



**SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI PSICHIATRIA**

# Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

[www.evidence-based-psychiatric-care.org](http://www.evidence-based-psychiatric-care.org)

**Dymphna's Family**

**05/2022**

**PACINI  
EDITORE  
MEDICINA**



**DYMPHNA' S FAMILY**

EDIZIONE ITALIANA DELLA RIVISTA EUROPEA SULLO IESA

# Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

SUPPLEMENTO 4 | Vol. 09 | 1\_2023



## Editors-in-Chief

Liliana Dell'Osso

*Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Pisa*

Emi Bondi

*Presidente SIP*

## Deputy Editors

Bernardo Carpieniello

Giancarlo Cerveri

Massimo Clerici

Domenico De Berardis

Guido Di Sciascio

Paola Rocca

Antonio Vita

## International Scientific Board

Arango Celso, *Madrid, Spain*

Fleischhacker Wolfgang, *Innsbruck, Austria*

Fountoulakis Konstantinos, *Thessaloniki, Greece*

Grunze Heinz, *Newcastle upon Tyne, England, United Kingdom*

Leucht Stefan, *Munich, Germany*

Rihmer Zoltan, *Budapest, Hungary*

Jakovljevic Miro, *Zagreb, Croatia*

Gorwood Philip, *Paris, France*

Demyttenaere Koen, *Leuven, Belgium*

Höschl Cyril, *Praga, Czech Republic*

Tiihonen Jari, *Stockholm, Sweden*

## Editorial coordinator and secretary

Lucia Castelli - lcastelli@pacinieditore.it

Tel. +39 050 3130224 - Fax +39 050 3130300

© Copyright by Pacini Editore Srl - Pisa

## Managing Editor

Patrizia Alma Pacini

## Publisher

Pacini Editore Srl

via Gherardesca1 - 56121 Pisa, Italy

Tel. +39 050 313011 - Fax +39 050 313000

www.pacinimedica.it

Journal registered at "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore Srl registration n. 6269 - 29/8/2001)

ISSN 2421-4469 (online)

Digital Edition June 2023

## Contents

### Editoriale

Il principio attivo dello IESA si chiama amore (1864) (Aluffi G.) 3

Prefazione al supplemento 05/22 Dymphna's Family della EBPC (Zanaldi E.) 6

### Articoli

L'UNESCO per la tutela del patrimonio culturale immateriale dello IESA di Geel. Un modello attuale di assistenza psichiatrica comunitaria (Bogaerts W.) 7

Due modelli di "immersione nel familiare". Lo IESA e l'adozione sociale (Del Giudice A.) 13

Teoria, clinica e riflessioni sull'esperienza IESA tedesca (Becker J.) 20

Oltre l'accoglienza. Lo IESM come possibile approccio all'integrazione (Bonansea A., Hordoan A.C., Demarchi E.) 24

L'implementazione dello IESA nel Regno Unito. Aspetti di programmazione socio-sanitaria (King E.) 32

Cultura è salute! Il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (Riccardo C.L., Dall'Osco F., Alparone S., Aluffi G.) 35

Budget di Salute e IESA. Convergenze e complementarità nell'esperienza modenese (Carnevali V., Giuliani C., Marrama D., Marchesini N., Bertacchini E., Starace F.) 40

Luci ed ombre nella tradizione plurisecolare dello IESA in Giappone (Latragna E., Aluffi G.)

### Contributi e Testimonianze

Accoglienza creativa. L'arte che libera (Baglio C.) 47

47

"Una storia proprio così" (Piccinelli M., Lunetta V.) 57

57

La vera storia di «Pelle d'asino» (Schurmans D.) 60

60



# DYMPHNA' S FAMILY

---

EDIZIONE ITALIANA DELLA RIVISTA EUROPEA SULLO IESA

## **Direttore Scientifico**

Gianfranco Aluffi

## **International Board**

Gianfranco Aluffi (Italia)

S.S. Psicologia Clinica - AF Salute Mentale

Responsabile Servizio IESA ASL TO3

Centro Esperto Regione Piemonte

Direttore Scientifico C.E.D.Ri.For.IESA (Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA)

Jo Becker (Germania)

CEO Spix e.V. di Wesel (IESA e Psichiatria Territoriale)

Wilfried Bogaerts (Belgio)

Referente Gezinsverpleging (Servizio IESA)

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Clinica e Centro Psichiatrico Pubblico Geel)

Jean Claude Cébula (Francia)

Direttore IFREP (Istituto Nazionale di Formazione, di Ricerca e di Valutazione delle pratiche sanitarie e sociali di Parigi)

Ruth Franzoni (Germania)

Responsabile JuMeGa® di Ravensburg (Servizio IESA per minori)

Jayne Wilson

Responsabile Shared Lives UK

CEO Shared Lives Plus

## **Coordinamento Editoriale e di Redazione**

Elisabetta Latragna

## **Comitato di Redazione**

Gianfranco Aluffi

Martina Ciminiello

Catia Gribaudo

Elisabetta Latragna

Gladys Pace

Chiara Laura Riccardo

## **Sede Redazione Dymphna's Family**

Servizio IESA ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte

Via Martiri XXX Aprile 30, 10093 Collegno (TO)

dymphnasfamily@gmail.com

Tel. 011.4017463

# Il principio attivo dello IESA si chiama amore (1864)

Gianfranco Aluffi

**S**iamo orgogliosamente giunti alla sesta pubblicazione di Dymphna's Family - Edizione italiana della rivista europea sullo IESA, mantenendo saldo l'entusiasmo nel promuovere esperienze italiane e internazionali che utilizzano l'accoglienza eterofamiliare come buona pratica per il supporto di persone fragili. Anche quest'anno abbiamo posto l'accento su tematiche per noi importanti: lo stretto legame che unisce salute e cultura, il valore del riconoscimento a livello internazionale dello IESA come patrimonio culturale, nuovi strumenti gestionali dei percorsi di cura e tanto altro, il tutto in armonia con le nuove linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che stimolano l'integrazione delle pratiche sanitarie con modelli di cura basati sulla comunità e sul senso di appartenenza al tessuto sociale.

Percorrendo questa strada, in questi ultimi dodici mesi ci siamo impegnati a organizzare e promuovere iniziative finalmente "in presenza", creando nuove reti e relazioni con il territorio attraverso: i progetti stessi, gli eventi formativi per ospitanti e aspiranti operatori IESA, il rinforzo della rete con gli esperti IESA nazionali e stranieri, la costruzione di un Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.Ri. For. IESA) e molto altro. Ci tengo particolarmente a ringraziare il Dottor Alex Fox per la vivace e preziosa collaborazione data alla nostra rivista nei primi cinque numeri. Da quest'anno il nostro nuovo corrispondente dal Regno Unito sarà la Dottoressa Jayne Wilson, la quale ricopre il ruolo di CEO nella prestigiosa organizzazione sullo IESA chiamata *Shared Lives Plus* e alla quale do il benvenuto in qualità di nuovo membro dell'*International Board* di Dymphna's Family e faccio i miei migliori

auguri per una felice collaborazione. La promozione della cultura e dell'arte contribuiscono allo sviluppo umano e collettivo, così come è stato anche recentemente evidenziato alla Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute tenutasi a Girona. L'arte e la cultura sono infatti risorse fondamentali per la salute fisica e psichica dell'individuo. Mentre iniziano a delinearsi i primi segnali in direzione d'uscita dalla pandemia il rapporto tra cultura, sociale, sanità e salute può diventare una sinergia determinante per promuovere il benessere dell'individuo sotto ogni aspetto. È infatti bene riflettere sul fatto che la probabile uscita dalla crisi pandemica non determinerà quella dalla crisi sistemica mondiale, che ha condotto ad una estenuante e prolungata condizione di stress dell'intero tessuto sociale. La pandemia ha sollevato con forza l'annoso tema della salute e del benessere psicologico, tuttavia le risposte ai bisogni di cura sono ancora oggi insufficienti e, in alcuni casi, inadeguate per replicare efficacemente alle necessità della popolazione. Per sopperire a questa ancor presente carenza la World Health Organization ha rinnovato, nel 2022, l'appello alle istituzioni che si occupano di salute mentale a rinforzare e sostenere tutte quelle esperienze in sinergia con i Servizi Sanitari che fondano la loro attività sul principio di creare una comunità attiva e consapevole. Saper lavorare con cura anche nell'ambito della cura, accogliere ed ascoltare sospendendo il giudizio, intercettare e avere a cuore i bisogni delle persone, significa possedere la sensibilità per andare oltre la superficie, addentrandosi in una dimensione più profonda della relazione. Questo tipo di approccio, che pone l'accuratezza al centro di ogni prestazione, è in faticosa controtendenza con le attuali modalità di comunicazio-

ne (dai social ai media e non solo), alle quali ormai sembriamo essere abituati, sempre più orientate alla superficiale sintesi, alla fascinazione di titoli che producono su vasta scala decodificazioni soggettivamente proiettive dei messaggi veicolati. Una soggettività percettiva che diventa però una lettura sovrapponibile a milioni di altre in quanto cresciuta nella sempre più evidente deprivazione culturale di contenuti a sfumature analogiche e in gran parte, verosimilmente, artatamente preconfezionata.

Proprio nella direzione di incentivare un modello di lavoro fondato sulla gestione delle complessità, sul “prendersi cura” attraverso una programmazione strategica volta alla promozione di una cultura dell'accoglienza, dell'amore, lo IESA in Italia e in Europa ha avviato una serie di importanti azioni, alla cui base vi è la partecipazione attiva della comunità. Il Dottor Wilfried Bogarts, dal Belgio, descrive nel suo contributo l'iniziativa volta a riconoscere lo IESA come patrimonio culturale immateriale dell'umanità. La presenza dello IESA di Geel nei Registri ufficiali dell'UNESCO sancirebbe un riconoscimento formale del valore culturale e sociale della millenaria tradizione dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti. Ci auguriamo, nel 2023, di poter festeggiare questo grande traguardo insieme ai colleghi europei. Sempre in questa direzione, il 15 marzo 2022 con deliberazione n. 252, il Direttore Generale dell'ASLTO3, Dott.ssa Franca Dall'Occo, a partire dall'esperienza del Centro Esperto Regionale Servizio IESA, ha istituito il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.Ri. For. IESA) con le finalità di:

- realizzare un archivio di documentazione scientifica e storica proveniente da tutta Europa grazie alla rete consolidata in questi anni con i Servizi IESA nazionali ed internazionali;
- organizzare e gestire il corso di formazione di base per operatori IESA ormai alla sua terza edizione;
- realizzare questo ed i futuri numeri di “Dymphna's Family”, in un continuo dialogo interdisciplinare tra saperi, linguaggi ed esperienze variegate.

Un articolo di questo numero è interamente dedicato alla nascita di C.E.D.Ri. For. IESA, evidenziando con forza lo stretto rapporto tra cultura e salute e l'importanza di investire in questo binomio per poter offrire interventi di cura personalizzati e accurati.

Nell'estate del 2022, questa nostra rivista insieme al Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'ASL TO3, al Servizio IESA dell'ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte, alla Città di Collegno (To), all'ARCI e ad altre Associazioni e Cooperative del territorio, ha promosso la prima edizione della Collegno Fòl Fest, una festa interamente dedicata alla salute delle menti, nel nome dell'inclusione e della cittadinanza; un'occasione di condivisione partecipata del desiderio di contribuire ad una società più accogliente capace di valorizzare la straordinaria ricchezza delle diversità.

L'iniziativa ha visto un susseguirsi di eventi scientifici, tavole rotonde, performance artistiche e concerti, mostre e workshop. Tra questi la serata finale del Concorso musicale “Una canzone per l'inclusione” che, sotto la direzione artistica del maestro Danilo Ballo, attraverso le canzoni dei 15 finalisti e con la divertente partecipazione del cabarettista Giampiero Perone, ha registrato un grandissimo successo di pubblico e di critica. Fòl Fest nasce per celebrare la componente creativa ed espressiva della follia in tempi complessi, dove il delirio distruttivo è ampiamente rappresentato da ciò che gli oligarchi della guerra stanno facendo subire ai cittadini ucraini e di altre parti del mondo e dove milioni di persone quotidianamente diventano spettatori ipnotizzati e desensibilizzati di una potenziale, temuta, minacciata come imminente, fine del mondo. In questo oscuro scenario, l'arte, la creatività e la cultura sono preziosi vettori di amore, quello stesso amore che insieme all'accuratezza si rivela indispensabile per dare loro vita. La creatività è solitamente correlata all'idea di originalità e rappresenta la capacità di saper riconoscere nuove connessioni tra persone, ambiente e oggetti, in una dimensione artistica intima e personale che può arrivare ad interessare ed influenzare moltitudini di soggetti. La dimensione creativa della follia può portare un valore aggiunto alla colletti-



vità, offrendo nuovi punti di vista e originali letture del mondo che abitiamo. In un contributo, Lillo Baglio, bibliotecario del Centro di Documentazione sulla Psichiatria del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'ASL TO3 e appassionato intenditore d'arte racconta, ad esempio, l'esperienza di realizzazione della mostra di GerArt, giovane e brillante artista che ha effettuato un percorso IESA, tra le iniziative organizzate durante la Fòl Fest. L'artista è inoltre autore di una originale opera raffigurante Santa Dymphna, protettrice dei sofferenti psichici, affissa sotto il porticato del Chiostro Maggiore della Certosa di Collegno come targa commemorativa dei venticinque anni di attività del Servizio IESA – Centro Esperto Regione Piemonte. Invito i lettori che vivono in zona a fare una passeggiata sotto i portici dell'Ex Ospedale Psichiatrico di Collegno e ad apprezzare quest'opera.

Il focus di questo numero, come abbiamo visto, è anche orientato a sostenere quei modelli di cure integrati e fondati sulla comunità, che, a partire dal rinforzo delle risorse personali, sociali e culturali, favoriscono il miglioramento del benessere dell'individuo attraverso nuovi e più efficaci strumenti gestionali di cui un esempio è il Budget di Salute, dispositivo volto a rinforzare e gestire risorse che attingono da ambiti diversi e che si integra bene con i principi alla base del modello IESA. L'argomento è approfondito nell'articolo sull'esperienza modenese.

Il lettore incuriosito dalle esperienze internazio-

nali potrà sicuramente apprezzare i contributi sullo IESA in Germania, in Giappone e nel Regno Unito. Vengono inoltre ripresi ed approfonditi due temi già trattati in numeri precedenti, ovvero lo IESA rivolto a migranti e gli aspetti giuridici nel confronto tra lo IESA e l'Adozione Sociale. Chiudono questo numero una bella testimonianza da parte dei protagonisti di una condivisione IESA Part Time e la revisione in chiave fiabesca della leggenda di Santa Dymphna, scritta dal noto psichiatra belga Daniel Schurmans.

Non mi resta che augurare buona lettura di questo nuovo numero di Dymphna's Family, il quale esiste anche grazie al prezioso lavoro della Dott.ssa Elisabetta Latragna che, oltre a seguire accuratamente la nascita e la produzione di ogni singola uscita, rappresenta per me un irrinunciabile interlocutore dialettico soprattutto nella fase di elaborazione e scrittura della prefazione. Chiudo mantenendo la promessa fatta in coda alla prefazione del numero precedente, ovvero citando nel titolo della presente, anche se tra parentesi, il conteggio dei giorni a partire dalla presentazione della prima proposta di legge sullo IESA in parlamento. Sono passati milleottocentosessantaquattro giorni, di cose buone per lo IESA ne abbiamo fatte parecchie ma, per vedere approvata la legge nazionale, ci tocca ancora pazientare e continuare a realizzare nuove imprese, animati e sostenuti dal principio attivo dello IESA che si chiama amore.

# Prefazione al supplemento 05/22 Dymphna's Family della EBPC

Enrico Zanalda

**A**nche quest'anno il supplemento alla rivista Evidence Based Psychiatric Care è dedicato all'edizione italiana della rivista europea sullo IESA "Dymphna's Family. Nell'edizione attuale si sottolinea la proposta di considerare il modello di accoglienza di Geel, dove è nato lo IESA, come patrimonio culturale immateriale dell'UNESCO. Questo alto riconoscimento vuole sottolineare il valore dell'accoglienza in famiglia dei malati di mente che è il fondamento della pratica IESA. Nella cittadina di Geel da oltre 700 anni le famiglie accolgono le persone che altrimenti sarebbero state internate in manicomio. È un'esperienza "ante litteram" della psichiatria di comunità che pone l'integrazione come strumento e obiettivo della riabilitazione. A Geel ben prima di qualsiasi possibilità terapeutica vi è stata l'intuizione di accogliere il malato di mente invece di escluderlo dalla comunità. Questa straordinaria esperienza è stata approfondita, studiata ed esportata in molte altre situazioni nel corso degli anni e nella nostra ASLTO3, per documentare queste pratiche, è stato istituito il Centro Europeo di Documentazione Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.Ri. For. IESA). Si vuole infatti dare continuità e valore alle esperienze di accoglienza che si sono realizzate in tutta Europa e nel mondo. Un importante contributo documentale è dovuto alla donazione del Prof. Renzo Villa che ha dedicato molti

anni della sua vita allo studio dell'esperienza di Geel. Ha imparato la lingua fiamminga e ha frequentato Geel per oltre dieci anni per giungere a scrivere il libro "Geel la città dei matti" nel quale sintetizza le sue ricerche.

Nell'attuale edizione di Dymphna's Family vi sono inoltre contributi sull'esperienza dello IESA in Germania, nel Regno Unito, in Giappone e in Italia.

Nel 1967 fu pubblicato un articolo sull'antica tradizione di accoglienza eterofamiliare nella città di Iwakura, nell'articolo viene ripresa questa esperienza che non è poi proseguita. Due ulteriori importanti contributi vengono forniti dagli operatori dell'ASL TO3, uno sull'accoglienza dei migranti ed uno sull'importanza del dialogo tra cultura e salute. Da segnalare inoltre un articolo sull'esperienza del dipartimento di salute mentale di Modena che integra la pratica dell'accoglienza eterofamiliare con il budget di salute in un'ottica di possibilità attuali sul reperimento delle risorse.

Ringrazio pertanto il Dott. Gianfranco Aluffi e tutta la sua equipe per avere ancora una volta supportato culturalmente la pratica dello IESA che merita ampia diffusione tra gli addetti ai lavori della salute mentale e nella popolazione generale per i motivi che così bene espone lo stesso nel suo editoriale iniziale di Dymphna's Family 05/2022.

# L'UNESCO per la tutela del patrimonio culturale immateriale dello IESA di Geel.

## Un modello attuale di assistenza psichiatrica comunitaria<sup>1</sup>

Bogaerts W.\*



### Abstract

Nella città di Geel e nelle comunità circostanti, attualmente sono circa 125 i pazienti affetti da disturbo psichico ospitati da famiglie IESA. Il Centro Pubblico di Assistenza Psichiatrica di Geel (OPZ<sup>2</sup> di Geel) fornisce loro sostegno, cura e supporto. Le famiglie ospitanti si occupano da secoli di persone con problemi psichici. Fare gli ospitanti è un modo d'essere, che si tramanda di generazione in generazione, di padre in figlio, di madre in figlia. L'OPZ di Geel, la città, il Servizio IESA locale e altre organizzazioni, stanno intraprendendo ogni azione possibile per mantenere vivo questo modello di cura e la sua cultura. Recentemente è stata messa in atto la proposta di presentare all'UNESCO la domanda di inserimento dello IESA nel Registro delle buone pratiche di salvaguardia del patrimonio culturale immateriale.

**Parole chiave:** Patrimonio culturale immateriale, IESA, UNESCO, Geel, psichiatria sociale.

**L'**UNESCO, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, incoraggia il riconoscimento, la conservazione e la tutela di tutto il patrimonio culturale e naturale del mondo che può essere considerato di inestimabile valore per l'umanità. Viene riconosciuto e protetto non solo il patrimonio culturale materiale, ma anche quello immateriale, comprese le tradizioni che si sono tramandate di generazione in generazione.

Il patrimonio immateriale, in particolare, è considerato un fattore importante per il mantenimento delle specificità culturali, uno stimolo al dialogo interculturale<sup>3</sup> e un incoraggiamento al reciproco rispetto per culture e stili di vita diversi. L'UNESCO ha stilato una lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale e un Registro delle buone pratiche di salvaguardia che possono poi fungere da ispirazione per altre realtà e progetti in tutto il mondo<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Gianfranco Aluffi.

<sup>2</sup> Psicologo Referente Gezinsverpleging (Servizio IESA) Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Clinica e Centro Psichiatrico Pubblico) di Geel.

<sup>3</sup> Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Clinica e Centro Psichiatrico Pubblico di Geel).

<sup>4</sup> La peculiarità del patrimonio culturale immateriale non risiede nella manifestazione culturale in sé, bensì nella ricchezza di conoscenze e competenze che vengono trasmesse da una generazione all'altra.

<https://www.unesco.it/italianellunesco/detail/189> (n.d.t.).

<sup>5</sup> L'UNESCO ha tra i suoi obiettivi prioritari l'attuazione di misure atte a favorire la trasmissione del patrimonio culturale immateriale fra le generazioni, per questo nel 2003 ha adottato la Convenzione per la Salvaguardia del patrimonio culturale immateriale, ratificata dall'Italia nel 2007, nella quale sono previste una serie di procedure per l'identificazione, la documentazione, la preser-



## **Lo IESA di Geel sarà presto inserito nel registro delle buone pratiche di salvaguardia del patrimonio culturale immateriale dell'UNESCO?**

Ogni due anni gli Stati appartenenti all'UNESCO propongono una candidatura da inserire nel Registro o nella Lista del patrimonio culturale. Nel marzo 2022, a seguito della proposta del Ministro delle Fiandre Jan Jambon, il Belgio ha proposto lo IESA di Geel per l'inserimento nel Registro delle buone pratiche di salvaguardia dell'UNESCO. La Clinica Psichiatrica Pubblica di Geel, la Città di Geel e le diverse organizzazioni locali per il patrimonio culturale, il Governo fiammingo e il Servizio IESA di Geel si stanno occupando di questa iniziativa, entro la fine del 2023 verrà data comunicazione formale in caso di avvenuta approvazione dell'inserimento dello IESA all'interno del Registro.

### **Lo IESA a Geel**

Geel, una piccola città di 40.781 abitanti (2021), situata nel Nord del Belgio, è nota per la tradizione di 700 anni di accoglienza eterofamiliare rivolta a persone psicologicamente vulnerabili. Il trattamento e la cura dei pazienti, la supervisione e il supporto alle famiglie ospitanti sono forniti da un'equipe multiprofessionale della Clinica Psichiatrica Pubblica di Geel. I pazienti, solitamente definiti ospiti, entrano a far parte della famiglia che li accoglie e della vita sociale e culturale di Geel, il ruolo di ospitante viene tramandato tradizionalmente di padre in figlio, di madre in figlia, di generazione in generazione. Questo modello ha una ricca tradizione culturale e rimane una fonte di ispirazione per modelli alternativi di cura psichiatrica comunitaria sociale; nel corso della sua storia, la pratica dello IESA a Geel si è costantemente adattata al progredire della società e della medicina.

### **La leggenda di Santa Dymphna e il suo culto. Il punto di partenza per la comparsa di un nuovo modello di cura in psichiatria**

L'origine della tradizione dello IESA a Geel risa-

le al XIII secolo d.c., per mezzo della leggenda e del culto di Santa Dymphna, invocata nella regione attraverso preghiere per la cura della follia. I pellegrini, alcuni di loro etichettati come "posseduti" o "folli", si recavano a Geel per completare il rituale di penitenza religiosa. Quando nella Chiesa non vi era abbastanza spazio per accogliere, le persone che avevano bisogno di cure venivano ospitate dalle famiglie del posto.

La maggior parte dei pellegrini tornava a casa dopo la novena<sup>5</sup>, ma alcuni rimanevano in città e diventavano, a tutti gli effetti, membri della famiglia che li ospitava. Dal 1850 in poi lo IESA a Geel si è evoluto dall'essere un sistema agioterapeutico<sup>6</sup> a un modello terapeutico sostenuto da evidenze scientifiche e mediche di efficacia e tra il 1850 e il 1960 il fenomeno si espanse esponenzialmente. Le persone affette da qualsiasi tipo di disturbo psichico venivano inviate a Geel per essere affidate alle famiglie.

Le persone arrivavano a Geel da tutta Europa e anche da paesi extra europei. Dal 1960, quando le strutture negli altri paesi iniziarono a specializzarsi, il numero degli inserimenti IESA a Geel diminuì, ma il modello continuò a svilupparsi e ad evolversi in base al contesto. Oggi a Geel e nei paesi limitrofi vivono 125 pazienti (adulti) presso famiglie ospitanti. Dopo aver utilizzato il modello per cinquant'anni solo per la cura di soggetti adulti, dal 2009 l'OPZ di Geel ha esteso l'utilizzo del modello IESA anche ai minori.

### **La sfida dello IESA a Geel**

L'osservazione clinica dimostra chiaramente l'efficacia del modello IESA nel processo di cura e recovery<sup>7</sup> di persone affette da disagio psichico. Non si può non tener conto dell'effetto terapeutico del sentirsi parte di una famiglia e di un contesto sociale, di essere accettati e apprezzati e di ricevere sostegno e cure individualizzate. Per alcuni pazienti il fenomeno del *revolving door*<sup>8</sup> riesce ad interrompersi attraverso l'utilizzo dello IESA.

Le famiglie ospitanti possono, senza dubbio,

vazione, la protezione, la promozione e la valorizzazione del bene culturale immateriale. La Lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale contribuisce a dimostrare l'eccezionalità del patrimonio intangibile e ad aumentare la consapevolezza della sua importanza. È un elenco delle realtà che sono state riconosciute in tal senso dall'UNESCO. Il Registro delle buone pratiche di salvaguardia contiene progetti e programmi che meglio riflettono i principi e gli obiettivi della convenzione (n.d.t.).

<sup>5</sup> Pratica di preghiere e rituali religiosi della durata di nove giorni finalizzata all'ottenimento di una grazia (n.d.t.).

<sup>6</sup> Ricorso ai santi e ai guaritori per ottenere il sollievo dalle malattie e dai disturbi (n.d.t.).



essere uno strumento molto efficace per migliorare la qualità della vita dei pazienti psichiatrici. Il modello, per quanto prezioso e di successo, dovrà affrontare alcune importanti sfide. La trasmissione intergenerazionale della pratica dell'accoglienza eterofamiliare è una caratteristica tipica dello IESA a Geel, è tuttavia una peculiarità che presenta delle fragilità a causa dei cambiamenti sociali e culturali della società moderna (individualismo, urbanizzazione, ecc.) e nell'ambito della Salute Mentale (diversificazione dell'assistenza).

### **Un programma di salvaguardia per sostenere lo IESA**

Un modello di assistenza basato sulla comunità sociale può crescere solo se questa lo sostiene attivamente. Il punto di forza del modello sta nella stretta collaborazione di tutte le parti coinvolte:

- la volontà della persona che, a fronte di una problematica di tipo psichiatrico, sceglie di entrare a far parte di una famiglia, della comunità e di svolgere un ruolo attivo nel proprio processo di integrazione e di recovery;
- la disponibilità delle famiglie ospitanti a condividere la loro vita familiare fornendo supporto, vitto e alloggio;
- la comunità locale aperta a un'integrazione inclusiva;
- i servizi psichiatrici che, offrendo assistenza medica, sostengono ospiti e ospitanti e coordinano i progetti ed i percorsi di cura.

Il Consiglio Comunale di Geel, l'OPZ, il Servizio IESA e le associazioni socio-culturali sono consapevoli delle sfide da affrontare e pertanto collaborano a un programma di tutela olistico che intreccia aspetti medico-sanitari a quelli socio-culturali. È questo il programma di tutela

che è stato proposto per il riconoscimento dello IESA da parte dell'UNESCO.

### **Il programma di salvaguardia dello IESA in breve**

Il programma di salvaguardia si pone come obiettivo il trasmettere la pratica dello IESA, la leggenda di Santa Dymphna e la storia della città "misericordiosa" di Geel, sostenendo le origini di questo sistema di cure dal punto di vista storico, clinico e antropologico, al fine di consolidare una cultura delle cure e dell'ecosistema basata su un approccio sensibile, accurato e premuroso.

Sia lo IESA sia il programma di salvaguardia incoraggiano la partecipazione delle persone vulnerabili al contesto sociale e lavorano per la destigmatizzazione del disagio mentale.

### ***Trasmettere, migliorare e proteggere la pratica dello IESA***

Il modello IESA è vivo grazie al suo tramandarsi attraverso l'intergenerazionalità familiare e comunitaria. Inoltre la Clinica Psichiatrica Pubblica di Geel e lo Stato belga sostengono, sia finanziariamente che dal punto di vista legislativo, il sistema e le famiglie ospitanti. La qualità dell'assistenza aumenta continuamente e le nuove intuizioni vengono assorbite e bilanciate ai valori fondamentali dello IESA. Gli adeguamenti sono avviati e monitorati da medici specialisti e dal Servizio IESA. I recenti sviluppi riguardano lo IESA rivolto ai minori, la collaborazione con gli enti che si occupano di altre forme di affido, un migliore coordinamento con gli altri servizi sanitari, l'implementazione della metodologia F-ACT<sup>9</sup> e di nuovi programmi di riabilitazione che consentano agli ospiti di partecipare attivamente al processo di recovery.

<sup>7</sup>Processo di cambiamento che riguarda attitudini, abilità, valori, obiettivi, sentimenti e ruoli finalizzato alla realizzazione personale e alla soddisfazione, pur permanendo limiti dovuti a malattie o disabilità pregresse (n.d.t.).

<sup>8</sup>In ambito clinico, questo fenomeno si riferisce alle situazioni di ricovero dello stesso soggetto ripetute e ravvicinate nel tempo presso strutture psichiatriche ospedaliere. Il ricovero ripetuto di pazienti con diagnosi psichiatriche è da considerarsi tale se si realizza entro i 30 giorni dalla data di dimissione dalla struttura di ricovero ed è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali (n.d.t.).

<sup>9</sup>F-ACT è l'acronimo di *Function Assertive Community Treatment*. Sviluppato per il trattamento e la consulenza di persone con disturbi psichiatrici gravi in cui, oltre alle problematiche di carattere psichiatrico, sono presenti anche fragilità in diversi ambiti di vita. La metodologia F-ACT è stata sviluppata nei Paesi Bassi, implementando ulteriormente il modello ACT elaborato negli Stati Uniti. Per maggiori informazioni si può fare riferimento al manuale F-ACT: Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Van Os, J., De Tijdstroom (2009). Handboek FACT. Utrecht.

### ***Sensibilizzazione, educazione e trasmissione della cultura dello IESA attraverso festival, arte e narrazione***

La narrazione e la celebrazione rimangono metodi importanti per avvicinare le persone alla tradizione. Fin dal medioevo, una pala d'altare nella chiesa di Santa Dymphna racconta la storia della Santa patrona del paese. A partire dal 1900, ogni cinque anni, la storia dell'accoglienza eterofamiliare viene rievocata con una processione.

Nel tempo sono state realizzate nuove iniziative, come ad esempio il progetto teatrale GheelaMania, in occasione dei quinquennali "Dymphna Days", che coinvolgono gran parte dei cittadini. Oltre a questo festival, altri eventi aiutano a sensibilizzare continuando a divulgare la storia di Dymphna e dell'accoglienza eterofamiliare.

Nell'area visitatori dell'OPZ Geel, guide esperte condividono la loro personale esperienza di pazienti psichiatrici, così come la storia di Geel e dello IESA. Il museo dell'ospedale offre un programma che stimola alla riflessione sulla leggenda di Santa Dymphna e sul suo significato oggi.

### ***Ricerca, documentazione, identificazione***

Iniziative di ricerca e pubblicazioni sono state portate avanti sin dal 19° secolo da scienziati, medici e studiosi internazionali, nonché dalla stessa comunità locale. Nel 2007, l'OPZ di Geel, la città e le associazioni locali, il museo dell'ospedale e le scuole superiori di zona hanno avviato un progetto che riguarda la divulgazione orale della storia, finanziato dal governo fiammingo dal titolo "Tra le persone. La straordinaria storia dello IESA a Geel". Sono stati intervistati ex personale medico, famiglie ospitanti, ospiti e cittadini. Sono state registrate testimonianze sulla vita quotidiana dagli anni '30 ad oggi, conservate in una raccolta di fonti e progetti audiovisivi. Tutta la documentazione della ricerca è custodita presso l'OPZ di Geel, negli archivi cittadini e nel museo dell'ospedale.

### ***Favorire e promuovere un ecosistema di cure***

Geel è soprannominata la "città misericordiosa" e i valori della tradizione dell'accoglienza sono presenti ovunque: nei piani politici, nei progetti

partecipativi, nella vita comunitaria e nel tipo di comunicazione utilizzata. Geel ripropone continuamente la sua attitudine "misericordiosa". Gli sforzi di salvaguardia evidenziano anche il valore della collaborazione e della complementarietà tra i diversi approcci sanitari, alimentando un ecosistema accurato e sensibile in cui convergono sia le pratiche culturali sia quelle sanitarie (come patrimonio immateriale) sia le istituzioni mediche.

### **I principi della Convenzione dell'UNESCO presenti nel modello IESA di Geel e le sue misure di tutela**

La convenzione dell'UNESCO del 2003 mira a riunire le persone, favorendo lo scambio e la comprensione reciproca. Il programma IESA e le sue misure di salvaguardia possono svolgere un ruolo fondamentale per il raggiungimento di tale obiettivo, attraverso i seguenti elementi chiave:

- *Una comunità che si prende cura collettivamente*: le famiglie ospitanti, gli ospiti, il personale medico, i servizi ai cittadini, le associazioni culturali, gli operatori IESA e i ricercatori collaborano insieme per la tutela del patrimonio dello IESA.
- *Accettazione e attenzione alle abilità personali come chiave per l'integrazione*: lo IESA mira all'inclusione, tanto attraverso l'accettazione quanto attraverso il cambiamento del comportamento delle persone sofferenti di disagio psichico, riconoscendo le abilità e le capacità di ogni individuo, incoraggiando gli ospiti ad assumersi responsabilità all'interno della famiglia ospitante, nella società e nella salvaguardia dei progetti.
- *Assistenza psichiatrica e sanitaria*: il programma di tutela del patrimonio dello IESA mira ad ottenere un'assistenza sanitaria di qualità per tutti, a salvaguardare il patrimonio culturale immateriale e lo sviluppo sostenibile attraverso un particolare modello di cure. Le parti coinvolte nel patrimonio



culturale immateriale si battono per il riconoscimento, il rispetto, e il miglioramento di una pratica sanitaria considerata come parte integrante della loro cultura.

- *Trasmissione intergenerazionale*: la maggior parte delle famiglie ospitanti che aprono la porta delle loro case agli ospiti sono cresciute secondo questa consuetudine. Per mantenere viva questa tradizione vengono organizzati progetti educativi nel centro comunitario dell'OPZ di Geel, nelle scuole, nel museo dell'Ospedale e durante i Dymphna Days.

### **Il significato e l'importanza del riconoscimento dello IESA da parte dell'UNESCO**

Lo IESA potrà beneficiare, senza alcun dubbio, su scala locale (Geel, Belgio), europea e mondiale, del riconoscimento da parte dell'UNESCO.

Il riconoscimento dello IESA da parte dell'UNESCO aiuterà la realtà di Geel ad affrontare le difficoltà future. La sfida principale, e anche più attuale, potrebbe essere la necessità di diversificare e ampliare il numero delle famiglie di volontari e, soprattutto, reinserire giovani famiglie nel progetto in modo che si possa continuare ad offrire assistenza residenziale individualizzata alle persone con problemi di salute mentale sul territorio. A livello internazionale, può diventare uno stimolo per lo sviluppo di servizi simili in altri paesi del mondo (lo IESA in Italia, BWF in Germania, *Shared Lives* nel Regno Unito, AFT in Francia ecc.), e può avere anche un impatto positivo sulla messa in rete delle varie iniziative analoghe internazionali, cosa che non può che aumentare la qualità dei progetti e delle cure offerte.

Lo IESA si è dimostrato molto efficace grazie all'uso di risorse già presenti nella comunità, come gli spazi disponibili nelle case dei cittadini e la capacità dei volontari di dedicare tempo ed energie alla cura delle persone affette da disagio psichico.

A Geel, l'ospedale supporta i progetti IESA laddove necessario, permettendo a questi di realizzarsi al meglio. Nell'offrire sostegno, l'ospedale è molto attento a non intervenire troppo sulla vita familiare e di comunità. I ricercatori hanno osservato che, grazie all'integrazione nella famiglia

ospitante e all'interno della comunità, molti ospiti riducono la terapia farmacologica. Il modello IESA è pertanto da ritenersi altamente conveniente rispetto ad altre forme di assistenza psichiatrica e ha una rilevanza significativa nei paesi in cui si sta sviluppando. A Geel prevale un approccio basato sul buon senso. Le famiglie ospitanti ricevono un contributo economico dallo Stato.

Le famiglie non vengono assillate da cavilli amministrativi e normativi e nemmeno dall'intervento medico nel processo di cura. Questo tipo di approccio rappresenta un importante esempio di come mettere in atto un modello caratterizzato da complessità sociale che consente di ottenere risultati positivi per la salute dell'individuo senza essere eccessivamente gravoso per i caregiver, evitando quindi di minare un'assistenza efficace o di rendere insostenibile l'impegno.

Tutto ciò fa dell'accoglienza eterofamiliare un modello che può essere di valore in paesi in cui le risorse sono piuttosto scarse e laddove non è possibile puntare a una crescita economica continua. Un modello come lo IESA di Geel potrebbe fungere da ispirazione per attivare nuove modalità di assistenza nei paesi in via di sviluppo che sono alla ricerca di nuovi modi per organizzare un'assistenza sanitaria psichiatrica economicamente sostenibile. Parimenti consentirebbe alle famiglie di poter contare su una entrata economica fissa mensile ed ai pazienti di trovare una via per acquisire nuove opportunità di costruirsi ruolo, status e identità.

Inoltre, la diffusione del modello IESA, dei principi e valori sui quali si basa, può essere molto utile per l'ulteriore sviluppo di un'assistenza psichiatrica generalmente orientata alla comunità sociale, indipendentemente dal tipo di modello utilizzato per organizzarla.

### **Il futuro del programma di salvaguardia dello IESA**

Se l'UNESCO deciderà di inserire lo IESA nel registro delle buone pratiche di salvaguardia dei beni immateriali, verrà avviata una piattaforma di tutela per la storia di Dymphna e per il modello IESA. Questo sistema sarà composto da rappresentanti di comunità e organizzazioni inte-



ressate all'accoglienza eterofamiliare e a Santa Dymphna, in collaborazione con esperti di pratiche ascrivibili al patrimonio immateriale, di assistenza sanitaria e ricercatori, sia professionisti che volontari.

Potrà essere istituita una rete internazionale per

la salvaguardia del patrimonio immateriale dello IESA, per monitorare e documentare le varie iniziative, scambiare idee, cercare soluzioni per le criticità nella pratica dello IESA e formulare nuove proposte per le politiche sociosanitarie.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Questa funzione di rete internazionale viene al momento esercitata dalla rivista Dymphna's Family e dai membri dell'International Board che rappresentano le cinque nazioni ove lo IESA è maggiormente diffuso (Italia, Francia, Regno Unito, Belgio e Germania). La rivista europea sullo IESA è nata a partire da una idea di alcuni membri del direttivo del Groupe de Recherche Européen en Placement Familial – GREPFA. Inoltre, a marzo 2022 è stato istituito il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.Ri. For. IESA), con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TO3, con la finalità di promuovere e valorizzare il metodo IESA attraverso il reperimento, la creazione e l'aggiornamento di un archivio di documentazione scientifica e storica proveniente da tutta Europa grazie alla rete consolidata negli anni con i Servizi nazionali e internazionali. All'interno di questo numero della rivista è stato dedicato un articolo che illustra C.E.D.Ri. For. IESA (n.d.t.).

# Due modelli di “immersione nel familiare”. Lo IESA e l'adozione sociale

Del Giudice A.\*



## Abstract

“L’immersione nel familiare” della sofferenza psichica si realizza in Italia attraverso lo IESA: esperienza teorico-pratica che segue il c.d. modello di Geel nell’accezione dell’inserimento eterofamiliare, supportato dall’esterno, del sofferente psichico maggiore di età. Diversamente da tale esperienza, è stata teorizzata l’adozione sociale, modello astratto, oggetto di ricerca scientifica ad opera della scuola del Prof. C. Massimo Bianca i cui risultati sono poi stati ripresi nella proposta di legge (p.d.l. n. 630 Camera – XVIII). Nella scorsa legislatura anche la pratica dello IESA è stata oggetto di proposta di legge (p.d.l. n. 2652 Camera – XVIII). Il presente articolo pone a confronto le due figure e relative proposte normative, delineandone affinità, analogie e differenze.

**Parole chiave:** Geel, IESA, adozione sociale, psichiatria, accoglienza familiare, proposta di legge nazionale.

**I**l modello di Geel, quale forma di inserimento in famiglia non di origine del sofferente psichico, diffusosi dalle Fiandre in tutta Europa e nel mondo, opera anche nel nostro Paese in tutte quelle esperienze che in qualche loro modalità possano ricondursi a siffatto tipo di accoglienza in famiglia. In particolare, vi sono due figure d’inserimento eterofamiliare del maggiore con disabilità psichica, le quali presentano caratteri comuni al modello fiammingo: lo IESA e l’adozione sociale. Due figure, tra le diverse forme di coabitazione o inserimento familiare (casa

famiglia, comunità alloggio, *housing* sociale ecc.) che si avvicinano al modello della comunità familiare, allargata al sofferente psichico, come conosciuto e praticato nella cittadina belga.

Il diritto all’accoglienza del sofferente psichico in famiglia è diversamente postulato dalle due diverse esperienze: quella puramente teorica, l’adozione sociale, configura la possibilità di disciplinare sotto il profilo strettamente privatistico l’inserimento del sofferente psichico o fisico maggiore (privo della famiglia d’origine che lo possa soccorrere) in una famiglia non legata da

\*Avvocato, membro del Comitato Direttivo della Rivista “Nuova Temi Ciociara”. Presidente dell’associazione culturale “Casa ciociara della cultura”. Ha collaborato come docente a contratto esterno con l’Università degli Studi di Cassino, Dipartimento di Economia e Giurisprudenza. Ha fatto ricerca scientifica sotto la guida del Prof. Cesare M. Bianca ed è Cultore della Materia di Diritto Civile presso La Sapienza Università di Roma, Facoltà di Giurisprudenza.

vincoli di parentela. L'adozione sociale si colloca nel solco dei tradizionali istituti dell'adozione<sup>1</sup> e in particolare dell'adozione di persone maggiori di età, distaccandosene per caratteristiche sue proprie, principalmente per la sua natura negoziale<sup>2</sup>.

L'adozione sociale è configurata da parte della dottrina, quale innovativo (*de iure condendo*) istituto volto all'accoglienza familiare della disabilità sofferente della persona maggiore d'età, che va oltre la tradizionale figura dell'adozione civile della persona disabile maggiorenne. L'adozione sociale risponde ad un "dovere morale e sociale di solidarietà umana"<sup>3</sup> verso il sofferente psichico e fisico o soltanto verso chi, avanti in età, abbia bisogno di cure materiali e affettive. Consiste in una condivisione abitativa e relazionale del tutto simile al sistema e pratica di vita come già svolta dal sofferente psichico o fisico nella famiglia di origine (venuta meno o non più idonea a soccorrerlo). L'istituto ricostruisce, con la famiglia che accoglie, il sistema relazionale-familiare originario in cui inserire la persona con disabilità. Secondo tale modello si farà ricorso all'aiuto professionale esterno, occasionalmente, soltanto quando necessari, come avviene nella normalità della vita familiare<sup>4</sup>.

Il sofferente psichico o fisico è destinatario e al

contempo soggetto attivo di una collaborazione familiare, con soddisfazione del suo bisogno di "cura, attenzione, sostegno, comprensione, relazione diretta, cioè di partecipazione ad una vita sociale" (Benassi, 2014)<sup>5</sup>.

Modello d'inserimento familiare in soccorso del disagio psichico è lo IESA che, diversamente dall'adozione sociale, prevede anche lo specifico e costante intervento di supporto professionale dall'esterno alla famiglia che accoglie. Lo IESA "Inserimento eterofamiliare supportato di adulti"<sup>6</sup>, è pratica di accoglienza familiare, che opera in Italia da oltre due decenni, oggetto di specifica organizzazione e regolamentazione, dal Servizio Sanitario del Piemonte si è poi diffuso in gran parte del Paese<sup>7</sup>.

Si tratta dell'inserimento in famiglie volontarie<sup>8</sup> di persone in temporaneo o duraturo disagio psichico, secondo un metodo organizzato con modalità di permanente soccorso professionale esterno. Pertanto la convivenza si ha con l'inserimento del sofferente psichico in una famiglia di volontari e la famiglia che accoglie non è lasciata sola, ma supportata dal Servizio Sanitario. La famiglia si avvale, cioè, di un aiuto esterno continuativo, offerto da un gruppo di professionisti appositamente formati, i quali intervengono, a supporto, attraverso visite domiciliari a cadenza regolare e

<sup>1</sup> Così come l'adozione soccorre il minore abbandonato, anche l'adozione sociale rientra nell'ambito della tutela solidale, quale istituto di protezione della fragilità psichica e fisica del maggiorenne. Nondimeno la p.d.l. 630 Camera XVIII esclude l'adozione sociale dagli effetti dell'adozione (art.2 lett. dd, 4).

<sup>2</sup> L'adozione civile origina da un "atto di concessione giudiziale dello status di figlio adottivo" (Bianca, 2017 & Cass. n. 3003, 19 luglio 2012, Foro It., 2012, I, n. Casaburi), mentre l'adozione sociale si costituisce attraverso un atto negoziale. L'adozione sociale si distingue inoltre dall'adozione civile in quanto non persegue né prevede gli scopi tipici dell'adozione civile di continuità del cognome dell'adottante anteposto a quello dell'adottato e del trasferimento del patrimonio in via successoria dell'adottante all'adottato, ma quello della solidarietà familiare che si realizza attraverso l'accoglienza in famiglia del sofferente psichico.

<sup>3</sup> Come previsto all'art. 9 p.d.l., oggetto dello studio del gruppo di ricerca del Prof. Bianca.

<sup>4</sup> Nello studio presentato nel Convegno di Frosinone, cit., all'art. 10 si legge: "Interventi di sostegno e di aiuto sono disposti dall'Azienda Sanitaria Locale a favore degli affidatari e a favore delle famiglie che assistono il proprio familiare. Assicurata deve essere principalmente la consulenza psichiatrica e psicologica".

<sup>5</sup> Benassi P. (2014) delinea il fenomeno (contro)culturale de "L'antipsichiatria" evidenziando come tra medici e infermieri e pazienti si prospetti la funzione di un'attività pienamente collaborativa in forma di équipe; nell'interesse del paziente, tale forma collaborativa può riscontrarsi anche nell'accoglienza familiare ove i componenti della famiglia e il sofferente psichico stesso operano insieme in una sorta di équipe familiare.

<sup>6</sup> Nella presentazione proposta di legge D'Ottavio ed altri (XVII legislatura Camera dei deputati N. 4757) poi ripresentata Gribaudo ed altri (XVIII legislatura Camera dei deputati N. 2652) si legge: "Per inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA) si intende l'integrazione e la cura di persone in stato di temporanea o cronica difficoltà di tipo psichico o fisico, presso l'abitazione di volontari. Questa esperienza è fortemente radicata in molti Paesi europei (Germania, Francia, Inghilterra, Belgio e altri). [...] Sep-pure con caratteristiche eterogenee a seconda del contesto, anche sul nostro territorio si evidenzia l'esistenza di alcune proficue esperienze di IESA, infatti sono già presenti progetti in Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto, Sardegna, Puglia e Campania [...] La convivenza si avvale del supporto continuativo offerto da professionisti appositamente formati...".

<sup>7</sup> Creato presso il Servizio sanitario della Regione Piemonte, lo IESA è una pratica terapeutico-residenziale che coinvolge la cittadinanza: l'esperienza IESA è un servizio dedicato prevalentemente al disagio psichico, presso la ASL TO3 dal 1997, informato al principio di offrire un ambiente di cura affettivamente connotato all'interno della famiglia ospitante, muovendo dal presupposto che la malattia mentale non è di per sé portatrice di stranezza e di pericolo.

<sup>8</sup> Dopo un percorso di formazione le famiglie, se ritenute idonee, sono abilitate ad accogliere un ospite idoneo alla convivenza più appropriata.



comunque immediatamente disponibili, ove sia necessario. Il supporto professionale solo esterno (IESA) comporta il permanere di quella spontanea solidarietà relazionale e affettiva all'interno del nucleo familiare apertosi alla persona disabile, che non viene modificato o alterato da lavoro "accuditivo-professionale" che rimane puramente esterno. Il supporto esterno garantisce, piuttosto, il pieno soccorso terapeutico, ma anche psicologico di cui la nuova famiglia (tutta) possa necessitare. Anche secondo il modello IESA, gli aspetti giuridici sono definiti e sottoscritti da un apposito contratto che vede coinvolte le tre parti interessate dal progetto di accoglienza familiare: il paziente, il volontario ospitante e il Servizio sanitario<sup>9</sup>.

Accanto all'esperienza dello IESA, come detto si inserisce più di recente il modello teorico dell'adozione sociale che, secondo la dottrina che l'ha tratteggiata, costituisce una possibile "risposta ottimale per il sofferente psichico e in generale per chiunque viva isolatamente a causa della sua disabilità attraverso l'inserimento in una famiglia disponibile ad accoglierlo presso di sé come membro della stessa"<sup>10</sup>.

L'adozione sociale si pone in una linea di continuità con la c.d. "Legge del dopo di noi"<sup>11</sup>, sia nel promuovere il principio di sussidiarietà orizzontale del privato e cioè l'autonoma iniziativa dei singoli per lo svolgimento di attività di interesse generale quale appunto l'accoglienza familiare in favore dei sofferenti psichici o fisici, sia nel promuovere agevolazioni e sussidi incentivanti la relativa formazione. L'inserimento familiare attraverso l'istituto dell'adozione sociale in defi-

nitiva tende a tutelare, così come gli altri modelli delineati di "immersione nel familiare" (Cébula, 2001 cit. in Aluffi, 2001)<sup>12</sup>, gli aspetti relativi alla dignità del sofferente psichico, fisico e sensoriale non più lasciato solo a se stesso o in convivenza presso alloggi comunitari e istituzioni asilari.

### **Modelli a confronto e relative iniziative parlamentari**

La delineata figura dell'adozione sociale, così come l'inserimento eterofamiliare praticato dallo IESA da oltre due decenni, ha destato notevole interesse presso le autorità politiche del nostro Paese, tanto che sono state avanzate due diverse proposte di legge<sup>13</sup> che hanno ad oggetto la regolamentazione di tali diversi modelli di familiare accoglienza. Per quanto riguarda la pratica dello IESA, il modello normativo ipotizzato sviluppa ed applica l'accoglienza familiare per progetti di inserimento presso l'abitazione di volontari che debbono effettuare un percorso di selezione. Dispone che professionisti, operatori dei progetti che "supportano" dall'esterno le famiglie di volontari, siano dipendenti delle strutture sanitarie o dei servizi socio-assistenziali o del privato sociale con adeguata formazione professionale (Box 1).

Per l'adozione sociale, invece, lo strumento normativo ipotizzato per l'introduzione dell'istituto è quello della delega al Governo con un'indicazione dei principi e delle regole di base a cui attenersi per poi far luogo, attraverso la legislazione delegata, alla compiuta realizzazione della relativa disciplina<sup>14</sup>.

Si potrebbe forse ritenere che il Legislatore nelle

<sup>9</sup> Nel contratto sono previsti i reciproci obblighi e diritti, vengono determinate le responsabilità di ciascun soggetto all'unico manifesto fine di alleviare la sofferenza fisica o psichica dell'ospite.

<sup>10</sup> Bianca C.M. da "un appunto" non edito per la presentazione della p.d.l. sulla tutela solidale dei sofferenti psichici, lungo la via aperta dalla legge "dopo di noi".

<sup>11</sup> La legge 22 giugno 2016 n. 112 c.d. legge sul "Dopo di noi".

<sup>12</sup> A proposito dello IESA si parla di qualità riparatrici e rigeneratrici della immersione nel familiare.

<sup>13</sup> Per l'adozione sociale p.d.l. n. 630 - XVIII delega al Governo per la revisione delle disposizioni concernenti l'affidamento e l'adozione di minori. Per lo IESA p.d.l. n. 2652 - XVIII disposizioni per l'inserimento di adulti affetti da disturbi psichici o fisici presso famiglie di volontari.

<sup>14</sup> Nella p.d.l. Camera N. 630 - XVIII all'Art. 2. (Delega al Governo per la revisione delle disposizioni concernenti l'affidamento e l'adozione di minori) "1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle disposizioni concernenti l'affidamento e l'adozione di minori, in conformità ai seguenti principi e criteri direttivi: [...] dd) istituire l'adozione sociale, prevedendo: 1) l'assunzione da parte di una coppia di coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, o di una persona singola dell'impegno di tenere presso di sé una persona maggiorenne, priva di un ambiente familiare idoneo, di assisterla moralmente e materialmente e di assicurarle i trattamenti terapeutici e riabilitativi necessari; 2) la possibilità che l'impegno di cui al numero 1) sia limitato a determinate prestazioni di sostegno; 3) la libera revocabilità dei consensi; 4) l'esclusione degli effetti delle adozioni di minori e dell'adozione di cui al capo I del titolo VII del libro primo del codice civile; 5) la possibilità di aiuti economici agli adottanti che accolgono l'adottato presso di sé".



**Box 1.** P.d.l. n. 2652 - XVIII Camera avente ad oggetto disposizioni per l'inserimento di adulti affetti da disturbi psichici o fisici presso famiglie di volontari.

**Art. 1. (Finalità):** La presente legge ha la finalità di agevolare lo sviluppo di progetti di inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA), attraverso l'integrazione e la cura di persone in stato di temporanea o cronica difficoltà di tipo psichico o fisico, di seguito denominate «ospiti», presso l'abitazione di volontari.

**Art. 2. (Normative regionali):** Ogni regione, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta specifiche disposizioni per l'attuazione nel proprio territorio dei progetti di IESA di cui all'articolo 1 in ambito sanitario e sociale.

**Art. 3. (Istituzione di centri esperti regionali o interregionali):** Per garantire l'avvio e la gestione dei progetti di IESA sono individuati appositi centri regionali o interregionali con esperienza consolidata nel settore.

**Art. 4. (Responsabile del progetto di IESA):** Ogni progetto di IESA ha un responsabile, individuato nel dirigente dell'azienda sanitaria locale competente per territorio.

**Art. 5. (Formazione degli operatori dei progetti di IESA):** Gli operatori dei progetti di IESA devono essere in possesso di laurea triennale in ambito sanitario o sociale e devono avere successivamente usufruito di una specifica formazione certificata da parte di uno dei centri di cui all'articolo 3. Essi possono essere dipendenti delle aziende sanitarie locali o dei servizi socio-assistenziali, ovvero soggetti del privato sociale, di imprese private o di enti del Terzo settore di natura non commerciale.

**Art. 6. (Selezione dei volontari):** I volontari che dichiarano la propria disponibilità a fare parte di un progetto di IESA devono sostenere un apposito percorso di selezione basato su un protocollo strutturato e suddiviso in più fasi, condotte dagli operatori del progetto, che prevedano almeno due colloqui di conoscenza, una visita domiciliare e l'incontro con tutti i membri del nucleo familiare dei volontari. Al termine della selezione e delle opportune verifiche, gli operatori si esprimono in merito all'idoneità dei volontari e del loro contesto abitativo.

**Art. 7. (Selezione degli ospiti):** Gli ospiti sono sottoposti a una selezione sulla base di un apposito protocollo e attraverso colloqui di approfondimento e riunioni con gli operatori del progetto di IESA e con i volontari.

**Art. 8. (Formazione dei volontari):** I volontari selezionati per partecipare a un progetto di IESA ai sensi dell'articolo 6 devono ricevere, prima dell'avvio del progetto, un'adeguata formazione individuale o di gruppo da parte degli operatori dello stesso progetto.

**Art. 9. (Numero di ospiti):** Ogni nucleo familiare volontario può accogliere al suo interno, di norma, un solo ospite del progetto di IESA di riferimento. In casi eccezionali, qualora vi siano risorse idonee e gli operatori del progetto lo ritengano opportuno ai fini terapeutici, un nucleo familiare può accogliere due ospiti. Per quanto riguarda eventuali inserimenti presso case famiglia o fattorie sociali, si applicano le norme vigenti in materia.

**Art. 10. (Rimborso delle spese di ospitalità):** I volontari beneficiano di un rimborso forfetario mensile erogato dall'ospite per la copertura delle spese di ospitalità. Qualora l'ospite non sia in grado di fare fronte all'intera quota del rimborso, è previsto l'intervento del servizio sanitario o sociale competente per territorio, che provvede a rilasciare un apposito assegno di cura, o uno strumento affine, intestato all'ospite stesso.

**Art. 11. (Detassazione del rimborso delle spese di ospitalità):** Il rimborso erogato dall'ospite ai volontari ai sensi dell'articolo 10 è esente da imposte e tasse...".



due proposte di legge stia considerando un ritorno, in chiave moderna, all'istituto dell'accoglienza in famiglia già marginalmente configurato nella legge Giolitti (ex art. 1 co. 3 L. 14.2.1904, n. 36) che appunto prevedeva l'istituto del c.d. patronato familiare (Andreoli, 1998)<sup>15</sup>, cioè la possibilità di collocamento del sofferente in una famiglia, precisando la norma che: "Il direttore di un manicomio può, sotto la sua responsabilità, autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza" mentre nel successivo regolamento (R.D. 16 agosto 1909 n. 615) la disciplina prevedeva la formazione di una adeguata selezione dei volontari ospitanti: infatti il direttore del manicomio poteva istituire speciali corsi teorico-pratici per coloro che intendessero ricevere sofferenti psichici nella loro casa, rilasciando il relativo attestato (Art. 16 R.D.)<sup>16</sup>.

### **Punti di contatto e differenze tra le due proposte di legge**

Le diverse pratiche e modelli di accoglienza familiare e relative figure normative che vorrebbero disciplinarle, possono coesistere in un panorama di pluralità delle azioni e concrete iniziative a favore del sofferente psichico e più in generale in soccorso di chi si trovi, senza il conforto di un ambiente familiare idoneo, in una situazione di disabilità temporanea o permanente<sup>17</sup>.

I modelli dello IESA e dell'adozione sociale, così come tutte le possibili pratiche di accoglienza familiare, si pongono pienamente in linea con l'invocato diritto alla vita sociale delle persone con disabilità, precisamente del "diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone e pie-

na integrazione e partecipazione alla società"<sup>18</sup>.

Le proposte di legge aventi ad oggetto l'esperienza dello IESA e l'istituzione dell'adozione sociale, pur simili nella pratica dell'inserimento del sofferente nella famiglia accudente, si differenziano nettamente per le modalità di realizzazione.

Nello IESA la proposta normativa prevede un percorso particolarmente curato di formazione degli operatori esterni (art. 5 p.d.l.) e di selezione e istruzione dei volontari ospitanti (artt. 6 e 8 p.d.l.). Viene organizzata la pratica dell'accoglienza familiare (art. 1 p.d.l.) per progettualità (sia di ordine generale, artt. 2, 3, 4 p.d.l.) volta all'organizzazione dei volontari e degli operatori a livello regionale con il relativo responsabile del progetto (sia di ordine specifico artt. 1, 6, 9 p.d.l.) con la predisposizione, cioè, dei singoli progetti volti alla specifica accoglienza familiare, considerati e selezionati i singoli "ospiti" che, anche per periodi limitati, vengano inseriti nel nucleo familiare e nell'abitazione dei volontari selezionati e formati.

Nella proposta di legge emerge una particolare professionalità accudente del modello IESA, affinché le famiglie ospitanti e i singoli componenti delle stesse siano preparati al progetto e vengano coadiuvati dall'esterno da personale esperto (operatori) appositamente istruiti e a supporto delle medesime famiglie ospitanti (art. 5 p.d.l.). L'idoneità delle famiglie ospitanti, pur diversa da quella di cui al modello francese della *Accueil Familial Thérapeutique* (Cébula, 1999), risiede principalmente nella selezione di persone che si rivelino adatte alla relazione familiare allargata al sofferente e che siano in grado di sostenere emotivamente la sofferenza psichica o fisica dell'ospite. Tale professionalità non è prevista nella proposta dell'adozione sociale che fonda

<sup>15</sup> Traduzione da "*Patronage familial*" espressione coniata dal dott. Bulkens (medico in Geel) per definire il modello di Geel.

<sup>16</sup> Le famiglie che avevano al loro interno componenti in possesso dell'attestato oppure ex-infermieri o ex-sorveglianti già dipendenti di istituti psichiatrici erano di regola preferite nella "assegnazione degli alienati" alla cura in casa privata, in presenza dei requisiti di carattere sanitario e sociale previsti dal regolamento.

<sup>17</sup> Così come sempre più frequentemente avviene per la persona in età avanzata rimasta priva del soccorso della famiglia.

<sup>18</sup> La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea il 13.12.2006 e ratificata con la Legge 18 del 3.3.2009 prevede all'art. 19 "Vita indipendente ed inclusione nella società: gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società, anche assicurando che: (a) le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione; (b) le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione [...]".

sulla naturale idoneità di ogni famiglia, responsabilmente consapevole di poter accogliere e provvedere alla cura della persona sofferente, proprio come avrebbe fatto (o forse avrà già fatto) con un componente della famiglia.

Altro elemento caratterizzante la proposta IESA è la durata dell'accoglienza, che può essere a tempo limitato o a tempo non predeterminato, a seconda che gli ospiti siano in stato di temporanea o cronica difficoltà psichica o fisica (art. 1 p.d.l.). Nell'adozione sociale l'inserimento è invece tendenzialmente a tempo indeterminato ma con la libera revocabilità dei consensi (art. 2.1 lett. dd, 2. p.d.l.).

Mentre lo IESA prevede, sempre e comunque, progetti di inserimento eterofamiliare, attraverso l'integrazione e la cura di persone in stato di temporanea o cronica difficoltà di tipo psichico o fisico (art. 1 p.d.l.), l'adozione sociale è disciplinata anche come adozione impropria (senza inserimento familiare). Secondo la proposta, infatti, l'adottante assume l'impegno di tenere presso di sé una persona maggiorenne, priva di un ambiente familiare idoneo, di assisterla moralmente e materialmente e di assicurarle i trattamenti terapeutici e riabilitativi necessari ma può assumere anche il limitato impegno di fornire determinate prestazioni di sostegno (art. 2.1 lett. dd, 2, p.d.l.).

La proposta IESA prevede, per i costi di ospitalità, un rimborso forfetario mensile erogato dall'ospite. Se l'ospite non sia in grado corrispondere l'intera quota di rimborso, sarà erogato un apposito assegno di cura, o strumento affine (art. 10 p.d.l.). Il rimborso delle spese di ospitalità è esente da imposte e tasse (art. 11 p.d.l.), l'adozione sociale prevede la possibilità di aiuti economici agli adottanti che accolgono l'adottato presso di sé (art. 2 lett. dd n.5, p.d.l.).

In particolare, la proposta dell'adozione sociale esclude il prodursi degli effetti giuridici propri

delle adozioni dei minori e dell'adozione civile (art. 2 lett. dd n.4 p.d.l.), marcando così la netta distinzione tra l'adozione sociale e le due forme di filiazione elettiva sia dei minori che delle persone maggiori di età. Con ciò avvicinandosi l'adozione sociale allo IESA, nel senso della realizzazione del principio della rilevanza terapeutica che l'immersione nel familiare può assicurare alla persona sofferente.

Infine, volendo evidenziare un carattere distintivo dello IESA dall'adozione sociale, lo stesso può rinvenirsi nella differente natura dello IESA quale virtuosa pratica pubblico-privata in soccorso della disabilità psichica del maggiore di età, rispetto all'adozione sociale che è un istituto di specifica ed esclusiva solidarietà privata. Nondimeno, tra le due figure si riscontra un nucleo centrale comune, che è quello dell'inserimento eterofamiliare del sofferente psichico o fisico nel sistema di relazioni della famiglia, dell'utilizzazione dello strumento contrattuale, nonché dell'essere le due figure del tutto alternative al ricovero in strutture collettive e istituzioni chiuse. Entrambi i modelli normativi si rivolgono, oltre che alla disabilità psichica (o fisica) originaria, anche alle disabilità derivate sia per età avanzata, sia per dipendenze, sia per gravi situazioni sanitarie individuali come nel caso di trattamenti oncologici.

## Conclusioni

In definitiva, la circostanza che la teoria e pratica dell'inserimento familiare delle persone adulte abbiano risvegliato la potenziale attenzione del legislatore di per sé testimonia l'interesse e la spinta della collettività verso una sempre maggiore solidarietà nei comportamenti sociali e una ricerca di soddisfare il reciproco bisogno di dare accoglienza e di essere accolti, che proprio la tipica vocazione sociale della natura umana comporta ed esige.



## **Bibliografia**

- Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Franco Angeli: Milano.
- Andreoli, V. (1998). *Un secolo di follia*. Rizzoli: Milano.
- Benassi, P. (2014). *Mezzo secolo di psichiatria italiana 1960-2010*. Franco Angeli: Milano.
- Bianca, C.M. (2017). *Diritto civile - 2.1 La famiglia*. Giuffrè: Milano.
- Cébula, J. C. (1999). *L'accueil familial des adultes*. Dunod: France.
- Legge 3 marzo 2009, n. 18, “*Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*”.

# Teoria, clinica e riflessioni sull'esperienza IESA tedesca<sup>1</sup>

Becker J.\*



## Abstract

Lo IESA in Germania si sviluppa a partire dal XIX Secolo e, dopo una battuta d'arresto durante la Seconda Guerra Mondiale, torna ad essere una pratica molto utilizzata intorno agli anni '80. Attualmente i servizi IESA sul territorio tedesco sono presenti in tutta la nazione e offrono un'importante alternativa ai percorsi residenziali per persone con disabilità psichica e patologie psichiatriche. I progetti IESA consentono all'ospite di vivere in famiglia e di sperimentarsi all'interno di un contesto affettivo e accogliente.

Questo lavoro descrive i principi fondamentali alla base del modello IESA e le iniziative che sono state avviate in Germania per la sua diffusione. Riporta inoltre una testimonianza diretta dell'utilizzo dello IESA in casi complessi, non sempre gestiti efficacemente in contesti residenziali istituzionali.

**Parole chiave:** Betreutes Wohnen in Familien (BWF), psichiatria territoriale, psichiatria sociale, IESA, assistenza psichiatrica in Germania.

Così come in Italia e in altre nazioni europee, lo IESA in Germania si è sviluppato a metà del XIX secolo, ispirandosi al modello di Geel. Persone affette da patologie psichiatriche croniche e disturbi psichici venivano dimesse dagli Ospedali Psichiatrici e inserite presso famiglie ospitanti. Le famiglie spesso si avvalevano dei loro ospiti in qualità di aiutanti a basso costo nei lavori agricoli. Nel 1934, in Germania, erano circa 5.000 le persone inserite presso famiglie ospitanti e molte di loro vennero uccise durante il periodo Nazista.

Il modello IESA è stato poi ripreso in Germania nel 1984. Attualmente è diffuso in tutte le regioni

tedesche e sono tre i fattori che hanno contribuito al suo sviluppo:

1. A partire dal 1985 viene organizzato annualmente un Congresso sullo IESA in lingua tedesca. La Conferenza è solitamente gestita da un team IESA locale e pertanto ogni anno è ospitata in una città diversa della nazione. Il Congresso si tiene sempre a settembre, dal mercoledì pomeriggio fino al venerdì mattina.
2. Nel 1997 i servizi IESA tedeschi si riunirono per formare un gruppo di esperti. Da allora i rappresentanti IESA di tutta la Germania si sono incontrati più volte nel corso degli anni.

<sup>1</sup> Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Gianfranco Aluffi.

\* Psichiatra Psicoterapeuta, CEO Spix e V. di Wesel.



Ogni regione dispone di un suo rappresentante presente all'evento.

3. Dal 2008 al 2016 venne creata una newsletter che raccoglieva notizie, casi clinici e contributi di esperti in tema di IESA. Oltre a diffondere la cultura dello IESA, la newsletter ha contribuito a trovare una definizione univoca del modello in tutta la nazione. Un tempo questa pratica di supporto veniva chiamata "*Famimilienpflege*", che significa "*cura familiare*", ed oggi si chiama "*Betreutes Wohnen in Familien*" che sta a significare "vivere supportati in famiglia".

Attualmente in Germania sono circa 400.000 le persone con disagio psichico che ricevono assistenza specialistica: circa la metà è inserita presso strutture residenziali, l'altra metà riceve cure ambulatoriali e soltanto l'1% vive in una famiglia IESA. Due terzi delle persone in residenzialità hanno una disabilità psichica, mentre il 70% delle persone seguite ambulatorialmente presenta diagnosi psichiatriche. Da più di dieci anni la percentuale di persone con disagio psichico che riceve interventi in regime di ricovero è in calo, mentre quella relativa alle persone che si rivolgono ai servizi ambulatoriali è in aumento. Anche gli inserimenti IESA stanno lentamente crescendo. Lo IESA non è da considerarsi un'alternativa alle cure ambulatoriali, ma può essere un ottimo strumento per le persone che necessitano di assistenza continuativa e che altrimenti verrebbero inserite in strutture residenziali. Per la maggior parte delle persone che soffrono di disagio psichico, la propria condizione clinica ha un'influenza negativa sulle relazioni interpersonali. La capacità di creare legami, costruirsi una famiglia o mantenere delle relazioni strette e stabili con gli amici è spesso compromessa. Gli operatori sanitari prendono così il posto della rete sociale. A causa del turn over degli operatori, le persone con patologie gravi subiscono molte separazioni rispetto alle relazioni che instaurano nel corso della loro vita. Per via della loro stessa natura, gli approcci basati sulla famiglia durano invece molto più a lungo. Ogni famiglia presenta un proprio clima familiare e ha

la sua routine, i propri modelli relazionali e aspettative sui suoi membri. Questo aspetto rappresenta uno dei limiti dello IESA, in quanto non è possibile semplicemente "riempire uno spazio libero", poiché l'accoglienza familiare rappresenta soprattutto un'opportunità unica. Migliore è il monitoraggio dell'equipe di professionisti, dalla quale ci si aspetta che operi al pari di "un'agenzia matrimoniale" attraverso una buona valutazione degli aspetti caratteriali e relazionali, delle aspettative esplicite e implicite sulla relazione di accoglienza, maggiore sarà la possibilità di realizzare l'abbinamento adatto alle persone che necessitano di supporto. Il supporto gestito dagli operatori sanitari, ovvero dai *professionals*, è generalmente incentrato sugli aspetti di malattia e di disabilità: da un lato c'è chi sta facendo il proprio lavoro, e dall'altro c'è chi sta ricevendo aiuto. Nello IESA, invece, si crea un rapporto di sostegno a 360 gradi per la persona in difficoltà, al di là dell'orario di lavoro e del tipo di professione. Una parte importante dell'aiuto è offerta da cittadini che non dispongono di competenze specifiche in ambito clinico e che pertanto non hanno un atteggiamento professionale. Nella percezione di sé e nella percezione esterna di un paziente, l'inserimento presso una famiglia IESA è visto più come l'allargamento della famiglia preesistente dove un nuovo membro viene accolto e coinvolto nei contatti e nelle relazioni della famiglia stessa.

I quattro vantaggi dello IESA rispetto ad un inserimento residenziale sono:

- Le comunità terapeutiche sono percepite dai cittadini come strutture istituzionali per disabili, mentre le famiglie che ospitano un paziente con disabilità non sono avvertite allo stesso modo. Questo aspetto consente di mettere in secondo piano la patologia e garantisce un livello di inclusione che le strutture residenziali non sono in grado di offrire.
- La motivazione a sviluppare competenze è spesso più forte in chi vive con persone sane piuttosto che con persone con disabilità. Questo è il motivo per cui le possibilità di raggiungere un buon livello di riabilitazione è maggiore in una convivenza IESA rispetto al-

la permanenza in una struttura. Soprattutto per i giovani lo IESA si dimostra una soluzione idonea per favorire l'autonomia e porre le basi per costruire una vita autonoma.

- Persone che vorrebbero vivere in famiglia ma che non hanno costruito relazioni stabili a causa della loro disabilità, possono fare esperienza di integrazione sociale ed emotiva in una comunità già strutturata come una famiglia IESA.
- Grazie ad un attento abbinamento, può essere data un'integrazione nel contesto familiare personalizzato e corrispondente ai desideri e ai requisiti, parallelamente al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi. È possibile dare alle persone vulnerabili un posto speciale nella vita di chi li accoglie. In questo senso non ci sono aspiranti ospiti o famiglie ospitanti non idonee, si tratta piuttosto di trovare l'abbinamento giusto.

Il percorso personalizzato rappresentato dallo IESA può anche essere determinante per trovare un luogo idoneo a persone che non sono collocabili all'interno di contesti istituzionali. Gli ospiti che non sono in grado di adattarsi alle regole di una struttura residenziale possono giovare di un sistema familiare che si adatta ai loro specifici bisogni. Così come è successo nel caso del sig. Wolf.

Il sig. Wolf è un uomo di 35 anni affetto da schizofrenia. Ha fatto uso e abuso di varie sostanze e mostra una condotta antisociale. Per questa ragione, ha dovuto lasciare la struttura residenziale per persone affette da disturbi psichici in cui si trovava. Successivamente mi ha raccontato in un'intervista:

*“Tre anni fa sono stato dimesso dalla comunità perché ci vivevo già da troppo tempo. Ho dovuto rinunciare al mio spazio per qualcuno che ne aveva più bisogno. Ho poi vissuto da solo nel mio appartamento per un anno e mezzo e per altri sei mesi con alcuni “colleghi”. Ho dovuto lasciare quell'appartamento perché, anche se avevo pulito il soggiorno, il tavolo non era stato riorдинato. Prima di quell'episodio c'erano stati dei danni creati dall'acqua perché lo sciacquone del*

*mio gabinetto era rotto. Entrambe le volte siamo dovuti evacuare perché il seminterrato era pieno d'acqua. Al padrone di casa non piacevo e quindi me ne sono dovuto andare”.*

Harry Bogen, un operatore dei Servizi Sociali, riporta:

*“L'appartamento era diventato davvero invivibile. A causa del suo disturbo delirante il sig. Wolf aveva barricato tutte le stanze, un coltello era rimasto conficcato nel divano, il gabinetto era pieno di vestiti e quindi inagibile. Il sig. Wolf aveva utilizzato l'intero appartamento come se fosse un posacenere. Non si rendeva conto di quanto l'alloggio fosse trascurato. Da tempo rifiutava i farmaci per la cura della sua psicosi. Quando è stato inserito presso il centro di accoglienza per i senzatetto i conflitti sono sorti quasi subito, soprattutto perché il sig. Wolf non rispettava i momenti di riposo e disturbava continuamente gli altri ospiti della struttura. Ufficialmente ogni ospite poteva usare un armadietto a testa, ma il sig. Wolf portava con sé dai sette agli otto sacchi di spazzatura pieni di oggetti che raccoglieva in giro, prevalentemente cerchioni di auto e camere d'aria per biciclette. Guardandosi indietro è stata una vera e propria escalation che lo avrebbe potuto anche portare alla morte, poiché la sua negligenza e la scarsa alimentazione continuavano a peggiorare e il sig. Wolf non era in grado di riconoscere questa progressione della malattia. Arrivò addirittura a pensare di poter vivere in una tenda d'inverno se il centro di accoglienza non lo avesse più accolto. È stato cacciato dalla casa di accoglienza molte volte perché non rispettava le regole, ed è diventato sempre più difficile convincere la direzione dell'istituto a riaccoglierlo. Fu così che ci venne l'idea di cercare una famiglia ospitante attraverso il Servizio IESA”.*

Thomas Wolf disse a riguardo:

*“Alla fine il mio assistente sociale mi ha suggerito di provare a vivere in una famiglia IESA. Mi piaceva l'idea di fare una nuova esperienza di vita. Sono stato assegnato a una famiglia. Probabilmente ne hanno scelta una a caso. Credo di aver fatto una buona impressione al primo incontro”.*



Sei mesi dopo il trasferimento del sig. Wolf, l'ospitante Maria Militz riferiva:

*“Durante la settimana di prova Thomas non si è mostrato per quello che è veramente. All'inizio ha fatto davvero una gran fatica, ma bisogna sempre tener conto della sua patologia. Ha cercato di fare del suo meglio in ogni cosa. Dopo tutto è una persona fragile. Non sembra capire che non può stare con noi stabilmente se non segue determinate regole. Inoltre non presta affatto attenzione alla pulizia. Ad esempio la sera torna a casa ubriaco e va a letto con tutti i vestiti addosso. Thomas ha la possibilità di stare qui da noi ma molto dipende da lui”.*

Petra Pilath, l'operatrice IESA referente del progetto del sig. Wolf, racconta i progressi nei due anni successivi:

*“Il sig. Wolf vive presso la famiglia IESA ormai da due anni e mezzo. Il primo anno e mezzo è stato difficile per una serie di motivi. In primis, il sig. Wolf è uno spirito libero e vuole vivere la propria vita a modo suo, mentre la famiglia ospitante avrebbe desiderato integrarlo maggiormente nella vita di comunità. Uno dei problemi principali è stato poi il fumo. Anche se avevano concordato che avrebbe fumato solo all'aperto, il sig. Wolf aveva l'abitudine di fumare sistematicamente nella sua stanza. La sua camera era nel seminterrato e, a causa della struttura della casa, non si poteva impedire all'odore di fumo di diffondersi in tutto l'appartamento. Inoltre, il sig. Wolf raccoglieva qualsiasi cosa per strada conservandola nella propria stanza. Anche questa abitudine, insieme alle altre, ha contribuito all'insorgenza di odori sgradevoli. Vista la situazione, la famiglia ospitante ha pensato a una soluzione creativa. Per il suo compleanno, gli hanno regalato una roulotte usata e l'hanno parcheggiata nel vialetto di casa. È ormai un anno*

*che vive lì. Usa ancora il bagno e la doccia di casa e per l'inverno è stato installato nella roulotte un calorifero più potente. Il sig. Wolf è molto felice di avere un suo spazio”.*

Da quando vive nella roulotte, il sig. Wolf sembra essersi maggiormente ambientato. Non scompare più per giorni ma si assenta soltanto nelle ore diurne. La maggior parte delle volte esce dopo aver fatto colazione con la famiglia ospitante e torna a casa la sera quando c'è un pasto caldo ad aspettarlo. Un ulteriore cambiamento è dato dal fatto che, quando è infastidito da qualcosa, cerca un dialogo con la signora Militz. Grazie a questo ora è in grado di accorgersi quando la sua sintomatologia è in fase di peggioramento. Oltre a una terapia *long acting*<sup>2</sup>, il sig. Wolf ha accettato da tempo un farmaco da utilizzare al bisogno che la famiglia conserva per lui.

Un altro recente progresso è che sta diventando più chiaro nel formulare i propri pensieri e riesce a rimanere concentrato nei dialoghi per più di tre minuti, ad esempio nel parlare della propria psicosi. Racconta degli spiriti nella sua testa che fanno esplodere il disco rigido producendo scintille, riportando come questa sia un'esperienza affascinante ma al contempo angosciante e minacciosa. Non ne aveva mai parlato prima. Il sig. Wolf ha l'ultima parola in questa storia:

*“Vivere con Klaus e Maria è totalmente diverso dal vivere in una struttura come facevo prima. Qui posso vivere per i fatti miei, senza altri coinquilini. Se mi alzo alle 8 posso fare colazione con loro, altrimenti la faccio più tardi da solo. Non facciamo molte cose insieme perché sono in giro per la maggior parte del tempo. Posso andare da Klaus e Maria quando mi serve qualcosa o se voglio parlare di qualcosa. È bello avere un posto normale in cui vivere. Il mio compleanno è alla fine del mese. Riceverò un cellulare.”*

<sup>2</sup> Terapie farmacologiche che garantiscono un'attività terapeutica prolungata a seguito di somministrazioni a cadenza predefinita che per alcuni farmaci possono avere la frequenza di una iniezione ogni 2 o 4 settimane.



# Oltre l'accoglienza. Lo IESM come possibile approccio all'integrazione

Bonansega A. \*, Hordoan A.C. \*\*, Demarchi E. \*\*\*



## Abstract

Il Servizio IESA è stato recentemente esteso alle persone migranti e si sta diffondendo, anche per via del numero crescente di migranti, nel nostro Paese. Tale pratica si colloca come un possibile approccio per favorire l'inclusione e l'integrazione delle persone che arrivano in Italia, spesso dopo aver affrontato viaggi sfiananti e condizioni di vita precarie. Essa può essere considerata quale modalità assistenziale per la gestione sul territorio di persone migranti con fragilità psicologiche, con benefici riscontrati a livello personale (di qualità di vita e di salute dell'ospite) e a livello sociale.

**Parole chiave:** IESM, integrazione sociale, migranti, IESA per migranti.

**I**l fenomeno della migrazione accompagna da sempre gli esseri umani, portati a spostarsi alla ricerca di migliori condizioni esistenziali. Nel 2016, secondo l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), 65,6 milioni di individui sono stati costretti a migrare a causa di persecuzioni, conflitti, violenze o violazioni dei diritti umani, di questi, 22,5 milioni sono risultati essere rifugiati e 2,8 milioni richiedenti asilo (UNHCR, 2017). Le nazioni di origine dei migranti che giungono in Europa si sono modificate nel tempo, a seconda delle aree di conflitto, di instabilità politica, di traffico umano e delle rotte migratorie. Negli ultimi anni, l'Italia è stata il principale punto di ingresso in Europa per le persone che rifuggivano

la guerra e l'instabilità economica (Crepet et al., 2017). I dati forniti dall'Istat indicano la presenza al 1° gennaio 2020 di 5 milioni di cittadini stranieri sul territorio italiano, che rappresentano l'8,4% del totale dei residenti. Si tratta di una percentuale in aumento rispetto all'anno precedente (+0,9%) e con una distribuzione sul territorio che storicamente si concentra nelle aree del centro-nord del Paese. Rispetto al contesto europeo, l'incidenza degli stranieri in Italia risulta essere leggermente superiore alla media europea, occupando il quattordicesimo posto nella graduatoria dei 28 Paesi dell'Unione Europea (Istat, 2020). Occorre rivolgere un'attenzione particolare ai flussi migratori, sia per la portata numerica degli stessi, sia per le implicazioni socio-politiche e sa-

\* Direttore SC Psicologia, Dirigente Responsabile SS Psicologia Clinica ASL TO3 Regione Piemonte.

\*\* Psicologa Specializzanda in Psicoterapia, SC Psicologia-SS Psicologia Clinica, ASL TO3 Regione Piemonte.

\*\*\* Psicologa Specializzanda in Psicoterapia, SC Psicologia-SS Psicologia Clinica, ASL TO3 Regione Piemonte.



nitare che ne conseguono; tali flussi negli ultimi decenni si sono intensificati, portando nel 2011 alla dichiarazione dello stato di emergenza umanitaria per l'eccezionale afflusso di cittadini provenienti dai Paesi del Nord Africa (Ministero dell'Interno, 2017). Per far fronte a tale incremento del numero degli arrivi, a livello locale sono stati elaborati diversi percorsi di accoglienza e di integrazione. In particolare, un ruolo importante riguarda la gestione della prima accoglienza da parte dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), a cui si affiancano iniziative pubbliche legate ai servizi socio-sanitari e iniziative private legate al mondo dell'associazionismo e del volontariato, transitando da realtà più istituzionalizzate a realtà più complesse ed incerte.

### **La salute mentale delle persone migranti**

Una volta giunte lungo le coste europee, le persone migranti sono sottoposte a operazioni di controllo sanitario che, in alcuni casi, possono già iniziare a bordo della nave e che consistono nell'esecuzione di un triage generale per verificare le condizioni cliniche e psicologiche di ciascun individuo. Come emerge nel rapporto del Ministero della Salute (2017), oltre a traumi fisici, patologie preesistenti o conseguenti alle condizioni del viaggio, si evidenziano anche esiti traumatici di tipo psichiatrico, connessi a torture e violenze subite lungo il percorso migratorio o nel Paese d'origine.

Partendo da una prospettiva di salute mentale pubblica, ci sono diverse evidenze epidemiologiche che mostrano come i rifugiati ed i richiedenti asilo siano esposti ad eventi stressanti estremi, quali lutti importanti ed eventi potenzialmente traumatici in maniera molto intensa sia prima sia durante la migrazione stessa (Bogic et al., 2012; Priebe et al., 2016). A questi eventi stressanti si sommano anche fattori post-migrazione, che risultano di grande importanza per la salute mentale ed hanno a che fare con il reinsediamento, le barriere linguistiche, lo stigma percepito e la discriminazione (Kirmayer et al., 2011; Miller & Rasmussen, 2010).

A queste forme di malessere psicologico si aggiungono tipologie di sofferenza mentale dovute

in buona misura alle condizioni di isolamento e precarietà dei centri di prima accoglienza in cui i migranti sono costretti a vivere una volta raggiunto il Paese ospitante. Tra queste le principali sono: depressione, disturbi di adattamento, disordini da stress post traumatico e stati d'ansia (Da Rold, 2018); in comparazione alla popolazione generale, quella dei rifugiati tende dunque a manifestare un più elevato livello di *distress* psicologico e di *distress* sociale in diversi ambiti.

Uno studio svolto tra il 2014 e il 2015 ha rilevato come quasi la metà degli individui migranti valutati allo screening medico presentava qualche forma di disturbo mentale; si trattava per lo più di giovani maschi provenienti dall'Africa occidentale che avevano lasciato il loro Paese d'origine da più di un anno (Crepet et al., 2017). Questi dati meritano uno sguardo attento per cogliere i diversi aspetti che concorrono a spiegare la complessità della vulnerabilità psicologica dei migranti. Infatti, alle ripercussioni psicologiche conseguenti alle condizioni di precarietà e di violenza, a volte traumatiche, a cui si assiste durante il viaggio o prima dello stesso e che contribuiscono alla decisione di partire, si aggiungono sofferenze che si sviluppano successivamente, durante il periodo di insediamento nel Paese di arrivo (Da Prato et al., 2020). Se le difficoltà legate allo spostamento sono prospettate prima di partire, diversamente avviene per la protratta situazione di incertezza, frustrazione e precarietà che i migranti si trovano a fronteggiare una volta approdati, a causa delle complicazioni ad ottenere documenti o ad integrarsi nel tessuto sociale. Le aspettative rispetto al viaggio, connotato come drammatico, sono realistiche e si verificano; diversamente avviene per il percorso di vita immaginato nel nuovo Paese: il prolungarsi del "tempo sospeso" all'interno dei CAS o dei centri di prima accoglienza rende difficile conferire significato al presente e attuare una progettualità futura. Questo stato di "sospensione" e di protratta attesa trova riscontro in alcuni studi che dimostrano come ciò possa avere effetti negativi sul benessere psicologico del singolo, generando elevati tassi di frustrazione e di rassegnazione, che hanno un impatto sulle possibilità di integrazione socio-

economica e disincentivano all'apprendimento della lingua straniera. Infatti, maggiore è il tempo di attesa dei richiedenti asilo, minori sono le probabilità di trovare un impiego lavorativo da parte di quella che è considerata una delle popolazioni più vulnerabili e in crescita al mondo (Hainmueller et al., 2016). Di conseguenza, è possibile affermare che “le problematiche di salute mentale siano solo la punta dell'iceberg di una sofferenza esistenziale, carsica e diffusa, strettamente connessa con la qualità di vita di queste persone che vivono un presente non accogliente, stretto tra un passato traumatico, costellato di perdite, ed un futuro difficilmente immaginabile, dove le aspettative rischiano di essere puntualmente deluse” (Facchi & Cardamone, 2018).

### **Dallo IESA all'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti (IESM)**

Tra le nuove proposte di accoglienza e di gestione sul territorio dei migranti, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale a livello di ASL e Servizi Sociali locali, da qualche anno si è sviluppato un progetto che prende il nome di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti (IESM). Tale servizio consiste nell'inserimento di persone migranti o, in alcuni casi, di intere famiglie, presso un nucleo familiare di volontari non loro congiunto per un determinato periodo di tempo. Questo servizio si propone quale alternativa domiciliare per persone migranti, in salute o con fragilità, temporaneamente alloggiate presso i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) (Pace et al., 2021). L'obiettivo del progetto consiste in primo luogo nel miglioramento della qualità di vita e delle condizioni esistenziali delle persone migranti e, contemporaneamente, nel facilitare l'inclusione sociale e l'integrazione culturale delle stesse.

L'idea di estendere il servizio di Inserimento Eterofamiliare Supportato anche alle persone migranti (con o senza presa in carico da parte dei Centri di Salute Mentale) nasce a partire dai benefici riscontrati dagli interventi di inserimento di adulti sofferenti di disturbi psichici all'interno di nuclei familiari diversi da quello di origine (IESA, Inserimento Eterofamiliare Supportato

di Adulti). In questi casi, in cambio dell'ospitalità, alla famiglia viene conferito un compenso mensile e l'assistenza di un'equipe di professionisti appositamente formati (Aluffi et al., 2010; Aluffi, 2001). Questa pratica si è diffusa in Italia a partire dagli anni '90 del secolo scorso e si è potenziata sulla scia storica di una gestione de-istituzionalizzata della sofferenza mentale con il superamento degli ex-ospedali psichiatrici con la Legge Basaglia del 1978, proponendosi quale valida alternativa terapeutico-assistenziale per la gestione distribuita sul territorio della malattia mentale (Aluffi et al., 2010; Aluffi, 2001). Per maggiore chiarezza, è necessario distinguere il servizio IESA per migranti, che vede la presa in carico di adulti che sono emigrati e che presentano vulnerabilità psichiche, dal servizio IESM, che coinvolge persone migranti non necessariamente portatrici di fragilità psichiatriche. In quest'ultimo caso l'obiettivo è principalmente l'inclusione sociale e la costruzione di reti sul territorio in cui si trovano a vivere; nell'altro l'inserimento in nuclei familiari punta ad un beneficio in termini di salute mentale della persona.

### **Lo IESM come alternativa possibile per favorire l'integrazione**

Come esplicitato dal Piano d'azione dell'Unione Europea per l'integrazione e l'inclusione, la sfida dell'integrazione e dell'inclusione riguarda in particolare i migranti: sia i nuovi arrivati sia i cittadini dell'UE provenienti da un contesto migratorio. In questo documento viene sottolineato quanto le condizioni abitative abbiano “un forte impatto sulle opportunità di lavoro e accoglienza, di istruzione e sulle interazioni tra i migranti e le comunità di accoglienza” (Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni, 2020).

Diventa quindi importante favorire lo sviluppo di politiche e iniziative locali che vadano a contrastare l'esclusione sociale in quartieri isolati di stranieri e la discriminazione sul piano immobiliare, così da favorire l'inclusione sociale e la costruzione di comunità inclusive. Creare e sostenere nuove forme di opportunità abitative è in-



fatti tra gli attuali obiettivi delle politiche in Europa.

In questa direzione il servizio di Inserimento Ete-rofamiliare Supportato di Migranti (IESM) costituisce una preziosa possibilità per persone straniere migranti per favorire l'integrazione nel nuovo Paese e per garantire loro condizioni essenziali dignitose. In particolare, lo IESM può collocarsi in quel delicato passaggio del percorso di insediamento nel Paese d'arrivo quando i progetti di prima e seconda accoglienza giungono al termine. In questa fase, infatti, si riscontrano spesso difficoltà dovute al costo degli affitti o resistenze a carattere discriminatorio nel concedere un affitto ad una persona straniera, che costituiscono ostacoli importanti nella ricerca di autonomia e nella costruzione di una nuova storia di vita, a volte dopo diversi anni dall'approdo nel Paese accogliente. Alcune ricerche hanno reso evidente come le difficoltà abitative e occupazionali siano evidenti non solo rispetto ai nativi del paese di accoglienza, ma anche rispetto ad altri migranti più di lunga data (Bakker et al., 2017). Non è chiaro quale sia invece l'impatto delle esperienze traumatiche sulla situazione occupazionale, nonostante le ricerche abbiano evidenziato come i rifugiati e i richiedenti asilo che hanno avuto esperienze traumatiche tendano ad avere uno stato di salute peggiore rispetto ad altri migranti, con una importante influenza dello stress e delle frustrazioni che vivono nel paese di accoglienza (Porter & Haslam, 2005).

L'importanza delle reti sociali per il benessere e l'inserimento socio-lavorativo è riconosciuta in molte analisi che si occupano di politiche attive per l'inserimento dei rifugiati (European Parliament, 2016). Il divenire ospite di una famiglia del territorio permetterebbe di fare un passo in avanti per il superamento di tali problematiche, ponendosi per un certo periodo di tempo come modalità per giungere ad una indipendenza economica e abitativa e come preziosa occasione per porre radici nel tessuto sociale del nuovo Paese. Infatti, il confronto diretto con un nucleo familiare favorirebbe l'integrazione sociale e, in alcuni casi, la ricerca di un impiego lavorativo, dal momento che la rete sociale della famiglia ospi-

tante permetterebbe di accogliere la persona migrante, facilitando l'instaurarsi di relazioni sociali. Non occorre dimenticare che la centralità della collocazione abitativa rispetto alla marginalità delle periferie in cui normalmente sono ubicati i centri di prima accoglienza (in paesi di montagna o in piena campagna), è di per sé un fattore che favorisce l'inserimento del singolo nel contesto territoriale, contribuendo ad allentare quella separazione fisica tra la comunità accogliente e queste realtà di migranti. Infatti, la distanza dal centro di una città diminuirebbe in termini di probabilità la possibilità di un efficace percorso di integrazione sociale e lavorativa, riducendosi le possibilità di incontro e di confronto sociale (Facchi & Cardamone, 2018). A ciò si unisce un aumento del rischio di marginalità e di fragilità, che può sfociare in sofferenze psicologiche legate all'assenza di legami sociali significativi che attribuiscono senso e significato all'esistenza. Se da un lato il processo di integrazione richiede un impegno da entrambe le parti, da parte di chi accoglie e da parte di chi si trova a far fronte ad una nuova realtà culturale, il confronto sociale permette di ridurre quel timore dell'altro e il sorgere di pregiudizi, attraverso la conoscenza del prossimo (Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni, 2020). La mancata integrazione sociale, la disoccupazione e l'isolamento sono collegati ad una maggiore prevalenza di disturbi mentali nei rifugiati e nei migranti, tuttavia l'esclusione sociale è un fattore di rischio per i disturbi psichici modificabile e affrontabile tramite interventi preventivi adeguati. Fondamentali da questo punto di vista possono essere interventi mirati ad un migliore accesso ai servizi socio-assistenziali pubblici per le persone migranti ed una presa in carico adeguata e multidisciplinare (Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni, 2020). Di conseguenza, i vantaggi che derivano dai progetti di domiciliarità dello IESM risultano essere molteplici, per il singolo migrante e per la comunità che si trova ad accogliere. Nel vivere accanto la quotidianità diviene possibile costruire pon-

ti tra culture, superando quel disagio psicologico legato ad aspetti culturali e identitari spesso non riconosciuti, poiché il modo di vivere e di sentire del singolo è intrinsecamente connesso con le radici culturali e gli ambienti di vita. I progetti di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti diventano, oltre che percorsi esistenziali e di significato, anche percorsi di autonomia, quali opportunità di fornire alla persona straniera strumenti e suggerimenti pratici per facilitare l'integrazione nel nuovo Paese.

### **Il ruolo attivo del migrante**

L'inclusione sociale, per quanto sia un aspetto delicato che dipende da diversi fattori (qualità dei servizi, apertura della popolazione accogliente, aspetti politici ed economici) non prescinde dal ruolo attivo messo in atto dal soggetto migrante per progettare e costruire il proprio futuro nel territorio d'approdo. Secondo tale prospettiva, il Servizio IESA e i vantaggi sopracitati derivanti dall'accoglienza all'interno di un nucleo familiare garantirebbero alla persona migrante quei servizi di base e quella stabilità quotidiana necessaria per poter ideare percorsi di realizzazione di sé nel Paese accogliente, da un punto di vista sia professionale sia personale. La capacità di elaborare un progetto migratorio e di superare positivamente le sfide determinate dal viaggio e, successivamente, nell'ottenere permessi di soggiorno o contratti lavorativi, qualifica la maggior parte dei migranti come persone resilienti. La resilienza si riferisce infatti alla capacità di adattamento in situazioni di difficoltà e al modo in cui gli individui resistono all'evento negativo, attivando strategie di  *coping*  e mantenendo il proprio senso di padronanza (Leo et al., 2017). La sofferenza non diverrebbe motivo di fragilità, quanto capacità, pur in condizioni avverse, di far emergere quella spinta all'autorealizzazione che permette di progettare con determinazione un futuro migliore.

Senza dubbio ci sono migranti rifugiati che non solo sopravvivono a condizioni inumane e crudeli subite con relativa integrità sul piano psicologico, ma che si sono fortificati in seguito alle

avversità affrontate. Questa modalità di rispondere agli eventi è stata denominata *Adversity Activated Development* (Papadopoulos, 2007) e si riferisce agli sviluppi positivi direttamente risultanti dall'essere stati esposti ad avversità importanti. Una volta che le persone hanno realizzato di essere sopravvissute alle avversità incontrate, hanno l'opportunità di iniziare ad apprezzare la vita a pieno titolo. Vi sono numerose evidenze di individui e gruppi che hanno trovato un significato alla loro sofferenza e sono stati capaci di tramutare le loro esperienze negative in percorsi positivi, trovando nuova forza e sperimentando cambiamenti trasformativi. Ne è un esempio la testimonianza esperienziale e professionale dello psichiatra Frankl (1985) il quale, sopravvissuto ai campi di concentramento, affermava che il conferire significato alla sofferenza possa avere valore trasformativo. Queste persone non risultano, quindi, immuni alle avversità, ma amplificano le loro capacità di trovare nelle dimensioni intrapersonali, interpersonali e sociali gli strumenti e le strategie per superare gli ostacoli che incontrano. "Laddove il soggetto è in grado di attribuire un valore alla propria appartenenza, il senso di identità etnica può costituire tutela ed essere uno dei fattori che contribuiscono a favorire la resilienza e la crescita psicologica" (Leo et al., 2017).

### **Alcune esperienze sul territorio Torinese<sup>1</sup> e nel Trentino**

Attualmente, nella città metropolitana di Torino sono in corso alcune sperimentazioni di Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Migranti (IESM), ispirate all'esperienza pilota IESM sul territorio piemontese conclusasi da circa un anno<sup>2</sup>. Le attuali sperimentazioni si collocano all'interno del progetto SA.M.MI. - Salute Mentale Migranti, che ha come obiettivo quello di tutelare il diritto alla salute e l'inclusione sociale di migranti, in particolare dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e dei minori stranieri non accompagnati, portatori di patologie psichiatriche e/o legate alle dipendenze. Il progetto si conclude a ottobre 2022 e vede la realizzazio-

<sup>1</sup> Si ringrazia il Dr. Gianfranco Aluffi per i contatti forniti e Saverio Sileci e i suoi collaboratori per la disponibilità dimostrata. Infine, un ringraziamento va alla famiglia ospitante per la testimonianza circa la loro personale esperienza.

<sup>2</sup> L'esperienza Pilota sull'accoglienza supportata di migranti della Cooperativa Nemo è descritta in Dymphna's Family 02/2019 p.17.



ne di dieci accoglienze supportate da equipe composte da professionisti dell'ambito sanitario e sociale (psichiatri e medici del SERD, educatori e psicologici) e l'inserimento di quattro giovani adulti presso famiglie di volontari secondo il modello del servizio IESA, in collaborazione con la cooperativa "Alice nello specchio". Una signora ospitante ci ha raccontato di quanto sia stata un'esperienza estremamente positiva, caratterizzata da tolleranza reciproca e attiva collaborazione, che ha visto superare difficoltà linguistiche e differenze culturali; una condivisione da assaporare con i cinque sensi, dove il cibo stesso è diventato veicolo per comunicare ed entrare in relazione con l'altro.

Un'esperienza simile è il progetto "Amici per Casa" realizzato sul territorio di Trento che presenta diverse affinità con lo IESA per migranti nelle modalità di attivazione e nei progetti di convivenza (Cortivo & De Stefanis, 2019). In tale progetto, sono stati accolti utenti del Servizio di Salute Mentale motivati al Progetto di Accoglienza. Lo scopo è promuovere l'accoglienza mediante la convivenza. Attraverso il vivere insieme si riesce infatti ad offrire uno spazio di riconoscimento dei diritti di cittadinanza e dell'inclusione sociale, migliorando il benessere delle persone accolte ed evitandone l'istituzionalizzazione.

### Conclusioni

Sono presenti evidenze scientifiche rispetto a quanto interventi psicosociali strutturati, che tengano conto non solo dei fattori di salute psicologica ma anche di integrazione sociale e lavorativa, possano avere esito positivo per l'integrazione dei rifugiati e richiedenti asilo: un adattamento culturale più esteso degli interventi può essere associato a maggiori effetti positivi (Harper Shehadeh et al., 2016).

Esistono indubbiamente delle differenze culturali legate alla sofferenza psicologica, ai significati ad essa attribuiti ed alle modalità di adattamento allo stress psicologico che possono influenzare le relazioni terapeutiche e gli esiti stessi degli in-

terventi (Turrini et al., 2017). Questo è indubbiamente un fattore di complessità ulteriore nella creazione di progetti mirati all'integrazione. Gli interventi psico-sociali possono avere un ruolo importante per quanto riguarda la regolazione del contesto sociale (Zorzetto et al., 2014): i servizi socio-sanitari e di salute mentale valutano e cercano delle risposte a quelle che sono "le specificità culturali del collettivo di appartenenza, le specificità storico-politiche, il percorso ed il processo migratorio delle persone che pongono una domanda di cura" (Inglese & Cardamone, 2010; 2017). Questo comporta tenere in considerazione la possibilità di diverse manifestazioni cliniche, psicopatologiche ed esistenziali ed anche, in una prospettiva più allargata, le relazioni e le reti sociali nuove insieme ai legami familiari e culturali antecedenti al processo migratorio. Questo pone in difficoltà gli operatori ed i clinici e spinge verso soluzioni altre, che si appoggino al tessuto sociale preesistente (Cardamone & Facchi, 2016).

In quest'ottica, lo IESM potrebbe essere una soluzione viabile, permettendo di lavorare su tutti i fattori di stress post-migrazione, che impattano non solamente sulla salute mentale, ma anche sulle possibilità occupazionali, abitative, linguistiche e di reinsediamento (Kirmayer et al., 2011; Miller & Rasmussen, 2010). Basandosi sui dati relativi all'inserimento lavorativo e abitativo dei migranti in uscita dai centri d'accoglienza in Piemonte, lo IESM attualmente sembra essere una efficace e sostenibile modalità per realizzare il concetto di integrazione (Pace et al., 2021), passando attraverso il potenziamento dei legami e delle reti sociali e non solamente attraverso modalità istituzionali.

Accoglienza e integrazione sono da considerare due facce della stessa medaglia, ove ciascuna trova il proprio limite nella buona attuazione dell'altra. Perché non vi è buona integrazione senza una buona accoglienza, ma è vero anche il contrario, cioè non è possibile accogliere se non si è stati in grado di integrare chi è già nel nostro Paese (Ministero dell'Interno, 2017).

## Bibliografia

- Aluffi, G., Zuffranieri, M., Amistà, E., Furlan, P., Ostacoli, L., Picci, R.L., (2010). La diffusione dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA) nella psichiatria italiana Adults foster family care in Italian mental health services: a survey. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(4): 348.
- Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Franco Angeli: Milano.
- Bakker, L., Dagevos, J., Engbersen, G. (2017). Explaining the refugee gap: a longitudinal study on labour market participation of refugees in the Netherlands. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(11): 1776-1791.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucalic, A., et al. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*, 200(3): 216-223.
- Cardamone, G., Facchi, E. (2016). Prospettive teoriche e operative della psichiatria italiana negli scenari geopolitici contemporanei. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 13.
- Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni (2020). *Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027*, Bruxelles.
- Cortivo, M., De Stefanis, R. (2019) A Trento si è consolidato un progetto IESA particolare e multicolore: "Amici per Casa", Accoglienza, integrazione, esiti. *Dymphna's Family*, 02: 17-22. [https://issuu.com/dymphnasfamily/docs/df\\_2019-web](https://issuu.com/dymphnasfamily/docs/df_2019-web)
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., et al. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and health*, 11(1):1-11.
- Da Prato, M., Zorzetto, S., Facchi, E., Cardamone, G. (2020). La salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati. Dalle linee di indirizzo sovranazionali alle proposte organizzative locali. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 19.
- Da Rold, C. (2018). L'obbligo di non trascurare nuove realtà: il dramma dei migranti. *Recenti Prog Med*, 109: 413-416.
- European Parliament (2016). *Situazione nel Mediterraneo e necessità di un approccio globale dell'UE in materia di immigrazione*. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2016-0102\\_IT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2016-0102_IT.html)
- Facchi, E., & Cardamone, G. (2018). Le frontiere dei servizi di salute mentale: migrazioni e cambiamenti istituzionali nel contesto italiano. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 6(1): 71-82.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
- Hainmueller, J., Hangartner, D., Lawrence, D. (2016). When lives are put on hold: Lengthy asylum processes decrease employment among refugees. *Science Advances*, 2(8).
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdary, N., Maercker, A., Albanese, E. (2016). Cultural Adaptation of Minimally Guided Interventions for Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Ment Health*, 3(3).
- Inglese, S., & Cardamone, G., (2010). *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*. Paderno Dugnano: Edizioni Colibri.
- Inglese, S., & Cardamone, G., (2017). *Déjà vu II. Laboratori di etnopsichiatria critica*. Paderno Dugnano : Edizioni Colibri.
- Istat (2020). *Rapporto Annuale 2020 – La situazione del Paese*. <https://www.istat.it/it/archivio/244848>
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., et al. (2011). Common



- mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183(12): 959–967.
- Leo, G., Papadopoulos, R. K., Moro, M. R., Francesconi, M., di Fasano, D. S., Rigon, G., & Martelli, M. (2017). *Psicoanalisi, luoghi della resilienza ed immigrazione*, 7.
- Miller, K.E. & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*, 70(1):7-16.
- Ministero dell'Interno (2017). *Rapporto Annuale. Le iniziative di buona accoglienza e integrazione dei migranti in Italia. Modelli, strumenti e azioni*.
- Ministero della Salute (2017). *I controlli alla frontiera - Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*.  
[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2624](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2624)
- Pace, G., Serreli, G., Palmieri, P., Pegoraro, A., (2021). Famiglie che accolgono famiglie di migranti, *Evidence based Psychiatric Care*, Suppl.1(7): 41-44.
- Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3): 301-312.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5): 602-612.
- Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R. (2016). Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. *Health Evidence Network Synthesis Report*, 47.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(51).
- Zorzetto, S., Inglese, S., Cardamone G. (2014) Accoglienza di popoli in fuga e salute mentale. Proposte per l'Italia, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2(1): 52-72.



# L'implementazione dello IESA nel Regno Unito.

## Aspetti di programmazione socio-sanitaria<sup>1</sup>

King E.\*



### Abstract

Lo IESA nel Regno Unito, seppur molto diffuso in tutte le regioni, mira ad espandersi e ad essere sempre più riconosciuto dalle autorità locali come modello di comprovata efficacia sia sul piano clinico sia dal punto di vista economico, così come già evidenziato dalle valutazioni della *Care Quality Commission* (CQC)<sup>2</sup>. Affinché lo IESA possa trovare maggiore diffusione, è indispensabile creare una solida rete tra i Servizi socio-sanitari e i Servizi IESA locali. *Shared Lives Plus* sta cercando di creare contatti stretti con il territorio e ha effettuato un'indagine per identificare quali possano essere i fattori indispensabili per un ulteriore sviluppo dello IESA sul territorio britannico.

**Parole chiave:** Shared Lives Plus; IESA UK, programmazione, servizi socio-sanitari, disturbi dell'apprendimento.

**A** volte è facile dimenticare che l'assistenza in ambito sociale è in grado di raggiungere risultati sorprendenti. Nonostante le pessime notizie sui tagli di budget, sulla carenza di forza lavoro e sull'incertezza politica, tutte questioni indubbiamente molto serie, possiamo notare come ci siano persone e organizzazioni in grado di fare cose eccezionali.

Questo è certamente il caso dello IESA nel Regno Unito, un modello di supporto a soggetti fragili i quali vengono abbinati a volontari ospitanti che possono incontrarli periodicamente o accoglierli a casa propria. *La Care Quality Commission* monitora e valuta costantemente i progetti

IESA e li considera interventi di altissima qualità. Le persone che ne hanno fatto esperienza riportano di aver migliorato la loro condizione di vita personale, così come testimonia Verity.<sup>3</sup>

*“Mi piace lo IESA perché ti porta fuori, ti impegna e ti fa fare nuove amicizie”*

Per coloro che si occupano di far quadrare i bilanci economici, lo IESA non può che essere considerato un modello vantaggioso: col passare del tempo consente infatti di ridurre il ricorso ad interventi di urgenza per fare fronte alle acuzie e, parallelamente, di limitare la spesa sociosanitaria.

\* Direttore esecutivo, Shared Lives Plus.

<sup>1</sup> Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Gianfranco Aluffi.

<sup>2</sup> Ente Pubblico esecutivo del Department of Health and Social Care del Regno Unito. Nasce nel 2009 per monitorare, regolamentare e ispezionare i servizi sanitari e di assistenza sociale.

<sup>3</sup> Verity, utente in carico al Servizio IESA di Bury, Manchester, Inghilterra.



Lo IESA, nonostante le ottime *performance* sin qui dimostrate, deve ancora crescere per raggiungere il suo massimo potenziale. La nostra analisi relativa ai servizi IESA su scala nazionale rileva che soltanto l'1-2% della popolazione con disabilità psichica che richiede un supporto in ambito sociale accede allo IESA. Tuttavia, in alcune aree, quasi il 10% della popolazione con disturbi dell'apprendimento è supportato, a dimostrazione della enorme possibilità di crescita dello IESA. Anche altri, come le persone affette da demenza, le vittime di abusi domestici e le persone con problemi di salute mentale, beneficiano dell'accoglienza eterofamiliare supportata.

Negli ultimi mesi abbiamo cercato di indagare quali possano essere gli argomenti necessari per sostenere una ulteriore crescita dello IESA nel Regno Unito. Come sperato, abbiamo rilevato molte esperienze di buona pratica IESA sul territorio e abbiamo trovato molte persone che, in controtendenza, sostengono questo tipo di approccio. Abbiamo raccolto le informazioni utili in una guida che ha l'obiettivo di orientare le autorità locali allo sviluppo dello IESA sul territorio.

Quindi, che cos'è che funziona?

- Impegnare le leadership a tutti i livelli: avendo interagito di recente con molti direttori dei servizi sociosanitari per adulti, ci auguriamo che questi si impegnino per sostenere lo IESA in tale ambito. È ai livelli dirigenziali intermedi e nei team di lavoro che la conoscenza del modello e l'impegno per la sua diffusione possono essere meno evidenti. Il London Borough of Camden<sup>4</sup> è consapevole di questo problema e ha sollecitato tutti i leader dell'organizzazione, dai leader del Consiglio ai dirigenti senior fino ad arrivare ai manager dei servizi sociali che si trovano in prima linea, affinché possano far conoscere e promuovere la cultura dello IESA.
- Orientare gli investimenti economici: il budget economico è limitato in ambito sociosanitario, quindi è necessario avere buone argomentazioni affinché si investa sullo IESA. Informare su quanto sia ridotto l'impegno economico correlato all'espansione del modello e quanto questo sia in grado di far contenere i costi è un passaggio fondamentale per far comprendere a chi ha il compito di prendere le decisioni che, a lungo termine, lo IESA è in grado di rispondere alla domanda di cure riducendo i costi.
- Intensificare i rapporti tra i servizi per adulti e quelli rivolti ai minori: molti adulti assistiti attraverso lo IESA provengono da percorsi di Affidamento Minori. Ma, a meno che non ci siano strette relazioni tra il Servizio IESA locale e i Servizi di passaggio dall'area minori a quelli per adulti, si corre il rischio di perdere l'opportunità di realizzare adeguati progetti di confluenza verso lo IESA. Nel Suffolk, ad esempio, il Servizio IESA locale ha realizzato una campagna chiamata "Andare avanti insieme" con l'obiettivo di mettere lo IESA al primo posto tra le opzioni che gli operatori addetti alla gestione della fase transitoria verso l'età adulta possono scegliere per il proseguo del percorso terapeutico assistenziale dei loro pazienti.
- Collaborare a livello regionale: è possibile raggiungere dei buoni risultati in tutte le regioni se si è aperti a condividere le risorse disponibili. Nel nord-est dell'Inghilterra, grazie al supporto di *Shared Lives Plus*, 12 servizi locali si sono riuniti per scambiare idee, campagne di reclutamento e risorse, stimolando l'intera regione. Alison McDowell, direttrice del servizio sociale e dei servizi integrati per adulti di Newcastle, ha dichiarato: "Uno dei successi raggiunti fino ad ora è stata la creazione di una comunità di pratiche, sperimentando modalità che ci permettono di espanderci in un'ottica regionale in cui ogni soggetto può fare positiva esperienza partecipativa anziché muoversi in un clima esclusivamente competitivo".
- Reclutamento mirato: il reclutamento dei caregiver IESA è probabilmente uno degli ostacoli principali allo sviluppo del modello. Un

<sup>4</sup> È l'autorità locale del distretto della Great London. Situato nell'Inner London, il distretto conta più di 200.000 abitanti (n.d.t.).



buon reclutamento, tuttavia, basato sull'analisi della popolazione locale e sulla verifica delle strategie di pubblicizzazione dello IESA sul territorio può essere un buon aiuto. Anche avere persone opportunamente formate al reperimento degli ospitanti che, a loro volta, sono esse stesse caregiver e raccontano la storia di persone che hanno beneficiato dello IESA, può rivelarsi un grande aiuto.

Far crescere e sviluppare il modello IESA non è una cosa facile, a differenza dei modelli di assistenza e cura tradizionali, come gli interventi in ambito residenziale. Ci vuole tempo per creare i

giusti abbinamenti e per trovare alle persone un luogo idoneo in cui poter vivere. I vantaggi del modello possono richiedere tempo per potersi concretizzare, pertanto il risultato clinico e il risparmio economico non possono essere immediati.

Tuttavia, le aree del territorio che hanno investito su questo modello stanno attualmente raccogliendo i frutti di questo lavoro e mirano a crescere ed espandersi.

Se il mantra con cui vogliamo far crescere l'ambito dell'assistenza e delle cure è “dare alle persone una vita, non un servizio”, allora questo è il momento di far crescere lo IESA.

# Cultura è salute!

## Il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA

Riccardo C.L.\* , Dall'Occo F.\*\* , Alparone S.\*\*\* , Aluffi G.\*\*\*\*



### Abstract

Questo articolo, attraverso i temi del rispetto dell'unicità dell'altro, dell'ascolto e del consenso, approfondisce quello che dovrebbe essere il bagaglio culturale fondante ogni professione di cura. Una rinnovata attenzione alla relazione virtuosa tra cultura e salute nella cornice di un approccio bio-psico-socio-culturale risulta essere una garanzia per la promozione del benessere individuale e della società. All'interno della cornice che vede la cultura e la salute legate da una strettissima relazione di reciproca influenza, l'articolo presenta inoltre il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.Ri. For. IESA) istituito presso l'ASL TO3, quale esperienza simbolo dell'alleanza strategica tra cultura e salute.

**Parole chiave:** Cultura, salute, consenso, ascolto, umanizzazione delle cure, ricerca, formazione, documentazione, IESA, biblioteca.

**E**leonora non ha ancora 10 anni e viene sorpresa mentre sta giocando al dottore con alcuni suoi coetanei. A seguito di questo suo comportamento e di quelle che secondo la società di allora, in fase di ricostruzione dopo un lungo e drammatico conflitto mondiale, erano considerate condizioni familiari non adeguate alla crescita di un figlio, venne inserita in un reparto speciale di un grande manicomio. La

sua cartella clinica, che l'accompagna per ben 25 anni di internamento, è molto scarna di contenuti. Un anno della sua vita tra quelle mura viene spesso riassunto con due sole parole tra quelle righe: vaccino e tranquilla (Aluffi, 2001). Ma Eleonora, allontanata bruscamente e definitivamente dalla sua famiglia, così tranquilla forse non lo era. La notte le capitava di frequente di avere episodi di enuresi e di bagnare le lenzuola.

\* Tecnico della riabilitazione psichiatrica specialista in Scienze della Mente e Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie. Docente presso l'Università degli Studi di Torino e formatrice. Coordinatore dell'Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL TO3, Cooperativa Il Margine.

\*\* Dottore in Giurisprudenza, Direttore Generale ASL TO3.

\*\*\* Giornalista freelance in ambito sanitario, ufficio stampa ASL TO3.

\*\*\*\* Psicologo Psicoterapeuta, Direttore Scientifico Servizio IESA dell'ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte, Referente Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Direttore Scientifico del Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA, Referente Area Funzionale Salute Mentale S.S. Psicologia Clinica ASL TO3, Vice Presidente del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

In quegli anni il Dottor Buonascossa, uno psichiatra molto impegnato nella ricerca, usava trattare gli episodi enuretici notturni con una tecnica molto particolare, la terapia elettroconvulsivante applicata ai genitali. Tale pratica veniva estesa anche a coloro che apparivano, o semplicemente gli venivano segnalati, come soggetti agitati, un po' su di giri o anche solo allegri. Eleonora temeva sempre di svegliarsi nel letto bagnato e tutt'oggi ha un terrificante ricordo di quelle strane terapie che le venivano praticate. Dopo una decina di anni di ricovero Eleonora conobbe Piero, internato da poco e sempre abbastanza ritirato. Nelle rare occasioni di incontro, spesso attraverso una griglia di metallo, Piero le raccontava delle sedute terapeutiche con il giovanissimo Dottor Tiretti, il quale, tutte le volte, gli faceva bere acqua e zucchero e poi lo invitava a disegnare un albero o una famiglia. Piero non capiva come mai dopo qualche minuto dalla ingestione della dolce bibita iniziasse a vedere i colori che cambiavano e le cose che si muovevano ondeggiando. Era complicato disegnare in quello stato, ma lui ci teneva molto a terminare il proprio lavoro. Anni dopo il Dottor Buonascossa venne gambizzato da una formazione terroristica e condannato da un tribunale per maltrattamenti ai pazienti, il Dottor Tiretti venne travolto da uno scandalo che ebbe una eco nazionale in quanto nelle sedute, prima di fare disegnare alberi, somministrava ai pazienti un potente allucinogeno le cui proprietà venivano studiate per scopi terapeutici. Eleonora, dopo la chiusura definitiva dei manicomi, si trasferì a casa di Marta che l'accolse come una sorella, e vive tutt'oggi lì con il supporto degli operatori del Servizio IESA. Piero è morto in manicomio.

### **Cultura e consenso in Sanità**

Il racconto che ha attraversato le vicende di vita di Eleonora e Piero, dei Dottori Buonascossa e Tiretti, può aiutarci a riflettere su quanto sia forte e determinante il contesto culturale nell'influenzare i cosiddetti terapeuti nel praticare terapie, così come i cosiddetti pazienti nel poterle accettare di buon grado. Forse entrambi i professionisti, sicuramente animati da sete di scienza e dalla voglia di

trovare nuove ed efficaci soluzioni terapeutiche, hanno perso di vista quello che deve essere un elemento centrale di ogni relazione che si voglia chiamare terapeutica, di cura o di aiuto, ovvero il consenso da parte di chi ne è il potenziale fruitore. Sono infatti la cultura ed il consenso, quest'ultimo da intendere come risultante di una relazione terapeutica basata sull'ascolto del paziente e sul riconoscimento di questi come soggetto unico, irripetibile e nella piena libertà di autodeterminarsi e di co-progettare il proprio percorso terapeutico, due elementi fondamentali per poter fare riferimento ad azioni sanitarie efficaci e apprezzate dall'utenza. Potremmo spingerci sino ad affermare che la cultura dell'ascolto, del consenso e del rispetto dell'unicità dell'altro dovrebbe fondare e costituire il bagaglio culturale di ogni operatore della Sanità. Purtroppo, ancora oggi, presso la maggior parte dei programmi dei corsi di laurea in ambito sanitario e sociosanitario (Medicina, Psicologia, Educazione professionale, Scienze sociali, Infermieristica, Tecnica della riabilitazione psichiatrica, ecc.) e nelle conseguenti scuole di specializzazione, così come nei corsi di abilitazione alla professione di operatore socio sanitario, si rileva una mancanza di corsi specifici sul tema dell'ascolto e del consenso nella relazione di cura.

Osservando alcuni recenti periodi storici, possiamo dire che il tema del consenso sia stato fortemente trascurato, se non addirittura ignorato, a causa delle culture sanitarie e politiche prevalenti.

Nella prima metà del secolo scorso, nell'area geografica influenzata dal nazionalsocialismo, prevaleva la tendenza alla sperimentazione di terapie su soggetti non consenzienti o all'esposizione di questi a situazioni estreme per valutarne le reazioni del corpo e della mente. Venivano inoltre, in nome della purezza e della salute genetica, portate avanti campagne culturali che arrivavano a esaltare il valore della soppressione di quelle vite potenzialmente pericolose in termini di ereditarietà patologica e bisognose di cure ed aiuti costosi per la comunità.

Molti anni dopo il processo di Norimberga, che arrivò a condannare pesantemente gli autori delle suddette sperimentazioni, abbiamo visto come si siano registrate ancora azioni analoghe



sul piano teorico, soprattutto in ambito psichiatrico, perpetuanti la negazione all'individuo della facoltà di esprimere il consenso e quindi decidere quali cure poter ricevere.

Determinate variabili tendono a far dimenticare l'importanza dell'apporto culturale in favore di agiti addirittura coercitivi. L'ansia di dover fare qualcosa in virtù della propria funzione sociale, la fretta spesso associata a carichi di lavoro eccessivi o a emergenze, la mancanza di basi culturali e formative professionali e l'assenza di adeguate campagne di prevenzione su larga scala sono solo alcune delle insidie che accompagnano spesso questo spiacevole fenomeno.

Recentemente in Italia abbiamo assistito ad una campagna informativa debole, inefficace e a tratti imprecisa e contraddittoria sull'utilità dei vaccini anti COVID-19 nel prevenire forme di malattia gravi e addirittura letali. Questa carenza, che potremmo definire di ordine culturale, viste le circostanze ascrivibili ad alcune delle variabili sopra descritte, ha portato alla definizione di un obbligo che ha ulteriormente disorientato la popolazione creando anche sacche di forte malessere.

Quando si parla di cultura non si devono trascurare quelli che sono i canali di trasmissione della medesima. Se solo 50 anni fa era sufficiente che una terapia fosse considerata efficace quando "lo diceva il dottore", oggi col moltiplicarsi dei mezzi e delle modalità di comunicazione occorre non solo fornire spiegazioni precise, calibrate e sostenute da evidenze, ma anche porre attenzione alla credibilità dei testimonial e alla capillarità dei canali di trasmissione delle informazioni.

### **La cultura e i suoi riflessi sulla salute**

Secondo il pensiero dell'antropologo statunitense Alfred Kroeber, "la cultura è un'eredità sociale, in quanto oggetto di apprendimento all'interno di gruppi sociali, attraverso lo strumento della memoria. È infatti la memoria che autodefinisce una comunità e la identifica riproducendo nella generazione successiva esperienze e tradizioni acquisite dalle generazioni precedenti. La cultura diventa in tal modo irriducibile a condizioni biologiche, come pure economiche e

geografiche. La cultura è il risultato di una tradizione, è qualcosa che viene consegnato di mano in mano attraverso il passaggio da una generazione all'altra" (Kroeber, 1952).

Continuando con quanto sostenuto dai giuristi Mario Fiorillo e Silvia Silverio, "la semantica del termine 'cultura' non affonda le sue radici in un'etimologia che rappresenti, come nel linguaggio odierno, il progresso intellettuale dell'individuo. Essa alle origini sta ad indicare la trasformazione della natura attraverso un processo di manipolazione della terra" (Fiorillo & Silverio, 2017). Il concetto di "manipolazione della terra" vuole qui rappresentare nell'immaginario odierno anche il saper sensibilizzare le istituzioni verso quegli ambiti e progetti che possono generare rinnovamento valorizzando l'esistente.

La cultura fa bene alla salute e, secondo un rapporto pubblicato dalla rivista scientifica inglese *The Lancet*, "la salute è inseparabile dalle percezioni culturali del benessere" e la definizione di cultura in relazione a ciò andrebbe revisionata inquadrandola come "l'insieme delle conoscenze condivise, implicite ed esplicite, che vanno a costituire convenzioni e pratiche, ma anche le idee, i simboli e gli artefatti concreti che sostengono tali convenzioni e pratiche, rendendole significative". Inoltre "l'assistenza sanitaria può progredire solo attraverso una rivalutazione e un rinnovato interesse nel ruolo della cultura per la salute" (Napier et al., 2014).

La cultura, nel suo essere un'esperienza di senso, agisce sulla dimensione cognitiva e su quella emozionale, ed è pertanto fortemente connessa allo sviluppo umano, delle persone e delle comunità.

Sono passati più di venticinque anni da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò il documento, "*Life Skills education for children and adolescents in school*", all'interno del quale definì la cultura, nonché la scuola, come fondamentali per lo sviluppo di quelle abilità, note come *life skills*, "per un comportamento adattivo e positivo che consente agli individui di trattare efficacemente con le esigenze e le sfide della vita quotidiana" (WHO, 1994).

In questa cornice, la cultura sanitaria, insieme al-

la riflessione etica e critica sui sistemi, permette lo sviluppo di quella che l'economista premio Nobel Amartya Sen definisce “agency”, ovvero l'abilità di ogni persona ad agire efficacemente per il proprio benessere all'interno del proprio contesto di vita (Sen, 1984). E questa visione, che coniuga virtuosamente la cultura e la salute, muove certamente i suoi passi all'interno del paradigma bio-psico-socio-culturale divenendo utile strumento anche per la *policy maker*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'interno del Report 67-2019 dedicato al tema delle evidenze del ruolo della cultura nel miglioramento della salute e nelle politiche sanitarie, espone una rassegna della letteratura scientifica e umanistica con un approccio interdisciplinare (medicina, psichiatria, psicologia, filosofia, neuroscienze, antropologia, sociologia, economia sanitaria, ecc.), prendendo in esame oltre 900 pubblicazioni prodotte dall'inizio degli anni 2000, sottolineando come la partecipazione culturale sia una importante risorsa salutogenica, ovvero capace di creare salute, sia nella dimensione della promozione e della prevenzione primaria, sia nei percorsi e nelle relazioni di cura, nella costruzione di equità e di qualità sociale (WHO, 2019).

### **C.E.D.R.i. For. IESA. Quando la cultura parte dalla sanità**

Alphonse De Lamartine, poeta e storico francese, a seguito di un suo viaggio in Libano raccontava di popolazioni che “hanno una venerazione tradizionale per gli alberi di cedro: attribuiscono loro non soltanto una forza vegetativa che li fa vivere eternamente, ma anche un'anima che consente loro di dar segni di saggezza, di preveggenza, simili a quelli dell'istinto negli animali, dell'intelligenza negli uomini. Conoscono in anticipo le stagioni, muovono le loro vaste fronde come membra, allargano e stringono i gomiti, innalzano verso il cielo o chinano verso terra i rami secondo che la neve si prepari a cadere o a fondere. Sono esseri divini in forma d'albero” (De Lamartine, 1838).

L'albero del cedro è divenuto simbolo di immortalità ed eternità, incarna la grandezza e la solidità

per la possanza del suo fusto e dei suoi rami. Basti pensare che il tempio di Gerusalemme e il labirinto di Minosse si ritiene fossero sorretti proprio da colonne di cedro (Marisaldi, 2012). E l'albero di cedro, con i suoi richiami simbolici, è diventato oggi il simbolo del Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA (C.E.D.R.i. For. IESA), istituito il 15 marzo 2022 con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TO3.

Nella consapevolezza che la pratica terapeutica dell'accoglienza eterofamiliare ha radici millenarie, il Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA nasce con la finalità di valorizzare e promuovere il metodo dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti anche attraverso il reperimento, la creazione e l'aggiornamento di un archivio di documentazione scientifica e storica proveniente da tutta Europa grazie alla rete consolidata negli anni con i Servizi nazionali e internazionali, in un dialogo interdisciplinare tra saperi, linguaggi ed esperienze diverse in tale ambito. I pilastri culturali della cura attraverso l'accoglienza eterofamiliare supportata, presso il Servizio IESA dell'ASL TO3, sono da sempre il riconoscimento dell'altro e del suo consenso alle cure attraverso un autentico e non giudicante ascolto. Tale approccio, sostenuto da un naturale Fattore Terapeutico Ambientale (Aluffi, 2014) fornito dal contesto familiare di accoglienza, rende lo IESA uno strumento di cure efficaci, sostenibile e inclusivo.

Albert Camus sosteneva che “senza cultura e la relativa libertà che ne deriva, la società, anche se fosse perfetta, sarebbe una giungla. Ecco perché ogni autentica creazione è in realtà un regalo per il futuro” (Camus, 1942). È proprio con l'intento di promuovere la cultura, nel tentativo di porre in essere un dono per il futuro dei servizi sanitari, in particolare nell'ambito della salute mentale e di quelle aree di utenza dove può essere necessario un periodo di ricovero anche lungo ma non per forza di tipo ospedaliero, che il Centro si è fatto anche collettore di due esperienze già in essere da diversi anni. La prima, precedentemente in capo al Servizio IESA ASL TO3 – Centro Esperto



Regione Piemonte, è la Direzione Scientifica con il coordinamento editoriale di Dymphna's Family, l'edizione italiana della rivista europea sullo IESA che raccoglie contributi scientifici provenienti da tutta Europa e dal Regno Unito, facendo riferimento ad un *International Board* composto dai massimi esperti in materia tedeschi, francesi, belgi e inglesi. La seconda è il Corso di formazione di base per operatori IESA, patrocinato dalla Regione Piemonte, dalla Città di Collegno, dai più rilevanti ordini e associazioni professionali dell'ambito sanitario e dalle due più prestigiose società scientifiche nazionali di psichiatria, che ha l'obiettivo di formare nuovi operatori per i servizi IESA attraverso un percorso formativo di 250 ore comprensivo di seminari teorici e tirocinio pratico. Il corso, grazie al successo registrato negli anni, è giunto alla sua terza edizione.

Nel 2016 il Servizio IESA dell'ASL TO3 è stato riconosciuto come Centro Esperto Regione Piemonte e nell'anno 2018 ha conseguito la certifi-

cazione di eccellenza europea dal prestigioso *Institut de Formation de Recherche et d'Evaluation des Pratiques Medico Sociales* di Parigi. E proprio il lavoro di rete svolto in questi anni con i Servizi IESA nazionali e internazionali, soprattutto con l'esperienza belga di Geel, quella francese dell'*Accueil Familial Thérapeutique*, quella inglese delle *Shared Lives* e quella tedesca di *Begeleites Wohnen in Gastfamilien* ha permesso al modello IESA italiano di essere riconosciuto come valido strumento di cura e riabilitazione nella sua peculiare attenzione alla centralità della persona, alla recovery e al rispetto dei diritti umani. C.E.D.Ri. For. IESA è divenuto dunque una riprova tangibile di come il favorire la creazione di luoghi e di opportunità di condivisione e promozione della cultura in sanità sia oggi uno degli obiettivi da perseguire anche nell'ambito delle aziende sanitarie, proprio in virtù del necessario, nonché auspicato, passaggio dalla consecutività dei concetti di cultura e salute alla loro proficua coesistenza: cultura è salute!

## Bibliografia

- Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Franco Angeli: Milano.
- Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: oltre la psichiatria*. Edizioni Gruppo Abele: Torino.
- Camus, A. (1942). *Il mito di Sisifo*, Bompiani: Milano.
- De Lamartine, A. (1838). *La chûte d'un ange*. Charles Gosselin et W. Coquebert: Parigi.
- Fiorillo, M. & Silverio, S. (2017). *Cibo, cultura, diritto*. Mucchi Editore: Modena.
- Kroeber, A. L. (1952). *La natura della cultura*. Il Mulino: Bologna.
- Marisaldi, L. (2012). *Lineamenti di storia*. Zanichelli Editore: Bologna.
- Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H.J., et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 1, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
- Sen, A.K. (1984). Well-Being, Agency and Freedom, *The Journal of Philosophy*, 82(4): 169-221.
- World Health Organization (1994). *Life Skills education for children and adolescents in school*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- World Health Organization (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/419081/WHO\\_Arts\\_A5.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419081/WHO_Arts_A5.pdf)



# Budget di Salute e IESA.

## Convergenze e complementarità nell'esperienza modenese

Carnevali V.<sup>\*</sup>, Giuliani C.<sup>\*\*</sup>, Marrama D.<sup>\*\*\*</sup>,  
Marchesini N.<sup>\*\*\*\*</sup>, Bertacchini E.<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Starace F.<sup>\*\*\*\*\*</sup>



### Abstract

Attraverso la narrazione dell'implementazione del progetto IESA e del Budget di Salute (BdS) nell'esperienza modenese, si evidenziano i punti di contatto e le peculiarità dei due strumenti. Il territorio modenese ha dimostrato apertura e interesse per la nascita del Progetto IESA e del Budget di Salute (BdS) essendo, fin dalla fine degli anni '80, fortemente caratterizzato dalla spinta all'integrazione fattiva tra sociale e sanitario. In questo *humus*, lo IESA ha rappresentato un prototipo di Budget di Salute. In questo articolo si descrive il valore aggiunto apportato dall'Organizzazione di Volontariato (ODV) Rosa Bianca nella nascita del progetto IESA e nella sensibilizzazione costante sul territorio, oltre allo strutturarsi del BdS quale strumento di contrasto all'istituzionalizzazione e di attivazione di interventi riabilitativi complessi in un'ottica biopsicosociale.

**Parole chiave:** Organizzazione di Volontariato Rosa Bianca Modena, Progetto IESA Modena, Budget di Salute (BdS), disagio psichico, accoglienza eterofamiliare, salute mentale, sistemi curanti, integrazione socio-sanitaria, reti di relazioni, risorse.

**I**l territorio modenese ha rappresentato un terreno fertile per la nascita del Progetto IESA e del Budget di Salute: la lunga storia di integrazione tra sociale e sanitario, la presenza forte di un'Associazione con volontari competenti, l'arrivo di un Direttore aperto e curioso, così come la competenza, sensibilità e innovazione

a vari livelli gerarchici, dagli assessori, ai direttori di Dipartimento e Servizi Sociali, fino agli operatori, hanno rappresentato degli ingredienti preziosi e unici. Anche la matrice sistemico-relazionale ha giovato al progetto, permettendo di pensare l'individuo all'interno della rete e dei contesti in un modello biopsicosociale.

<sup>\*</sup> Psicologa Psicoterapeuta Progetto IESA. Centro di Salute Mentale AUSL Modena.

<sup>\*\*</sup> Psicologa Psicoterapeuta Progetto IESA. Centro di Salute Mentale AUSL Modena.

<sup>\*\*\*</sup> Medico Psichiatra, Direttore S.C. Salute Mentale Adulti Area Centro – DSM-DPAUSL Modena.

<sup>\*\*\*\*</sup> Coordinatore Infermieristico in quiescenza. Presidente Rosa Bianca ODV.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Medico Psichiatra, Vice Presidente Rosa Bianca ODV.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Modena.



## **Lo IESA a Modena. Quale *humus* per la genesi?**

La principale peculiarità dello IESA modenese è rappresentata dalla centralità di un'associazione, "Rosa Bianca ODV", costituitasi a partire dalla spinta motivazionale di alcuni dirigenti illuminati provenienti da contesti sociosanitari che avevano già personalmente abbracciato i valori dell'accoglienza e dell'ospitalità. Rosa Bianca nasce quindi a Modena nel 2007 per far conoscere e introdurre nella comunità il progetto IESA, uno dei tanti frutti della Legge Basaglia (180/1978) che ha sancito alcune cose semplici e al tempo stesso rivoluzionarie: i manicomi dovevano essere chiusi, con la promessa di una società accogliente nei confronti del disabile e una consegna al territorio della sofferenza mentale. L'azione di Rosa Bianca si basa su due proposte, entrambe con una spiccata carica di innovazione. Da un lato introduce, come metodo di lavoro, un modello che prevede che un'organizzazione di volontariato collabori alla pari con istituzioni forti, come il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche dell'Azienda USL (DSM-DP - AUSL Modena) e i Servizi Sociali del Comune. Dall'altro formalizza e potenzia un dialogo con le famiglie del territorio, alle quali propone di partecipare a una nuova pratica di cura della salute mentale. In questo metodo si verifica uno scambio reciproco di risorse, dalla famiglia verso l'ospite e dall'ospite verso la famiglia e la comunità, sullo sfondo del Dipartimento di Salute Mentale e dei Servizi Sociali. I volontari di Rosa Bianca, insieme agli operatori delle istituzioni, si adoperano da allora per realizzare lo IESA, nella convinzione, forse ancora contro corrente, che nella persona con disagio psichico sia presente una risorsa per la comunità. Inoltre il sistema famiglia/comunità possiede un elevato potere terapeutico per la sua attitudine ad assicurare una rete di relazioni affettive stabili e *non professional*. Si tratta quindi di un'iniziativa che ha le caratteristiche del coro a più voci: la persona con disagio psichico, innanzitutto, il sistema dei Servizi che se ne occupa sul territorio, la famiglia che acco-

glie con la sua rete di relazioni e Rosa Bianca ODV, che si è proposta come attivatore intermedio tra istituzioni, famiglia e pazienti.

## **Lo IESA a Modena. La storia e il valore aggiunto di Rosa Bianca ODV**

Nel dicembre del 2008 si è costituita una commissione interdisciplinare (DSM-DP, Servizi Sociali e Rosa Bianca) per la realizzazione del progetto IESA, che ha rappresentato la prima grossa esperienza di co-progettazione nel territorio con uno specifico mandato finalizzato alla definizione delle linee guida e del regolamento necessari per dare avvio agli inserimenti dei pazienti nelle famiglie ospitanti. Si è trattato di un lavoro che ha richiesto tempo e volontà di collaborare per trovare soluzioni che tenessero conto delle esigenze di tutti gli attori coinvolti.

Presupposto della co-progettazione sono i concetti di circolazione di risorse e di centralità e responsabilizzazione dei protagonisti: in questa vera e propria metodologia di cura la famiglia mette a disposizione la propria abitazione e la propria capacità di dare e ricevere affetto e di stabilire reti di relazioni, l'ospite offre l'unicità della propria esperienza, il proprio desiderio di appartenenza e un contributo economico destinato alla famiglia (erogato da AUSL, Comune e, ove possibile, dal paziente), in un assetto a forte valenza terapeutico-riabilitativa.

Nel marzo 2010 l'Associazione Rosa Bianca insieme al DSM-DP ha promosso una formazione allargata a tutti gli operatori interessati, ai Servizi Sociali e al terzo settore, svolta dagli esperti IESA di rilievo nazionale del gruppo piemontese (Dr. Aluffi, Dr. Sileci, Dr. Cristina).

Nel settembre 2010 si è costituito un gruppo di lavoro, denominato Team Operativo IESA, con all'interno professionisti del DSM-DP, assistenti sociali del Comune di Modena e volontari di Rosa Bianca. Da allora il Team Operativo ha sede presso il CSM e si occupa di coordinare tutte le attività IESA (vedi box 1). Nel 2011 sono stati realizzati i primi inserimenti di pazienti in famiglie ospitanti.

## Box 1. Attività IESA

Reperimento delle famiglie ospitanti e approfondimento conoscenza tramite incontri in sede e domiciliari.  
Conoscenza degli ospiti candidati (inviati dai Servizi).  
Mantenimento del raccordo con l'equipe inviante.  
Attivazione dei percorsi di abbinamento famiglia/ospite.  
Definizione del progetto, concordato insieme all'equipe proponente, famiglia ospitante e ospite, famiglia d'origine, ove presente.  
Formalizzazione del contratto con la famiglia, con l'utente e/o con il tutore o Amministratore di Sostegno.  
Verifica periodica dell'andamento dell'inserimento (anche con modalità on line e/o domiciliare).  
Supporto alle famiglie ospitanti tramite incontri individuali e gruppalari.  
Riunioni di equipe finalizzate all'intervisione/supervisione e al monitoraggio dei progetti in corso.  
Organizzazione e/o partecipazione a incontri sul territorio finalizzati alla sensibilizzazione al progetto e alla tematica dell'accoglienza.  
Partecipazione agli incontri e ai convegni della rete nazionale IESA Italia.  
Partecipazione ai lavori della Commissione IESA.  
Predisposizione di una "Banca dati".  
Redazione di una relazione annuale sull'andamento degli inserimenti.

Fin dalla sua fondazione, Rosa Bianca, oltre a partecipare attivamente alla realizzazione del Progetto IESA, ha sempre promosso sul territorio azioni di sensibilizzazione e di divulgazione al fine di far conoscere la cultura dell'accoglienza e di coinvolgere le famiglie interessate, mostrando alla cittadinanza un esempio di volontariato attivo sul tema della salute mentale come bene che deve essere protetto nell'ambito della comunità<sup>1</sup>.

Nei primi anni di attività Rosa Bianca ha lavorato per sensibilizzare gli studenti di alcune scuole superiori di Modena collaborando con il gruppo musicale "Psicantria".

Contestualmente, ha avviato la rassegna cinematografica "Follia e Dintorni" che, ancora oggi, tutti i giovedì di novembre, propone al Teatro Tenda di Modena film su temi legati al disagio mentale e a dinamiche psicologiche e di vita. In queste occasioni, la proiezione del film è accompagnata da un dibattito con il pubblico condotto da esperti.

Anche la Settimana della Salute Mentale (Màt) è stata occasione per diffondere la cultura IESA attraverso mostre di arte figurativa, rappresentazioni teatrali e convegni. Nella prima edizione, del 2011, Rosa Bianca ha allestito una mostra di opere prodotte dai ricoverati nell'Ospedale S.

Lazzaro di Reggio Emilia negli anni 1972-1985. La mostra di "art brut" è stata intitolata "I colori del silenzio" e ha fatto conoscere il grande patrimonio di creatività e di bellezza che la sofferenza mentale, anche grave, ci ha donato (Fig. 1 e 2).



Fig. 1: Locandina della mostra.

<sup>1</sup> I materiali prodotti nel tempo da Rosa Bianca, quali video, libri e cataloghi di mostre di "art brut", sono visionabili al sito [www.rosabiancamodena.it](http://www.rosabiancamodena.it). Si evidenzia che alla realizzazione di molti video hanno partecipato attivamente i protagonisti dei vari progetti IESA.



Tra le iniziative di promozione più recenti si cita la costituzione del “Coro di Rosa Bianca”, aperto a tutti i cittadini, molto partecipato e condotto da due musicisti. Inoltre, è stata formalizzata la collaborazione con il “Servizio Accoglienza Studenti Disabili e con DSA” dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

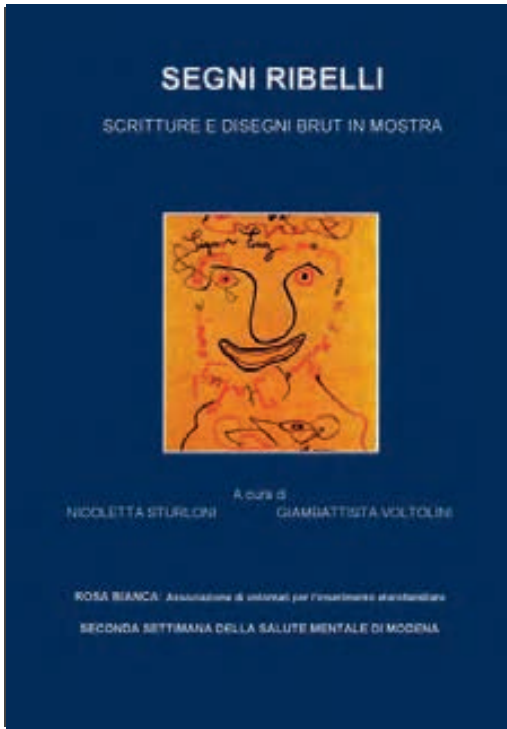


Fig.2: Catalogo della mostra.

### La metodologia del Budget di Salute nella realtà modenese

Contestualmente alla nascita dello IESA, a Modena ha progressivamente preso forma un altro strumento innovativo per la Salute Mentale di comunità, il Budget di Salute, quale forma di contrasto al problema della istituzionalizzazione e strumento di attivazione di interventi riabilitativi complessi finalizzati alla realizzazione di Progetti Personalizzati attraverso il concorso di risorse formali e informali<sup>2</sup>. Il contrasto dell'istituzionalizzazione e della cronicità dei percorsi nasce dall'obiettivo della domiciliarizzazione degli interventi in ambito sociosanitario grazie alla realizzazione di percorsi di abitare

supportato. Il coinvolgimento della pluralità di attori, che si affiancano e, in molti casi, sostituiscono quelli istituzionali per l'attivazione di tali soluzioni progettuali, oltre a rappresentare un elemento propulsivo rispetto all'*empowerment* di comunità, permette di avviare un modello alternativo di sviluppo basato sulla sussidiarietà orizzontale e sul potenziamento, nelle persone alle quali sono dedicati gli interventi, di capacità e competenze che portino a opportunità reali nella vita di comunità.

Il Budget di salute è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali:

- un approccio globale ai determinanti sociali della salute: casa, lavoro e socialità, riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come i principali fattori che influenzano il benessere delle comunità;
- la persona quale protagonista del progetto, a garanzia dei suoi diritti inviolabili e del pieno accesso alla vita di comunità, ai diritti di cittadinanza e al vero e proprio *empowerment*;
- un processo basato sulla possibilità di coproduzione di cura, realizzato quindi con risorse economiche, professionali e umane che possono essere messe a disposizione dalla comunità;
- la progettazione quale frutto di monitoraggio all'interno di un'equipe multiprofessionale attraverso una fase di valutazione multidimensionale nella Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) atta a garantire che tutti i bisogni della persona vengano esaminati, così come pure le risorse che la persona, la famiglia, i servizi, la comunità possono mettere a disposizione.

L'interesse per tale metodologia nella regione Emilia Romagna è stato tale che, nel Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, il BdS è stato posto tra gli obiettivi nell'ambito delle “politiche per la prossimità e la domiciliarità”, considerandolo “un nuovo strumento sociosanitario per utenti che non trovano una risposta appropriata nei percorsi tradizionali della psichiatria” e tale da poter essere utilizzato anche in altre situazioni di fragilità.

<sup>2</sup> <http://www.eyesreg.it/2019/il-budget-di-salute-come-nuovo-strumento-di-welfare/>

Quello che caratterizza l'esperienza della regione Emilia Romagna, e quella modenese in particolare, è la coniugazione della metodologia del BdS con i percorsi già delineati dalla legge n. 328/2000, resa attuativa in Emilia-Romagna con la Legge Regionale n. 2 del 12 marzo 2003. Le "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute" (Delibera di Giunta Regionale n. 1554/2015) definiscono il BdS come uno strumento integrato socio-sanitario, sottolineando come la progettazione personalizzata sia caratterizzata da interventi diretti all'abitare supportato, al lavoro e alla socialità (i determinanti sociali della salute) e soprattutto che debba rappresentare un meccanismo di superamento dell'assistenza residenziale. Per questo motivo, viene indicata come strada da percorrere, nei percorsi riabilitativi di autonomia abitativa, la dimensione della domiciliarità degli interventi, principale mezzo di contrasto alla istituzionalizzazione.

Quest'ultimo aspetto, nel 2020, ha portato il Gruppo di Lavoro Regionale per l'innovazione del sistema residenziale della Salute Mentale e l'applicazione del Budget di Salute a una riflessione sulle caratteristiche della residenzialità psichiatrica, alla sua tendenza a creare processi di istituzionalizzazione e alla necessità di una sua riconversione a favore dello sviluppo di percorsi riabilitativi e di inclusione sociale tramite interventi di abitare supportato.

Tra le esperienze emiliane, quella modenese è stata sin dalla fine degli anni '80 fortemente indirizzata alla ricerca di un'integrazione tra sociale e sanitario, tanto che il primo accordo di programma con la Salute Mentale Adulti risale al 1989.

Accanto agli accordi di carattere organizzativo e amministrativo tra i Servizi, negli anni è stata sviluppata tra Ente Locale e Dipartimento di Salute Mentale, un'ampia comunione di intenti rispetto agli obiettivi dei "Piani di Zona per il Benessere e la Salute", che ha rafforzato i percorsi dedicati alle persone definite "fragili e vulnerabili"; obiettivi identificati nel "percorso casa", nel "percorso lavoro", nel "percorso socialità", esperienze nate, inizialmente, come iniziativa del Dipartimen-

to di Salute Mentale e orientate, successivamente, nella direzione di forme di collaborazione sia con l'Ente Locale sia con il Terzo Settore.

Una delle prime progettualità condivise dal DSM-DP con il Comune di Modena e il Terzo Settore è proprio stata quella del Progetto IESA che nel 2011, mutuato da altre realtà italiane, ha preceduto l'esperienza del Budget di Salute divenendone una delle possibili applicazioni. L'Inserimento Etero Familiare Supportato per Adulti (IESA) ha visto preliminarmente una fase di co-progettazione condivisa fra Associazioni di volontariato, DSM-DP, Enti Locali ed esperti della metodologia IESA.

Nel marzo 2013, anche in questo caso preceduto da una fase di co-progettazione, è stato deliberato il "Protocollo Budget di Salute", che è stato fin dall'inizio allegato alle convenzioni annuali, mentre la Regione attivava una sperimentazione con il "Programma Budget di Salute" (DGR 478/2013; DGR 805/2014) e successivamente deliberava le "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute" (DGR 1554/2015). Da allora, qualora si attivi un Progetto IESA, questo nella realtà modenese viene anche ad annoverarsi tra i Progetti attivati con il Budget di Salute.

Gli strumenti che qualificano la metodologia del Budget di Salute, e attraverso la quale viene applicata, sono rappresentati dal Progetto Personalizzato, dall'UVM, dall'equipe integrata, dall'equipe di progetto, dal contratto e dalle verifiche in itinere.

Il Progetto Personalizzato rappresenta il momento centrale della progettazione territoriale integrata nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria (Legge 328/00, DPCM 14 febbraio 2001, DPCM 12 gennaio 2017).

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è stata definita, fin dai primi accordi con l'Ente Locale, come "lo strumento per rafforzare il percorso di integrazione e di condivisione a livello istituzionale della progettualità". L'equipe territoriale integrata, composta dagli operatori del DSM-DP e dagli operatori del Settore Politiche Sociali, insieme all'utente e alla sua famiglia, dà avvio al processo che caratterizza l'UVM con l'obiettivo

<sup>3</sup> Strumento di valutazione per la descrizione e la quantificazione delle limitazioni delle attività o delle capacità e delle restrizioni della partecipazione nei disturbi psichici e mentali. È stato sviluppato in un contesto clinico con l'obiettivo di approfondire nella pratica i concetti teorici descritti nell'ICF (dall'International Classification of Functioning, Disability and Health).



di progettare il percorso riabilitativo-assistenziale.

Nella prima fase dell'UVM si svolge la valutazione dei bisogni e delle risorse attraverso un'analisi del funzionamento della persona, tenendo conto sia degli aspetti “ambientali” sia di quelli legati alle caratteristiche “personali” nell'ambito delle “Attività e Partecipazione”. A Modena si è scelto di individuare per la valutazione del funzionamento uno strumento validato come il Mini-ICF-APP<sup>3</sup>.

Coerentemente poi con la necessità di far sì che il paziente possa partecipare attivamente al progetto che riguarda le sue personali scelte di vita, si è ritenuto opportuno iniziare la prima fase di valutazione da parte dell'equipe integrata con un'intervista fatta alla persona, denominata “Coinvolgimento attivo della persona”, che include domande sul piano del trattamento e delle aspirazioni professate rispetto all'Abitare, al Lavoro e alla Socialità, in modo tale da mettere in relazione i suoi desideri/aspettative con la valutazione funzionale e meglio indirizzare le scelte nonché monitorare i passi successivi verso la *recovery*.

Una volta individuati gli obiettivi e definite le proposte progettuali, l'equipe multiprofessionale si arricchisce di nuovi soggetti, anch'essi portatori di risorse umane e materiali per l'avvio del percorso che viene convalidato nell'ultima fase dell'UVM attraverso una specifica commissione che attribuisce al progetto un giudizio di appropriatezza, di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse anche attraverso l'attivazione di strumenti e servizi con relativo impegno di spesa.

È così che l'equipe integrata si trasforma in equipe di progetto che si avvia verso la fase conclusiva rappresentata dalla firma del contratto da parte di tutti i soggetti coinvolti, in primis la persona alla quale è dedicato il progetto.

La stipula del contratto ha il significato di dare pari dignità e assunzione di responsabilità, ma rappresenta anche lo strumento operativo per prendere atto del “consenso” e dell'accordo rispetto alla “condivisione delle cure”, in quanto si conclude con la firma di tutti gli attori della progettazione. Rappresenta, pertanto, sicuramente,

uno dei presupposti dell'*empowerment* del paziente all'interno del percorso stesso della *recovery*.

Essenziali, per l'avanzamento dei progetti, sono le verifiche periodiche per consentire un progresso deciso e costante verso gli obiettivi personali e i ruoli desiderati dal paziente per evitare i rischi di cronicizzazione dei percorsi. I momenti di verifica fra l'equipe multi-professionale e il paziente rappresentano dei feedback rispetto ai progressi e dunque la forma più potente di rinforzo positivo per il paziente e per la sua famiglia.

### **IESA e Budget di Salute. Punti di contatto e peculiarità**

A distanza di una decina di anni dall'applicazione dell'una e dell'altra metodologia, si può dire che i Progetti Personalizzati, nell'ambito dei Budget di Salute, e i Progetti IESA, seguano le medesime finalità, grazie alla presenza di diversi elementi condivisi.

Entrambi si configurano, infatti, come strumenti operativi nel cammino della persona verso la *recovery* e garantiscono la centralità dell'utente e della famiglia all'interno di tutto il percorso di progettazione, realizzandosi con il coinvolgimento della comunità e della rete. In questo processo, l'individuo è pensato non tanto come portatore di fragilità, ma soprattutto come detentore di risorse e parti sane.

Un altro aspetto di allineamento tra IESA e BdS è rappresentato dal prendere in considerazione tutti i determinanti sociali della salute, ovvero abitare, inclusione sociale e lavoro, in modo più o meno diretto.

In entrambi i casi, inoltre, la progettazione passa attraverso: la costituzione di un'equipe di progetto alla quale partecipano più soggetti con al centro, quale protagonista della progettazione personalizzata, il paziente; momenti di valutazioni multidimensionali (UVM/verifiche di rete), durante i quali si osservano le evoluzioni in atto; fasi di verifica in itinere per il monitoraggio dei progetti; la sottoscrizione di un contratto con la persona e gli altri attori coinvolti. Tutto questo in una cornice sistemica che valorizza e integra le complessità. Peculiarità dello IESA, che è parte



di un progetto individualizzato più ampio, è l'affiancamento ai contesti istituzionali di una metodologia di cura che si basa sul costruire relazioni in un contesto ecologico.

L'esperienza IESA parte dall'incontro di bisogni e risorse di ospite e ospitante e si sviluppa in una condivisione reciproca, che non può che influen-

zare l'evolversi delle storie dei protagonisti in una modalità imprevedibile. Proprio per questo, il progetto IESA di Modena non prevede solitamente obiettivi riabilitativi, nella piena fiducia della potenzialità del processo trasformativo delle relazioni affettive nel naturale tessuto comunitario.

### Riferimenti bibliografici

Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento etero familiare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Franco Angeli: Milano.

Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono. Oltre la psichiatria*. Edizioni Gruppo Abele: Torino.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi: Milano.

Cazzanica, E. (2019). I luoghi dello spazio: la terapia come eterotopia in Barbetta, P., Telfener, U., *Complessità e psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore: Milano.

Ceruti, M. (2009). *Il vincolo e la possibilità*. Raffaello Cortina Editore: Milano.

Fruggeri, L. (2007). *Famiglie*. Carocci Editore: Roma.

Furlan, P.M., Cristina, E., Aluffi, G., Olanda, I. (a cura di) (2000). *Atti del I° Convegno Nazionale sullo IESA*. Edizioni A.N.S.: Torino.

Pellegrini, P., Ceroni, P., Dall'Aglio, R., Soncini, C., (a cura di) (2019). *Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna*, Edizioni Alpha Beta Verlag: Merano.

Starace, F. (a cura di) (2011). *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*. Carocci Faber: Roma.

Sturloni, N., Voltolini, G., (a cura di) (2011). *Catalogo di Art Brut - I colori del silenzio*. Rosa Bianca: Modena.

Sturloni, N., Voltolini, G. (a cura di) (2012). *Catalogo di Art Brut - Segni ribelli*, Rosa Bianca: Modena.

Sturloni, N. (2013). *Niente di speciale*. Rosa Bianca: Modena.

Minuchin, S., Nichols, M.P. (1993). *Quando la famiglia guarisce*. Rizzoli: Milano.

Villa, R. (2020). *Geel, la città dei matti*. Carocci Editore: Roma.

### Sitografia di approfondimento

<http://www.eyesreg.it/2019/il-budget-di-salute-come-nuovo-strumento-di-welfare/>  
[www.rosabiancamodena.it](http://www.rosabiancamodena.it)

<https://www.ausl.mo.it/progetto-iesa>

<https://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/42543>

<https://iesa20.it/>

# Luci ed ombre nella tradizione plurisecolare dello IESA in Giappone

Latragna E. \*, Aluffi G. \*\*



## Abstract

Anche il Giappone, nella sua storia ricca di riferimenti significativi e di tradizioni, può vantare una originale e plurisecolare esperienza assimilabile in parte allo IESA<sup>1</sup>. Per certi versi si tratta di tracciare un percorso analogo a quello di Geel<sup>2</sup>, la differenza la fa l'epilogo, decisamente più triste e sfumato, secondo quanto riferito nell'interessante articolo di Y. Kumasaka, pubblicato nel lontano 1967 ma ancora oggi testo di riferimento storico relativo alla singolare e antica esperienza IESA giapponese. Nello sviluppo del seguente articolo cercheremo di rispettare il più possibile le parole e i concetti riportati dall'autore, aggiungendo qualche riflessione e alcune immagini particolarmente significative.

Iwakura, un paesino rurale nella prima cintura di Kioto, antica capitale del Giappone prima di Tokio, è stato caratterizzato per molti secoli dalla pratica dell'accoglienza familiare per la cura dei pazienti psichiatrici. L'episodio che diede il via a tale usanza si colloca tra il 1068 e il 1072, nel periodo di governo dell'imperatore Gosanjo, la cui figlia ventinovenne andò a curare la propria follia presso i locali per la meditazione del Tempio di Daiun, situato appunto ad Iwakura. La sofferente curò il proprio malessere bevendo l'acqua sacra del tempio.

**Parole chiave:** Psichiatria in Giappone, IESA, accoglienza eterofamiliare, disagio psichico, Iwakura, Gosanjo, Daiun.

Così come per la cittadina belga di Geel, anche ad Iwakura, villaggio nei pressi dell'antica capitale Giapponese Kioto, la storia dell'accoglienza eterofamiliare è sorta

in un piccolo contesto ed è stata tramandata nei secoli grazie a racconti popolari.

Le sue radici risalgono a circa un millennio fa grazie ad una leggenda sulle sfortunate vicende della

\* Psicologa Psicoterapeuta, Operatrice Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Cooperativa Il Margine.

\*\* Psicologo Psicoterapeuta, Direttore Scientifico Servizio IESA dell'ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte, Referente Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Direttore Scientifico del Centro Europeo di Documentazione, Ricerca e Formazione sullo IESA, Referente Area Funzionale Salute Mentale S.S. Psicologia Clinica ASL TO3, Vice Presidente del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

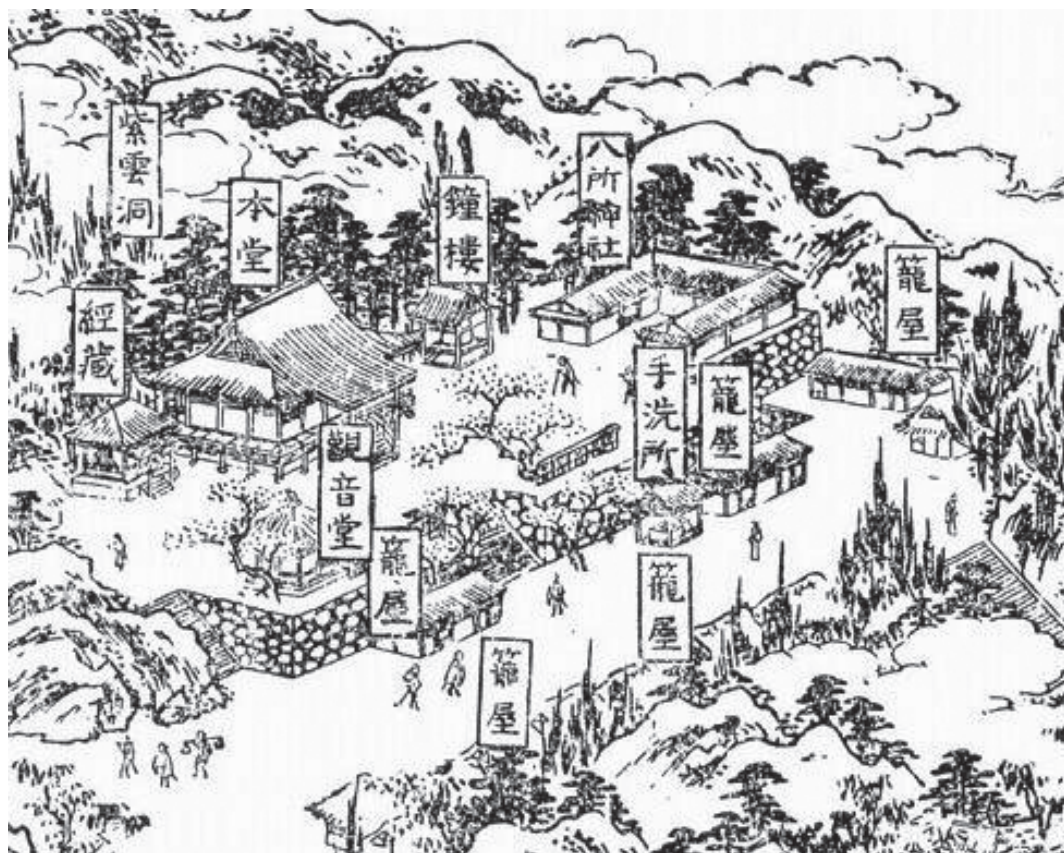
<sup>1</sup> Il presente articolo trae ispirazione dai seguenti contributi: Aluffi G. (2001) *Dal manicomio alla famiglia*. Franco Angeli, Milano; Kumasaka Y. Iwakura (1967) Early Community Care of the Mentally Ill in Japan. *American Journal of psychotherapy*. New York.

<sup>2</sup> In riferimento all'esperienza di Geel potrete consultare i numeri precedenti di questa rivista su: [https://issuu.com/dymphnasfamily/docs/df\\_2021](https://issuu.com/dymphnasfamily/docs/df_2021)



figlia di un imperatore, accolta e curata per il suo disagio psichico nel Tempio di Daiun (Fig. 1). Come ci è già capitato di osservare per Geel, storia e mito consentono, anche in questa occasione, di ricostruire la matrice socio-culturale all'interno della quale si è sviluppato, seppur per un tempo limitato, il senso di accoglienza e di integrazione del disagio psichico in una comunità. L'origine popolare dell'accoglienza etero-

familiare si basava, secondo i racconti, sulla credenza secondo cui la cura della malattia psichica avvenisse attraverso miracoli, grazie ad un percorso di fede e rituali ad esso collegati, e che gli abitanti del villaggio si rendessero disponibili ad ospitare i pellegrini per trovare riparo durante il periodo di pratiche a sfondo religioso finalizzate ad avviare un auspicato processo di guarigione.



*Figura 1: Mappa del Tempio di Daiun, 1779.  
Tratto da "Encyclopedia of Famous Places" volume 6, 1968.*

### **Cenni storici. Tradizione e leggenda**

Lo psichiatra giapponese Yorihiro Kumasaka, operante nel 1967 presso il *Bellevue Hospital Centre* di New York, si occupò di redigere un interessante lavoro di ricerca sulle origini e lo sviluppo della comunità di Iwakura, attraverso un'accurata analisi dei racconti popolari e delle evidenze storiche di quel contesto. La storia del-

la guarigione miracolosa della figlia di Gosanjo, grazie alla meditazione e all'abbeveraggio dalle sacre acque del Tempio di Daiun, si è diffusa tanto da incentivare molte persone affette da patologie psichiatriche a far visita al Tempio (Fig. 2). I luoghi adibiti alla meditazione si affollarono in tempi molto brevi e la gente del villaggio si rese disponibile sin da subito ad ospitare i pelle-



**Figura 2:** Cascate di Fujinuta presso il Tempio di Daiun.

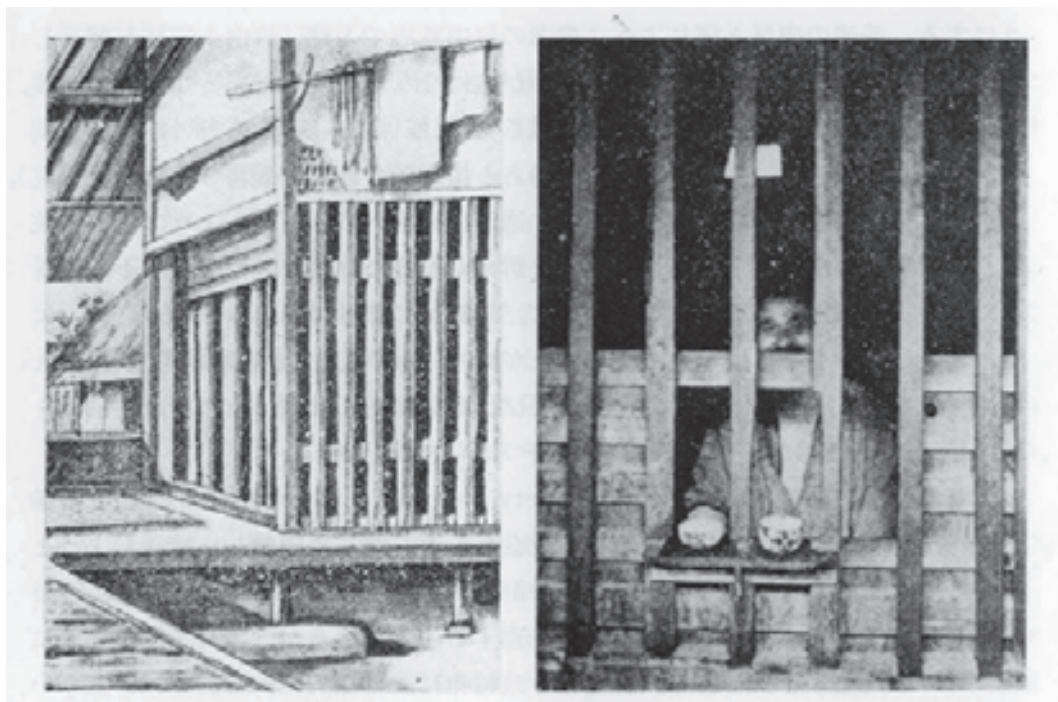
grini in cerca di sollievo. Ad Iwakura, tradizionalmente, venivano accolti giovanissimi nobili provenienti dalla città di Kioto, al fine di poter crescere in un ambiente sano, accuditi delle premurose cure delle balie locali.

Nel tempo, la pratica dell'accoglienza si diffuse anche per quei soggetti appartenenti alla casta nobiliare affetti da squilibri mentali. Dopo la lunga e sanguinosa guerra civile e il passaggio di governo dalla nobiltà ai Samurai, il potere politico si spostò a Edo<sup>3</sup>, mentre Kioto e dintorni assunsero il ruolo di centro culturale e commerciale del Giappone. In questa fase, dopo un periodo di decadimento della pratica di accoglienza dovuto alla guerra, il numero degli ospiti ad Iwakura aumentò e non furono più soltanto le persone appartenenti alla nobiltà a frequentare quei luoghi ma, a partire dal 1600, anche coloro che facevano parte dell'emergente classe borghese, prevalentemente costituita da commercianti. Il fenomeno rimase comunque limitato per numeri e affluenza, in quanto i pellegrini che non potevano permettersi di tratte-

nersi nei pressi del Tempio spesso si fermavano per bere le acque sacre e poi fare ritorno a casa in attesa della miracolosa guarigione. Il filo rosso che legava i pellegrini alle famiglie ospitanti era stretto dal forte senso di lealtà tra la nobiltà e la classe contadina.

Con il tempo e i grandi mutamenti socio-politici, seppur mantenute le antiche tradizioni, le ragioni legate a relazioni di lealtà e supporto tra le parti lasciarono spazio a motivazioni prevalentemente economiche, in particolare quando dalla dimensione di accoglienza familiare si passò alla definizione di vere e proprie strutture di ricovero. Il primo ospizio con la capacità di ospitare più di 30 persone venne realizzato tra il 1818 e il 1829. Dalle ricerche condotte si evidenzia che, già a partire dalla seconda metà dello stesso secolo, si potevano contare quattro strutture di accoglienza. La massima espansione del fenomeno avvenne intorno al 1930, periodo in cui erano presenti sette luoghi di ricovero affiancati ad altre realtà di minori dimensioni, per una capacità totale di circa 320 posti. Pro-

<sup>3</sup> Il periodo Edo, noto anche come *Tokugawa* (1603-1868) indica la fase in cui la famiglia Tokugawa detenne il dominio politico sul Giappone. Tale periodo storico prende il nome dalla capitale, sede dello *shogun* (governo), ribattezzata in epoca moderna Tokio.



*Figura 3: Zashikiro: celle all'interno di case private a Iwakura.*

prio agli inizi del '900 erano state inoltre implementate nuove leggi per la custodia delle persone che presentavano disturbi psichiatrici che incentivavano al confinamento e alla supervisione degli organi di polizia. In questo doloroso capitolo di storia, le persone con patologie psichiatriche venivano confinate in piccole stanze chiamate “zashikiro” che fungevano da celle carcerarie sostitutive (Fig. 3). Quasi sempre le persone responsabili del controllo degli “internati” erano membri della famiglia, parenti stretti o famiglie ospitanti. Questo tipo di operazione consentiva, molto probabilmente, di mantenere riservate situazioni di disagio non accettabili socialmente. I problemi di salute mentale erano una questione privata da non sottoporre all'opinione pubblica. Kumasaka, nel suo lavoro di ricerca, spiega come la legalizzazione delle celle private avesse rinforzato il lato più inquietante della contenzione, subissando la sofferenza di molte persone malate che si sono trovate a vivere terribili maltrattamenti e soprusi. Trascorsero circa cinquant'anni prima che la reclusione privata venisse abolita e considerata illegale.

La tradizione dell'accoglienza eterofamiliare andò via via perdendosi durante la Seconda Guerra Mondiale. In particolare, nel 1948, con la promulgazione della Legge sui Minori, la pratica dell'accoglienza eterofamiliare rivolta a pazienti psichiatrici adulti cessò completamente per essere sostituita dagli affidi rivolti a minori in difficoltà. Come ci ricorda l'autore, questo evento venne rinforzato ancor più dalla Legge sull'Igiene Mentale del 1950, che vietava ogni tipo di forma di cura del disagio psichico al di fuori del contesto istituzionale. Questi avvenimenti ebbero un impatto molto forte anche sulla percezione sociale dell'accoglienza, che da quel momento in poi venne considerata come una attività illegale e rischiosa, tanto da generare un senso di disagio per chi, sino a quel momento, aveva partecipato attivamente a quel tipo di esperienza in ambito di comunità.

### **L'esperienza sul campo di Kumaska**

Kumasaka fece uno studio sul campo nell'estate del 1966, recandosi presso i luoghi leggendari di



Iwakura. Durante questa visita ebbe modo di entrare in contatto con le persone del luogo e di intervistare alcuni funzionari di zona. Colpisce come l'autore riferisca di aver percepito sin da subito, da parte dei cittadini, una forte reticenza a ricalcare la storia della tradizione e una loro tendenza a centralizzare l'attenzione sulla cessazione delle pratiche di accoglienza piuttosto che a valorizzare il periodo in cui, anticamente, le persone si recavano in pellegrinaggio al Tempio in cerca di guarigione e sollievo. Emergeva un certo livello di imbarazzo ed evasività, interpretabile come un timore a ricordare e sostenere un modello che, in epoca moderna, veniva associato ad un approccio inadeguato e condannato dalle istituzioni. L'autore, tuttavia, nel suo lavoro, chiarisce come la tensione si allentasse ripercorrendo le tappe del passato e cogliendo la sincera attenzione e curiosità da parte degli interlocutori.

L'ospedalizzazione come unica via di trattamento per le persone affette da disturbi psichici portò non solo a condannare ogni tipo di intervento svolto in ambienti *non-professional*, ma anche, in una certa misura, a disconoscere la storia della tradizione dell'accoglienza. Le pratiche di ospitalità caratteristiche della comunità di Iwakura vennero pertanto abbandonate e dimenticate, quasi a rappresentare un passato oscuro e insidioso. Kumasaka, al suo arrivo nei pressi del Tempio di Daiun, ha potuto ancora scorgere su alcune porte delle ormai fatiscanti strutture di accoglienza la scritta "*hoyo jo*" che, in Giapponese, sta a significare "guarigione da una malattia" o "riposo dopo il raccolto", termine che sembra ancor più rafforzare la presenza di una vera e propria cultura dell'ospitalità un tempo fortemente presente nel villaggio e che, in qualche modo, riconferma il grande senso di apertura e tolleranza verso le persone in difficoltà dell'antica comunità di Iwakura (Fig. 4).

### **Psichiatria giapponese tra passato e presente**

La storia della psichiatria in Giappone presenta numerose ombre nel trattamento della malattia mentale. La seconda metà del secolo scorso ha visto l'ascesa degli ospedali psichiatrici privati come reazione ai disumani interventi messi in atto nei periodi precedenti. Da qui la demonizzazio-



*Figura 4: Famiglia IESA di Iwakura.*

ne di qualsiasi approccio al di fuori del contesto istituzionale, tra cui anche il modello di accoglienza eterofamiliare per persone in difficoltà che storicamente veniva utilizzato ad Iwakura. Ancora oggi il modello prevalente di cura della sofferenza psichica è basato sull'ospedalizzazione. I dati relativi alle istituzionalizzazioni presso le strutture di ricovero, dopo l'attuazione della Legge sull'Igiene Mentale del 1950, aumentarono esponenzialmente nei successivi 40 anni. Il numero dei posti letto in ambito psichiatrico era di 10,1 ogni 10.000 abitanti nel 1960, 24,9 nel 1975, 29,0 nel 1990 e 27,5 nel 2000 (Tsuchiya & Takei, 2004). Questi dati, se comparati con la situazione del Regno Unito negli stessi anni, rilevano un valore tre volte superiore di posti letto in Giappone dedicati a persone con patologie psichiatriche (Organization for Economic Cooperation and Development, 2002). Dalle recenti informazioni raccolte nel *World Mental Health Report*, il numero di posti letto presso gli ospedali psichiatrici in Giappone è ad oggi 17 ogni 10.000 abitanti (WHO, 2022). Solo nell'ultimo ventennio il Giappone ha tentato di spostare la cura del disagio mentale anche in contesti di comunità.

Attualmente, oltre alle poche opportunità di intervento alternative alle strutture di ricovero, esiste anche un problema intrinseco ad aspetti culturali che impedisce ai servizi di entrare in contatto con quei soggetti che potrebbero beneficiare di un intervento terapeutico-riabilitativo. In uno studio Kanehara e colleghi (Kanehara et al., 2015) hanno rilevato che la difficoltà a intercettare le fa-

<sup>4</sup> Le nazioni che hanno aderito all'evento sono state: Australia, Cina, India, Giappone, Corea del Sud, Taiwan e Turchia.

si d'esordio di patologie psichiatriche nasce spesso da un mancato bisogno percepito dei cittadini, che riferiscono le proprie difficoltà a personali fragilità e attitudini da correggere. Questo atteggiamento rischia di condurre le persone affette da disturbi psichiatrici a ricorrere ai servizi soltanto in fase acuta. Attualmente il Governo giapponese sembra appoggiare e promuovere programmi di cura e riabilitazione in ambito sociale con l'intento di incentivare la sensibilizzazione e la riduzione dello stigma in salute mentale.

Tra dicembre 2016 e novembre 2017, un gruppo di esperti in psichiatria dell'area pacifico-asiatica si è riunito attraverso l'*Hong Kong Association of Psychosocial Rehabilitation*, con l'obiettivo di effettuare una ricognizione del panorama e delle nuove sfide per il trattamento dei disturbi psichiatrici gravi<sup>4</sup> (Wong et al., 2020). Le questioni affrontate e le conseguenti modalità di approccio condivise sono state le seguenti:

- interventi informativi e di promozione della salute mentale possono aiutare a ridurre lo stigma;
- i servizi terapeutico-riabilitativi dovrebbero essere i luoghi privilegiati per migliorare le abilità dei pazienti;
- supportare i professionisti della salute mentale a una formazione continua e individuare il *case manager* è necessario per guidare le equipe di lavoro e attuare interventi efficaci;
- le figure dei *peer* hanno un ruolo fondamentale nel sostenere i pazienti attraverso la condivisione dell'esperienza diretta e per creare una rete sociale di supporto;
- i pazienti e i loro *caregivers* dovrebbero avere maggior autorevolezza nel promuovere il

cambiamento nelle politiche sanitarie;

- i punti di forza e la flessibilità caratteristici delle organizzazioni non governative dovrebbero essere sfruttati per migliorare i servizi comunitari.

Negli Stati sopra citati, tra i quali il Giappone, è attualmente in corso un cambio di paradigma nella cura del disagio psichico. In controtendenza con gli accadimenti storici delineati nel lavoro di Kumasaka, oggi si assiste a un passaggio da interventi di cure basati sull'istituzionalizzazione ad approcci orientati alla comunità dove viene posto al centro il paziente con i propri bisogni, con particolare attenzione alla tutela dei diritti e alla riservatezza.

### Conclusioni

La ricerca condotta dallo psichiatra Kumasaka ha permesso di recuperare alcuni frammenti dell'antica storia di accoglienza eterofamiliare a Iwakura, di delinearne le origini, le caratteristiche e il percorso che ha poi condotto al suo abbandono nella seconda metà del '900. La storia di Iwakura è confermata dalla presenza di alcuni scritti di storia ed etnologia e, in parte, tramandata attraverso i racconti orali della popolazione che l'autore ha raccolto nel corso della sua ricerca. La pratica dell'accoglienza, considerata per molto tempo una forma tradizionale di ospitalità per persone vulnerabili, potrebbe oggi nuovamente acquisire una sua rilevanza tra i modelli di cure del disagio psichico, in quanto approccio basato sulla comunità e sull'inclusività, in linea con le raccomandazioni mondiali sulla salute mentale (WHO, 2022).



## Bibliografia

- Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla Famiglia*. Franco Angeli: Milano.
- Kanehara, A., Umeda, M., Kawakami, N., & World Mental Health Japan Survey Group (2015). Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(9): 523-533.
- Kumasaka, Y. (1967). Iwakura: Early community care of the mentally ill in Japan. *American Journal of Psychotherapy*, 21(3), 666-676.
- Organization for Economic Cooperation and Development (2002), *OECD Health Data*. OECD: Paris.
- Tsuchiya K.J, Takei N. (2004). Focus on psychiatry in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 184(1): 88-92.
- Wong, M.M.C., Castle, D., Organ, B., Li, J., Ma, L., Chui, E. & Karamustafalioglu, O. (2020). Present and future of severe mental illness (SMI) policies: Reflections from an Asia–Pacific Expert Forum series. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(2), 156.
- World Health Organization (2022). *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. WHO: Geneva.

# Accoglienza creativa. L'arte che libera

Baglio C.\*

**A**giugno 2022 è andata in scena la prima edizione di un festival interamente dedicato alla salute mentale, una grande festa per celebrare il patrimonio materiale e immateriale. È stata un'occasione di condivisione partecipata del desiderio di contribuire a una società più inclusiva e meno stigmatizzante, l'inizio di una contro narrazione sul tema della diversità e del disagio psichico. La “Collegno Fòl Fest” è nata su impulso della città di Collegno, del Servizio IESA ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte e del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'ASL TO3, in collaborazione con Arci Valle Susa e una rete di associazioni e cooperative. Lo IESA, letteralmente: “Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti” è una pratica che sposta il luogo di cura da strutture istituzionali alla realtà di una quotidianità, ad una consuetudine fatta di solidarietà reciproca, di affet-



*Figura 1: Opera di GerArt.*

to, di mutuo soccorso, di valori umani che nella maggior parte dei casi troviamo all'interno di una casa abitata da una famiglia. Ed è proprio da quest'ultima, formata e monitorata per tale compito, che l'utente viene accolto in quella che diventerà la sua famiglia d'adozione.



*Figura 2: "Luminance".*

L'utente che viene segnalato dal Centro di Salute Mentale allo IESA, diventa dunque destinatario di un'offerta davvero importante: gli viene proposta un'altra dimensione di cura e di ulteriore valorizzazione della propria persona all'interno di una casa che, come recita un proverbio filippino, desunto dall'esperienza umana: “è l'angolo più prezioso della terra”. I rapporti umani, basati sull'empatia e la buona volontà, saranno per l'utente il migliore “angolo” dove vivere con la migliore cura. Attraverso il Dott. Gianfranco Aluffi, con il quale condivido il medesimo spa-



zio come luogo di lavoro, lui in qualità di Direttore Scientifico del Servizio IESA e io come referente del Centro di documentazione sulla psichiatria dell'ASL TO3, ho avuto modo di conoscere un'utente IESA, un ragazzo con una notevole dote artistica. Conoscendo la passione che da sempre nutro per l'arte, in tutte le sue declinazioni, il Dott. Aluffi mi ha parlato di questo ragazzo, diplomato in arti figurative, il cui nome d'arte è GerArt. Dopo aver visto un paio di disegni da lui realizzati, ho pensato subito ad un'artista con un talento e un piglio alquanto originali. L'arte è davvero un campo in continua evoluzione che consente innovazioni e nuovi sviluppi ed è quello che GerArt vive artisticamente, possiamo così dire che la sua sia un'esplorazione nel campo della ritrattistica artistica.

GerArt cattura il viso del soggetto immaginato in possibili e improbabili raffigurazioni.

L'immagine si espande e si dilata per tornare su sé stessa in fasci di colori e forme geometriche se-

condo le modalità dell'artista. GerArt sembra affascinato da tutto quello che ci circonda, crede che tutto possa essere distrutto e ricreato molteplici volte. Ho proposto a GerArt di far conoscere la sua arte e la proposta è stata accolta con molto entusiasmo. Da qui il titolo della mostra personale che abbiamo allestito: "Composizione, trasformazione e scomposizione".

Le sue creazioni sembrano indicare l'uomo del futuro (Fig. 1), l'uomo bionico affine alla cibernetica, l'essere trasformati dalla tecnologia. Le allusioni, le allegorie possono essere tante.

Grazie alla sua passione artistica, all'intervento del Servizio IESA e alla famiglia ospitante, il percorso di cura e di crescita di GerArt è davvero ammirevole e significativo. GerArt ha saputo offrire all'attenzione e agli sguardi di un folto pubblico le sue opere, che hanno ricevuto il plauso dei visitatori e la mostra, da me curata, è stata inserita nell'ambito della Collegno Fòl Fest (Fig. 2).



*Figure 3, 4 e 5: Bozze dell'artista per la realizzazione della targa commemorativa del 25° anno di attività del Servizio IESA dell'ASL TO3.*

È stata una bellissima esperienza, una testimonianza davvero importante che dimostra, in senso inequivocabile, che le buone pratiche sanitarie,

unitamente alla solidarietà e alla valorizzazione della persona, risultano raffigurare con successo un'altra dimensione della cura (Fig. 3, 4, 5, 6).





**Figura 6:** Targa commemorativa dei 25 anni di attività del Servizio IESA dell'ASL TO3 ad opera di GerArt. La Targa è stata affissa presso i giardini del Chiostro Maggiore della Certosa di Collegno in occasione della cerimonia di consegna diplomi a operatori e volontari IESA del 30 maggio 2022, all'interno delle iniziative presenti nel programma di "Aspettando Fòl Fest".

# “Una storia proprio così”

Piccinelli M.\* , Lunetta V.\*\*

**V**incenzo entrò nella villetta, sede del Centro, rivolgendosi a tutti e a nessuno, esclamando a voce alta:

*“Sabato sarà l'ultimo giorno! Si chiude. L'ho sentito dire stamane al C.S.M.!”*

Rimanemmo sconcertati e attoniti: la notizia della interruzione definitiva del servizio era ufficiale (noi eravamo un "Centro semi-residenziale", anomalo e difficile da etichettare per quei tagli apocalittici targati *spending review*), ma, essendo agosto, eravamo ormai sicuri di sopravvivere almeno fino a settembre. La notizia ci arrivava da un utente, non dalla committenza, ma era assolutamente vera, tanto che sarebbe stata confermata la mattina stessa.

Vincenzo è la persona che ritenevo avrebbe patito più di altre, sulla propria pelle, l'abolizione del Centro semi-residenziale "Chiarugi". Gran parte degli utenti avrebbe certamente avvertito la mancanza di un punto di riferimento importante, ma per lui avrebbe segnato il passaggio dall'autonomia personale del vivere da solo in un alloggio a una sorta di “passo indietro”: quello del ritorno in comunità, con regole e costi sociali molto più rilevanti.

Avevo già sentito parlare dello IESA. Forse un appoggio, pur limitato nel tempo e un ulteriore scambio di vedute, di chiacchierate con qualcuno, avrebbe potuto dargli un poco più di tranquillità e permettergli di continuare, con sufficiente serenità, a vivere autonomamente. Tuttavia non c'era tempo da perdere.

Ne avevo già parlato a Daniela, mia moglie, Operatore Socio Sanitario (OSS) domiciliare a Torino per casi riferiti alla salute mentale. Le avevo spiegato la situazione tralasciando, volutamente, soltanto il fatto che Vincenzo possiede un umori-

simo “paradossale” assai simile al mio: lei già talvolta fatica con uno, figurarsi due! Meglio glisare...

In realtà, un primo ostacolo era dovuto alla impostazione dello IESA: figure non professionali che accolgono persone ritenute compatibili, ma sconosciute. Precisamente l'opposto del nostro caso. Tuttavia, in primo luogo, dovevo superare le riserve della cooperativa sociale per cui lavoravo allora: questo si rivelò un ostacolo più impervio del previsto. Pensavo fosse sufficiente comunicare l'ipotesi IESA (peraltro ancora tutta da verificare), invece mi trovai ad affrontare una lunga trafila di passaggi, che andavano dal "non è compito mio" al "non so, dovresti parlare con Tizio o con Caio".

Alla fine trovai la persona giusta e con il ruolo giusto. Pertanto, verificato che: non fossi stipendiato, che l'impegno non interferisse con il mio lavoro, che non lavorassi come educatore professionale nell'ambito della salute mentale nella stessa ASL, potevo procedere.

Nel frattempo, la cooperativa mi aveva concesso, perso il posto alla "Chiarugi" di Rivalta, di sostituire una collega in maternità, a Chivasso (ASL TO4), a “soli” 43 km da casa mia. Devo comunque precisare di essere riconoscente: in oltre 13 anni di lavoro, ho lavorato in diversi servizi educativi senza che il lavoro mi fosse mai interrotto, neppure durante la pandemia da Covid-19, periodo in cui molti colleghi sono finiti in cassa integrazione (il famigerato F.I.S.: stipendi al 40%). Quindi, era fattibile proseguire in questo tentativo, ma non sapevo esattamente a chi riferirmi. Così contattai il dott. Mario Toye, all'epoca lo psichiatra referente di Vincenzo. Iniziò una fase di contatto e di rapporti con il Servizio IESA

\* Caregiver IESA part-time.

\*\* Ospite IESA part-time.

dell'ASL TO3, con un percorso di selezione, formazione e abilitazione. Partecipai successivamente al corso di formazione per caregiver IESA che si rivelò un'esperienza formativa, di approfondimento e di relazione e confronto estremamente interessante.

Vorrei sottolineare l'importanza del supporto, con un incontro mensile (arricchito da contatti telefonici e di messaggistica istantanea), che "sostanziano" proprio la "S" di IESA: il supporto avvenuto da parte di un Tecnico della riabilitazione psichiatrica è sempre stato preziosissimo. Claudio Sacco, Sara Bardoscia e Francesca Savian, che si sono (oserei aggiungere) pazientemente alternati in questo ruolo, sono stati sempre davvero importanti per sostenere sia Vincenzo e sia Daniela e me come Famiglia. Aggiungerei che, in particolare con Francesca, si è creato un clima tale per cui alcuni minimi interventi che si sono, riteniamo, resi utili per Vincenzo, sono sempre stati estremamente coordinati: sia quando è stato possibile prepararli in precedenza, sia quando si è un po' dovuto improvvisare sul momento (probabilmente questo si può considerare un valore aggiunto).

Da lì in poi, la strada fu tutta in discesa. Non tedio oltre: Vincenzo e io incominciammo a incontrarci regolarmente, in media una volta alla settimana o poco più, come "accoglienza IESA part-time". E qui mi interrompo.

No! Non è finita. Sono trascorsi ormai circa 10 anni: l'esperienza continua molto positivamente. Perché mi fermo allora? Perché, naturalmente, devo confrontarmi con Vincenzo: sia su quello che ho scritto, sia su quello che vorrei (vorremmo) ancora raccontare.

Il confronto c'è stato, e ora come ora non sono in grado di ipotizzare il futuro. Vincenzo è spaventato dalle prospettive, soprattutto dal punto di vista economico. Si tratterà di verificare (specialmente da parte dei servizi della Psichiatra e degli operatori), se è un problema transitorio o più profondo, se affrontabile da lui a casa da solo, o con un supporto più massiccio. Certo la situazione generale, come la definisce lui stesso, "è pesante", ma non vorrei che il rimedio fosse peggiore del male! Gli parlerò ancora, da amico.

Sì, abbiamo poi ricostruito insieme il fatto che, spesso, i momenti comuni non sono stati poi necessariamente così eclatanti o eccezionali. Non abbiamo mai utilizzato né il parapendio, né il paracadute. A priori avevamo scartato pure il *rafting* e l'arrampicata libera. Raramente ci siamo allontanati dal Piemonte. Liguria e Valle d'Aosta le altre Regioni toccate (però siamo stati a Briançon, per provare l'emozione di calcare il suolo francese, poiché Vincenzo non era mai stato all'estero). E poi anche musei, film, bellezze paesaggistiche e artistiche, ma forse, tutto sommato, abbiamo apprezzato di più le visite ai supermercati e le visioni di partite di calcio, per televisione.

Nel contempo, si può affermare che si sono nettamente "accresciute" le famiglie. Vincenzo è entrato immediatamente in quella con mia moglie, estremamente attiva nel percorso comune, nostro figlio (adulto), mia suocera, mia sorella e mio cognato con i loro figli, nonché tutti i miei principali amici. E io ho conosciuto, molto meglio, la sua mamma ottantottenne, le sue sorelle con mariti e figli, e il fratello con moglie e figlia. Una bella ricchezza e, aggiungo, soprattutto una rete importante. Inoltre, e non voglio vantare alcun merito perché potrebbe trattarsi di una semplice combinazione, nel periodo in cui ci siamo frequentati regolarmente, Vincenzo non ha mai dovuto ricorrere a nessun ricovero in SPDC, "repartino" o simili. Invece nella prima fase, durata oltre un anno, in cui egli aveva preferito rientrare in comunità (mantenendo però, assai saggiamente, l'assegnazione dell'alloggio in una casa popolare), i ricoveri si erano susseguiti uno dietro l'altro.

Per concludere, sento quasi l'impellenza di avanzare qualche breve e modestissima riflessione. Ancorché questa sia una semplice e breve narrazione e non un testo né di studio, né scientifico, ci tengo a precisare che mi sono avvicinato, con consapevolezza, a questa esperienza, interessante e ricchissima, assolutamente non come "educatore professionale regolarmente iscritto all'Albo": la mia idea era proprio quella di riuscire a consolidare, insieme a Vincenzo, in modo semplice, una normalissima relazione tra persone adulte, senza



voler/dover assumere, a ogni costo, alcun ruolo “educativo”. Aggiungo che, a livello personale, ho sempre sopportato, con fatica, colleghe e colleghi (sia educatori e sia oss), i quali, dall'alto della loro sedicente saggezza, dettano le regole di vita ai cosiddetti “utenti dei servizi” che, non di rado, possiedono esperienze più significative (magari più faticose e più difficili), spesso un'età più avanzata, ma che vengono a trovarsi quasi nella condizione di “subire” le idee dell'altro/a, spacciate come verità assolute, mentre più probabilmente sono, come per tutte e per tutti, semplici visioni parziali, più o meno fondate.

Mi riecheggia nella mente Don Milani e, parafrasandolo, mi pare di poter affermare che, non di rado, l'operatore possieda e si serva di “qualche parola in più” dell'utente. Ma è sufficiente? Queste primitive “intuizioni”, testé malamente

abbozzate, le ho poi trovate, assai più approfondite e soprattutto meglio finalizzate, nel pregevole testo di Gianfranco Aluffi “Famiglie che accolgono. Oltre la psichiatria” (2014).

Proprio in quest'ottica che, specialmente nei miei ultimi anni di lavoro, ho tentato costantemente di applicare anche nella quotidianità di un Centro diurno per persone con disabilità psichica, citerei un breve estratto del testo sopra menzionato, che lascio come conclusione, a mo' di programma. “Esiti quali la promozione spontanea delle capacità personali, relazionali ed essenziali del paziente, raggiunti attraverso la funzione accogliente e ristrutturante della famiglia e dell'ambiente “casa”, all'occorrenza modulata dagli operatori IESA, conducono con sempre maggior forza empirica a fare riferimento al concetto di Fattore Terapeutico Ambientale (FTA)”.

# La vera storia di « Pelle d'asino »<sup>1</sup>

Schurmans D.\*

C'era una volta un re famoso che viveva nel Leinster, il suo nome era Ket Mc Diarmuid.<sup>2</sup> Sua moglie era molto bella e ancor più nobile di lui, essendo la figlia di un sommo re d'Irlanda che durante la sua vita regnò a Tara.

Aveva anche un consigliere, Gerebernus, un monaco, studioso e scribano, che fu soprannominato "Pelle d'asino", poichè aveva passato più tempo tra le pergamene di pelle d'asino che con la pelle di qualsiasi altro animale, compresa quella delle dame.

I consigli che Gerebernus dava al Re erano così brillanti che in pochi anni il Leinster divenne la provincia più ricca e potente di tutte le quattro terre d'Irlanda messe insieme. Si diceva che soltanto la magia avesse potuto dare al re questa insolente ricchezza e che ogni mattina raccogliesse monete d'oro nella grande sala del suo palazzo.

Un giorno la regina, che era riuscita a dargli solo una figlia, si ammalò. Convocò il marito al suo cospetto e gli disse: "Mio caro, presto lascerò il tuo letto per quello di un Signore Superiore. Sono molto preoccupata per nostra figlia e anche per il nostro regno. Sono la figlia di Rory O'Neil, figlio di Niall dei Nove Ostaggi, e sono io che ti ho portato le mandrie, tutte le terre e il potere che oggi è tuo, mentre prima di conoscermi governavi solo Dinn Rig e Gerebernus, quest'uomo di cui si dice essere la ragione di

*tutte le tue ricchezze, apparteneva a mio padre. È con me che varcò la soglia della tua alta torre. In verità il tuo regno oggi è più grande di prima del mio arrivo, ma senza di me non so cosa ne avresti fatto. Pertanto, sappilo, non passerà anno senza che io torni nelle tre notti di Samhain<sup>3</sup>. Forse mi vedrai lì. Per favore, lascia a Gerebernus la sua dignità e il compito di amministrare il regno. Ti prego anche di non prendere in moglie nessuna che sia meno bella di me, perchè questo mi farebbe vergognare. Sai, ero brava nei consigli, in guerra e a letto. E non sono mai stata l'ombra di nessun uomo".*

Così parlò e il Re le fece tutte le promesse che ella gli chiese. Alcuni dicevano che il Re amasse la regina, altri che fosse terrorizzato dalle tre notti di Samhain. Gerebernus continuò quindi a gestire il regno e Ket Mc Diarmuid ad arricchirsi. Ma dovete sapere che la legge di quel tempo in Irlanda non permetteva al sovrano di rimanere senza moglie per lungo tempo.

Ket Mc Diarmuid sapeva che c'era fermento lungo i confini del suo regno e che i re, suoi vicini, rivendicavano la sua successione. Suo cognato e nipote per nozze, l'Alto Re di Tara, che egli aveva in parte sottomesso con la sua arroganza e con le fortune che aveva collezionato, si sarebbe presto potuto vendicare e nessuno avrebbe avuto nulla da ridire. I suoi stessi nobili non erano più al sicuro. Si sarebbe dovuto risposare.

<sup>1</sup> Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Catia Gribaudo, Gianfranco Aluffi.

<sup>2</sup> L'autore intreccia le radici mitiche della leggenda di Santa Dymphna con la fiaba in versi intitolata "Pelle d'Asino" pubblicata per la prima volta nel 1694 dallo scrittore francese Charles Perrault. I due racconti presentano numerose analogie e la loro fusione rende molto gradevole la lettura di questo contributo (n.d.t.).

<sup>3</sup> Medico Psichiatra, Lierneux. Il Dott. Schurmans si è occupato per quasi mezzo secolo di accoglienza eterofamiliare e ha per anni presieduto un'associazione internazionale dedicata ai fenomeni relazionali che si manifestano durante l'accoglienza.

<sup>4</sup> Capodanno Celtico che corrisponde, ai giorni nostri, alla notte di Halloween. In epoca celtica il passaggio dall'estate all'inverno veniva celebrato con lunghi festeggiamenti, lo Samhain, che deriverebbe dal gaelico samhainn (*summer-end* ovvero fine dell'estate). La morte era il tema principale della festa, in sintonia con ciò che stava avvenendo in natura: durante la stagione invernale la vita sembra tacere, mentre in realtà si rinnova sotto terra, dove tradizionalmente, tra l'altro, riposano i morti. Da qui l'accostamento della festa al culto dei morti (n.d.t.).



Ma il giuramento che aveva fatto a sua moglie lo spaventava. Non è che non lo allettasse sposare una donna più bella della sua defunta regina, ma ce n'erano poche in Irlanda. E anche se ce ne fossero state di più, quella che avrebbe scelto gli avrebbe garantito un potere pari a quello assicurato dalla sua prima moglie? A che sarebbe servito sposare la figlia di un bardo, anche se fosse stata la più bella donna al mondo? A che sarebbe servito sposare una straniera, anche fosse stata la figlia di un re?

La sua scelta si ridusse, in verità, a poche famiglie che conosceva bene: gli O'Connor di Connaught, gli Owenoct di Mumah, gli O'Neill di Tara, tutti suoi parenti prossimi. E per quanto riflette e ci pensasse, non vedeva e non trovava nessuna ragazza paragonabile, anche solo lontanamente, alla donna che aveva perso. Ahimè, sappiamo cosa successe dopo.

Il tempo di pensarci, di abituarsi all'idea, e la figlia raggiunse l'età da marito, diventando molto bella e addirittura più bella di sua madre. Il Re riconobbe in lei tutti i tratti, e in più qualcosa che somigliava a lui e che lo turbava più di ogni altra cosa. All'inizio era un pensiero che non osava ammettere a sé stesso, poi divenne un calcolo dinastico. E alla fine, fu ossessionato dal desiderio. Con sua figlia fingeva di essere rude, si rifiutava di vederla, ma gli erano cari tutti i posti in cui lei passava.

Alla principessa era stato dato il nome Dymphneách, che si pronunciava, grossomodo, Dymphna. Quando suo padre iniziò ad interessarsi a lei, la ragazza aveva sedici anni ed era attratta solo dai libri. Aveva trovato in Gerebermus un uomo esperto e un amico. A quel tempo non vi erano tanti libri in Irlanda, tuttavia si stava iniziando a scrivere molto, in quanto vi era la tradizione orale dei filidi e dei bardi da trascrivere su strisce di pelle d'asino o di vitello appena conciate e molto martellate, prima di realizzare le lunghe pergamene; a meno che, in un modo più innovativo per quei tempi, non venissero tagliate in grandi fogli poi sovrapposti e rilegati.

Ket Mc Diarmuid non sapeva nulla di scrittura, ma Gerebermus lo aveva convinto a mantenere nel suo palazzo una famosa squadra di scribani e

miniatori che, proprio in quel momento, stavano trascrivendo le Gesta del Ramo Rosso<sup>4</sup>, ascoltando i vecchi narratori dell'Ulster. Dymphna amava soprattutto le storie, ma adorava anche vederle scritte e disegnate sulla pergamena e, grazie a Gerebermus, conosceva l'arte segreta della scrittura.

Quando una di queste storie, che aveva sentito raccontare fin dall'infanzia e che conosceva a memoria con tutte le sue varianti, veniva raccolta in un volume, aveva paura che questa morisse, ma era affascinata dal poterla ritrovare ogni volta che voleva. Tutte le volte, prima di aprire un libro, si chiedeva se il testo fosse cambiato dall'ultima in cui lo aveva visto.

Un giorno il Re Ket Mc Diarmuid convocò il suo consigliere: *“Mi volete dire cosa si addice al re? Non posso restare solo perchè la mia potenza è talmente vasta che ne ho solo l'usufrutto: deriva così tanto da una donna che a lei rischia di tornare. Che cosa mi consigliate?”*.

Da molto tempo Gerebermus immaginava cosa volesse il re. Sapeva anche che sarebbe stato coinvolto nella decisione solo per assumersi la responsabilità del crimine e che, se avesse rifiutato, il suo destino sarebbe stato segnato. *“Signore”* disse *“Non è bene che un uomo stia solo, e un re ancor meno di un qualsiasi altro uomo. La figlia del Re Brian de Mumah, a detta di tutti coloro che l'hanno avvicinata, è una bella persona anche se dal carattere un pò forte. Lei vi garantirebbe una forte alleanza. Si dice che la sorella del giovane re degli Ulati sia di salute cagionevole. Non sto parlando di Mève del Connacht, di cui tutti conoscono il carattere imperioso. Quanto a vostra cugina Tara, è una donna eccellente e potreste essere una coppia ancor migliore. Vedo solo un ostacolo: la stretta parentela”*. Disse ciò con l'intenzione di indagare il pensiero del Re. Quest'ultimo divenne scarlatto, al punto che si affrettò ad aggiungere: *“Ma, senza dubbio, nessuna principessa eguaglierà mai colei che è cresciuta in questo palazzo”*. Di proposito insistette, mentre batteva in ritirata, sulla giovane età della principessa. Il Re non se ne accorse: *“Sono molto contento che mi parliate di lei, perchè è lei che sposerò. La mia cara moglie defunta mi ha fatto*

<sup>4</sup> Nella mitologia irlandese il Ramo Rosso è il nome di una delle tre casate reali dell'Ulster. Nei racconti moderni viene utilizzato come nome di un ordine di guerrieri, i Cavalieri del Ramo Rosso (n.d.t.).



*capire che non avrebbe mai sopportato nessun'altra nel mio letto, che l'avrebbe uccisa, che l'avrebbe portata con sè a Tir na mBàn<sup>5</sup>, la Terra delle Donne. Quindi non ho altra scelta". Gerebernus rabbrivìdi. A quel tempo l'antica legge era forte in Irlanda e non sapeva come convincere il re. "Signore" disse "la principessa è ancora giovane. Non avete paura che quando ella verrà a conoscenza del suo destino la sua anima venga turbata e il suo corpo inizi a tremare?"*

*"Perchè pensate che vi abbia chiamato?" disse il Re "Avete la sua piena fiducia, saprete spiegarle quale è il suo dovere".*

*Quando seppe del piano di suo padre Dymphna si ammalò e quasi morì di dolore. Gerebernus cercò di confortarla come meglio poteva. "Questo non accadrà" disse "perchè grida vendetta a Dio. Ma dobbiamo guadagnare tempo. Ed ecco come faremo".*

*Le raccontò una leggenda molto antica, già antica a quel tempo: "Il signore del Cielo aveva sposato una donna molto bella, molto buona e molto coraggiosa, come mostrerà il resto del racconto. Dana, così si chiamava, non era felice negli immensi palazzi del cielo, perchè suo marito passava tutto il tempo a soffiare sulle nuvole, a cavalcare fulmini, a cucinare temporali in enormi calderoni, e lei se ne restava tutta sola e completamente abbandonata. Un giorno scappò. Corse giù per la scala di un arcobaleno e si ritrovò a terra prima che suo marito se ne accorgesse. La terra era gioiosa, piena di linfa nella limpida primavera e la accolse molto bene. Si nascose tra gli alberi e le piante che crescevano forti e il Signore del Cielo non riuscì a trovarla. Poi, furioso, le scagliò addosso i suoi forti cani molossi dalle zampe massicce, che ululavano come lupi. Ma la terra era vasta e i cani la cercarono a lungo senza mai trovarla. Dana visse da regina sulla terra per un'estate intera, perchè aveva incontrato il Re degli Uomini e si innamorarono. Alla fine dell'autunno i cani riuscirono a trovare finalmente le sue tracce. Le foglie degli alberi stavano cadendo. Dall'alto, il Signore del Cielo poteva vederla e scatenava su di lei le sue tempeste. Dovette fuggire dinuovo ma questa volta il re degli Uomini era con lei. Nella loro fuga erano in*

*tre perchè Nuàda, il migliore amico del re degli Uomini, non volle abbandonarli. Era il più forte degli umani e degli dei. Quando il primo dei cani si avvicinò, il re degli Uomini affidò Dana al suo amico e attirò a sé il cane. Fu ferito a un piede ma Nuàda uccise il cane con un colpo di martello. Il re degli Uomini sanguinava copiosamente e sentì la sua vita scivolare via. Tuttavia non morì. Si trasformò, a poco a poco, in un uomo-cervo. Le corna crebbero sulla sua testa. Non poteva più sopportare il calore del sole e dovette rifugiarsi prima nelle foreste, poi nelle caverne, infine nel regno sotterraneo. In sua assenza la terra era diventata fredda e spoglia. Era inverno. Nuàda e Dana lo accompagnarono nel mondo sotterraneo e vi vissero fino alla primavera successiva".*

*La storia non era finita, ma Gerebernus voleva far capire a Dymphna che anche lei doveva fuggire, che la vita dell'esilio sarebbe stata dura, ma che comunque non sarebbe rimasta sola. Aveva anche un'altra intenzione: stava cercando di creare ostacoli tra il re e i suoi progetti, e la leggenda poteva aiutarlo nell'intento.*

*Sapeva che il Signore del Cielo, secondo l'antica leggenda, era il signore del Tempo, e che la lunga ricerca dei lugubri cani faceva girare la ruota all'infinito e che Dana, la Splendente, la Grande Madre che porta con sè potere regale e divino a coloro che sceglie di amare, attraversò nella sua fuga, uno dopo l'altro, il mondo in alto, sotto la luce calda del sole e poi il mondo in basso, sotto la luce pallida della luna. Quando il Re Ket Mc Diarmuid insistette affinché sua figlia cedesse, ella gli chiese, come regalo di fidanzamento, un vestito di colore del Tempo. Dymphna manipolò suo padre per convincerlo a rispettare la promessa, e ci riuscì.*

*Si narra che il Re radunò le ricamatrici, le sarte e le bordatrici del suo regno e fecero alla principessa un abito che aveva tutte le sfumature del tempo, passando dall'una all'altra in fusione della luce. Ma era impossibile accettare questa soluzione semplicistica. Il vero significato della richiesta era rappresentare il tempo che passa, non il tempo in sè. E ciò che Dymphna chiedeva a suo padre era di dominare il tempo, cioè di impedire il suo invecchiamento.*

<sup>5</sup> Nella mitologia iranese rappresenta la Terra delle Donne, è un'isola immaginaria popolata esclusivamente da bellissime e affascinanti fanciulle. La Terra delle Donne si trovava nell'Oltremondo, luogo dei morti (n.d.t.).



Dymphna avrebbe accettato le nozze solo se lui fosse riuscito a mantenere la promessa? Possiamo pensare che lei sapesse fin da subito che era un'impresa impossibile. Ovviamente il re si appellò ai suoi maghi e ai suoi sarti passamanieri. Senza dubbio doveva ammettere il suo fallimento, ma non prima che i primi segni del tempo fossero apparsi sul volto della figlia. Ciò le permise di salvarsi per parecchi anni, durante i quali Gerebernus sfoggiò tutta la sua astuzia. Il Re dovette prostrarsi dinnanzi alla figlia pregandola di liberarlo dalla promessa o di scambiarla con un altro voto.

Così, su consiglio di Gerebernus, la fanciulla chiese un vestito del colore del sole. Si può ben comprendere che Dymphna sfidasse il padre a prolungare all'infinito l'estate, la stagione limpida, in cui Dana la Brillante regnava sotto il sole. Dymphna amava l'estate, i fiori e la luce. La sua richiesta nasce da questo, oltre che dalle complesse valutazioni di Gerebernus che, questa volta, non sperava di guadagnare più di qualche mese. Naturalmente il Re poteva promettere, ma non poteva mantenere.

Quando le foglie di betulla incominciarono a ingiallire, decise che sua figlia lo aveva preso in giro già troppo a lungo. Prese dunque l'iniziativa e, poichè si sentiva ridicolo, fu crudele: *"Figlia mia, non posso farti un vestito color del sole. Ma se non mi dai quello che ti chiedo ti farò un vestito del colore della luna!"*. Ricordiamo che, nella leggenda, la stella della notte illumina anche il mondo sotterraneo, che è quello dei morti. La minaccia fu chiara e Gerebernus la colse. Questa volta dovevano fuggire: era questione di giorni.

All'inizio di novembre, una sera, il Re Ket Mc Diarmuid si ritirò sulla spiaggia alla foce del Liffey con i suoi compagni più stretti.

Banchettarono per tre notti intorno a grandi fuochi, in gioiosa familiarità con i morti che venivano, prendevano il dovuto e se ne andavano alle prime luci dell'alba.

Gerebernus approfittò di questo momento, quando venne abbassata la guardia. Imbarcò la principessa e, con alcuni marinai, salpò per l'isola di Iona, il cui Abate era un caro amico. Ma il vento si alzò e cambiò direzione, così da farli approdare a sud dei monti della Cumbria<sup>6</sup>. Quando seppero del-

la loro fuga, l'ira del Re fu terribile. In un attimo aveva perso tutto: sua figlia, la sua erede, la sua sposa, il suo consigliere, la sua fortuna e il suo potere.

Chiamò Gerebernus povero asino e promise, poichè amava i libri, di farne uno con la sua pelle. Aveva compagni d'armi ai quali era legato da patiti di sangue. Quando andavano in missione per conto del Re, indossavano un elmo a forma di testa di cane e per questo venivano chiamati *King's dogs*. Il Re ordinò loro di raggiungere i fuggiaschi e di riportarglieli vivi, perchè voleva farli soffrire. I *King's dogs* partirono. Ma la tempesta, sempre più forte, li portò sulle coste di Anglesey<sup>7</sup>. Lì, gli abitanti li scambiarono per pirati, si ritrovarono a combattere e questo fece loro perdere del tempo.

Intanto i fuggiaschi si stavano facendo strada a piedi, addentrandosi sempre di più nell'entroterra, verso sud. Non sempre riuscivano a trovare un posto accogliente dove fermarsi per la notte. Non era una vita da principessa, ma Dymphna non si lamentava mai. A Lancaster, dove Gerebernus si procurò cavalli e muli, alloggiarono in un priorato. A Balckburn dovettero accontentarsi di un fienile esposto a tutte le intemperie. A Rotherham, vicino Sheffield, in una foresta, furono accolti dai carbonai. Era la notte del solstizio di inverno e i carbonai si erano radunati per banchettare. Arrivavano da tutte le parti, e tra loro c'erano alcune donne che venivano celebrate in quanto era la Notte delle Madri. Tre di loro furono scelte per sedersi al tavolo più importante e Dymphna era tra quelle. Gli uomini cantavano nella loro lingua barbara e bevevano. Gerebernus temeva che finissero per mancare di rispetto alla principessa e pensò che non erano fuggiti dal re per questo. Allo stesso tempo non poteva fare a meno di percepire in questo evento qualcosa di cerimoniale e sacro. Gli tornarono in mente strani ricordi, proprio mentre si sorprende di comprendere così bene la lingua dei Saisnes. Sembrava quella, quasi dimenticata, della sua infanzia. E le Tre Madri<sup>8</sup>, al centro della festa, ricordava di averle viste una volta, a casa del padre. Questo prima di essere mandato in un monastero, dove aveva ricevuto la tonsura e imparato il latino.

<sup>6</sup> La Cumbria è una contea del Nord-Ovest dell'Inghilterra (n.d.t.).

<sup>7</sup> Regione del Galles nel Nord dell'Inghilterra (n.d.t.).

<sup>8</sup> Le Tre Madri sono una triade di divinità celtiche. Queste richiamano il mito delle origini della creazione del mondo (n.d.t.).



Anche Dymphna ebbe paura, soprattutto quando le sue vicine, sotto effetto della birra, rimasero seminude e gli uomini si avvicinarono. Uno di loro voleva toglierle la camicia, ridendo. Abbozzò a malapena il gesto e un gigante si alzò da tavola e lo fece cadere a terra con un pugno in testa. Questo gesto terrorizzò Dymphna, anche più del precedente. Non aveva dubbi sul fatto che tutti quegli uomini si sarebbero uccisi a vicenda per averla. Certamente Gerebernus non aveva la forza per difenderla. Ma nessuno si mosse più e il banchetto procedette tranquillo.

Colui che aveva messo fuori combattimento il suo compagno era Eadmund, figlio di Offa. La sua altezza raggiungeva i sei cubiti<sup>9</sup> e le sue braccia erano come tronchi di betulla. Nessuno lo aveva mai battuto nella lotta o nella corsa, in questa foresta dove gli uomini erano forti e provavano piacere nello sfidarsi a vicenda. Si sarebbe fatto tagliere a pezzi per difendere una donna che chiedeva protezione e, spesso, non aspettava neanche che gli venisse chiesto.

Il giorno seguente fu di riposo, ma quando si prepararono per ripartire Eadmund era lì. “*Signore*”, disse a Gerebernus, “*Cosa farai da solo con una donna così giovane e nobile? Accetta il mio aiuto e la mia compagnia*”. E così fecero, poiché Gerebernus si ricordò della leggenda e di Nuáda. Nonostante i lunghi anni trascorsi in monastero, colse una particolare somiglianza tra la loro fuga e quella di Dana La Splendente. Poi, improvvisamente, si rese conto che quella notte del solstizio non aveva pensato una sola volta alla nascita di Nostro Signore e provò un amaro dolore.

Il viaggio continuò, accompagnato dall'umore allegro e spensierato del gigante, che si divertiva a ridere con Dymphna, approfittando dei momenti in cui Gerebernus si immergeva nella preghiera e nella penitenza. Dopo alcuni giorni giunsero nei pressi di Coventry, un piccolo villaggio di mercanti e artigiani la cui castellana, raccontò Eadmund, una volta aveva cavalcato nuda, protetta dallo sguardo dei passanti solo dai suoi capelli che salvavano il marito dal disonore. Lo disse ridendo, ma quando si accorse della presenza della ragazza al suo fianco, arrossì come un bambino. Dymphna pregò Gerebernus di condurli alla lo-

canda. La sua lunazione era compiuta, doveva fare il bagno e purificarsi. C'era una bella locanda in quel posto, e vicino ad essa un bagno pubblico.

Era proprio quello che ci voleva e si diressero in quella direzione. Eadmund si occupò del foraggio e di strigliare i cavalli. La sera stava calando. Gerebernus attese che gli altri avventori del bagno si ritirassero. Era rimasto inorridito dal gesto del carbonaio e non voleva più correre alcun rischio, sapendo inoltre che una principessa non può essere esposta a nessuno sguardo se non a quello delle sue damigelle. C'erano solo due donne rimaste che stavano finendo di lavarsi ma non c'era più acqua calda.

Se ne occupò lui, andando a riaccendere le braci, prese dei ceppi, riempì d'acqua il grande calderone di rame e, appena poté, portò le brocche alla padrona di casa davanti a una grande tenda. Era esausto per il viaggio e non si era preso del tempo per mangiare e, forse per questo motivo o per altri, ebbe una visione. Era come se la tenda fosse diventata trasparente.

Al di là c'era una foresta ombrosa, e una sorgente viva la cui acqua, prima di confluire in uno stagno vicino, cadeva a cascata sui ciottoli. Poi arrivò una giovane donna o dama che gli sembrava così bella che il suo cuore cominciò a battere violentemente e invano cercò di distogliere lo sguardo. Lei si spogliò, andò sotto la fontana e fece il bagno. Talvolta si copriva con i capelli, come gesto di pudore, anche se non c'era nessuno nella foresta. A volte se ne dimenticava e si mostrava così come Dio l'aveva creata.

Gerebernus non aveva mai avuto una così bella visione. Nemmeno nei suoi sogni. Pensò che fosse un segnale per comprendere qualcosa di importante, ma per quanto riflettesse non ne coglieva il significato. Nella sua mente risuonava solamente un versetto del Cantico dei Cantici:

*“Fontana che irrori i giardini,  
pozzo d'acque vive  
e ruscelli sgorganti dal Libano”.*

La notte trascorse bene. Ma il giorno successivo, giorno di mercato a Coventry, vennero a conoscenza dai mercanti gallesi dei grandi torti fatti al popolo di Gwynedd dagli Irlandesi che, invece di



saccheggiare le coste come di consueto, avanzavano sempre di più in direzione est, senza che nulla potesse fermarli. Uno dei mercanti disse, come fatto incredibile, che si trattava di uomini con la testa di cane.

Dymphna e Gerebernus conoscevano ciascuno di quei mostri per nome. La salvezza era fuggire il prima possibile. Implorarono Eadmund di lasciarli al loro destino, ma lui non volle, tantomeno in quel momento. Decisero di raggiungere la costa passando per la via più breve e di imbarcarsi per il continente con la prima nave disponibile. Purtroppo, guardando il fiume chiamato Cam, in un luogo dove ancora non era stato costruito un ponte, il più forte dei cavalli cadde e si ferì. Riuscirono a tirarlo fuori dall'acqua ma solo per scoprire che si era rotto una gamba, sotto il ginocchio e dovettero sacrificarlo.

Gli uomini si affezionano molto ai cavalli che li portano, soprattutto in queste situazioni estreme. Fu come se avessero assistito alla morte di Eadmund. Non potevano lasciare le spoglie ai malvagi che vivevano in quelle terre e decisero di costruire un tumulo. In cima al cumulo di pietre posero un trofeo di corna di cervo che il caso aveva fatto loro trovare lì. E nella commozone, come se si fosse trattato di un compagno di avventura umano, Dymphna sparse i fiori sulla tomba e recitò alcune preghiere, senza che il monaco Gerebernus si offendesse.

Tutto questo costò loro un giorno e una notte, senza contare che, quando ripartirono, avanzavano più lentamente. La strada per il mare li fece attraversare a quel punto una regione di basse colline, a cui la tradizione associa il nome di Gog e Magog, come è scritto nel libro dell'Apocalisse: *“Satanà, sciolto dalla sua prigione, andrà a sedurre le nazioni che sono ai quattro canti della terra, Gog e Magog, per adunarle per la battaglia, numerose come i granelli della sabbia del mare”*. Gerebernus, mentre camminava, si ricordò di questo passo della scrittura e di quanto segue: *“Ma fuoco scenderà dal cielo e li divorerà. Allora il diavolo sarà gettato in uno stagno di zolfo ardente”*. E ancora: *“Vidi allora un nuovo cielo, una nuova terra, e vidi la Città Santa, la nuova Gerusalemme, che scendeva dal cielo. Si era fatta bella, come*

*una giovane sposa adornata per suo marito”*. Guardò Dymphna davanti a lui, seduta sul suo cavallo. Sotto il sole, i suoi capelli le davano un'aura dorata e il suo profilo era come impreziosito da un filo d'oro. Non si vergognava dei suoi pensieri come una volta, ammesso che ne avesse mai avuti di simili. Gli sembrava piuttosto di essere un uomo e di dover vegliare su un bene prezioso. Fu in quel momento che arrivò il primo dei Cani. Era uno dei seguaci del Re Ket Mc Diarmuid, di nome Foill. Indossava l'elmo a forma di testa di cane e il suo aspetto era davvero spaventoso. Li aveva avvistati e ora stava cavalcando verso di loro a tutta velocità con il suo destriero, seguito da alcuni servitori che portavano i suoi giavellotti. Tutt'intorno le colline erano nude e pietrose, larghe e lisce come teschi. La fuga era impossibile. Quando i cavalieri del Re furono a portata di orecchio, Gerebernus si alzò disarmato e gridò:

*“Se sei tu, Foill Mc Da Loth,  
grosso Cane del corvo,  
vieni da me, se la paura non ti soffoca  
o fuggi, come ti consiglia la ragione”*.

Foill non si aspettava un tale linguaggio da guerriero da parte di un monaco, vecchio consigliere del suo re. Ma sebbene la quartina non fosse molto rassicurante, era stato sfidato e poteva soltanto replicare. Spronò il suo cavallo e lo diresse verso Gerebernus, che si era volutamente allontanato dai suoi compagni. Gli lanciò un giavellotto che lo mancò, poi un altro che lo colpì al polpaccio. Gerebernus cadde. Foill non lo uccise per rispettare la volontà del Re. Scese da cavallo per avvicinarsi. Non si accorse dell'assalto di Eadmund, che gli scagliò contro un blocco di granito sfondandogli la testa. I servitori fuggirono immediatamente. Dymphna pianse, con la fronte nascosta tra le mani, prima perchè credeva che sarebbe stata presa, poi per la morte di Foill, non perchè lo amasse, ma perchè questa violenza la inorridiva. Tuttavia ebbe la forza di correre incontro a Gerebernus, quando lo vide ferito. Furono molto fortunati quel giorno. I *King's dogs* si erano separati per trovarli con più facilità e Foill era l'unico ad essere andato così lontano, così in fretta e così verso Nord. Gli altri erano a Luton, Aylesbury, Oxford e, poichè si erano divisi, dovevano stare anch'essi at-



tenti agli sceriffi e agli uomini della guardia reale inglese e sassone. Gerebernus stava perdendo molto sangue. Dymphna sacrificò il suo velo per farne una benda e niente fu più dolce per lui. Lo misero su un mulo e avanzarono con la maggior delicatezza possibile. Percorsero così, in quattro tappe e senza essere ulteriormente disturbati, le sessantacinque miglia che separavano le colline di Gog e Magog da Colchester.

All'epoca era un porto nel mare del Nord dove si pescavano aringhe e merluzzi. La barche più grandi commerciavano anche stoffa con i Franchi di Pipino e i Frisoni di Radbod. Queste navi dovevano essere armate a causa dei pirati normanni e sassoni. Non appena si rimisero in forze, Gerebernus inviò Eadmund a cercare un passaggio per il continente. Come alloggio trovarono solo una locanda dall'aspetto misero, ma lì c'era una donna che aveva ricevuto da Dio il dono di guarire le ferite.

La donna si prese cura di Gerebernus e i suoi incantesimi, impiastri e fumigazioni fecero miracoli. Il giorno successivo il monaco camminava quasi come prima di essere ferito.

All'alba del secondo giorno il loro sonno fu disturbato da un altro attacco. I *King's dogs* si erano riuniti, li avevano rintracciati e si stavano avvicinando. Eadmund e Gerebernus organizzarono la difesa. Pensarono che quella sarebbe stata l'alba del loro ultimo giorno, ma desideravano lasciare qualcosa di questa avventura nella memoria degli uomini. Sul muro c'erano arco e frecce. Gerebernus li afferrò e Dio guidò la sua mano. Con il primo colpo, lui, il monaco, che in tutta la sua vita aveva tenuto in mano solo la penna, trafisse la gola di Fergus Mc Magac. Allora suo fratello Angus Mc Magac fu invaso dalla rabbia e volle vendicarlo. Vide che salendo sul tetto avrebbe potuto accedere a una tettoia e da lì attaccare Gerebernus alle spalle. Sali seguito da Donn, figlio di Scathnacht, che era enorme. Eadmund se ne accorse.

Quel giorno sembrava Thor in persona, poiché fracassò con il suo martello la faccia di Angus Mc Magach e Donn si salvò solo scappando rapidamente. I soldati del Re si resero conto che la difesa incontrata era assai più forte di quanto avessero potuto immaginare, dato che due dei lo-

ro migliori uomini giacevano morti, per non parlare di Foill Mc da Loth, morto al guado del Cam. La loro ira fu tale che dimenticarono gli ordini del Re e diedero fuoco alla locanda. Allora si levò un forte vento di levante e certamente si realizzò un miracolo: il fuoco abbracciò la casa, tanto che ben presto rimasero solo rovine fumanti, ma portò le fiamme nella direzione degli incendiari, in modo tale da impedire loro di avvicinarsi, cosicché gli occupanti della casa ebbero tutto il tempo di fuggire.

Gerebernus, che zoppicava, e Eadmund che portava Dymphna tra le sue possenti braccia, corsero allora in direzione del porto senza esitare e salparono. I *King's dogs* li videro partire ma le frecce scagliate furono vane. Le loro grida rabbiose accompagnarono a lungo i fuggiaschi, come degli abbaì. La barca a vela, una nave ben costruita, ben attrezzata e dall'ottima tenuta in mare, si chiamava "Le tre gru". Sulla prua, tre uccelli scolpiti nel legno spiegavano le ali. Dymphna lo fece notare ai suoi compagni, aggiungendo che Eadmund aveva scelto bene: erano davvero come tre gru che attraversavano il mare, e Gerebernus, pensieroso, annuì.

Sulla direzione da prendere si era affidato a Dio. Ma qualcosa lo attirava a Sud-Est. Fu per lui come un pellegrinaggio, come un ritorno in una terra natia, da tempo abbandonata e dimenticata, incompresa, ma la cui vicinanza e il cui profumo parlavano sempre al suo cuore. Il mare era in tempesta. Trovarono rifugio nell'estuario della Schelda e lo risalirono.

Così passarono per la grande città di Saeftinghe, che commerciava con il Nord e il Sud, con i Wends e con i Chudes nell'estremo oriente, come con gli Svevi e i Goti di Spagna. Fu questa stessa città ad essere poi inghiottita dall'alta marea, che aprì una lunga ferita nella costa del mare del Nord, che era lo Zwin. A quel tempo non vi era città più prospera in tutto il Nord Europa. Si diceva che superasse la città reale di Londra in quanto a prosperità e ricchezza.

Si fermarono per un po' a monte della città, nel cuore di quello che poi divenne la Terra Annegata<sup>10</sup>, pensando che per un po' lì sarebbero stati al sicuro e che qualora non lo fossero stati, i rumori



della città li avrebbero allertati per tempo. Eadmund abbattè dei giovani alberi, lui e Gerebernus li raccolsero in modo che la loro capanna potesse degnamente accogliere la principessa. Dymphna raccolse i giunchi per coprirli. Vi abitarono pacificamente fino all'avvicinarsi della primavera.

Gerebernus andava spesso a Saeftinghe e chiedeva notizie dal mondo. In pochi giorni riuscì a imparare bene la lingua come la gente del paese, al loro pari e così seppe che era venuto alla luce in questo posto. Era così, anche se la sua casa natale si trovava più lontano, nell'entroterra, nel paese dei Taxandres, che sono Franchi di alto lignaggio. Si dice, a questo proposito, che il suo nome, come la tradizione ci ha tramandato, sia stato travisato, che in realtà non si chiamasse Gerebernus ma Gernebeer: "Colui che si trasforma volontariamente in orso". Il nome è bellissimo: si riferisce alle credenze dell'antica legge dei Germani, quando i guerrieri, nel cuore della mischia, erano talvolta posseduti dallo spirito di un dio, e diventavano forti e feroci come belve. Ma questo nome non si addiceva a un monaco, che per di più divenne un santo canonizzato.

Dunque venne mantenuto il nome Gerebernus.

Fu al mercato di Saeftinghe che venne a conoscenza di una spedizione partita dall'Irlanda: dieci navi, si diceva, con a bordo cinquanta guerrieri con la testa di cane, perlustravano le coste dalla baia di Somme a quella di Rotterdam e si dirigevano a nord trasportando un immenso bottino.

Non c'erano dubbi: bisognava fuggire di nuovo dalla loro casa, solida e accogliente, e dai morbidi canneti, proprio nel momento in cui la primavera faceva sbocciare i fiori come gli iris gialli, le ninfee e le regine dei prati. Avevano rimandato in Gran Bretagna la nave che li aveva portati per mare, ma riuscirono a procurarsi una barca a fondo piatto, perfetta per la navigazione di fiumi e stagni.

Risalendo il fiume, con la speranza che nutriveva Gerebernus di raggiungere il paese dei Taxandres e di trovarvi degli alleati, arrivarono fin dove il fiume si restringe e quello che era un golfo marino diviene un fiume ordinario, facilmente navigabile. Molti mercanti approfittavano di questo corso d'acqua per trasportare i loro carichi nell'entroterra.

Ma la leggenda dice che in quel posto vi abitasse un gigante, che vietava il passaggio a chi non gli donava una persona. Si dice che fosse un orco grande quanto una robusta quercia, e che avesse la forza di venti tori selvatici. La leggenda diceva il vero. Druon il Vecchio, questo era il nome dell'orco, fermò i viaggiatori e chiese loro, come prezzo per il loro passaggio, di sacrificare Dymphna. Assicurò che non l'avrebbe mangiata, perché era troppo bella. Inoltre, non aveva neanche fame in quel momento, essendosi saziato il giorno prima con il passaggio delle navi dei frisoni. Avrebbe preferito fare di lei la sua compagna e la sua schiava, finché non avesse partorito un bel piccolo gigante della sua razza. Gerebernus e Eadmund si prepararono a combattere la battaglia della loro vita, più disperati che mai. Si diceva che quello sarebbe stato il giorno di Eadmund. La forza era stata sempre presente in lui. La rabbia che lo investì riscaldò il suo corpo fino a farlo sembrare una brace ardente, una lama incandescente.

Corse così veloce che Druon non lo vide e nemmeno Gerebernus riusciva a stargli dietro. Così lo lasciò fare, tenendosi in disparte, per paura di recargli danno senza volerlo. Eadmund combatté con un'ascia. Salì sulla spalla sinistra del gigante, mirando al collo e sferrò colpi terribili. Ma il gigante, ferito, si scosse così violentemente che Eadmund cadde, e il boato risuonò sotto la boscaglia come un tuono.

Gerebernus colse l'occasione per scoccare una freccia contro il gigante. Riuscì a cavargli un occhio. Druon ululò e le sue grida seminarono terrore su Saeftinghe e i paesi circostanti. Tuttavia vedeva ancora abbastanza bene con l'altro occhio per riuscire ad afferrare Gerebernus per un piede. Voleva schiacciarlo ma gli sfuggì di mano e cadde nella Schelda. Questa tregua diede a Eadmund il tempo di riprendersi e prepararsi per l'assalto. La sua ascia colpì il polso di Druon, inchiodandolo contro una quercia, recidendo l'arteria.

Il gigante fu sconfitto ma ebbe il tempo di prendere Eadmund con l'altra mano e schiacciarlo al petto, tanto da spezzargli il cuore. Fu così che morì Eadmund, figlio di Offa, che in vita fu un carbonaio nella foresta di Sherwood e la cui

morte fece di lui un eroe e un patriarca. Si dice che, negli ultimi istanti di vita, il gigante lo chiamò Brabone: nella sua lingua, senza dubbio un'antica lingua celtica, questa parola significava grande uomo, eroe.

La gente lo ricorda ancora. Gli hanno attribuito il nome di Silvius, che significa, in lingua romana, uomo dei boschi. Alcuni dicono addirittura che Eadmund sia sopravvissuto e che sia il primo della stirpe dei principi di Brabante, ma di questa storia non si conosce altro.

Gerebernus terminò il lavoro: tagliò il polso del gigante come se fosse un tronco d'albero, si caricò l'enorme mano sulle spalle e si recò al molo dove erano attraccate le navi. Giunto lì, lo lanciò ai pesci, in ricordo dell'impresa che aveva reso il fiume libero.

Dopodichè, in lutto, lui e Dymphna continuarono soli per la loro strada. La risalita del fiume li condusse verso sud, e il flusso d'acqua si fece più forte, tra sponde più strette ma sempre fiorite di tutti i fiori d'acqua. Procedettero lentamente, dormendo la notte sulla barca stessa, sotto la protezione di salici e ontani.

Alla foce del Rupel, Gerebernus lasciò la Schelda e risalì il fiume in direzione del suo paese. Allo stesso modo, poco più a est, scelse di risalire il Nethe. Non sapeva perchè stesse andando da una parte piuttosto che dall'altra. Qualcosa lo guidava e sappiamo che era la volontà di Dio, perchè tutto ciò che di buono accade sulla nostra terra è secondo la sua volontà. Alcuni atti malvagi, nondimeno, provengono dal Nemico, che verrà sconfitto alla fine dei tempi.

Viaggiando così, da solo con Dymphna, accadde che la loro vecchia amicizia si rinforzasse e si trasformasse. Dymphna aveva sempre visto Gerebernus come un monaco, vecchio, magro e raggrinzito. Ma era la vita che conduceva che lo rendeva tale. Con sorpresa lo vide raddrizzarsi, scoprì in lui una forza e un'indole che non avrebbe mai immaginato. Si accorse che aveva un viso bellissimo e, che sotto il cappuccio monacale si nascondevano dei bei capelli biondi. Infine ammirò il coraggio che aveva mostrato, che si aggiungeva alla sua gentilezza. Va detto che Gerebernus aveva iniziato a ringiovanire da

quando il loro cavallo era stato sacrificato sulle rive del Cam e avevano piantato le corna di un cervo sul suo tumulo.

Gerebernus se ne rese conto sempre di più: la loro avventura era un rito, che proseguiva. Gli antichi sacrificavano un cervo, poco dopo la festività di Inbolc, che ricorda la purificazione di Dana. Preparavano così il ritorno alla primavera e la trasformazione del Dio dalle corna di cervo, che regna sulla terra dei morti, in un Dio giovane e splendente che diffonde vegetazione e prosperità sulla terra degli uomini.

Allo stesso modo il nome della loro barca nella traversata del mare ricordava la trasformazione in tre gru di Dana e delle sue compagne. E la recentissima morte di Eadmund, pensò con ritrovato dolore, non era simile a quella del Toro di Aengus Mc Og<sup>11</sup>? Interruppe le sue riflessioni, poiché lo avrebbero portato a predire il futuro, ciò che lui non voleva.

Sulle verdi e morbide sponde del Nethe costruirono il loro rifugio in un luogo il cui nome ricordava il paese da dove provenivano, l'isola verde di Gaeli. Era una capanna molto più piccola di quella di Saeftinghe. Non avevano più con loro la forza e la carica di Eadmund per costruirla. Ma era comunque bella, sempre in fiore, piena di fieno dal buon profumo, ed era adatta a loro due.

E fu lì, finalmente, che Dymphna si donò a lui. Si sciolse i capelli, fece cadere la tunica e rimase davanti a lui come Dio l'aveva fatta, nella sua scintillante nudità. Gli baciò le labbra e, uno ad uno, lo liberò da tutti i suoi tormenti, come se fossero strati di vestiti accumulati, di cui aveva dimenticato il peso, per abitudine o per rassegnazione. Poi aprì la porta delle sue cosce e si concesse con l'ardore e il coraggio delle donne. La morbidezza delle sue mani, il profumo dei suoi capelli e il frutto succulento della sua bocca furono totalmente donati a Gerebernus. La notte li avvolse proteggendo la dolce lotta di queste due anime che da tanto tempo si stavano cercando e da quel momento si incontrarono per rinascere insieme.

Nella mente di Gerebernus, rieccheggiavano le parole di Salomone: *"Come sei bella, amata mia, come sei bella! Le tue chiome sono come un gregge di capre che scendono dal monte Galaad.*



*I tuoi seni, due cerbiatti gemelli di gazzella che pascolano fra i gigli*". E lei: *"Come sei bello amore mio, come sei delizioso! Il nostro letto è solo vegetazione"* dicendo la verità, poiché dormivano nel fieno.

E lui: *"Come il giglio tra i cardi, così è la mia amata tra le giovani donne"*. C'erano, in effetti, alcuni cardi nelle vicinanze. *"Tu mi hai rapito il cuore, sorella mia, mi hai rapito il cuore con un solo tuo sguardo. Il tuo amore è delizioso, più del vino!"*. E lei: *"Il suo braccio sinistro è sotto la mia testa, e il suo destro mi abbraccia e il suo vestito su di me, è l'amore!"*.

Stava sorgendo l'alba. Giacevano ancora addormentati, amorevolmente intrecciati, quando tre navi attraccarono. Fu lo stesso re Ket Mc Diarmuid ad aprire la porta della casa, a vederli e ad urlare la sua rabbia. Gerebernus aveva imparato a combattere. Si alzò in piedi, strappò la spada a uno degli uomini e sfidò il re. Era nudo come un guerriero dei tempi antichi. Sfidò il re a duello. Urlò:

*"Alzati o cane da combattimento di Dinn Rig  
È tempo di avere coraggio"*

*Attenzione, attenzione alla spada di Bodb  
la vergogna rossa ricada su di te, se ti sottrai!"*.

Il Re rabbrivì perché non se lo aspettava, e, quell'uomo nudo vigoroso come un toro gli sembrava un Dio, un campione invincibile. Tuttavia accettò la sfida: non poteva sottrarsi davanti ai suoi uomini. Quel giorno, certamente, Gerebernus, intriso della sua nuova forza e del suo amore trionfante, avrebbe dominato il vecchio guerriero di Dinn Rig. Ma il Re era un traditore, come spesso lo sono i re, perché non possono rischiare il loro potere contro uomini inferiori. Mentre era a terra, uno dei suoi uomini abbatté Gerebernus con una freccia nella schiena.

Il prosieguo del racconto è ancor più triste, ma non vi è scritto da nessuna parte che i racconti debbano essere allegri o avere un lieto fine. Il Re concluse orrendamente ciò che aveva iniziato così male. Dimenticò i suoi progetti riguardo alla figlia poiché l'aveva vista tra le braccia di un altro uomo, ma non dimenticò la sua rabbia e la decapitò con le sue stesse mani. Sappiamo che la principessa e, ancora prima di lei Gerebernus, andarono incontro al loro destino senza nessun rim-

pianto, poiché avevano ricevuto dalla vita il meglio che potesse offrire.

La leggenda narra che un folle della stirpe dei Texandre, trovandosi lì per caso, riacquistò la ragione dopo aver assistito al martirio di Dymphna. Questo fu il primo miracolo, ma ne avvennero molti altri che tutt'oggi continuano a verificarsi. A Geel, sopra le tombe di quella che viene chiamata Santa Dymphna e di quello che fu poi trasformato in suo confessore e santificato come San Gerebernus, oggi vi è una chiesa. Da ogni parte del mondo le persone con disagio psichico, gli epilettici, gli indemoniati, le persone che soffrono di demenza e ritardo mentale si radunano in questo luogo in pellegrinaggio e molti, si dice, tornano a casa guariti.

Quelli che non guariscono sulle rive del Grande Nethe, alloggiano presso gli abitanti del posto. Se volete, e se vi è concesso, potete passare da quel luogo per nove volte, durante nove giorni, presso l'ossario della Santa, racchiuso in un sepolcro di pietra. E sopra l'altare maggiore, vedrete la grande pala dell'altare in legno dorato, che racconta questa leggenda.

Ma, che ne fu del Re? Fece ciò che aveva giurato di fare: scuoiò il suo vecchio consigliere e con la pelle ne fece una pergamena e poi un libro, in memoria del suo regno e della sua dinastia. Ma questi delitti non gli portarono fortuna: dovette affrontare, poco dopo, il re suo vicino, Connacht, che lo sconfisse, lo uccise e si impadronì del suo regno. Si dice, che nei tempi a venire il Libro Nero dei re di Leinster sia stato completamente distrutto, poiché conteneva eresie e orrori oscuri. Le sacre scritture furono riscritte su questo palinsesto debitamente benedetto, e divenne il libro di Kells, oggi conservato nella biblioteca del *Trinity College* di Dublino.

Così termina la vera storia di Gerebernus, noto come pelle d'asino, e della principessa Díumphneách. Generalmente si conclude con queste parole, in lingua irlandese:

***Is ferr fer a chiniud.***

Che significano: un uomo vale più della sua stessa origine.