

# Cooperative e case famiglia nel materano. La storia

## Autore

Giuseppe Salluce

Responsabile di Legacoopsociali in Basilicata

---

## Riassunto

Il lavoro ripercorre la storia delle cooperative e case famiglia nel materano, dove attraverso una difficile ma ricca fase di conflitti e confronti, si sviluppa la cultura e la consapevolezza dei percorsi di salute mentale territoriale. Emerge chiaramente l'importanza di costruire alleanze, reti e confronti culturali con altre esperienze italiane e la necessità di definire percorsi residenziali e di abitare supportato, finalizzati all'inclusione ed integrazione nel contesto comunitario.

## Abstract

The paper looks back at the history of cooperatives and residential facilities in Matera, where through a difficult but rich conflict and confrontation phase, the culture and awareness of the community mental health pathways developed. It is evident the importance to build alliances, networks and cultural comparisons with other Italian experiences and the need to define programs of residential facilities and supported housing, aimed at inclusion and integration in the community context.

---

## 1. Deistituzionalizzazione e deospedalizzazione

Il manicomio privato "Don Uva" di Potenza, con annesso Istituto Ortofrenico, era attivo dal 1960. Nel periodo 76/78 il numero delle persone ricoverate superava le 1.200 unità. Di queste, 353 provenivano dalla provincia di Matera di cui 246 erano ricoverate in manicomio e 97 nell'ortofrenico. Relativamente al materano, la deistituzionalizzazione e deospedalizzazione realizzata in questi anni e cioè fino alla fine del 1979, produsse un dimezzamento dei ricoverati che scesero a 128 unità nel manicomio e 58 nell'ortofrenico. La provincia di Potenza non fu minimamente scalfita da questo processo che sarà riaperto venti anni dopo grazie alla riforma Bindi e alle conseguenti direttive regionali che consentiranno la riconversione del Don Uva in RSA e l'attivazione di numerose residenze psichiatriche anche nel potentino per inserire i così detti dimissibili.

## 2. Fattori determinanti

Per l'avvio della controversa riforma psichiatrica nella provincia di Matera furono determinanti le scelte politiche dell'Amministrazione Provinciale, il ruolo del "gruppo storico" degli operatori del CIM, i gruppi, più o meno organizzati, di giovani disoccupati che si costituiscono in cooperative.

L'Amministrazione Provinciale, permeata dal vasto clima di Riforma legato in particolare alla legge 180/77 e alla 833/78, attivò in breve tempo, servizi territoriali innovativi come l'assistenza domiciliare agli anziani, il sostegno scolastico per i portatori di handicaps e, soprattutto, realizzò un consistente rientro a casa di cittadini rinchiusi in manicomio.

Gli operatori del CIM che rappresentavano un gruppo ideologicamente legato ai principi della Legge 180, si mossero, anche qui, operativamente sulle linee portate avanti dal movimento nazionale di Psichiatria Democratica ovvero di lotta al Manicomio.

I Gruppi di giovani disoccupati in diversi comuni, sia pure con differenti idealità, si organizzarono, anche grazie alla Legge 285/78 (legge sull'occupazione giovanile), in cooperative di produzione lavoro (mancava il settore sociale) per gestire i servizi che l'Amministrazione Provinciale si accingeva ad avviare essendo, per l'Ente Pubblico, impraticabile la strada della gestione diretta con proprio personale. La scelta, quindi, di affidare a cooperative di giovani disoccupati la gestione dei servizi era pertanto, una possibile via d'uscita, quantunque molto rischiosa per la peculiarità di un campo che nessuno conosceva. In realtà l'alta motivazione e la diffusa incoscienza degli operatori delle cooperative risulterà determinante nell'affermazione di risposte di civiltà nella difficile vicenda psichiatrica della Basilicata.

### 3. La nascita della Casa Famiglia di Matera

Per i dimessi dal manicomio ai quali, per svariati motivi, non fu possibile un rientro in famiglia, fu pensata la Casa Famiglia, concepita come contesto "intermedio" aperto cioè a soluzioni abitative via via più indipendenti. I gruppi famiglia si costituivano durante soggiorni finalizzati. Con il soggiorno di Metaponto, nell'estate del '78, ai giovani della cooperativa Progetto Popolare di Montescaglioso furono affidati 12 persone, sei maschi e sei femmine, tutte lungodegenti con periodi di internamento che andavano dai 10 ai 30 anni.

Gli operatori, alla loro prima esperienza, rimasero sconvolti da questo incontro, con "la diversità", che portava con sé i segni della sofferenza, della espropriazione e della povertà. Questo gruppo arrivò a Matera praticamente il giorno della festa della Bruna, patrona di Matera, in uno scenario surreale, dove la miseria si diluiva nel furore della festa, di una festa che ha il suo momento più esaltante nell'assalto e nella distruzione del carro trionfale.

L'alloggio provvisorio era stato ricavato da alcuni vani-deposito a piano terra della sede amministrativa della Provincia: il primo Luglio 1978, nasceva così, la Casa Famiglia di Matera.

La piccola comunità fu, ben presto, accettata nel quartiere e dagli impiegati del palazzo. Qualche frizione fu generata dal maresciallo dei Carabinieri, la cui caserma era a noi adiacente, preoccupato per le sorti della moglie incinta.

Fu subito introdotto il principio di una gestione democratica della casa a partire dal "cosa mangiare" nella settimana, si passò all'uso di posate di metallo e bicchieri di vetro che destarono l'inattesa meraviglia di tutti; furono privilegiati i momenti di incontro per dividerne le decisioni, fu eletto un capo famiglia. Nello stesso tempo si sollecitava l'ospite alla cura personale e si realizzava, per ognuno un guardaroba. Con la fruizione dei sussidi e delle pensioni si cominciò a lavorare sulla riappropriazione e uso dei soldi. Ben presto un ospite lasciò la Casa Famiglia per essere accolto in casa. E', questo, uno dei pochi esempi di dimissione e reinserimento, frutto di un progetto condiviso e portato avanti con gli operatori del CIM.

Dai primi anni '80, per una serie di ragioni, progetti di questo tipo risulteranno impraticabili: le Case Famiglia diventano infatti "luoghi stabili di vita".

### 4. La nascita delle altre Case Famiglia

Nello stesso anno, con le stesse modalità, si avviava la casa Famiglia di Tinchi ugualmente affidata ad una cooperativa (Nuova Vita).

Il soggiorno di Tre Cancelli, nei pressi di Tricarico, città natale di Rocco Scotellaro verso la metà del 1979 avrebbe dato vita ad altri gruppi-famiglia man mano che arrivavano dal Don Uva nuovi dimessi. In questo periodo furono costituiti ben cinque gruppi, tutti in procinto di trasferirsi nei paesi destinati ad accogliere le

Case Famiglia insieme alle relative cooperative che già operavano nel soggiorno e cioè Vita Alternativa per Miglionico, Caris per Pomarico, Dimensione Uomo per Tricarico, Collettivo Colobrarese per Colobrarò, Vita Nuova per Montalbano.

Tre Cancelli era diventato oltre che luogo di accoglienza, una grande palestra per tutti gli operatori: incontri, discussioni infinite, mille perchè che si perdevano nel cosmo della relatività di una nuova psichiatria. Dal soggiorno, soltanto il gruppo famiglia di Colobrarò andò via in tempi ragionevolmente brevi per la disponibilità di locali abitativi. L'incapacità e l'inerzia di reperire abitazioni da parte dell'Amministrazione fece sì che per gli altri il soggiorno di pochi giorni rischiava di diventare la residenza definitiva. Questo luogo, sia pure inserito in un ambiente naturale molto bello, non poteva in nessun modo rispondere ai bisogni di una Casa Famiglia essendo isolato da ogni contesto sociale oltre che poco accessibile. Questo limite, con il trascorrere dei mesi, produsse sentimenti di frustrazione negli operatori che, tra l'altro, erano indotti a turni di lavoro di 15 giorni consecutivi in ragione della distanza da casa e della difficile viabilità nei periodi invernali.

Soltanto nell'estate del 1980 il gruppo famiglia di Tricarico poté lasciare Tre Cancelli. Per Miglionico e Montalbano passerà ancora un anno prima di lasciare Tre Cancelli mentre Pomarico sogghiornerà ancora un ulteriore anno. Queste sette Case Famiglia nella provincia di Matera consentirono la dimissione di 82 pazienti dal manicomio.

## 5. Precarietà senza fine

Le difficoltà iniziali, in una certa misura erano state messe in conto. In pochi anni, però, i presupposti di evoluzione, le aspettative di miglioramento perdono di consistenza. Progressivamente lo slancio iniziale si affievoliva, l'esperienza avviata si impoveriva per effetto di una controffensiva regionale che restituivano progressivamente centralità al Manicomio. Il progetto territoriale del materano veniva quindi cinicamente contrastato facendo leva sulla grave situazione di inadeguatezza di risorse umane, materiali ed economiche sempre maggiori.

Il convegno nazionale dell'82, promosso dagli operatori del CIM per ridare slancio alla questione salute mentale, non produsse cambiamenti significativi, né il passaggio delle competenze dalle Amministrazioni Provinciali alle Unità Sanitarie Locali rispose alle attese. Con la L.R. 14/85 il Don Uva era oramai struttura dipartimentale e decretava, di fatto la marginalizzazione della fragile esperienza territoriale del materano. Le USL, anche con il progressivo affievolirsi dell'attenzione sulle tematiche relative alla 180, a questo punto, si limitarono a stento a tollerare quanto realizzato nel '78-'79, mentre le Case Famiglia venivano relegate a meri episodi di "anomalia sanitaria". Il gruppo storico del CIM si disperdeva progressivamente. Moriva lentamente il progetto originario e le idealità che lo avevano alimentato. Si determinava quindi paradossalmente una progressiva divaricazione fra cooperative e servizio di salute mentale per l'acuirsi di un quadro di precarietà sempre più insostenibile che colpiva ospiti e operatori. Innanzitutto il problema delle strutture abitative: le Case erano per lo più inadeguate, prive di arredi, insicure, carenti di servizi e delle necessarie manutenzioni. Nel prefabbricato che ospitava la Casa Famiglia di Matera si verificò il crollo del soffitto di un corridoio, fortunatamente, senza gravi conseguenze per gli utenti e gli operatori. Il Gruppo di Pomarico occupò abusivamente uno stabile per rispondere ad una situazione abitativa impossibile. Altrettanto grave era la situazione contrattuale delle cooperative. Nel 1984 lo stipendio dell'operatore, percepito con almeno quattro cinque mesi di ritardo, era di £. 200.000 mensili a fronte di un monte orario annuo pro capite di circa 4000 ore, effetto di un organico sottodimensionato cioè dimezzato rispetto all'effettivo fabbisogno. Gli operatori non potevano beneficiare del diritto alle ferie e alla malattia. Il rispetto degli adempimenti previdenziali risultava praticamente impossibile, ragion per cui le cooperative furono quasi tutte falciate da sanzioni da parte degli istituti previdenziali che costrinsero alcune esperienze allo scioglimento.

## 6. Capitale umano e caratteristiche delle cooperative

La genesi e la storia delle cooperative va, quindi, svincolata da una lettura enfatica, di consapevole, convinta scelta strategica da parte delle Amministrazioni Pubbliche per essere, invece, ricondotta nel suo reale quadro di incertezza, approssimazione e provvisorietà. Dopo l'iniziale fase di avvio, infatti, da più parti si auspicava l'arrivo degli infermieri del Don Uva ovvero di personale pubblico qualificato. Sulle cooperative si avanzavano riserve sulla professionalità, sulla mancanza, negli organici, di figure tradizionali della psichiatria; si diffidava della forma organizzativa che negli ambienti politici e istituzionali veniva percepita come "eversiva" (testimonianza del consigliere regionale di opposizione A. Minieri).

Tutto questo ha costituito, nei momenti cruciali di scontro con le istituzioni, soprattutto regionali, una strategia di attacco alle Case Famiglia a vantaggio del manicomio.

In realtà, nel contesto descritto non mancavano momenti di sconforto, sentimenti di abbandono e di frustrazione negli operatori, ma saranno proprio quegli aspetti pregiudiziali, "tallone d'Achille" delle cooperative a costituire la risorsa essenziale per fronteggiare il quadro di difficoltà evidenziato.

Ai profili professionali tradizionali, regolati da rigidi mansionari, si contrapponeva l'idea di operatore competente il cui ambito di formazione coincideva con l'operatività quotidiana, con la complessità dei bisogni reali degli ospiti, con una azione tesa a mantenere alto il livello delle motivazioni, anche attraverso percorsi formativi che, comunque, dal pratico approdavano all'elaborazione teorica.

Il ruolo polivalente dell'operatore di cooperativa, in tal senso, non poteva essere inteso come prestazione generica, dequalificata, ma come presa in carico ampia e complessiva, ovvero di un contesto avverso. Come pure la forma organizzativa (Cooperativa) contribuì alla sopravvivenza delle Case Famiglia in quanto i valori fondativi di mutualità e di democrazia, si traducevano in una reale pratica di responsabilizzazione degli operatori, di flessibilità organizzativa, di impegno che andava ben oltre i previsti orari di lavoro.

## 7. Dal Coordinamento 6 Aprile al viaggio folle di Chiara Sasso

Nella seconda metà degli anni 80, sebbene deboli e isolate, le Cooperative si rendono protagoniste di ripetute azioni rivendicative.

Ci si organizza in Coordinamento a cui aderiscono, inizialmente, tre delle quattro cooperative impegnate nella USL n. 4 (Progetto Popolare, Caris, Vita Alternativa), che, dopo l'apertura della Casa Famiglia di Grassano (La mimosa), diventano quattro su cinque. Azioni dimostrative, veri e propri scioperi, denunce attraverso stampa e televisioni locali, volantaggi, fino a determinare l'intervento del Prefetto che notifica all'USL n. 4 di Matera il proprio sostegno alle questioni delle Case Famiglia.

Sei Aprile è il nome che si dà il Coordinamento per ricordare la data di un infortunio all'operatore Franco Montemurro della Casa famiglia di Matera.

Queste rivendicazioni, condotte sia nella direzione dell'USL che della Regione Basilicata producono, finalmente, alcune importanti conquiste: le Case Famiglia di Matera e Pomarico hanno, finalmente, una più dignitosa abitazione; viene stipulata la prima formale convenzione fra USL e Cooperative, quantunque unilateralmente varata e quindi ancora inadeguata sul piano contrattuale; viene istituita una nuova Casa Famiglia nel Comune di Grassano che consente la dimissione, dopo diversi anni, di nuovi ricoverati dal Don Uva e l'inserimento di giovani provenienti dal territorio.

La fase di rivendicazione era culminata con il convegno nazionale dell'89 sul tema "Dal manicomio al Dipartimento di Salute Mentale" che, alla vigilia delle elezioni regionali fu fortemente amplificata perchè erroneamente letta in chiave di strumentale lotta partitica ai danni del Presidente dell'USL, candidato e che minacciò di chiudere definitivamente le Case Famiglia.

Al convegno aveva partecipato la scrittrice torinese Chiara Sasso che rimase profondamente colpita dalla denuncia contenuta nell'intervento di G. Salluce, portavoce del Coordinamento Sei Aprile e dal clima di ostilità verso un'esperienza positiva di superamento degli Ospedali Psichiatrici. Chiara Sasso quindi dedica un capitolo

del suo libro "Viaggio Folle" (ed. Sonda) all'esperienza di Matera ed in particolare alla condizione delle cooperative. Grazie all'incontro con la scrittrice torinese il caso Matera ha un'eco nazionale. La cooperativa partecipa a Torino, alla presentazione del libro che avrà una grande risonanza grazie alla trasmissione del Maurizio Costanzo Show che ospiterà la scrittrice.

Sarà proprio nei servizi psichiatrici di Torino, diretti da Paolo Henry, che gli operatori della cooperativa realizzeranno un importante percorso formativo e di confronto. Il rapporto di collaborazione e di scambio con l'esperienza torinese continuerà anche negli anni successivi consolidando amicizie e collaborazione.

## 8. Le cooperative e la residenzialità materana nei processi culturali nazionali

Per le Cooperative questa difficile, quanto ricca fase di conflitti e di confronti, rappresenta una fondamentale occasione di ripensamento, di crescita culturale e strategica. Matura una maggiore consapevolezza sul ruolo che le Cooperative rivestono e sul significato delle pratiche messe in atto nella lotta all'istituzionalizzazione e più in generale, alla ricerca di percorsi reali di salute mentale territoriale.

Si comprende l'importanza dello stare insieme fra Cooperative e la necessità di costruire un progetto comune. Si comprende l'importanza di costruire alleanze, reti e percorsi di confronti culturali fra le diverse esperienze nazionali. Su questa scia e, da un'idea dell'epidemiologo Gianni Tognoni, Direttore dell'Istituto Mario Negri Sud di Lanciano, nel 1992 si organizza a Montescaglioso un Convegno interregionale sul tema "Comunità Cooperative ed altro: Riabilitazione psichiatrica, è possibile una Valutazione?"

È l'inizio di una fase straordinaria per l'incontro e la conoscenza di personalità eccezionali per sensibilità, umanità e spessore culturale. Da Benedetto Saraceno, Capo laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria del Mario Negri e Presidente Mondiale dell'Istituto di Riabilitazione Psico Sociale, alla sua équipe di cui facevano, fra l'altro, parte Elena Sternai, Fabrizio De Luca, e Lucilla Frattura, psichiatri ricercatori, a Dorotea Cecchetto e Alfredo Favrin, medici impegnati nel Salvador in un progetto di Cooperazione Internazionale per la Salute Mentale e non solo, finalizzato alla costruzione di una rete di Promotores de Salud per migliorare le condizioni di vita della popolazione. Saraceno e collaboratori prima visitano le Residenze del materano, poi, al Negri Sud aprono un "cantiere" di confronti fra le più evolute esperienze nazionali di psichiatria: Trieste, Livorno, Reggio Emilia, Bergamo, Casacadalenda, Caltagirone e naturalmente Matera guardando con particolare attenzione al Sud e ai nuovi saperi. Da questo cantiere nascerà l'AIRSaM (Associazione Italiana Residenze per la Salute Mentale) che celebrerà il suo primo congresso Nazionale proprio a Matera dove all'Auditorium di Piazza Sedile, il 23 Marzo 1996 fu approvata per acclamazione dagli oltre 500 partecipanti arrivati da tutta Italia, la Carta delle Residenze per la Salute Mentale letta da Benedetto Saraceno.

"La Carta di Matera" (1), assunta in Italia a modello di riferimento da tantissimi Servizi di Salute Mentale e da numerose esperienze di privato sociale fu anche recepita dal Piano Sanitario della Regione Basilicata. Gli effetti di questa iniziativa furono dirompenti per le molteplici implicazioni. Le esperienze di residenzialità, fino ad allora marginali nello scenario della psichiatria, assumevano piena legittimità nell'ambito dei servizi di salute mentale e riconsiderate per il fondamentale ruolo di superamento degli O.P. e, con essa, il privato sociale che caratterizzava la totalità delle esperienze meridionali di residenzialità. Benedetto Saraceno, un anno dopo, nel suo manuale di riabilitazione psichiatrica "La fine dell'intrattenimento" (Etaslibri RCS Medicina) (2) così citerà l'esperienza materana del privato sociale "...il sistema di case famiglia di Matera mostrano come l'assenza di risorse del sistema sanitario (umane e materiali) non ha impedito alle cooperative di attivare esperienze che non si limitano ad ovviare alle risorse assenti ma che definiscono un fare psichiatria e riabilitazione fortemente demedicalizzato, indipendente dai saperi codificati della psichiatria e generatore dei rapporti curante/curato e curante-curato/contesto circostante capaci di mantenere livelli elevatissimi di contrattualità degli utenti e di sfidare in senso costruttivo il contesto sociale circostante" (pag. 72). Sul modello cooperativo dirà: "La cooperativa è in questo momento storico la forma organizzativa probabilmente più innovativa : essa non solo si costituisce come l'opposto della logica di sfruttamento del lavoro dipendente , ma anche come forma concreta di solidarietà. La cooperativa è di fatto una forma collettiva dell'esercizio dell'impresa." (pag 95).

L'AIRSaM si apriva così alla partecipazione di soggetti e operatori di varia provenienza e identità culturale ovvero ai saperi "eretici" della psichiatria come dirà Lucilla Frattura. Giuseppe Salluce, portavoce del Coordinamento Sei Aprile entrerà così a far parte, prima del Direttivo Nazionale dell'AIRSaM, poi del Direttivo Nazionale dell'UNASAM (Unione Nazionale Salute Mentale).

Da questo momento il progetto culturale e le pratiche di salute mentale sono fortemente legate all'AIRSaM, alla sua ricerca, alla sua elaborazione teorica.

Due importanti tappe successive sono il secondo Congresso di Reggio Emilia nel maggio del '97 sul tema "Prove d'orchestra. Formarsi per le nuove politiche di salute mentale" e il terzo Congresso nel febbraio 2000, tenutosi a Roma sul tema: "Quale società locale per la salute mentale".

Questi appuntamenti che vedono le cooperative materane fortemente coinvolte nella elaborazione e organizzazione degli eventi rappresentano due fondamentali momenti della ricerca e del pensiero dell'Associazione.

Lo straordinario successo anche di partecipazione a Reggio Emilia evidenziava, con forza, l'esigenza di riconsiderare la formazione alla luce delle nuove pratiche di salute mentale, dei diversi operatori, delle diverse esperienze e della multiforme costellazione dei soggetti che a vario titolo concorrono a dare risposte al disagio.

Si riafferma un nuovo linguaggio, quello delle pratiche, delle attività, dei laboratori che nei vari territori italiani hanno preso forma e che sempre più appaiono distanti dalla formazione accademica.

Il Congresso di Roma teorizzando la comunità locale quale luogo di vita delle persone comprese di quelle con problemi di salute mentale e in forte rottura con la psichiatria, i servizi e gli operatori, segna di fatto, la crisi dell'Associazione che non riesce a tenere insieme le due anime: quella dei Servizi e degli operatori e quella delle Comunità locali e dei relativi amministratori.

Nel 1997, grazie al Progetto Obiettivo e agli Indirizzi Regionali vengono formalmente istituiti i DSM nelle cinque ASL della Basilicata. Matera ha il suo Dipartimento e il suo Direttore, ma questa è un'altra storia.

## 9. La Casa Famiglia di via S. Biagio

Dal 1989 la Casa Famiglia di Matera è ubicata in pieno centro storico a ridosso del Sasso Barisano e a pochi passi dalla piazza principale Vittorio Veneto.

I locali, un tempo parte dell'Ospedale vecchio, successivamente sede del CIM, furono adibiti, dopo i lavori di ristrutturazione e riconversione degli spazi, a Casa Famiglia.

Ha una superficie di circa 200 metri quadrati organizzati come una civile abitazione, con spazi privati (stanzette con due letti e bagno in camera) e spazi collettivi (cucina, salottino e salotto con spazio TV e zona pranzo) che sono stati subito personalizzati con arredi di proprietà degli ospiti. Gli spazi comuni della Casa sono tutti accessibili. Tra questi, inoltre, uno spazio verde utilizzato a giardino e orto.

In questi anni chi ha lasciato la Casa Famiglia per una sistemazione di maggiore indipendenza non ha ricevuto il necessario adeguato sostegno scontando l'assenza di servizi e risposte diversificate. Essendo la Casa Famiglia un luogo di vita stabile, si è lavorato per favorire la massima integrazione nella città e per assicurare un buon clima familiare e cioè sull'affettività, il valore del tempo e delle cose. L'ubicazione centrale della casa ci ha favorito.

Ognuno si è creato un suo giro nel quartiere: il barbiere, il bar, la chiesa, il tabaccaio, le persone che ti accettano, ti aiutano e a cui "si può dare fastidio". Grazie al lavoro di rete si sono attivate varie opportunità per trascorrere il tempo in maniera più significativa: il corso di fotografia nell'ambito dell'associazione dei fotoamatori, l'animazione teatrale curata dal gruppo operatori di strada, il corso di ginnastica, il corso di alfabetizzazione curato dai volontari, le gite e i soggiorni -vacanza, il rapporto con le famiglie.

## 10. Le esperienze di autonomia nelle pratiche di residenzialità dell'Asl n.4: I laboratori, il sostegno all'abitare e i gruppi appartamento.

Da tempo il gruppo è consapevole dei limiti di una risposta univoca rappresentata dalle strutture residenziali a 24 ore. Il tentativo di debordare oltre i suoi argini è oramai una costante della nuova fase che vivono le cooperative. Fase che, sul finire degli anni 90 dà vita all'esperienza dei Laboratori che, riaffermando il paradigma della Comunità, luogo della normalità, dell'inclusione e dell'integrazione sperimentano un ricco percorso di ricerca, costruendo nuove opportunità a partire dalla nuova utenza.

Le attività avviate riguardano, da un lato, l'acquisizione di abilità manuali come la falegnameria, il restauro del mobile, la cartapesta, dall'altro la ricerca e promozione culturale intesa come recupero, documentazione e valorizzazione della trascorsa civiltà contadina (dalla musica popolare, alle antiche sagre e feste popolari, alle credenze, agli oggetti usati). Il laboratorio intende inoltre promuovere la nuova cultura europeista e della valorizzazione del territorio attraverso la realizzazione di scambi socio culturali con altre esperienze europee.

Tali attività sono realizzate in forma integrata, coinvolgendo giovani e anziani, ragazzi della comunità disagiati e non, al fine di evitare, il più possibile, lo stigma di una iniziativa per diversi, dimostrandone il suo valore per l'intera comunità locale.

I Laboratori di manualità producono importanti quanto duraturi esiti come la costituzione della prima Cooperativa di tipo B (cooperativa di inserimento lavorativo per soggetti svantaggiati) della provincia di Matera, la Convicino, costituita nel '97 ma attiva dal '98. Le famiglie del primo nucleo di utenti del Laboratorio, sempre nel '97, daranno vita all'Amasam, prima associazione, nella provincia di Matera, di familiari di utenti psichiatrici.

I Laboratori di promozione culturale, molto attivi nella Comunità, determineranno la costituzione del Gruppo di musica popolare Terragnora, che propone il suo ritmo ossessivo di "Cupa Cupa" in numerose piazze del Sud e non solo; la rivitalizzazione di importanti sagre come "I Cuci Bocca" e il "Carnevalone" che tornano ad essere un evento locale; i numerosi scambi europei bilaterali, consentiranno, fra l'altro, la riapertura del più importante monumento di Montescaglioso: l'Abbazia Benedettina S Michele Arcangelo. Il percorso dei Laboratori sarà, di fatto, determinante nella ridefinizione della residenzialità psichiatrica che viene pertanto intesa come il buon abitare nelle sue varie forme ed articolazioni interrompendo, nelle pratiche, il suo intendersi e rimandarsi all'idea di struttura.

## 11. Verso un sistema di risposte residenziali

Nella esperienza materana l'ipotesi di risposte residenziali più leggere, ovvero domiciliari risulta, storicamente, abbozzata, anche se, realmente mai implementata. All'indomani della costituzione delle Case famiglia, fu istituito, per esempio, un Gruppo appartamento per un numero massimo di tre utenti, gestito a fasce orarie dagli operatori del CIM che, successivamente, per difficoltà gestionali, ne determinarono la chiusura.

Queste esperienze saranno, sia pure fra molte contraddizioni riconsiderate e riavviate nei primi anni 2000 quando lo scenario è notevolmente cambiato per l'istituzione del DSM da un lato e il varo, prima, della 381/91 (legge sulla Cooperazione sociale) e della 328/2000, poi che sembrano riconoscere definitivamente il ruolo del privato sociale come partner privilegiato del Servizio pubblico nella programmazione e gestione dei servizi e delle risposte sociali. Subentrano nuove procedure di affidamento dei servizi, che contemplano l'espletamento di Gare di appalto sempre più caratterizzate da competizione e concorrenza fra imprese provenienti anche da altre regioni.

Questo scenario, alla fine del 2001 indurrà le Cooperative storiche locali ad associarsi e concorrere in ATI (Associazione Temporanea di Imprese) per riacquisire la gestione delle Case famiglia. Dopo 24 anni è finalmente possibile, per le Cooperative, l'applicazione e il rispetto del C.C.N.L.

Ma questa conquista ha breve durata perché all'iniziale entusiasmo per l'avvio delle nuove risposte di residenzialità (Gruppi Appartamento e Sostegno all'abitare) si accompagna una massiccia erosione di risorse economiche che quantunque vincolate ai servizi residenziali, sono distolte in altre iniziative del Dipartimento peraltro con scarsi esiti per gli utenti, facendo così ripiombare le Cooperative in una nuova, lacerante crisi. In sostanza la gestione dei nuovi servizi si rivela disincentivante sia economicamente che sul piano occupazionale: diversi operatori storici sono licenziati e lasciano le cooperative alla ricerca di altra occupazione. Si perdono, così, importanti esperienza e competenza non facilmente colmabili.

In effetti le difficoltà a costruire un positivo rapporto di collaborazione con il nuovo DSM sono riconducibili a ragioni ideologiche, che ritengono il privato (sociale) una minaccia per un Servizio Pubblico (forte). In tal senso risulta difficile costruire un partenariato come peraltro previsto dalla 328. Né questa linea rispettabile nella sua coerenza sarà in ultima istanza in grado di costruire realmente un "Servizio Pubblico forte" più utile ai cittadini con problemi di salute mentale.

## 12. Il sostegno all'abitare

Siamo nel 1983, il Sig. D.R. quando viene dimesso dal Don Uva, alla fine degli anni '70, ha alle spalle più di vent'anni di manicomio.

Prima di finire in manicomio faceva il contadino.

La sua, era una famiglia di contadini che possedeva qualche pezzo di terra nella pianura del Bradano.

R. è fra quelle persone che, dopo la dimissione, rientra a casa, si proprio a casa, nel suo paese, Montescaglioso.

Di lui, saltuariamente si prende cura il fratello.

R. è una persona molto timida e ritirata; ogni tanto si lascia andare alternando periodi di benessere a recidive di crisi gestite nello Spazio Psichiatrico di Matera. Sono proprio queste crisi che inducono la famiglia a ritenere non più possibile il suo permanere a casa.

Noi lo avevamo conosciuto ai soggiorni estivi ed eravamo entrati in relazione parlando con lui in dialetto. Proponemmo per R. l'assistenza domiciliare sul modello adottato per gli anziani.

I ripetuti rifiuti da parte della direzione del CIM si giustificavano per l'assenza di un quadro normativo che contemplasse, per i servizi psichiatrici, questa tipologia di risposta, peraltro rischiosa perché nuova e mai sperimentata.

Passarono dei mesi e riesplose il caso. Riproponemmo alla Psicologa la stessa ipotesi di approccio.

In assenza del Direttore del CIM, la psicologa avanzò all'USL di Matera una formale istanza che non trovò ostacoli e che quindi consentì rapidamente e rocambolescamente la prima sperimentazione di Assistenza Domiciliare Psichiatrica (oggi supporto all'abitare).

Successivamente il Direttore del CIM non segnalò "l'anomalo servizio" alla Direzione Amministrativa. Si rese infatti conto che R. non aveva più bisogno del SPDC e la famiglia smise di fare pressioni per allontanarlo da Montescaglioso. Paolo, l'operatore che lo seguiva a domicilio, assunse via via una funzione di protesista, un ausilio insostituibile che ne determinò una fase di lunga stabilizzazione del quadro psicopatologico. Il servizio rimase in piedi fino al 2000 quando, chiedendo la Cooperativa alla ASL di ritoccare la tariffa del Servizio, fu scoperto "l'inganno" e il domiciliare fu rapidamente sospeso per ragioni puramente burocratiche. R. ritornò allora in "manicomio", questa volta a casa sua.

Questa esperienza ci aveva dato molto: aveva maturato in noi la convinzione che l'assistenza domiciliare poteva costituire, per svariate persone con problemi di salute mentale, una risposta sicuramente efficace. Avevamo inoltre capito che le risposte di residenzialità non potevano essere rigidamente standardizzate, ma



dovevano aprirsi al non previsto, alla sperimentazione di modalità nuove, suscettibili di cambiamenti con il variare delle persone prese in carico.

Quando nel 1997 Matera ebbe ufficialmente il suo Dipartimento di Salute Mentale, l'ATI (Associazione temporanea di Imprese sociali) ripropose il suo progetto di assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare psichiatrica ad utenti e famiglia aveva nel frattempo, in Italia, assunto piena legittimità anche se territorialmente assumeva differenti definizioni terminologiche: supporto all'abitare, assistenza domiciliare, case supportate ecc. In presenza di un orientamento del DSM che dichiarava di voler gestire in proprio questo servizio, l'assistenza domiciliare affidata al privato sociale veniva, se non osteggiata, limitata, negli accessi (massimo cinque) e nelle risorse.

Ciò nonostante il servizio riconfermava la sua efficacia. Sono a riguardo documentati importanti esiti, ovvero, per alcuni utenti, il rientro in famiglia o una collocazione autonoma. E', infatti, impraticabile qualsivoglia percorso di reinserimento in famiglia se non si modificano le condizioni di partenza (solitudine della famiglia, assenza di una rete di supporto ecc.). La famiglia può costituire una risorsa solo nella misura in cui essa stessa è garantita e sostenuta. La forza dei legami primari, il vissuto, l'affettività sono aspetti determinanti nei percorsi di riabilitazione. Spesso, in questo quadro è necessaria la presa in carico dell'intero nucleo familiare che ritrova nell'operatore un punto di riferimento. Il lavoro per/con la famiglia è quindi fondamentale. La famiglia ritrovando una maggiore serenità e un maggior sostegno può ritrovare le sue motivazioni e quindi la riassunzione di responsabilità nei confronti del familiare sofferente. Ecco allora che per taluni casi si sono prodotti nuovi equilibri con un quadro patologico stabilizzato positivamente. Occorre tuttavia non dimenticare e non perdere di vista i casi trattati, evitare che la famiglia ritorni a sentirsi sola garantendo presenza e vicinanza costante anche quando il quadro psicopatologico appare decisamente migliorato. A volte sono sufficienti visite sporadiche, telefonate saltuarie. Per gli altri casi, come ad esempio l'esperienza di Pomarico, è stato sperimentato un percorso di assistenza domiciliare dopo aver insieme ad alcuni utenti *individuato* un appartamento autonomo il cui fitto veniva regolarmente pagato dagli stessi. Questo percorso è stato costruito sulla base di scelte (fra utenti) di autodeterminazione degli stessi a sperimentarsi in un contesto di autonomia. All'interno di questo servizio, sia pur limitato negli accessi, è possibile riaffermare l'importanza di una prospettiva evolutiva per svariate situazioni di difficoltà che consentono una maggiore integrazione nel tessuto familiare e nella rete sociale. L'inserimento lavorativo in questo quadro e per taluni ha costituito e costituisce un tangibile esito di effettiva emancipazione.

### 13. I gruppi appartamento

I gruppi appartamento gestiti dal privato sociale sono avviati nel 2001 nei Comuni di Tricarico, Pomarico e Grassano. Recuperano la lunga esperienza del gruppo appartamento di Matera la cui istituzione risale ai tempi delle Case Famiglie. Vengono istituiti per scelta del DSM. L'avvio di queste nuove tipologie di residenze è legata alla ipotesi di dimissibilità di diverse persone ospitate nelle Case Famiglia. Sul piano terapeutico e organizzativo i nostri gruppi appartamento si caratterizzano per la continuità terapeutica e assistenziale perché sono gli operatori delle Case Famiglia ad accompagnare e seguire gli utenti in queste strutture meno protette ovvero più marcatamente autonome. L'esperienza del materano, evidenzia inaspettati percorsi di inserimento per persone per le quali non sembrava ipotizzabile un progetto di vita così autonomo.

Due gruppi appartamento, infatti, Tricarico e Pomarico, ospitano utenti relativamente anziani, mentre il gruppo appartamento di Grassano ha puntato su utenti giovani. Quali le implicazioni a riguardo? Queste due differenti situazioni evidenziano in primo luogo percorsi riabilitativi differenti. Da un lato l'esperienza di Grassano con persone giovani ha lavorato *prioritariamente* sull'asse lavoro; due dei tre ragazzi ospitati nel gruppo appartamento sono infatti soci lavoratori della cooperativa sociale di tipo B "L'Impronta" che gestisce, fra l'altro, una struttura di ristorazione in prossimità del lago artificiale di San Giuliano. Il percorso di inserimento lavorativo, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di questi ragazzi alla realizzazione attiva di un progetto d'impresa, ne ha restituito (agli stessi) e alla comunità grassanese una diversa percezione: di maggiore riconoscimento sociale, di maggiore autostima e di riduzione del pregiudizio e dello stigma da parte

della comunità. Dall'altro lato per le persone anziane che compongono i gruppi di Tricarico e Pomarico l'asse casa e l'asse rete sociale rappresenta l'ambito prevalente. È stato sorprendente l'aver infatti constatato che questi gruppi sono assolutamente in grado di autogestirsi, assumendo, nel contempo, un ruolo sociale riconosciuto ed esercitato nelle rispettive comunità locali. Queste persone provvedono al "menage familiare" (della casa, alla sua cura, alla preparazione dei pasti ecc.) assumendo nel quartiere e più in generale nella rete sociale un ruolo significativo aiutando le famiglie del vicinato al disbrigo di pratiche, alla spesa giornaliera, alle piccole commissioni, frequentano la parrocchia, i bar, le associazioni. E' abitudine consolidata che la domenica e nelle festività si faccia a gara per avere ospite i "ragazzi" dei gruppi appartamento. Il gruppo di Tricarico, il cui appartamento è ubicato in pieno centro storico, ha "adottato" una stradina piuttosto trascurata abbellendola con vasi di fiori e piante. Questa esperienza sembra sfatare quella letteratura secondo cui sarebbe molto difficile dimettere persone dalle strutture residenziali con alti livelli di protezione e lunga permanenza (vedi ricerca Progress). Su questo tema, infatti diversi Servizi hanno posto dei paletti, dei limiti più o meno rigidi che obbligano gli stessi Servizi a dimettere gli utenti dalle strutture residenziali ad alto grado di protezione entro un limite di 15/18 mesi.

In realtà il percorso da noi realizzato, ha consentito l'inserimento in gruppo appartamento di persone che avevano più di 10 anni di permanenza in Casa Famiglia.

La nostra esperienza, inoltre, sembra sfatare un'altra convinzione in materia di riabilitazione poco incline a immaginare e praticare percorsi evolutivi per persone anziane. Non a caso è spesso il dato anagrafico a determinare il giudizio di indimissibilità sia dai sopravvissuti ospedali psichiatrici che dalle stesse residenze ad alto grado di protezione.

Tali aspetti ed altri ancora sono stati oggetto di riflessione dei gruppi di lavoro che ne hanno sottolineato alcune significative variabili nel processo riabilitativo adottato.

La prima riguarda la continuità terapeutica garantita praticamente attraverso gli operatori di riferimento delle Case Famiglia poi impiegati per i gruppi appartamento e che hanno sicuramente limitato l'ansia della novità e del rischio di sentirsi abbandonati; la seconda riguarda la vocazione ad accogliere, tipica dei nostri paesi, da parte della rete sociale che ha restituito agli utenti un importante ruolo sociale.

## 14. L'esperienza del gruppo appartamento di Grassano: la testimonianza del gruppo di lavoro

Dopo cinque anni dall'apertura della Casa Alloggio, gli operatori sono convinti che per molti utenti tale struttura non può rappresentare "l'unica e ultima" risposta abitativa. Il rischio di cronicizzazione in una struttura ad elevato carico assistenziale, superato il percorso riabilitativo iniziale, è molto alto, soprattutto per gli utenti più giovani o che comunque hanno raggiunto un maggiore grado di autonomia.

Man mano che tali utenti acquistano maggiore coscienza di sé emerge l'esigenza di avere maggiore autonomia.

Nella Casa Alloggio di Grassano, infatti si è progressivamente affermato un modello di autogestione della Casa, condiviso sia dagli ospiti che dagli operatori, proprio per poter soddisfare tale esigenza. In virtù di questo percorso diversi utenti hanno raggiunto un grado di autonomia e di integrazione sociale soddisfacente, al punto che vivere ancora in Casa Alloggio sarebbe stato deleterio. Di qui la necessità di dare loro la possibilità di sperimentare un percorso di vita più autonomo.

La Cooperativa si è adoperata per acquistare un immobile nel centro storico di Grassano per la realizzazione del Gruppo Appartamento i cui componenti sono:

Mario, Pietro, Vito.

Per l'avvio del Gruppo Appartamento si è ritenuto utile coinvolgere gli utenti dall'inizio e per tutto il percorso successivo: dalla scelta del colore per tingere le pareti interne all'acquisto di pentole, arredi e vettovaglie.

Il trasferimento non è stato improvviso, si è infatti proceduto per gradi in modo da facilitare il processo di adattamento. Nei primi giorni per poche ore, magari per sistemare alcune cose, poi il tempo di permanenza è diventato l'intera giornata tornando solo la sera in Casa Alloggio solo per dormire. In questo percorso la presenza di uno o più operatori è stata costante ed è servita soprattutto per mediare l'impatto con questa nuova realtà, con il vicinato che manifestava ansia per questa novità.

Il periodo di transizione è stato, inoltre, utilizzato per preparare gli altri utenti della Casa Alloggio, per ridurre le ansie e vivere questo processo in maniera positiva.

Taluni utenti avrebbero potuto vivere tale esperienza con indifferenza, per altri poteva rappresentare la perdita di un compagno di stanza e quindi essere causa di sofferenza, per altri ancora poteva essere uno stimolo a migliorare con la speranza di poter intraprendere un percorso simile.

Tutto questo ha portato alla dimissione definitiva dei tre utenti della Casa Alloggio in data 1 marzo 2001.

Il gruppo di lavoro si è riservato un periodo di tempo per osservare il comportamento degli utenti nella nuova situazione, svolgendo un lavoro basato essenzialmente sul contenimento dell'ansia e sull'analisi delle nuove problematiche che potevano insorgere. Una volta raccolti elementi sufficienti per mettere a fuoco la situazione, si è potuto mettere nero su bianco e definire un programma di massima da proporre e condividere con gli utenti.

Il percorso riabilitativo per gli utenti del Gruppo Appartamento si avvale di una "Programmazione di Comunità", nella quale si individuano le attività e le strategie ritenute idonee per il raggiungimento di obiettivi comuni, e di una "Programmazione Personalizzata" che tiene conto delle peculiarità di ciascun utente. Per quanto riguarda i tempi di attuazione del programma è stato strutturato in modo che taluni obiettivi, che siano di comunità o personalizzati, sono da considerarsi a medio-lungo termine (1+2 anni) mentre altri possono ritenersi raggiungibili in tempi più ridotti (alcuni mesi).

La stesura di un programma mensile con relativa verifica è funzionale al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine essendo graduale, e consente di cogliere tutte le opportunità del momento. In questo modo è possibile tener meglio in conto tutte quelle condizioni non prevedibili nel lungo periodo e rettificare se necessario gli obiettivi in funzione dello scenario che si presenta.

Premesso che tutto il lavoro riabilitativo è teso a ridare "diritto di cittadinanza" ai nostri utenti, siamo convinti che nessun programma riabilitativo può portare al vero raggiungimento degli obiettivi se l'utente non è pienamente coinvolto nel processo.

Le finalità che si intendono perseguire e raggiungere con gli utenti nel lungo periodo sono le seguenti:

1. acquisizione dell'entità di gruppo;
2. inserimento lavorativo.

Per acquisizione della entità di gruppo s'intende l'acquisire la consapevolezza che l'esperienza in gruppo appartamento, relativamente al rapporto interpersonale fra i tre utenti, non vuol dire usufruire semplicemente dello stesso appartamento bensì condividere una esperienza di vita: rispettarsi, essere l'uno di supporto all'altro, poter contare dunque sull'altro, comunicare, vivere praticamente una "esperienza di amicizia" e di affettività.

Il percorso per il raggiungimento di tale finalità si sviluppa in un doppio ambito: all'interno della casa e all'esterno di questa.

All'interno della casa si condividono delle regole che prevedono:

- Massima democrazia nelle fasi decisionali, la riunione del mattino;
- Rispetto reciproco dei ruoli assunti, vale a dire che se ad esempio un'utente prepara il pranzo deve avere la libertà di procedere nei tempi e secondo le modalità a lui più consone, in condizioni di tranquillità, senza che altri utenti lo condizionino.
- Attività di gruppo come ad esempio una serata in pizzeria o una giornata al mare.

Per quanto riguarda l'inserimento lavorativo il programma prevede attività propedeutiche quali:

- il "Corso di Cucina" organizzato dal DSM, che ha visto la partecipazione di due utenti del Gruppo Appartamento,
- l'accesso al reddito minimo di inserimento, con relativo programma per ciascun utente. (es.: gestione delle bacheche comunali da parte di un utente, programma concordato con il gruppo di lavoro e con il comune di Grassano).

## 15. Considerazioni sui risultati ottenuti

Il gruppo di lavoro ha avuto modo di constatare come la nuova condizione di vita ed il diverso approccio abbia portato, gradualmente ma comunque in un arco di tempo non lungo (6 – 7 mesi), ad un notevole miglioramento complessivo degli utenti consentendo il raggiungimento di diversi obiettivi previsti dal programma di comunità. Certamente per gli utenti non sono mancati periodi difficili.

Sinteticamente si evidenziano i seguenti aspetti:

- Gli utenti hanno iniziato ad assumere i farmaci autonomamente
- Da un'iniziale gestione economica di comunità si è passati alla completa autogestione.
- In casa non c'è nulla sotto chiave. Non ci sono "diari di bordo" degli operatori o altro materiale di lavoro (tale compito viene svolto in separata sede) che possa dare loro il senso del controllo.
- Gli operatori non hanno con sé la chiave della porta d'ingresso per cui devono bussare e attendere che gli utenti aprano la porta.
- Gli utenti usano la lavatrice, stirano la propria roba senza grosse difficoltà e si mostrano più responsabili riguardo ai problemi della casa
- Gli utenti escono spesso insieme, conversano e si aspettano a vicenda, coltivano vecchi e nuovi interessi.

## 16. Quale percorso evolutivo nella nostra residenzialità

Il tema evolutivo della residenzialità è, quindi, un nodo più che mai attuale, vanno, a riguardo, scongiurate scorciatoie tese a recepire pedissequamente modelli adottati in altri contesti.

Le variabili da considerare per una ipotesi aderente alla nostra realtà sono fondamentalmente due: l'utenza e il contesto.

L'utenza è cambiata e sta cambiando. La nostra residenzialità accoglie sempre più persone provenienti dal territorio portatrici di nuovi e più complessi disagi. Una utenza psichiatrica nei cui circuiti entrano persone con una età inferiore rispetto ad alcuni anni fa; una utenza anziana che verosimilmente per ragioni di solitudine e abbandono ricorre sempre più all'uso di psicofarmaci; una utenza complessa come quella definita, forse impropriamente, con doppia diagnosi e che riguarda persone che fanno uso di sostanze, che hanno problemi con la giustizia, che sono extracomunitarie ecc. In questa complessa quanto diversificata domanda emergerebbero, per rimodulare il ruolo della residenzialità due differenti approcci.

Il primo sostiene l'esigenza di diversificare la risposta "specializzando" le strutture. Ogni struttura si dà un target, per esempio strutture per giovani, strutture per anziani, per doppia diagnosi e così via. Il secondo conserva un'apertura ad ampio spettro diversificando le risposte e non le strutture. Si tratta, in questo caso, di sposare la filosofia del mettere in campo nuove strategie operative per affermare e realizzare il massimo di personalizzazione dell'intervento ovvero realizzare un progetto di vita per ognuno.

La separazione e la risposta al disagio mentale per aree prevalenti di diagnosi o problematicità non sempre ha giovato, non sempre ha prodotto buoni risultati (vedi i reparti manicomiali). Inoltre dobbiamo considerare una peculiarità territoriale costituita da piccoli e piccolissimi comuni mal collegati, distanti, non facilmente raggiungibili che rappresentano una controindicazione alla "specializzazione" delle Strutture in un territorio frastagliato.

Basti citare a riguardo il fallimento di alcuni servizi semiresidenziali previsti nei piani sociali di zona (infanzia in difficoltà). Il piano aveva ad esempio, previsto un centro diurno allocato in un paesino che servisse però tutti i comuni dell'ambito.

Il risultato: nessun paesino dell'intero contesto zonale ha potuto usufruire del servizio ad eccezione del comune nel quale è ubicato il servizio. Motivi logistici, organizzativi, di risorse ne rendono di fatto improponibile l'ipotesi.

Una città con un bacino di popolazione consistente potrebbe invece, e forse opportunamente, diversificare le Strutture senza andare incontro a questo rischio.

## 17. Caterina: grazie (appunti di M. Acito del gruppo di lavoro di Pomarico)

Caterina aveva messo in scacco tutti gli operatori.

Oggi la sua perdita ci lascia non solo un vuoto affettivo, ma anche critico e di sollecitazione.

Grazie a lei il gruppo di lavoro ha ripensato al rischio "istituzionale" di contenere e limitare la soggettività.

Il suo carattere reattivo e critico ci ha dato modo di riflettere e forse di rispondere in maniera più giusta ai bisogni delle persone di cui ci prendiamo cura. Oggi grazie a lei abbiamo meno potere, oggi grazie a lei crediamo di più nel progetto domiciliare.

Caterina ha scelto di andare a vivere da sola sfidando l'indifferenza ed il pregiudizio della società.

Oggi ci lascia, grazie a questa scelta ha conquistato, forse un po' tardi, una rete amicale, un rapporto sincero di rispetto e di dignità.

## Riferimenti bibliografici

1. Carta di Matera. [www.airsam.it/documenti.html](http://www.airsam.it/documenti.html)

2. Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano, Etas Libri-RCS Medicina, 1995