



**UNA PAZZA IDEA...**

**... affidare**

Pazza idea stare qui con lui  
Folle, folle, folle idea di averti qui  
Pazza idea, io che sorrido a lui

**Un nuovo progetto per la salute mentale**

**AFFIDO**



**FAMILIARE**

### **Percorso in-formativo sull'affido familiare**

**Le relazioni sociali** sono il fondamento dell'identità di ogni persona. Da esse traggono origine la struttura della mente, la capacità di dare senso agli accadimenti affettivi ed emotivi, la costruzione del mondo e degli oggetti che condividiamo pienamente; esse sono l'ambiente in cui sperimentare la propria vita, esprimere costruttivamente sé stessi. Ogni persona, ogni soggetto sociale, appartiene a pieno titolo, secondo le sue caratteristiche individuali, alla comunità di cui è parte integrante. La civiltà di una società si misura con la sua capacità di arricchirsi sempre di più traendo beneficio dall'incontro di soggetti che si esprimono secondo stili diversi, in un continuo incremento dello scambio sociale tra irriducibili diversità individuali. A partire da queste considerazioni l'area della salute mentale ha favorito nuovi interventi per la prevenzione e la cura del disagio psichico. Essi valorizzano azioni de-centrate rispetto ad una clinica

istituzionalizzata e si fondano sul rispetto tenace della globalità della persona, dei suoi legami affettivi-relazionali con la comunità d'appartenenza come strumenti di guarigione. Seguendo questo filone di pensiero e facendo riferimento all'esperienza diretta e alle ricerche sul campo, come operatori della salute mentale evidenziamo l'importanza di coniugare gli interventi dei Servizi con azioni che coinvolgono direttamente la cittadinanza.

**E' necessario**, con coraggio e tenacia, rinforzare il superamento di modalità di gestione del disagio eccessivamente contenitive, irrispettose della persona, inefficaci in sé stesse e che non si avvalgono della salute offerta dall'appartenere ad un contesto sociale reale. I nuovi interventi coinvolgono direttamente la cittadinanza, pensata come risorsa del proprio benessere.

**Soffermiamoci** un attimo sul termine affido. Nel significato comune il termine indica l'inserimento di un individuo in un nucleo familiare estraneo con riproduzione di legami e relazioni simili a quelle che intercorrono in una famiglia. Ciò nonostante con questo termine si intende l'instaurazione di una relazione fiduciaria nella quale uno consegna ad un'altra persona un bene o un individuo perché se ne prende cura e lo custodisca per un più o meno limitato periodo di tempo. Per esempio, in ambito giuridico si intende l'inserimento di un minore in un nucleo familiare. L'ambiguità della definizione potrebbe evocare il vecchio concetto di custodia con tutto ciò che comporta: un rapporto di subordinazione tra gli affidatari e l'affidato, ponendo quest'ultimo in una posizione di inferiorità, trasformato da soggetto libero ad oggetto da proteggere. Il termine affido pur evocando l'accezione negativa porta con sé l'accezione positiva di accudimento materno.

Al di là di ogni dubbio circa il termine affido è importante sottolineare che la persona candidata all'inserimento ricopre **un ruolo attivo** scegliendo il suo percorso di cura, è protagonista, è attore principale in un gioco di negoziazione, è soggetto alla pari fra le varie altre figure coinvolte nel progetto. Il percorso di affido quindi va considerato alla stessa stregua di ogni altro percorso di cura sin dal momento di ingresso del cittadino nel DSM.

L'inserimento ha lo scopo di fornire alla persona con disabilità psichiatrica un

contesto relazionale affettivo idoneo a promuovere il suo benessere psico-fisico nel caso la famiglia di origine ed i parenti si trovino nell'impossibilità e/o difficoltà di provvedervi o nel caso di loro assenza.

## **PROGETTO I.E.S.A**

**Su** questa linea il Dipartimento di Salute Mentale della nostra Azienda Sanitaria ha attivato un nuovo progetto rivolto alla salute mentale: l'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (I.E.S.A.) che realizza percorsi terapeutico riabilitativi con una modalità alternativa rispetto agli interventi più tradizionali. Al di là delle dinamiche proprie di ogni singola famiglia, della sua capacità di promuovere benessere ed interagire con le proprie tappe evolutive ed i cambiamenti della vita, l'insorgenza ed il perdurare di un disagio psichico grave si configura essenzialmente come frammentazione delle funzioni di senso e di identità, evento stressante che, per la sua portata, induce la famiglia a reazioni più disfunzionali che adattive. Questo nuovo progetto, consente di alleggerire reciprocamente i soggetti coinvolti nel disagio ed avviarli ad un recupero del proprio *ben-essere*, garantendo allo stesso tempo il valore curativo delle relazioni umane.

In attuazione dei programmi di sviluppo dell'Avviso pubblico: *Ricerca di Soggetti per la cogestione dei Budgets di Cura - Progetti terapeutico Riabilitativi Individuali - Determina n. 2006 del 24/9/2002, Art. 2 : Destinatari dell'avviso; allegato N.4: Linee Guida per l'orientamento strategico degli strumenti di programmazione socio-sanitaria*, è stato predisposto, in particolare come supporto alle famiglie con grave carico psichiatrico, un progetto sperimentale di inserimento eterofamiliare supportato di adulti.

**Per Inserimento Etero Familiare Supportato di Adulti**, nello specifico dell'area della salute mentale, si intende una modalità alternativa a percorsi terapeutici riabilitativi in contesti istituzionali e complementare ad altre soluzioni extra-istituzionali rivolta a soggetti in carico al Dipartimento di Salute Mentale

(D.S.M.). Attraverso di esso le persone con disagio psichiatrico beneficiano dell'inserimento temporaneo nel tessuto sociale di famiglie diverse da quelle d'origine. Tale esperienza realizza nuove esperienze, stimola apprendimenti affettivi e relazionali inconsueti che hanno una funzione curativa.

## **PER CHI È IL PROGETTO**

**I** soggetti che possono beneficiare del progetto I.E.S.A. sono persone non in grado di vivere nella loro famiglia d'origine a causa delle relazioni molto problematiche ma nemmeno in situazioni che richiedono elevata autonomia. Il loro inserimento a tempo determinato in una famiglia diversa da quella d'origine, si realizza tramite un progetto individuale redatto, insieme all'interessato, dall'équipe della Unità Operativa di Salute Mentale di riferimento in sinergia con l'équipe I.E.S.A., che è composta da due psichiatri, uno psicologo, quattro assistenti sociali ed un terapeuta della riabilitazione. Tale progetto è parte integrante di una progettualità più ampia di presa in carico. L'interessato continua ad essere in carico alla UOSM così come la famiglia d'origine continua a venire supportata per risolvere il proprio malessere. Le famiglie ospitanti vengono selezionate appositamente ed in seguito formate tenendo conto dello specifico dell'esperienza che porteranno avanti. Nel corso dell'"affidamento" vengono accuratamente seguite e supportate dall'équipe I.E.S.A. Inoltre, **ricevono dall'ASL CE/2 una somma congrua di denaro** che varia in rapporto al tempo dell'inserimento e che tiene conto dell'investimento relazionale della famiglia.

**La durata dell'affido** può essere a tempo indeterminato e dipendente dalla volontà di entrambe le parti: la famiglia ed il paziente.

In base alla durata media dell'inserimento possiamo individuare tre categorie:

- *A breve termine* da alcuni giorni a uno o due mesi. Per esempio legato a momenti di crisi del paziente o del sistema in cui vive.
- *A medio termine* che va da alcuni mesi ad un paio di anni.
- *A lungo termine* oltre i due anni destinate a persone anziane e non autosufficienti.

### **Caratteristiche delle famiglie ospitanti:**

- Avere una forte e costante motivazione psicologica
- Offrire una vita familiare serena
- Offrire una buona integrazione in ambito sociale
- Accogliere l'ospite in un'abitazione idonea

### **Impegni per le famiglie ospitanti:**

- Curare, mantenere l'ospite
- Facilitarlo nella socializzazione
- Favorire la relazione con la famiglia di origine
- Collaborare con l'equipe medica di riferimento

### **Caratteristiche delle persone da adottare:**

- Utenti in carico al DSM
- Sono persone prive di nuclei familiari idonei ad aiutarli
- Hanno sufficiente autonomia per le funzioni elementari
- Non soffrono di scompensi psicopatologici acuti
- Non presentano scompensi organici gravi

### **Gli impegni della ASL:**

- Fornire un costante sostegno alle famiglie e agli ospiti
- Erogare un contributo mensil
- Garantire la copertura assicurativa per eventuali danni a cose o persone da parte dell'ospite.

## UN PO' DI STORIA

**Attualmente** la pratica dell'inserimento eterofamiliare viene condotta con successo in molti paesi europei ed extraeuropei quali Stati Uniti, Canada., Francia e Giappone. Ci sono inoltre già alcune esperienze italiane e va sottolineato che già la precedente normativa sugli ospedali psichiatrici prevedeva l'inserimento eterofamiliare per pazienti psichiatrici, pur con modalità ed obiettivi che rispecchiavano le conoscenze dell'epoca.

Ma l'inserimento eterofamiliare per alcuni pazienti psichiatrici, ha una storia ben più vecchia. Per esempio nel 1814 Napoleone Bonaparte, giunto a Bruxelles, ordinò che l'ospedale degli alienati della città (il manicomio) venisse svuotato per far posto ai soldati feriti. In tre giorni l'ospedale venne evacuato. Di fronte al timore di vedere turbe di folli vagare per la città qualcuno pensò di mandarli a Gheel, un paesino sconosciuto a Napoleone, ma i cui abitanti praticavano l'inserimento eterofamiliare di "malati di mente" sin dal XIII secolo e che furono in grado di accogliere efficacemente trecento persone evacuate.

Ma anche un poeta illustre quale Holderlin, dal 1807 al 1843, beneficiò dell'accoglienza presso la casa di un suo estimatore. Il falegname Zimmer lo portò a vivere con sé e la propria famiglia, strappandolo dal vicino manicomio di Tubingen e da una prognosi nefasta. Per rendere più vivo l'ambiente subaffittò altre camere a studenti universitari, rendendo la casa ancora più movimentata ed allegra, considerando che vi era anche la bottega del falegname. Holderlin morì dopo ben 36 anni di convivenza con la famiglia del falegname; in tutti quegli anni continuò la sua opera artistica. Sin da quegli anni l'inserimento eterofamiliare si dimostrò una pratica efficace, pur risentendo delle conoscenze, della cultura e dell'organizzazione della psichiatria del tempo.

Sulla scia delle pionieristiche esperienze del villaggio belga di Gheel, i cui

*"abitanti si occupano fin dagli antichi tempi della cura domestica dei pazzi per una ragione di origine religiosa" - culto di Santa Dymphna -, e di altri paesi, come la Scozia e la Germania, Kraepelin individua nel "trattamento familiare" un ottimo supporto alla terapia del demente precoce. Spiega Kraepelin: "Tale cura familiare [da realizzarsi affidando i malati ad apposite famiglie, su compenso economico e sotto controllo medico al domicilio] serve da una parte di passaggio per una completa libertà e per abituare i malati ad un lavoro quotidiano regolato e per dar loro di cercare guadagno. Oppure essa rappresenta una forma originale per la permanente cura dei malati di mente".*

Già nel 1904 la legge nazionale sui manicomi e sugli alienati autorizzava la cura di un alienato all'esterno di un ospedale psichiatrico, in una casa privata. Il successivo regio decreto risalente al 1909 regolamentò in modo più specifico l'inserimento eterofamiliare di pazienti psichiatrici. Negli anni poi sono stati utilizzati termini diversi per esprimere lo stesso concetto: patronato eterofamiliare, custodia domestica, colonia familiare, cura in casa privata, trattamento, assistenza o ricovero familiare.

Dall'epoca dei pionieristici inserimenti attuati da egregi e lungimiranti direttori di alcuni O.P. (Reggio Emilia, Imola, Ancona, Firenze e Lucca) ai giorni nostri si è andati avanti in maniera altalenante al pari dei movimenti culturali e sociali che hanno caratterizzato quest'ultimo secolo.

Nel '78 con la chiusura degli ex O.P. nasce l'esigenza di superare l'istituzione manicomiale riscoprendo la pratica dell'affido che diventa così una soluzione in più per il recupero delle persone a lungo istituzionalizzate. In Italia la pratica dell'affido familiare è utilizzata nell'ambito del contesto lavorativo psichiatrico in minima parte, come risulta da una lodevole ricerca del gruppo IES della regione Piemonte del 1999 che metteva in evidenza che le ASL che avevano in attività un servizio di affido eterofamiliare nel proprio territorio erano soltanto 13 con 62 pazienti inseriti.

Neanche i relatori del Progetto Obiettivo Nazionale si sono premurati di occuparsene nella stesura sia del primo che del secondo progetto. L'istituto degli affidi è soltanto marginalmente intuito quando si parla della famiglia.

Attualmente nell'ambito della devolution della sanità nazionale alcune regioni

(Piemonte, Toscana) hanno legiferato in materia di affidamento in modo autonomo. Nel mese di luglio del 2003, con una delibera della giunta regionale su "La tutela della salute mentale: linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi", la regione Toscana, che storicamente si è interessata di inserimenti familiari, ha riservato uno spazio alla sperimentazione di progetti innovativi relativi agli affidamenti eterofamiliari.

Paradossalmente negli altri paesi, dove gli ospedali psichiatrici sono ancora una realtà, da molti anni l'affidamento familiare è presente e sperimentato con successo

## COME CONTATTARCI

Chiunque fosse interessato a saperne di più può far riferimento ai seguenti recapiti telefonici:



**Dr. Gaetano De Mattia**  
**0823/795018**

**Dr. Giuseppe Ortano**  
**081/5001280**

**Dr. Arturo Letizia**  
**081/5001280**

**Ass.Sociale Anna Iavazzo**  
**081/5020987**

**Ass. Sociale Antonio Verrengia**  
**081/5001243**

**Dr. Maria Rosaria Petito**  
**0823/620333**

**Ass.Sociale Anna Ciasullo**  
**0823/795018**

**T.d.R. Gabriele Bonavolontà**  
**081/5001280**

e-mail:

[dip.salutementale@aslcaserta2.it](mailto:dip.salutementale@aslcaserta2.it)