perché la sofferenza insegna a diventare amici.

Un altro valore è quello di risorgere spiritualmente per tornare ad amare la vita; la vita è una grande avventura, bisogna adattarsi ad affrontarla anche se i risvegli non sono buoni, i soldi sono pochi, la depressione o il panico sono galoppanti. Amare la vita è il valore massimo che ti insegna un gruppo A.M.A. perché confronti la tua sofferenza con quella degli altri e capisci che forse, se ci si mette insieme, si può saltarne fuori più facilmente che non da soli.

### **Intervista ad alcuni membri.**

#### **Che cosa ti ha dato la partecipazione al gruppo di auto mutuo aiuto?**

**E.**

Ho imparato a ragionare di più, confrontandomi con gli altri ho imparato a ragionare sulle cose e non buttarmi senza pensare, ho capito anche di più la mia esperienza.

Anche perché il gruppo è iniziato in modo leggero, ritrovandoci al parco ducale sembrava più un gruppo di amici che una cosa professionale (come ora in cooperativa).

Ho imparato a ragionare anche successivamente sulle cose, rivedendole e rivalutandole, come facciamo anche al gruppo il sabato su quanto accaduto in settimana.

Tante volte si capiscono anche di più le persone.

Ho imparato a essere più tollerante, e che ognuno ha le sue esperienze.

**A.**

E' stato bello, ho conosciuto nuove persone e nuovi amici, ogni tanto si esce per una pizza o per qualche viaggetto

[gli chiedo se lo ha aiutato nell'affrontare i suoi problemi e nel parlarne] non ho tanti problemi di cui parlare , è che mi sento un po' solo e il gruppo mi aiuta a non sentirmi solo e passo il sabato.

**P.**

Ho condiviso con altri i miei problemi, mi aiuta a capire meglio quello che ho e ad andare avanti durante la settimana.

Mi ha portato a fare nuove amicizie ed uscire di più.

### **Conclusioni provvisorie**

Consapevoli dell'utilità di tale strumento, rimarremo agganciati a questa pratica per ancora lungo tempo, fino a quando ci renderemo conto che anche solo una persona ne trae giovamento , diretto o indiretto, allora cercheremo di esserci.

## **“Autoscuola”, progetto di percorso formativo (2014-2020)**

Vincenzo Scalfari e Vanja Buzzini

L’esperienza che chiamiamo ironicamente “Autoscuola” nasce nel 2014 all’interno della Cooperativa sociale Avalon. Più che un’esperienza di auto-aiuto, vorrebbe essere un’esperienza formativa, anche se l’auto-aiuto c’entra molto sia nella convinzione dei partecipanti sull’alto valore dello stare insieme e del collaborare per un obiettivo, che per i contenuti del lavoro formativo, molto spesso incentrati sui temi del rapporto e delle relazioni.

### **Il valore della formazione degli utenti**

Nell’ambito della riabilitazione psicosociale gli interventi tendono primariamente a fornire garanzie rispetto alla vita materiale e sociale, soprattutto al lavoro, alla casa e all’uso ricreativo del tempo libero. Tende invece a restare in secondo piano la questione delle competenze espressive e linguistiche, forse perché non considerate un bene primario o perché considerate incluse automaticamente nell’offerta principale. La novità dell’Autoscuola è, invece, di considerare l’attività formativa un bene con un suo specifico valore, da perseguire con mezzi specifici – come d’altra parte viene sempre più propagandato dai mezzi di comunicazione, in riferimento ai fattori in grado di accompagnare il progresso sociale, con l’uso frequente di slogan tipo “la cultura ci salverà”.

In verità, l’esperienza degli ultimi decenni nei paesi con sistemi di welfare più evoluti ha cercato di garantire un percorso scolastico anche alle persone con disabilità psicofisiche, inserendole nelle scuole normali. E vi sono poi varie esperienze fuori dai percorsi canonici, come la formazione per gli adulti (le scuole serali), il diritto alla formazione autogestita dai lavoratori nelle ormai storiche “150 ore”, la scuola per i detenuti, l’alfabetizzazione degli immigrati, i maestri di strada. Ma anche le Università popolari, le Università per gli anziani, ecc. Si è fatta strada l’idea che la scuola possa essere un po’ dappertutto, e che per essere “scuola” non sia sempre necessario il percorso istituzionale ufficiale; e anzi le istituzioni scolastiche più avvertite e sensibili sono sempre più permeate da esperienze e “fonti” formative non tradizionali.

C’è poi da considerare la storica polarità politico-culturale tra una concezione del percorso formativo strettamente finalizzato al lavoro e una che valorizza la dimensione dell’istruzione come diritto alla conoscenza e al sapere.

Il nostro progetto si pone all’interno della seconda opzione e si rivolge ad un target di persone che per vari motivi hanno difficoltà ad accedere a percorsi formativi e possono quindi trarre vantaggio da esperienze finalizzate all’empowerment culturale. E’ ormai ampiamente provato che le attività formative, nella misura in cui impegnano la capacità di apprendimento (come capacità cognitiva, emozionale e affettiva) e le funzioni relazionali, siano un forte fattore di protezione e di crescita globale, in particolare per persone che presentano particolari difficoltà di adattamento e di integrazione nella vita sociale (da uno studio ormai storico risulta che il tasso di mortalità infantile è inversamente proporzionale al grado di istruzione delle madri).

## Il sistema di welfare come potere “relazionale”

Venendo allo specifico della nostra esperienza e del gruppo di persone coinvolte, l'ambito dentro il quale ci muoviamo è evidentemente il sistema di welfare, in particolare il sistema sanitario e, all'interno di questo, i servizi di salute mentale.

Il sistema di welfare, come realizzato nei Paesi sviluppati nei tempi moderni, è una delle grandi conquiste di civiltà della storia umana. La sua importanza sociale è tale da essere per molta parte identificato con lo Stato, sicuramente ne è una delle funzioni più importanti. Il motivo di tale importanza deriva dal fatto di essere l'istituzione deputata a soddisfare i bisogni primari della persona, in particolare il bisogno di salute. E' quindi logico e comprensibile che, oltre a erogare servizi e prestazioni, il sistema di welfare trasmetta anche norme, valori, modelli di vita; spesso assume connotati paternalistici, a volte autoritari, ponendosi come istituzione che sta “sopra” al cittadino. D'altra parte, sappiamo bene che fin dalle origini, tra Seicento e Settecento, i sistemi di welfare sono nati non solo per aiutare le persone in difficoltà ma anche per orientarle e controllarle.

Il welfare, quindi, si presenta come un potere, inteso come potere normativo, per cui attraverso le sue procedure e le sue azioni regola, orienta, indirizza, partecipa alla costruzione e al mantenimento dei valori sociali e morali; e trattandosi di un potere che si esercita sul pensiero, si esprime come discorso; quindi il welfare, oltre che sistema assistenziale, è un potere che si esprime come discorso che agisce sui comportamenti e sul pensiero; e influenza ed è influenzato dai modelli culturali correnti.

Ne abbiamo tanti esempi, buoni e cattivi, dalla bonaria figura del vecchio medico di famiglia alle azioni addirittura penalmente rilevanti e agli abusi, come spesso apprendiamo dalle cronache. E anche negli stili e nelle azioni educative e riabilitative dei servizi di salute mentale spesso troviamo insieme stimoli per il recupero di funzioni importanti per la sopravvivenza individuale ma anche trasmissione “up-down” di principi, regole di vita: l'attitudine a sostituirsi agli utenti, a sapere cosa è giusto per loro, qual è il pensiero corretto, quali sono le parole giuste; e questo si associa al fatto che i nostri utenti in genere usano poche, a volte pochissime parole, soffrono di una carenza di discorso, soprattutto di discorso autonomo, autoprodotta. Possiamo quindi riconoscere che anche nei nostri servizi si fa esperienza di un sistema di welfare che detiene la titolarità delle norme, dei modelli di vita e dei discorsi, ovviamente non solo per una scelta autoritaria da parte degli operatori e dei servizi ma anche per la natura stessa del disturbo mentale.

La situazione dell'utente dei servizi di salute mentale non differisce da quella di tutti gli altri utenti dei servizi del welfare, tranne che per una cosa. Si tratta del fatto che il problema per il quale l'utente della s.m. viene assistito è un disturbo del pensiero, la sua malattia consiste fondamentalmente nel cattivo funzionamento del pensiero e delle relazioni con gli altri. Ma la funzione del pensiero e le relazioni affettive sono anche gli strumenti necessari all'attività formativa e in genere all'attività culturale. Di conseguenza, se è così, siamo indotti a pensare che nell'utente della s.m. sono disturbate, forse impedito, le attività di apprendimento e tutto quello che concerne e rende possibile una normale vita culturale, intesa sia come consumo che come produzione. Forse per questo, quando parliamo di riabilitazione psico-sociale come restituzione dei diritti basilari e universali, ci riferiamo al habitat, al reddito, al lavoro, alla vita affettiva e di relazione, al tempo libero; ma non inseriamo il diritto alla vita

intellettuale e culturale, intesa sia come attività sociale che come soddisfazione e gratificazione derivante dalla percezione di essere portatori di un pensiero autonomo, di un discorso.

Ma per fortuna il welfare è anche un mondo dinamico, pieno di vari saperi e di varie relazioni, dove le gerarchie istituzionali, sociali e culturali possono contare meno delle esperienze e delle storie reali. Ed è nostra convinzione che uno degli strumenti che possono maggiormente limitare il rischio di un welfare troppo normativo e autoritario è l'inclusione della promozione culturale negli obiettivi strategici, nei modelli operativi e nelle azioni concrete del sistema di welfare, come forte veicolo di soggettività.

Il progetto "Autoscuola" vuole provare a sperimentare un modello ove prevalga la componente autenticamente emancipatoria e non quella assistenzialistica. Gli utenti della SM in gran parte sono drop-out della scuola pubblica e in genere non pensano proprio a percorsi di ri-scolarizzazione; e per tanti motivi difficilmente frequentano la dimensione culturale. Noi li invitiamo a non identificarsi come "pazienti" ma come gruppo di persone desiderose di accedere e frequentare percorsi formativi, percorsi di conoscenza, percorsi culturali. Facciamo una specie di scuola, che è il luogo formativo per eccellenza; giochiamo a fare la scuola, che non è una vera scuola ma ha obiettivi molto simili alla scuola vera. E studiamo e lavoriamo come una scuola vera, dove "la cultura" diventa un oggetto transizionale secondo il modello di Winnicott; la cultura come gioco, mimesi di qualcosa d'altro, come l'orsacchiotto di peluche che sostituisce un oggetto d'amore precedente ma è amato veramente per quello che è nella realtà presente.

### **L'Autoscuola**

Dai principi esposti nei paragrafi precedenti è nata l'"Autoscuola":

- il gruppo degli utenti è composto da una decina di persone, prevalentemente con storie psichiatriche
- il setting è strutturato formalmente come una scuola, anche se funziona solo per tre ore alla settimana
- la scelta degli argomenti è concordata con gli utenti;
- la conduzione è affidata a due operatori, uno dei quali con esperienza e competenza in conduzione di gruppi
- il metodo di conduzione è di tipo "maieutico", presupponendo un sapere già presente, quindi si dà uguale importanza alle nozioni "ufficiali" e a quelle in possesso degli utenti (che quindi apprendono e insegnano)
- a volte somiglia a una scuola, a volte a una terapia di gruppo; si crea quindi una polarità dinamica tra setting scolastico (finalizzato a creare le migliori condizioni per arricchire il bagaglio culturale degli utenti) e setting terapeutico (finalizzato a creare le migliori condizioni per arricchire la conoscenza di sé come singolo e in relazione con gli altri), resi compatibili (1) dalla comune finalità conoscitiva, quindi dall'importanza della funzione simbolico-espressiva (lingua e parola) e (2)

dall'importanza del sistema affettivo-relazionale, rappresentato in vivo dal gruppo al lavoro.

Di seguito riportiamo una sommaria lista dei più importanti argomenti trattati: amore, denaro, paure, fissazioni e disagio psichico, le leggi, dare aiuto/ricevere aiuto (reciprocità), lettura di "Lessico familiare"; motivazioni, desideri, obiettivi; rubare e altre esperienze al limite; visione di film; visite a mostre e al Comune di PR; differenza tra esprimersi e comunicare; i simboli; le istituzioni sociali come la famiglia; cosa abbiamo in comune nel nostro gruppo; il comportamento dei cani; altri argomenti sparsi.

Il principio operativo che dovrebbe guidare e qualificare le varie attività è quello dell'autoproduzione (da cui il nome ironico di "Autoscuola"), intesa come produzione autonoma da parte degli utenti sia dei contenuti da elaborare che delle modalità di produzione.

L'obiettivo interno è che chi partecipa all'esperienza riconosca l'importanza di disporre di risorse immateriali e di poterle arricchire e si riconosca come produttore di contenuti culturali (con effetto di critica e diminuzione dell'auto-stigma). L'obiettivo esterno è di affermare una presenza sociale del gruppo, cercando di sperimentare partnership con agenzie formative ufficiali per scambiare esperienze e produrre insieme materiale formativo. Prima del Covid, tra l'autunno del 2019 e l'inverno del 2020 si sono realizzate una decina lezioni in comune con una classe del Liceo "Sanvitale", di cui riportiamo alcuni brani della sintesi finale:

"La Classe "V H" ha accettato di lavorare insieme a noi su un progetto che avevamo in corso per l'anno scolastico 2019-20, cioè produrre un documento abbastanza dettagliato per la *costituzione di un Centro Culturale*. Il documento fin qui elaborato contiene tutto il materiale necessario ma il lavoro per la stesura finale ha dovuto interrompersi causa Covid.

Dopo alcuni incontri preliminari in plenaria, la Classe ha proposto opportunamente di proseguire lavorando in piccoli gruppi e questo ha dato molto slancio e molta efficacia ai lavori, soprattutto perché ha facilitato la conoscenza e il rapporto personale tra le due componenti.

Da un confronto successivo all'interruzione con il solo gruppo-Avalon, sono emersi con chiarezza alcuni punti:

*il clima relazionale* - l'esperienza dell'incontro è stata elaborata molto positivamente, è stato molto apprezzato il clima affettivo di vicinanza, confidenza e spontaneità;

*le differenze* - la positività del clima relazionale non ha impedito comunque di registrare quello che è stato definito "il dislivello" tra i due gruppi, una differenza di "status", si direbbe "oggettiva", e difficile da negare, data la realtà della differente condizione di partenza dei due gruppi. Possiamo comunque considerare molto positivo che tale differente condizione sia stata registrata ed espressa. D'altra parte, un paio di utenti hanno interrotto anzitempo l'esperienza e abbiamo motivo di ritenere, anche se non ne abbiamo la certezza, che non abbiano tollerato proprio il confronto con una realtà che li conferma nella loro diversità;

*il lavoro culturale* – c'è stata una partecipazione molto soddisfacente del gruppo Avalon al lavoro con la Classe, sia sul piano dell'attenzione che su quello della qualità dei contributi; tuttavia in sede di commento è stata rilevata una notevole difficoltà operativa e un notevole sforzo intellettuale. Ma anche queste considerazioni, essendo molto realistiche, vanno ascritte ai risultati positivi.

Da alcune testimonianze scritte da parte delle studentesse dopo l'interruzione dei lavori, e che ovviamente entrano a far parte del nostro comune patrimonio, viene confermato anche da parte loro un sincero gradimento dell'esperienza, soprattutto come esperienza umana e di apertura su una realtà fino ad allora poco conosciuta. Da parte nostra, abbiamo potuto verificare le loro notevoli e non scontate qualità relazionali e la padronanza degli strumenti linguistici e comunicativi (inclusi ovviamente quelli informatici). E anche se può risultare poco scientifico, disponiamo di varie istantanee fotografiche che rappresentano molto bene il piacevole clima affettivo che si era creato durante gli incontri.

Alcune considerazioni finali, ancora da affinare ed elaborare.

1. E' stata confermata l'importanza basilare dei *fattori affettivi e relazionali* nel determinare l'esito di esperienze tendenti all'arricchimento della qualità della vita sociale.
2. Ma se l'obiettivo è anche la promozione dell'autonomia generale (in gergo socio-psicologico: l'*empowerment*) di gruppi bisognosi di affermare la loro presenza sociale, dobbiamo dotarci di progetti che considerino come beni primari, oltre che i beni materiali e le relazioni affettive, anche i *beni intellettuali*. E' nostra comune esperienza che la padronanza delle risorse intellettuali è, insieme alle conferme affettive, il principale fattore di autovalorizzazione.
3. L'*incontro* tra le nostre due realtà umane e istituzionali è stato inevitabilmente una occasione per provare come e quanto incidono le *diversità* nell'incontro tra i gruppi umani e le elaborazioni del gruppo Avalon (sopra citate, a proposito del "dislivello" percepito) ci dicono qualcosa su come si strutturano e vivono meccanismi di *stigma e auto-stigma* (spesso non voluto e non cosciente).
4. Questi nostri incontri, e anche le successive difficoltà nel proseguirli in altre forme, ci hanno mostrato due realtà paradigmatiche: da una parte notevoli capacità intellettuali e padronanza degli strumenti informatici, dall'altra una "riserva" di senso e significati espressi con un linguaggio spesso limitato ma sicuramente con una sua luce di verità. Da queste considerazioni riceviamo lo stimolo e la suggestione per una prospettiva dove la scuola si renda disponibile come luogo elettivo del confronto tra lingue e linguaggi diversi.
5. La piacevole sorpresa di vedere gli utenti Avalon al lavoro al Liceo Sanvitale, gratificati da quel setting insolito e stimolati al punto da prodursi in performances intellettuali per loro non consuete, dovrebbe indurre la parte assistenziale (i servizi, le cooperative, ecc) a mettere al primo posto delle loro pratiche l'empowerment intellettuale e culturale, insieme alle garanzie relative

ai beni materiali e sociali. Ma forse questo allineamento andrebbe perseguito per tutti gli esseri umani, dall'inizio alla fine della loro vita.”

### **Prospettive**

In conclusione proponiamo un elenco di quelli che riteniamo potenziali e auspicabili riflessi positivi del modello “Autoscuola”, in generale e in particolare per i servizi di welfare:

- contrasto alle disuguaglianze rispetto al sapere e al diritto alla cultura, intendendo il diritto alla cultura (produzione e consumo) come diritto primario
- critica della netta separazione tra cultura bassa e cultura alta
- prospettive di cambiamento nell'organizzazione e negli stili di lavoro dei servizi socio-sanitari, verso una acquisizione di modelli e stili discorsivi vs. assertivi/gerarchici
- valorizzazione di tutti i linguaggi e forme espressive
- valorizzazione della dimensione dialogica e discorsiva come fattore terapeutico primario nel campo della salute mentale
- contrasto allo stigma e all'auto-stigma su gruppi marginali e con scarso potere sociale, cercando di identificarli come potenziali produttori di esperienze relazionali e culturali piuttosto che come gruppi portatori di difetti e di handicap

A cura di:

Vincenzo Scalfari – [vincenzoscalfari@alice.it](mailto:vincenzoscalfari@alice.it)

Vanja Buzzini – [info@coopavalon.it](mailto:info@coopavalon.it)

## **Interventi Psicosociali: alcuni dati**

Patrizia Ceroni<sup>46</sup>

Nel 2020 l'attività presso la struttura semiresidenziale del DAI SM- DP è stata riorganizzata secondo il modello del Centro Diurno "Diffuso", realizzando un incremento significativo del numero di attività domiciliari e sul territorio, sulla base di progetti individualizzati che hanno coinvolto pazienti dei CSM, mentre è stato ridotto il numero di pazienti destinatari di interventi gruppali in sede. Le attività di questo segmento sono sempre più integrate a progetti innovativi quali Budget di Salute, Auto Mutuo Aiuto, Individual Placement Support (IPS) ed alle attività riabilitative sportive ed espressive.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto hanno assunto all'interno del nostro Servizio e della realtà comunitaria locale, un rilievo crescente. Diverse patologie, stati di disagio e problemi quotidiani, vengono sempre più affrontati dal basso, facendo leva sulle motivazioni, l'interesse e le esperienze delle persone direttamente coinvolte, affiancando la presa in carico di professionisti e dell'Istituzione. Ciò ha portato a sviluppi impensabili per molte iniziative degli individui che vogliono concorrere in modo attivo al mantenimento e/o al monitoraggio della propria salute. Quello che indicano la letteratura internazionale e l'esperienza di molti attori del mondo della Salute Mentale è che, dal punto di vista dei Servizi, conoscere la prospettiva di chi ne fruisce, è fondamentale per proporre interventi efficaci e di qualità.

Nel DAI-SMDP sono attivi numerosi gruppi gestiti anche da Associazioni e Cooperative (Avalon "Autoscuola" e Cabiria). Alcune esperienze si sono concluse altre sono state avviate di recente. Ne facciamo menzione in modo più dettagliato nella tabella. Dall'inizio dell'anno è stato completato il primo corso di formazione per facilitatori sociali/orientatori sociali.

Nel 2020 in relazione alla pandemia si sono effettuati Gruppi a distanza, sedute all'aperto, modalità di collaborazione innovative.

---

<sup>46</sup> Direttore f.f. UOC Programmi psicopatologici e Governo Clinico, DAI-SMDP Parma

### Attività e convolti Gruppi Autoaiuto nel 2020

<b>Denominazione</b>	<b>Incontri</b>	<b>Operatori</b>	<b>Partecipanti</b>	<b>Volontari</b>
Quelli che l'AMA	38	3	37	5
Associazione Itaca	30	2	16	2
Centro Diurno Santi	20	7	15	
Diagnosi e Cura	27	5	80	
REMS	8	9	7	
<b>Totale</b>	<b>123</b>	<b>26</b>	<b>120</b>	<b>7</b>

## Automutuoaiuto e dintorni<sup>47</sup>

Pietro Pellegrini<sup>48</sup>

Mi sembra significativo che ad aprire la Rassegna della salute mentale “Attività e Partecipazione” sia l’iniziativa di oggi dedicata all’automutuoaiuto, al fare assieme e ai suoi possibili sviluppi.

Credo che superato il periodo manicomiale e dopo la creazione dei servizi di salute mentale di/nella comunità e la definizione di possibili percorsi di cura, l’attuale fase si incentri sulle persone, sul loro protagonismo. Questo vale per tutti i partecipanti alla cura, al prendersi cura e mi auguro che, dopo la fase di attivismo dei familiari, i prossimi anni possano essere caratterizzati da un sempre maggiore ascolto ma anche protagonismo (empowerment) delle persone “esperte per esperienza diretta” in forme nuove del fare assieme, di cui sono espressione più nota i gruppi di automutuoaiuto (e oggi ne abbiamo sentiti diversi) ma anche mediante possibili innovazioni.

Un processo questo che viene da lontano, si pensi ad esempio agli Alcolisti Anonimi che hanno ridato un ruolo attivo alle persone con il disturbo ed hanno via via coinvolto anche familiari, figli, volontari contribuendo così ad arricchire l’approccio medico e psichiatrico alla dipendenza alcolica. Lo stesso processo si sta verificando anche in altri ambiti, ad es. il Gioco d’Azzardo ma anche in tante altre branche della medicina. Ritengo che il protagonismo dei pazienti (letteralmente coloro che soffrono) possa essere una grande opportunità foriera di possibili cambiamenti sia negli approcci, nelle pratiche, nell’inclusione sociale e nella creazione del benessere della comunità.

Questo è assai importante per la lotta allo stigma che non può essere fatta solo dai professionisti ma deve vedere altre testimonianze necessarie per modificare profondamente l’immagine e il vissuto delle persone rispetto ai soggetti con disturbi mentali. Un’azione de-stigmatizzante non solo può favorire l’inclusione sociale ma può avere un effetto favorevole sulla stessa evoluzione della patologia. Lo si è visto nella disabilità intellettiva, ad esempio nelle persone affette da Sindrome di Down (malattia genetica) che grazie alla promozione sociale non solo hanno avuto un miglioramento della qualità di vita ma anche un aumento dell’aspettativa di vita. Le evidenze delle neuroscienze (neuroni specchio ed altre ricerche ad es. Schore<sup>49</sup>) hanno dimostrato come il cervello grazie alla sua plasticità possa essere modificato dalle relazioni e dalle esperienze. I cambiamenti del cervello riguardano non solo il suo funzionamento ma sono anche di tipo strutturale, cioè di natura biologica.

Abbiamo quindi delle ragioni anche scientifiche per pensare che dobbiamo andare oltre il programma di cura, nella convinzione che salute mentale e fisica richiedano condizioni familiari e sociali di benessere, una buona qualità della vita nella comunità, un sistema di welfare pubblico e universalistico.

---

<sup>47</sup> Fattoria di Vigheffio, 21 settembre 2017

<sup>48</sup> Direttore DAI-SMDP di Parma

<sup>49</sup> Schore A. (2003), I disturbi del Sé, Ed. Astrolabio

In questo quadro il “fare assieme” delle diverse componenti, trovando nel rispetto dei ruoli le modalità di reciproco rinforzo, diviene uno strumento straordinario di possibili innovazioni.

Stiamo investendo in questo e ringrazio tutti gli operatori che si stanno molto impegnando nelle attività nuove, sperimentali e tra queste anche il Budget di salute nel quale lo dico subito il ruolo del fare assieme può essere molto importante. Lo approfondiremo in uno specifico incontro della Rassegna (23 novembre).

Da parte mia, nella funzione di direttore di dipartimento di salute mentale, ritengo di farvi delle proposte, tracciando delle opportunità che sta a voi liberamente accogliere o meno.

Il metodo è quello della proposta e del confronto, per costruire e decidere in modo partecipato, sapendo che facciamo parte di un sistema complesso che prevede ruoli, responsabilità, norme. E pur con queste precisazioni, insieme si può fare. E’ un invito che rivolgo in ogni sede, perché ho molto forte la sensazione che il DAI-SMDP abbia validi rapporti di collaborazione con tanti soggetti, associazioni, cooperative, enti, fondazioni ecc. che tuttavia raramente collaborano tra di loro. Ciascuno fa una parte spesso all’insaputa di quanto fa il vicino perdendo così occasioni di conoscenza e collaborazione. Insieme a promuovere una visione (una filosofia, addirittura, mi hanno detto ieri) desidero favorire le connessioni, i contatti, le occasioni del fare assieme anche tra i diversi attori del sistema salute mentale di Parma. Lo faremo non solo diffondendo questa linea ma anche in altri modi, ad esempio inserendolo come requisito o clausola migliorativa nei bandi, nelle convenzioni.

Dobbiamo anche fare un grosso sforzo per documentare e diffondere le buone pratiche mediante scritti, articoli, libri, video, radio, siti internet, piattaforme ecc. Gli strumenti non mancano ma occorre sperimentarsi. Rappresentare la salute mentale è il tema che tratteremo nell’incontro del 26 ottobre al quale siete fin da ora invitati portando un vostro contributo.

Vengo alle proposte e comincio da quanto ho sentito stamane. Il benessere dipende dalle relazioni e dalle opportunità, da come si trascorre il tempo libero, dalla possibilità di uscire insieme, leggere, ascoltare musica, formarsi, lavorare, viaggiare...

Allora perché non creare un punto di riferimento, uno Sportello del fare assieme, collocato in una sede (Santi, Itaca, in un altro punto) che deciderete voi e che sia anche una “home” informatica che tramite internet, gli indirizzi mail, i numeri di telefono permetta di creare di contatti e di fare rete. Molte persone con disturbi mentali soffrono di una solitudine estrema, perdono i riferimenti, gli amici. Allora si può provare a ricostituire relazioni di conoscenza, di amicizia...

Questo Sportello potrebbe anche fornire un catalogo delle opportunità nei vari ambiti: tempo libero, cultura, viaggi, attività sportive, laboratori informatici, “Autoscuole” ... fino all’autogestione di spazi. Certi si chiedono come accedere, come fare per...

Potrebbe essere anche un luogo d’incontro per attuare il self help, l’abitare insieme (co-hosting) in modo libero e scelto, darsi una mano nelle faccende domestiche, nella spesa, viaggiare in compagnia, fare sport, uscire per la pizza, invitarsi a pranzo, andare al circolo o in vacanza ecc.: darsi tempo e dare tempo (una sorta di banca del

tempo e delle competenze) in una relazione gratuita e solidale. Sentirsi ed essere risorsa per l'altro ha effetti benefici, talvolta straordinari, anche per la propria salute.

Vista la disponibilità della Regione, insieme dobbiamo vedere di codificare in modo sempre più preciso il profilo del facilitatore sociale per cercare di inserirlo nel sistema regionale delle qualifiche e competenze. Lo immaginiamo come una persona esperta, formata che può essere un rilevante collaboratore anche nei servizi, nelle cooperative, associazioni. Ad esempio si diceva prima del tempo trascorso nelle sale d'attesa prima della visita dello psichiatra. Attesa che, specie quando si sta male, aggiunge sofferenza a sofferenza... e se certo gli psichiatri possono fare sforzi per essere più puntuali, ben sapete che nel servizio vi sono le urgenze, difficoltà, adempimenti ecc. che non sempre consentono l'auspicata puntualità. E allora mi chiedo non possiamo vedere insieme come trasformare le sale di attesa in spazi di accoglienza, dove se lo si desidera, si parla con qualcuno, magari qualcuno sensibile, in grado di ascoltare e capire. In un modo diverso dallo psichiatra ma questo non significa che non possa portare a stare meglio, almeno un po'. Vi sono tanti diversi modi di prendersi cura dell'altro. Possiamo pensare le sale di accoglienza come luoghi relazione, conoscenza, diffusione delle iniziative e delle informazioni ma anche dove si possa parlare di stili di vita ecc.

Il fare assieme (dell'automutuoaiuto o come facilitatore sociale) può essere utile nei CSM, nelle residenze ama anche nei contesti sensibili, come il Spdc o la REMS dove è importante la presenza dell'altro, del volontario, per una commissione, fare due chiacchiere, uscire in cortile o tranquillizzare un familiare. Ma anche essere di aiuto nel percorso di cura (ad esempio negli Esordi psicotici, nella fase di aggancio ecc.), per aiutare la persona ad accettare la cura, vivere meglio la situazione del ricovero e se richiesto dalla persona svolgere anche con una funzione di fiducia e garanzia.

Anche altri servizi possono essere interessati (ad esempio nella NPJA o la Residenza anche quella per i Minori dove si sono fatte escursioni in montagna) e credo che se queste opportunità (gruppi di cammino, teatro, collaborare per migliorare la sicurezza, uscite ecc.) suscitano interesse dovremo certamente approfondirle con i responsabili nell'incontro che teniamo regolarmente in dipartimento.

Penso che il fare assieme sia una risorsa anche nell'ambito di un lavoro produttivo che tenga conto delle particolarità delle persone con disturbi mentali, in relazione al tipo di funzionamento, ai bisogni ecc. che possono essere affrontati con una forte personalizzazione dei modi, tempi, ambiti lavorativi. Un approccio innovativo che potrebbe essere molto utile per tutti secondo una dinamica dove le persone con disturbi mentali hanno bisogno/difficoltà nell'incontro con l'altra persona ma se si sviluppa la relazione, può attivarsi un rapporto di reciprocità e una possibile virtuosa interazione che cambia entrambe le persone. Questa accezione di inclusione va oltre l'idea dell'adattamento del disabile all'ambiente e propone un continuo movimento evolutivo che viene dal confronto costante con le diversità (e l'imprevisto) e ciò costituisce un fattore che, superata la paura, impedisce la sclerosi dei sistemi e al contempo attiva la cooperazione creativa.

È questo approccio del fare assieme a cambiare le persone sia quelle che soffrono e sia coloro che condividono a vario titolo quella sofferenza in uno scenario, quello della cura, che inevitabilmente diventa parte della vita di entrambi. Per il paziente una

vita intrisa di tanti problemi e dolore psichico può trovare un qualche senso condiviso e ciò è molto importante sia per professionisti che per i familiari.

Infine il punto di vista degli utenti diviene un riferimento essenziale per immaginare insieme il futuro, prendendo atto anche dei benefici ma anche limiti della conoscenza e delle tecniche ad esempio della terapia psicofarmacologica e della psicoterapia. Oggi siamo orientati a dare importanza e unitarietà all'insieme degli interventi psicosociali, integrati e precoci e per questo abbiamo dato vita ad una specifica Unità operativa che può essere il riferimento per le tante iniziative in atto e per la progettazione condivisa di quelle future.