



ARTICOLO

Giuseppe Corlito\*, Paolo Rubinacci°, Claudia Valiani°, Umberto Zei§, Pierluigi Morosini†

\*Direttore DSM ASL 9 di Grosseto

°Operatori Cooperativa "Uscita di Sicurezza"

§Medico volontario DSM ASL 9 di Grosseto

†Direttore Laboratorio di Epidemiologia Istituto Superiore di Sanità

## IL MOVIMENTO DELL'AUTO-MUTUO-AIUTO NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE IN ITALIA: I RISULTATI DELLA RICERCA NAZIONALE G.A.M.A.

### Mutual Self-Help Groups Movement in the Mental Health Field in Italy: Results of the G.A.M.A. National Research

Questo lavoro è dedicato a Umberto Zei  
*che lo ha in gran parte scritto  
prima che la morte ce ne privasse troppo presto*

#### RIASSUNTO

*Scopo:* verificare e trovare risposte ad alcune questioni metodologiche aperte circa i gruppi di auto-mutuo-aiuto (ad es., il coinvolgimento dei familiari, la partecipazione dei facilitatori, ecc.).

*Metodi:* vengono presentati i risultati di una ricerca nazionale intrapresa nell'anno 2003 e diffusa attraverso un questionario postale elaborato dal Dipartimento di Salute mentale di Grosseto (Regione Toscana, Italia). Il lavoro si è svolto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità di Roma. Il questionario menzionato è stato spedito ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale su scala nazionale, in modo da avere un censimento dei gruppi di auto-aiuto orientati ai principali problemi di salute mentale.

*Risultati e conclusioni:* 51 Direttori hanno risposto dopo aver effettuato un censimento di un totale di 229 gruppi da un capo all'altro d'Italia, fatta eccezione per le regioni Lazio e Sicilia. La Regione Toscana ne ha fornito la maggior parte. I risultati mostrano che la metà dei gruppi inclusi nella ricerca ha pazienti psicotici che vi partecipano senza che i loro familiari abbiano un ruolo attivo al loro interno (24 gruppi vs. 26). Anche i gruppi comprendenti pazienti con varie patologie e quelli costituiti da familiari senza i rispettivi pazienti sono equivalenti (63 gruppi vs. 60): quest'ultimo risultato è in contrasto con l'opinione più comune tra i Direttori, di cui 51 vs. 35 sono a favore di gruppi separati. Ciò che emerge è anche che la maggior parte dei gruppi permette la partecipazione di facilitatori che non sono pazienti (37 sul totale dei 51), dei quali 373 sono operatori della salute mentale contro 65, che sono stati in precedenza membri dei

gruppi. I Direttori hanno espresso la loro fiducia nell'utilità dei gruppi di auto-aiuto (nella misura di 8,6 su una scala da 1 a 10), con 41 di essi che pianificano ulteriori sviluppi per gli anni 2004-2005.

**Parole chiave:** gruppi di auto-mutuo-aiuto, Dipartimento di Salute Mentale, coinvolgimento dei familiari, facilitatore di gruppo

#### SUMMARY

*Objective:* to try and find answers to given methodological issues about mutual self help groups (i.e. family involvement, facilitators records of participation, etc.).

*Method:* the work introduces the results of a National Research undertaken in 2003 and released through a mail questionnaire designed by the Grosseto's Mental Health Department (Tuscany Region, Italy). The work is made in collaboration with the National Institute of Health. The questionnaire had been sent out to the Directors of National Mental Health Departments, so to have a census featuring mental health problem-oriented self-help groups.

*Results and conclusions:* fifty-one Directors responded after performing a census of a total of 229 such groups throughout Italy, exception made for the regions of Lazio and Sicily. Tuscany region provided the most. The results show that half as many groups of those included in the research had psychotic patients taking part without their relatives having an active role within them (24 groups vs. 26). Groups featuring patients with



a variety of pathologies and those made up of relatives taking part without the respective patients were also equivalent (63 groups vs. 60), the latter result being in contrast with the most commonly held opinion amongst Directors, 51 vs. 35 of whom are in favor of separated groups.

What is being shown by the results is also that the majority of groups make allowances to the participation of facilitators that are not patients (37 positives in a total of 51), 373 of whom are mental health workers vs. 65 ones being former group members. Directors expressed their reliance on the usefulness of self-help groups (with a ratio of 8.6 on a scale of 1-10), with 41 of them planning further developments in these groups for the years 2004-2005.

**Key words:** mutual self-help groups, Mental Health Department, family involvement, group facilitator

## Introduzione

Questo lavoro si prefigge lo scopo di analizzare e discutere le evidenze fornite dalla Ricerca Nazionale G.A.M.A., promossa nel 2003 dal Dipartimento di Salute Mentale di Grosseto insieme alla Cooperativa Sociale "Uscita di Sicurezza" di Grosseto, che ha censito, con un questionario postale supervisionato dall'Istituto Superiore della Sanità, 229 gruppi di auto-mutuo-aiuto (g.a.m.a.) diffusi su tutto il territorio nazionale.

I g.a.m.a., per quanto non esista una definizione da tutti condivisa, secondo Lambert Maguire (1989) "... sono piccoli gruppi di persone che si costituiscono volontariamente per l'aiuto reciproco e che decidono in autonomia quali saranno i membri del gruppo e quali obiettivi questo si potrà prefiggere... La funzione principale dei gruppi di auto-aiuto (comune a tutti) è quella di fornire supporto a persone che condividono lo stesso problema": nascono, infatti, per risolvere problemi che le istituzioni non sono in grado di risolvere e in tal senso possono essere considerati una "produzione spontanea" della società civile.

Attualmente, sono molte le ragioni per occuparsi dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale: teoriche, epidemiologiche, di politica sanitaria e di organizzazione dei servizi. Sia il modello teorico della prevenzione (Piccione, 2000), sia il modello bio-psico-sociale dei disturbi psichici (Engel, 1980; Hudolin, 1995), sia il modello del lavoro sociale di rete (Maguire, 1989; Folgheraiter, 1998; Corlito, 2005) sono modelli tra loro isomorfi per la loro vocazione ecologica e sociale, nel senso che guardano agli equilibri ecologici dei sistemi umani e in essi si dà grande importanza alla cooperazione tra sistemi di aiuto formale e informale all'interno delle reti sociali e umane nel senso più ampio. Infatti, il modo migliore per avviare il lavoro

di rete in una comunità è promuovere la formazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto (Maguire, 1989).

Tra le ragioni epidemiologiche dobbiamo considerare che l'incremento dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi psichici (stimata del 25-30% della popolazione generale) (Goldberg & Huxley, 1980; Kessler, 1995; Tansella, 1999) pone problemi tali che nessuna società, per quanto opulenta, potrà permettersi risposte solo di tipo professionale. Si pone, dunque, un problema di cooperazione tra reti formali e informali per la protezione della salute in generale e di quella mentale in particolare; del resto, il passaggio dall'illusione dell'onnipotenza della terapia (o "panterapia sociale" [Folgheraiter, 1990]), centrata sulla produzione e sul consumo di farmaci e di tecnologie e sul loro mercato, alla prevenzione si impone anche per l'oggettiva limitazione delle risorse economiche e implica l'attivazione delle risorse "spontanee" della comunità. Si evince, quindi, che l'approccio migliore per tale attivazione è la promozione dei gruppi di auto-aiuto e la cooperazione tra tecnici e comunità.

In definitiva, se i servizi di salute mentale vogliono essere servizi di comunità, cioè "comprensivi" o "dipartimentali" per tutta la popolazione, per tutte le fasce di età e per tutte le patologie (OMS, 1998; SIEP, 2004), devono cooperare con la comunità organizzata e quindi favorire l'organizzazione della propria utenza.

A fronte di tali necessità sta l'esiguità della letteratura valutativa sui gruppi a.m.a. e degli studi empirici e scientifici in merito (Gottlieb, 1995; Stead & Lancaster, 2000; Segal et al., 2000; Gigantesco et al., 2004), mentre sono relativamente più abbondanti gli studi descrittivi (Katz & Bender, 1976; Kickbush & Hatch, 1983; Silverman, 1989; Noventa, 1993; Steinberg, 2002; Focardi et al., 2006). Il presente lavoro si pone all'interno di tale forbice.

L'ipotesi da cui muove la formulazione del questionario è verificare empiricamente alcune questioni aperte nell'attuale fase di sviluppo del movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale:

1. In primo luogo se sia opportuno che i gruppi a.m.a. per la salute mentale si limitino a coinvolgere gli individui portatori del problema, secondo lo storico modello degli Alcolisti Anonimi, o anche le loro famiglie per intero, secondo il più recente modello dei Club degli Alcolisti in Trattamento
2. Se sia opportuno attivare gruppi per problema (depressione, ansia, psicosi, ecc.) o generici (ad es., per la salute mentale)



3. Se sia opportuna la presenza di operatori (cosiddetti *facilitatori*) nei gruppi a.m.a., il che configura una specifica modalità di attivazione di tali gruppi.

### Materiali e metodi

La Ricerca Nazionale G.A.M.A. cerca di mostrare lo “stato dell’arte” nel movimento dei gruppi di auto-mutuo-aiuto sull’intero territorio nazionale. Essa è stata condotta nel 2003-2004 dal DSM della ASL 9 di Grosseto, con la collaborazione di Pierluigi Morosini; il non facile compito dei contatti e dell’invio dei questionari per posta, nonché della raccolta e dell’elaborazione dei dati di ritorno, è stato svolto dalla Cooperativa Sociale “Uscita di Sicurezza” di Grosseto. Pertanto, l’intera ricerca è stata svolta in maniera volontaria e senza l’impiego di fondi specifici.

Questa ricerca si fonda sui dati ottenuti mediante un questionario, destinato al direttore del Dipartimento di Salute Mentale di una certa zona o a un suo delegato, che mette in luce il quadro delle iniziative di auto-mutuo-aiuto in corso nella zona di competenza e che ricevono in vario modo (presenza di operatori, messa a disposizione di sedi, attività di consulenza o anche semplice incoraggiamento) un sostegno da parte del DSM. Uno degli obiettivi principali è naturalmente conoscere la situazione attuale per cercare di verificare nel tempo l’andamento del fenomeno dell’auto-mutuo-aiuto e di avere informazioni dello stato attuale in relazione ad alcuni degli interrogativi aperti.

Il questionario, a disposizione di chi ne fosse interessato, può essere schematicamente suddiviso in quattro sezioni:

- La prima (composta dagli item a-d) riguarda il DSM destinatario e le sue generalità, quali bacino di utenza, recapiti telefonici, ecc.
- La seconda (item 1-20), invece, consiste in un censimento dei gruppi di auto-aiuto ubicati nella zona di competenza del DSM in esame, assumendo come criterio di distinzione il problema di cui sono portatrici le persone che partecipano ai vari gruppi: si chiede, dunque, il numero di gruppi indirizzati a persone con problematiche di tipo depressivo, psicotico, di uso di sostanze, ecc.
- La terza (item 21-26) indaga sia la presenza di operatori nei gruppi individuati sia l’eventuale contributo che il DSM ha dato alla nascita dei gruppi maggiormente attinenti a problematiche di salute mentale
- La quarta e ultima sezione (item 27-30c) si apre

■ **TABELLA 1. Distribuzione geografica dei DSM che hanno risposto al questionario (51 totali di cui 16 al Nord, 22 al Centro, 13 al Sud)**

1	Tolmezzo (UD)	Friuli
2	Mezzolombardo (TN)	Trentino
3	Belluno	Veneto
4	Trento	Trentino
5	Pordenone	Friuli
6	Portogruaro	Veneto
7	Bussolengo (VR)	Veneto
8	Dolo (VE)	Veneto
9	Adria (RO)	Veneto
10	Tortona (AL)	Piemonte
11	Genova	Liguria
12	Savona	Liguria
13	Reggio Emilia	Emilia Romagna
14	Ravenna	Emilia Romagna
15	La Spezia	Liguria
16	Rimini	Emilia Romagna
17	Massa Carrara	Toscana
18	Pistoia	Toscana
19	Pesaro	Marche
20	Prato	Toscana
21	Lucca	Toscana
22	Pisa	Toscana
23	Jesi (An)	Marche
24	Arezzo	Toscana
25	Colle Val d’Elsa (SI)	Toscana
26	Gubbio (PG) C.S.M.	Umbria
27	Civitanova Marche (MC)	Marche
28	Ponte Valleceppi (PG) C.S.M.	Umbria
29	Camerino (MC)	Marche
30	Montepulciano (SI) C.S.M.	Toscana
31	Massa M.ma (GR) C.S.M.	Toscana
32	Grosseto	Toscana
33	Orvieto (TR) C.S.M.	Umbria
34	Orvieto (TR) D.S.M.	Umbria
35	Orbetello (GR)	Toscana
36	Pescara	Abruzzo
37	L’Aquila C.S.M.	Abruzzo
38	Avezzano Sulmona (AQ)	Abruzzo
39	Lucera (FG)	Puglia
40	Andria (BA)	Puglia
41	Benevento	Campania
42	Bari	Puglia
43	Putignano (BA)	Puglia
44	Brindisi	Puglia
45	Taranto	Puglia
46	Montalbano Jonico	Basilicata
47	Sanluri (CA)	Sardegna
48	Cagliari	Sardegna
49	Carbonia (CA)	Sardegna
50	Catanzaro	Calabria
51	Vibo Valentia	Calabria



a valutare parametri più squisitamente qualitativi: infatti, comprende tre item (28, 30b, 30c) a risposta aperta e un item (30a) ove si chiede una valutazione su una scala da 1 a 10.

Al questionario inviato a tutti i DSM censiti sul territorio nazionale (211 in base alla Relazione del Ministero della Salute del 2001, per complessivi 707 Centri di Salute Mentale), raggiunti in base all'indirizzo reso disponibile dal censimento dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale (Cozza & Napoletano, 1996), hanno risposto 51 di essi, definendo 51 campioni territoriali che sono stati ordinati per latitudine e regione di appartenenza e hanno ricevuto un ordine progressivo (Tabella 1). Per permettere una più chiara ed esauriente esposizione delle evidenze, presentiamo ora i dati ottenuti dai vari item raggruppati secondo modalità che ne permettano una discussione.

#### Prima sezione

Per quanto le risposte raccolte rappresentino il 24,17% dell'ipotetico campione totale nazionale, la distribuzione è relativamente omogenea sul territorio nazionale (31,3% al Nord; 43,1% al Centro; 25,5% al Sud), mancando risposte solo dalla Sicilia, dal Lazio e dalla Valle d'Aosta. Un dato suggestivo potrebbe essere la possibile correlazione inversa tra ricchezza della dotazione organica dei DSM e numero di gruppi a.m.a. presenti sul territorio di competenza.

Correlando il numero di operatori con il numero di abitanti del bacino di utenza del DSM (ciò non è stato possibile, causa dati non pervenuti, per Ponte Valleceppi e Orvieto), abbiamo potuto constatare che il rapporto percentuale (Tabella 2) tra operatori e abitanti è pari nella media a 0,526 operatori ogni 1000 abitanti e quindi pari a 0,789 ogni 1500 abitanti, cioè inferiore del 20% circa rispetto al parametro previsto dalle indicazioni nazionali (1 operatore ogni 1500 abitanti, in base al Progetto obiettivo *Tutela della salute mentale 1998-2000*). È più alto nelle zone di Bari (rapporto = 2,750) e Genova (1,095), mentre si colloca a valori molto bassi nelle zone di Rimini (0,152), Avezzano-Sulmona (0,175) e Andria (0,252). Tuttavia, a conferma della nota inadeguatezza delle risorse umane disponibili, è in media inferiore al parametro previsto, peraltro valutato come insufficiente (Piccione, 2000).

La media di gruppi a.m.a. per DSM è di 4,4: Pisa, Catanzaro e Andria hanno una presenza decisamente ridotta (2), Avezzano-Sulmona ha una presenza deci-

samente più alta (25), Genova ha una presenza doppia della media (11) e Rimini (5) pari a quella nazionale (Tabella 3).

#### Seconda sezione

Gli item 1, 2, 3a, 3b, 7a, 7b, 8, 9 riguardano la parte di questionario volta a censire i gruppi di auto-mutuo-aiuto più intimamente connessi a patologie di tipo psichiatrico: depressione, ansia, psicosi, anoressia e bulimia, disturbi psichiatrici misti e familiari di pazienti psichiatrici. Laddove vi fossero entrambe le possibilità, abbiamo preso in considerazione sia i gruppi che prevedevano la partecipazione anche dei familiari del paziente sia del paziente soltanto.

Appare evidente che, su un totale di 229 gruppi censiti, una netta maggioranza sia rappresentata dai gruppi di disturbi psichiatrici "misti", cioè con presenza di diversi disturbi psichiatrici (27,6%), e dai gruppi di familiari senza pazienti con disturbi psichiatrici presenti (26,2%); seguono poi i gruppi destinati ai pazienti con problemi psicotici con familiari (11,35%) e quelli senza familiari (10,48%) (Figura 1).

Gli item 4a, 4b, 5, 6a, 6b del questionario individuano i gruppi correlati all'uso di sostanze: alcool, fumo di sigaretta e sostanze illecite o sostanze diverse da alcool e tabacco. Su 321 gruppi censiti, ben il 78,19% è rappresentato dai Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT): questi sono gruppi (o meglio "comunità multifamiliari" che dichiarano di aver superato il modello dell'auto-mutuo-aiuto [Hudolin, 1995]) destinati a famiglie con problemi correlati all'alcool. Seguono, nell'ordine, i gruppi destinati al tabagismo (10,9%) e a gruppi di pazienti alcolisti senza la presenza dei familiari (6,54%).

L'item 21, pur non essendo il successivo rispetto alla numerazione progressiva e appartenendo a un'altra sezione del questionario, riguarda un importante aspetto dei gruppi censiti dagli item precedenti (1-9): esso, infatti, indaga se nei gruppi citati fino a qui sia ammessa o meno la presenza di un operatore, figura destinata a catalizzare le dinamiche gruppali.

Dei 51 campioni presi in considerazione da questa ricerca, in 25 (49,02%) tutti i gruppi compresi dagli item 1-9 ammettono la presenza di operatori, in 12 (23,53%) la maggior parte dei gruppi li ammette e solo una percentuale minima ne indica l'assenza o il numero esiguo.

I gruppi di auto-aiuto presi in considerazione dai successivi item 10, 11, 16, 17 sono tutti composti da



■ Tabella 2. Rapporto tra dotazione organica e abitanti in ognuno dei 51 territori

N.		CITTÀ	Abitanti per bacino di utenza (in migliaia)	Operatori dipartimentali	Rapporto 1 operatore per 1000 abitanti
1	N	Adria	75	36	0,480
2	S	Andria	250	63	0,252
3	C	Arezzo	49	31	0,632
4	C	Avezzano	200	35	0,175
5	S	Bari	28	77	2,750
6	N	Belluno	129	93	0,720
7	S	Benevento	296	208	0,702
8	S	Brindisi	411	193	0,469
9	N	Bussolengo	230	180	0,782
10	S	Cagliari	498	273	0,548
11	C	Camerino	45	25	0,555
12	S	Carbonia	149	53	0,355
13	S	Catanzaro	160		
14	C	Civitanova	105	40	0,380
15	C	Colle Val d'Elsa	60	32	0,533
16	N	Dolo	250	100	0,400
17	N	Genova	600	657	1,095
18	C	Grosseto	98	74	0,755
19	C	Gubbio	56	21,5	0,383
20	C	Jesi	100	52	0,520
21	C	L'Aquila	103	91	0,883
22	N	La Spezia	219	86	0,392
23	C	Lucca	220	134	0,609
24	S	Lucera	55	16	0,290
25	C	Massa Carrara	219	81	0,369
26	C	Massa M.ma	45	25	0,555
27	N	Mezzolombardo	102	48	0,470
28	S	Montalbano	85	26	0,305
29	C	Montepulciano	65	31	0,476
30	C	Orbetello	52	22	0,423
31	C	Orvieto CSM	45	14	0,311
32	C	Orvieto DSM	?	92	
33	C	Pesaro	140	126	0,900
34	C	Pescara	300	75	0,250
35	C	Pisa	320		
36	C	Pistoia	270	92	0,340
37	C	Ponte Valleceppi		20	
38	N	Pordenone	286	160	0,559
39	N	Portogruaro	196	138	0,704
40	C	Prato	250	99	0,396
41	S	Putignano	240	70	0,291
42	N	Ravenna	354	236	0,666
43	N	Reggio Emilia	453	408	0,900
44	N	Rimini	276	42	0,152
45	S	Sanluri	147	41	0,278
46	N	Savona	272	190	0,698
47	S	Taranto	606	302	0,498
48	N	Tolmezzo	78	52	0,666
49	N	Tortona	185	88	0,475
50	N	Trento	140	80	0,571
51	S	Vibo Valentia	180	86	0,477
<b>51</b>		<b>TOTALE</b>	<b>9692</b>	<b>5102,5</b>	<b>0,526</b>

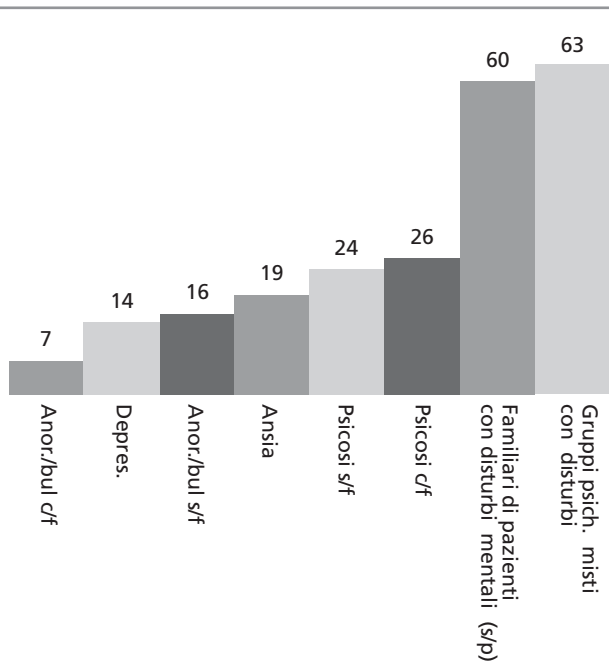


■ **TABELLA 3. Distribuzione dei gruppi a.m.a. per tipologia in ognuno dei 51 territori**

CITTÀ	Ansia	Psicosi s/f	Psicosi c/f	Anor./ bul s/f	Anor./ bul. c/f	Gruppi psych. misti con più disturbati	Familiari di pz. con disturbi mentali s/p	Tot.
Tolmezzo (UD)				1,0	1,0		2,0	4,0
Mezzolombardo (TN)			1,0	1,0			1,0	3
Belluno				1,0		1,0	2,0	4,0
Trento	3,0	1,0	1,0	1,0		4,0	2,0	12,0
Pordenone						2,0	1,0	3,0
Portogruaro		1,0					1,0	2,0
Bussolengo (VR)	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	6,0
Dolo (VE)	1,0			0,5	0,5		2,0	4,0
Adria (RO)			1,0				1,0	2,0
Tortona (AL)		3,0					2,0	5,0
Genova	2,0					6,0	3,0	11,0
Savona		3,0					3,0	6,0
Reggio Emilia		1,0	1,0	2,0	3,0		1,0	8,0
Ravenna		1,0		1,0		5,0	2,0	9,0
La Spezia	1,0			1,0				2,0
Rimini				1,0		2,0	1,0	4,0
Massa Carrara	3,0			1,0		2,0	1,0	7,0
Pistoia			2,0				2,0	4,0
Pesaro			3,0	2,0			2,0	7,0
Prato						6,0	1,0	7,0
Lucca		1,0		1,0			2,0	4,0
Pisa						2,0		2,0
Jesi (AN)		1,0	1,0			1,0	1,0	4,0
Arezzo		1,0		1,0			1,0	3,0
Colle Val d'Elsa (SI)						1,0		1,0
Gubbio (PG) CSM	1,0	1,0					0,8	2,8
Civitanova Marche (MC)						0,0	0,0	0,0
Ponte Valleceppi (PG) CSM								
Camerino (MC)			1,0			4,0	4,0	9,0
Montepulciano (SI) CSM								
Massa M.ma (GR) CSM	1,0							1,0
Grosseto	3,0	1,0				2,0	2,0	8,0
Orvieto (TR) CSM							1,0	1,0
Orvieto (TR) DSM			3,0					3,0
Orbetello (GR)						2,0		2,0
Pescara	2,0	3,0	5,0	1,0	1,0	6,0	5,0	23,0
L'Aquila CSM						1,0		1,0
Avezzano-Sulmona (AQ)			1,0				1,0	2,0
Lucera (FG)								
Andria (BA)							2,0	2,0
Benevento		1,0				1,0		2,0
Bari		1,0	1,0				3,0	5,0
Putignano (BA)								
Brindisi		2,0						2,0
Taranto						5,0	1,0	6,0
Montalbano Jonico (MT)						1,0	1,0	2,0
Sanluri (CA)						5,0	2,0	7,0
Cagliari						1,0	1,0	2,0
Carbonia (CA)			4,0			1,0	1,0	6,0
Catanzaro	1,0							1,0
Vibo Valentia		1,0				1,0		2,0
<b>TOTALE</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>15,5</b>	<b>6,5</b>	<b>63</b>	<b>59,8</b>	<b>229</b>
	19	24	26	16	7	63	60	229



■ FIGURA 1. Gruppi a.m.a. divisi in base ai problemi di salute mentale affrontati.



familiari di persone con problemi che variano dall'uso dell'alcool a quello di sostanze illecite, all'handicap o ritardo mentale, alla malattia di Alzheimer oppure patologie non meglio specificate. Tutti sono accomunati dall'assenza della persona affetta dal disturbo. Vi è una netta prevalenza dei gruppi formati dai familiari di portatori di handicap o di ritardo mentale, seguiti da quelli dei familiari di persone affette da Alzheimer.

Il gruppo di quesiti di cui agli item 12, 13, 14, 15, 18 cerca di inquadrare i gruppi di a.m.a. che, seppur accomunati dall'essere destinati a persone portatrici di un problema o di una patologia e che, dunque, non prevedono la presenza dei familiari, si differenziano molto per la tematica che li caratterizza: essi spaziano da persone con problemi di obesità e sovrappeso ad ammalati di HIV/AIDS, a pazienti neurologici fino a comprendere "donne che amano troppo". Vista anche la stretta correlazione con la prevalenza dei vari disturbi sopra citati, i gruppi più rappresentati sono quelli composti da pazienti con problemi di sovrappeso.

Analogamente al 21, l'item 23 cerca di definire la presenza di operatori nei gruppi censiti dagli item 10-20: appare evidente, nell'analizzare i dati di ritorno dai campioni territoriali, che un numero considerevole di essi non ha fornito alcuna risposta (41,18%); le risposte

della restante parte dei campioni sono pressappoco simili per percentuale (si varia da un minimo del 3,92% a un massimo del 15,68%).

#### Terza sezione

Questa sezione riguarda il ruolo dell'operatore-facilitatore ed è già stata in parte esaminata precedentemente agli item 21 e 23. Gli item 25 e 26 prendono in esame la figura dell'operatore: nel primo caso indagando quanti siano i gruppi i cui operatori sono, a loro volta, membri di un gruppo; nel secondo item, invece, quanti operatori siano dipendenti in orario di lavoro. Nel primo caso, il totale nazionale è 65, nel secondo 373, il che depone per un ruolo decisivo degli operatori dei servizi pubblici nella facilitazione dei gruppi a.m.a., che talvolta si raddoppiano nella loro presenza (373 operatori su 229 gruppi totali), e l'iniziale ruolo dei membri dei gruppi "recuperati" nella facilitazione degli stessi gruppi.

#### Quarta sezione

L'obiettivo dell'item 27 è valutare quale sia l'opinione personale del direttore del DSM riguardo alla partecipazione dei familiari delle persone affette da patologie psichiatriche gravi ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Su 51 risposte dei Direttori di DSM, 35 (68,6%) erano a favore della formazione di un gruppo a.m.a. di familiari separato da quello dei portatori della patologia, mentre solo 9 (17,6%) erano più favorevoli a un gruppo unico insieme ai pazienti. Ciò appare in contrasto con la realtà in cui, come abbiamo visto, i gruppi per disturbi psicotici con familiari sono lievemente più numerosi di quelli senza (26 vs. 24).

Infine, gli item 28, 29 e 30a, b, c mirano a evidenziare eventuali suggerimenti per migliorare i gruppi a.m.a. esistenti e cercano di indagare eventuali gruppi in formazione. L'item 28 cerca di ottenere informazioni su quali siano, secondo il Direttore del DSM, le caratteristiche auspicabili per i gruppi di a.m.a. in salute mentale e quali siano le tipologie di pazienti per cui non sono adatti.

Nel quesito 29 si chiede invece di valutare, con un punteggio da 1 a 10, quanto siano importanti i gruppi di a.m.a. per le patologie mentali. Il punteggio medio ottenuto è particolarmente alto (pari a 8,6)

Nell'item 30, che è stato suddiviso in tre sottovoci, si indagano possibili sviluppi futuri dei gruppi di a.m.a. nel territorio di competenza, in particolare se



esistano piani per sviluppare i gruppi a.m.a. nell'anno successivo alla ricerca: solo una minoranza non ha predisposto alcun piano di sviluppo (10 su 51, pari al 19% del totale).

Questi item avrebbero potuto rappresentare un'importante risorsa ai fini della ricerca, ma la loro analisi statistica è resa difficile dall'ampia variabilità che caratterizza le risposte ai quesiti "aperti".

### Discussione e conclusioni

Se un obiettivo della ricerca era avere un censimento dei gruppi di auto-mutuo-aiuto esistenti nel campo della salute mentale, lo scopo principale era tentare di dare risposta ad alcuni quesiti metodologici aperti:

- L'opportunità di coinvolgere le famiglie per intero
- L'opportunità di attivare gruppi per problema o generici
- L'opportunità della presenza degli operatori-facilitatori nei gruppi a.m.a.

Analizzando i dati derivanti dalla ricerca si evince che 51 servizi hanno risposto all'inchiesta, rendendo così possibile il censimento di 229 gruppi di auto-mutuo-aiuto. Si tratta di un censimento del tutto parziale, rispetto ai 211 territori in cui è suddiviso il Paese in base alla competenza territoriale dei DSM, ma occorre tenere presente l'assoluta povertà di mezzi con cui la ricerca è stata condotta. Ciononostante, pur nella sua parzialità, la ricerca attesta la crescita del movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale: i gruppi censiti dalla Ricerca G.A.M.A. sono oltre il doppio di quelli censiti dall'Istituto Devoto di Firenze 4 anni prima nel 1999 (Focardi et al., 2006). La successiva indagine condotta dall'Istituto Devoto (Focardi et al., 2006) ha censito un'ulteriore crescita, pari a 292, da cui vengono esclusi i gruppi per l'ansia, per la depressione e per i disturbi della condotta alimentare, che pure sono in crescita. Inoltre, il campione risulta avere una distribuzione omogenea tra Centro, Nord e Sud Italia.

A questo stesso livello, i Club degli Alcolisti in Trattamento si confermano essere l'esperienza più diffusa.

Un'altra indicazione suggestiva, ma debole per i dati disponibili, è che dove il rapporto tra popolazione e operatori è tendenzialmente più alto vi sono meno gruppi a.m.a. e viceversa: sarebbe una prima conseguenza della teoria di Maguire sull'utilità dei gruppi

di auto-aiuto laddove gli operatori dei servizi "istituzionali" non siano sufficienti a rispondere ai bisogni della comunità.

Nel campione prevalgono i gruppi di familiari e i gruppi "misti" per gli utenti; sono inoltre diffusi gruppi per ansia, depressione e per i disturbi della condotta alimentare. Ciò potrebbe indicare che il movimento dell'auto-mutuo-aiuto è a una svolta: prevale ancora la sedimentazione dell'organizzazione dei familiari dei pazienti rispetto all'"istituzione", indipendentemente dagli specifici problemi, cioè il prodotto storico dell'applicazione della legge di riforma psichiatrica, a fronte di esperienze più recenti in cui contano di più le storie e i problemi dei singoli e delle loro famiglie.

Un dato abbastanza inaspettato è l'equivalenza tra i gruppi per utenti psicotici con e senza familiari. Ciò dovrebbe stimolare una riflessione sul perché molti Direttori di DSM siano dubbiosi o contrari all'inserimento delle famiglie per intero: forse potremmo pensare a un pregiudizio ancora diffuso tra gli operatori dei servizi nei confronti delle famiglie dei pazienti psicotici come risorsa nel trattamento.

Molti dei gruppi censiti ammettono al loro interno gli operatori e la maggior parte di essi è rappresentata da operatori dei servizi in orario di lavoro, mentre solo una minoranza è costituita da membri dei gruppi.

Infine, ciò che rende questa ricerca interessante e ricca di possibili sviluppi è l'elevato punteggio attribuito all'utilità dei gruppi (8,6) e il fatto che la maggioranza dei servizi abbia piani di sviluppo per i gruppi a.m.a.: un indubbio riconoscimento della loro utilità come ulteriore risorsa rispetto ai servizi offerti dai Dipartimenti di Salute Mentale.

In conclusione, il movimento dei gruppi di auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale è in forte sviluppo, parallelo al prendere campo dell'idea dei servizi di salute mentale di comunità, ha tendenzialmente individuato il modello del facilitatore come proprio e si trova a un punto di svolta che può portarlo a uno sviluppo più coerentemente ecologico e sociale, centrato sulle famiglie come risorsa.

### ■ BIBLIOGRAFIA

Corlito G. (2005). *Metodologia e attivazione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale*. Corso SIEP in 4 moduli, CD-rom. Cooperativa Sociale "Uscita di sicurezza": Grosseto

Cozza M. & Napoletano G.M. (1996). *L'assistenza psichiatrica in Italia*. Istituto Italiano di Medicina Sociale: Roma





- Engel G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137, 535-542
- Focardi F., Gori F. & Raspini R. (2006). *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. Cesvot: Firenze
- Folgheraiter F. (1990). *Operatori sociali e lavoro di rete*. Edizioni Erickson: Trento
- Folgheraiter F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*. Franco Angeli: Milano
- Gigantesco A., Bertoldi S., Mosna S., Mirabella F. & Morosini P. (2004). Gruppi di auto-mutuo-aiuto: la valutazione dei benefici dal punto di vista dei partecipanti. *Rivista di Psichiatria* 39, 410-416
- Goldberg D. & Huxley P. (1980). *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistok: London
- Gottlieb B.H. (1995). Research on mutual aid and social support: Progress and future directions. *Canadian Journal of Community Mental Health* 14, 229-234
- Hudolin V. (1995). *Sofferenza multidimensionale della famiglia*. Eurocare: Padova
- Katz A.H. & Bender E. (1976). *The strength in us: Self-help groups in the modern world*. Franklin Watts: New York
- Kessler R.C. (1995). The National Comorbidity Survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 5, 139-151
- Kickbush I. & Hatch S. (1983). *Self-help and health in Europe: New approaches in health care*. World Health Organization: Copenhagen
- Maguire L. (1989). *Il lavoro sociale di rete*. Edizioni Erickson: Trento
- Noventa A. (1993). I gruppi di auto-mutuo-aiuto. Una risorsa per la comunità locale. *Il seme e l'albero*, n. 1
- Piccione R. (2000). *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia*. Franco Angeli: Milano
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1998). *21 obiettivi per il 21° secolo*. World Health Organization (WHO): Copenhagen
- Segal S.P., Redman D. & Silverman R. (2000). Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services* 51, 1148-1152
- S.I.E.P. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. (2004). *Osservazioni sullo stato della Riforma dell'Assistenza Psichiatrica in Italia*. IX Riunione Scientifica Annuale: Nocera Inferiore (sul sito [www.siep.it](http://www.siep.it))
- Silverman P.R. (1989). *I gruppi di auto-mutuo-aiuto*. Edizioni Erickson: Trento
- Stead L.F. & Lancaster F. (2000). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2, CD001007
- Steinberg D.M. (2002). *L'auto-mutuo-aiuto*. Edizioni Erickson: Trento
- Tansella M. (1999). Epidemiologia e psichiatria clinica. In: *Trattato Italiano di Psichiatria* (eds. P. Pancheri & G.B. Cassano). Masson: Milano

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giuseppe Corlito  
Dipartimento Salute Mentale  
Via Cimabue, 102  
58100 Grosseto  
Tel.: 0564 485554  
Fax: 0564 485576,  
E-mail: g.corlito@usl9.toscana.it