

**X° Congresso Annuale GAMIAN-Europe GobaI Alliance of Mental Illness Advocacy
Network -
Terme Tuhelij, Croazia - 1 – 4 Novembre 2007**

Tema: “Stigma and Empowerment”

Sintesi degli interventi

(traduzione a cura di Paola Pivano - D.I.A.PSI. Piemonte)

La Convenzione ha visto la partecipazione di circa 90 delegati e 40 associazioni provenienti da 26 Paesi europei ed extra europei.

Il saluto ai partecipanti è dato, in rappresentanza del Ministro della Sanità, dal **Dr. Veljko Dordevic**, Direttore dell’Istituto Nazionale Croato per la Salute Mentale, che presenta un dettagliato rapporto sulla psichiatria e sulla salute mentale in Croazia, dove la situazione è nettamente migliorata a partire dagli anni settanta quando venne introdotta la farmacologia nel settore, si diede inizio ad azioni programmate anti-stigma, le inferriate vennero abbattute negli ospedali psichiatrici che furono chiusi o trasformati in luoghi aperti di cura, lavoro e recupero dell’ammalato. Tutto ciò grazie a un costante lavoro di gruppo e di interazione fra i vari servizi della sanità pubblica. Lavoro interattivo che progredisce e lascia bene sperare per il futuro

Viene assegnata la targa d’argento del **Gamian Award** (premio di riconoscimento GAMIAN) al **prof. Norman Sartorius**, fra i più eminenti ed influenti psichiatri della sua generazione, professore all’Università di Ginevra e membro delle più importanti associazioni mondiali e il cui ruolo fu essenziale nella stesura dello “Studio del GAMIAN sullo Stigma”. Il prof. Sartorius, impossibilitato a partecipare di persona, ha inviato un toccante messaggio di ringraziamento e di auguri di successo per la Convenzione.

Prima Sessione - “Stigma and Empowerment”

Primo relatore: Dr. Nadarasa Yoganathan, membro del Group Analitic Society, GB. Tema: **“Stigma and Empowerment”** - Riferisce su alcuni dei maggiori cambiamenti rilevati nel settore della salute mentale in Inghilterra negli ultimi vent’anni ed esamina recenti modelli di stigma, presenti non solo nel settore della salute mentale, ma in generale in tutti i campi, e la maniera per affrontarli. Lo stigma, termine di origine greca, è un inevitabile prodotto della vita sociale, che diventa esclusivo e crea regole locali e forme di gerarchia. Individui che non si adattano alle regole possono escludersi da soli dalla comunità e inconsapevolmente aumentare lo stigma. Questo processo didattico deriva da emozioni primitive, evocate quando ci si confronta con situazioni ambivalenti. Lo stigma salta fuori prepotente quando si parla di età, di razza, di religione, di genere, di sessualità e, quando associato alla malattia mentale, è spesso attribuito a mancanza di empatia o di comprensione da parte della società (esempio: se tu parli a Dio perché ritieni che ti ascolti, stai pregando; se Dio parla a te e tu lo senti, sei considerato schizofrenico).

L’ “Empowerment”, che significa dare autorità al potere che ognuno ha rafforzando la capacità di assumere decisioni autonomamente, è raggiungibile più facilmente quando lo stigma è rivolto a livello personale, quando si è coscienti della propria ambivalenza verso lo stigma stesso. Riconoscere questa ambivalenza è il primo passo verso la comprensione dell’altro, quindi il pensare in maniera aperta e dialettica conduce a un dialogo più facile con l’altro. Conclude con le parole del Mahatma Gandhi “Sii tu il cambiamento che vorresti vedere nel mondo”

Secondo relatore: Dr. Elaine Brohan, Health Service and Population Dept., Institute of Psychiatry, King’s College, London – tema: **“Tenth Gamian Europe Stigma Survey”** - Presenta i metodi seguiti e i risultati ottenuti nella Ricerca del Gamian -Europe sullo Stigma La ricerca aveva come primario obiettivo quello di raccogliere dati a livello europeo (coinvolti 20 Paesi) sulla natura e la frequenza dell’auto-stigma in individui con diagnosi di Malattia Mentale, di stabilire la proporzione esistente tra auto-disistima e discriminazione, di indagare sulla relazione esistente tra

auto-stigma, “empowerment “ -inteso come processo di acquisizione di capacità di controllo -discriminazione percepita e fattori socio-demografici. Lo studio prevedeva la compilazione di un questionario (anonimo), comparativo per regioni, da parte dei partecipanti su auto-stigma, discriminazione e capacità di auto-controllo. I partecipanti hanno riferito di diagnosi relative alle varie patologie e principalmente schizofrenia, disturbo bipolare, depressione e ansia. Sono stati compilati 4.663 questionari. I dati analizzati indicano che ovviamente esistono differenze nelle risposte a seconda dei vari Paesi, che l’influenza di fattori socio-demografici varia da Paese a Paese, ma anche che un buon livello di rafforzata capacità decisionale può essere possibile.

Seconda Sessione “The Patient Perspective” – La prospettiva del Paziente

Terzo relatore: Pedro Manuel Ortiz de Mantellano, associazione ADEB, Portogallo. Tema: “L’auto-stigma” Parla della sua personale esperienza di vita ed esamina il comportamento, le attitudini della gente nella società, la relazione tra auto-stigma e disturbo mentale, la difficoltà di affermare la propria particolare identità, il modo di vedere la realtà da parte del malato e la percezione del tutto contraria della stessa realtà da parte degli altri. Parla di quello che definisce “il paradigma della bottiglia” (da lui messo in atto), e cioè considerare la bottiglia mezza vuota e mezza piena, il che significa non perdere la speranza (la bottiglia mezza piena) di avere una vita normale in futuro. In tutte le difficoltà che ha dovuto affrontare, ha sempre pensato alla bottiglia mezza vuota e mezza piena, dando fiducia alla seconda. Ed egli è riuscito in questa impresa ed è orgoglioso del suo modo di vivere attuale. Sostiene che, pur esistendo ovviamente svantaggi nella malattia (che deve sempre comunque essere seguita e curata) specialmente quando si cerca di nasconderla o non si riesce ad accettarla con tutte le negative spiacevoli conseguenze, ciò nondimeno vi sono anche vantaggi. E questo succede se e quando si prende coscienza della malattia, e questa comincia a diventare più sopportabile, e non è più il centro assoluto della vita; allora le crisi diventano meno frequenti, la reazione verso determinate situazioni è più controllata e quindi si affrontano le difficoltà con più calma, e si accetta meglio il farmaco perché lo si conosce. Accettandosi per quello che si è non ci si sente più meno capaci di essere felici di quanto non si sentano gli altri sani.

Quarto relatore: Inger Nilsson, Presidente di EUFAMI e Consigliere della Federazione Nazionale Svedese di Persone con la Schizofrenia. Tema: “Lo stigma dalla famiglia e dentro la famiglia” - Sulla base della propria esperienza personale, come madre di figlia schizofrenica e come paziente ella stessa, caduta in depressione per disperazione (e ora guarita), tratta dei problemi e delle sfide che la famiglia deve affrontare al proprio interno: silenzio fra marito e moglie, parenti che provano vergogna nell’aver un ammalato mentale in famiglia, trauma costantemente tenuto nascosto, amici scomparsi al momento del ricovero di sua figlia in ospedale psichiatrico, auto-stigma, assoluto silenzio con gli altri. Parla poi dei miti negativi più comuni sorti attorno alla malattia mentale: la malattia è causata da debolezza personale, il malato mentale è meno intelligente, non ha possibilità di recupero, è persona pericolosa. Lo stigma è un marchio e in schizofrenia è fortissimo. La discriminazione (finanziaria, di lavoro, di cura, di amici) colpisce non soltanto il malato, ma tutta la famiglia. E fuori della famiglia i media non aiutano: le notizie più comunemente riportate riguardano crimini, suicidi, omicidi, droga etc. e molto raramente fanno menzione dei pubblici servizi per la salute mentale e delle associazioni private di appoggio al disagio mentale. Le conseguenze dello stigma possono essere devastanti: autostima al minimo, senso di colpa, fine di amicizie e di relazioni, scarse opportunità di impiego. E tutto questo si traduce in depressione e isolamento. Metodi quali l’educazione a partire dalle scuole, il parlare apertamente della malattia, la qualità delle cure, l’uso del linguaggio (etichettare qualcuno come schizofrenico corrisponde a distruggerlo), delle linee guida per i media aiuterebbero molto a ridurre lo stigma.

Quinto relatore: Dr. Sladjana Strkalj Ivezic, Croazia. Tema: “Lo stigma nella professione medica” - Il codice di comportamento etico in psichiatria è regolato dalla Dichiarazione di Madrid, che protegge gli interessi e i diritti del paziente. Violano il codice il mancato rispetto

dell'autonomia e della vita privata del paziente, le cure apportate senza il suo consenso, la mancanza di informazione circa le sue condizioni di salute, la mancata spiegazione di possibili strategie, vantaggi e svantaggi delle cure. Il dialogo aperto sulle diagnosi diventa un obbligo etico per lo psichiatra (la reticenza nel comunicare una diagnosi di schizofrenia al paziente è una presunzione scorretta circa il suo comportamento, le sue capacità e il suo stesso valore). Lo stigma e la discriminazione che spesso lo segue isolano il paziente deteriorandone ulteriormente la salute. A causa dello stigma, gli psichiatri a volte esitano, anche inconsciamente, a pronunciare una diagnosi chiara e precisa e tendono a sostituire i termini schizofrenia o disordine bipolare con "una psicosi acuta" o termini simili. Il risultato è che il paziente non conoscerà la propria diagnosi, cercherà di leggere e trovare delle risposte nella documentazione che riuscirà a trovare, darà una personale errata interpretazione della diagnosi e finirà per esserne spaventato, sentirsi isolato e non avere nessun aiuto. Perché è necessario parlare della diagnosi? Perché se non si parla al paziente della sua malattia, dei sintomi, di come comportarsi, del capire perché è successo, le speranze di recupero sono molto poche. Lo stigma, presente in tutti gli aspetti della società, è spesso seguito dalla discriminazione, dall'isolamento dalla normale quotidianità favorendo così un peggioramento della qualità della vita. Se un professionista capace informa il paziente su tutti gli aspetti della patologia, le possibilità di recupero saranno maggiori. I medici devono essere sicuri al cento per cento nel comunicare una diagnosi per non caricare inutili pesanti fardelli sul paziente, che non va considerato più pericoloso e incapace di quanto non sia realmente, e ciò per evitare un non necessario ricovero ospedaliero. Una non necessaria ospedalizzazione aggiungerebbe lo stigma di venir curato in una istituzione psichiatrica.

Quinto relatore - Petra Videmsek, M.A. Membro del Consiglio Gamian-Europe Tema: "Empowerment: l'esperienza slovena" – Viene messo a fuoco il concetto di "empowerment", espressione usata per riferirsi a un ampio spettro di processi diversi e di esperienze pratiche. Può essere visto anche come strumento per potenziare il servizio per gli utenti e lo si può appunto realizzare fornendo esperienza, educazione, e ricerca agli utenti stessi, dal momento che di norma educazione e ricerca sono esclusivamente riservate ai professionisti e non a chi non ha esperienze alle spalle. Ha un ruolo centrale nel legittimare la conoscenza delle problematiche del settore, perciò un coinvolgimento nella ricerca basata su esperienze può rivelarsi particolarmente importante, visto che offrirebbe un'opportunità di sviluppo personale e anche spazio per un'analisi alternativa del servizio. Attraverso questo processo di rafforzamento delle capacità decisionali, l'individuo acquista il senso di appropriazione della propria esistenza. Diventa il fulcro grazie al quale raggiungere un alto grado di capacità funzionale e di conseguenza avere forse maggior probabilità di ottenere buoni risultati nella malattia. Ciò nondimeno, tale processo di acquisizione di maggior potere decisionale non può venire imposto a individui o gruppi, poiché presenta molte sfaccettature e non una sola definizione. Deve essere adattato e deve sempre essere considerato un processo in corso, non un risultato finale. Gli utenti e i ricercatori devono interagire e collaborare. Le conoscenze di professionisti e di utenti, combinate insieme, possono realmente produrre effetti positivi.

Quinto relatore - Raluca Nica, Past- President GAMIAN-Europe, Bucarest Tema: "Lo stigma e gli adolescenti – l'esperienza rumena" Il relatore riferisce di un'indagine valutativa all'interno della scuola, condotta in 14 scuole superiori di 13 province rumene fra 1.515 studenti dell'ultimo anno, con domande relative alla conoscenza della malattia e altre sull'attitudine degli interrogati rispetto ai malati schizofrenici. Le risposte ottenute hanno rivelato che: a) i soggetti interpellati hanno la chiara opinione che la schizofrenia è un disturbo mentale, che gli ammalati tendono alla violenza, che necessitano di farmaci, che non esiste relazione alcuna tra malattia e famiglia non abbiente; b) gli interpellati tendono ad affermare che lo schizofrenico ha una personalità debole, che non è in grado di lavorare, che spesso è ritardato mentale o meno intelligente della media; c) molti hanno opinioni confuse e credono che la malattia sia causata da stress e che una percentuale dell'intera popolazione può essere colpito dalla malattia durante il corso della vita. Alla domanda: "provate timore davanti all'ammalato?" il 50% ha risposto di no, il 32% non è sicuro, il 16%

probabilmente. Più del 24% fornisce risposte “non sicure” riguardo all’attitudine manifestata verso persone con disturbo di schizofrenia e ciò è imputabile a mancanza di conoscenza dei sintomi della malattia, al comportamento del malato schizofrenico e alla tendenza ad evitare un diretto o indiretto contatto sociale col malato. E’ risultato ovvio il fatto che i soggetti interpellati si vergognerebbero o sarebbero imbarazzati se un loro amico venisse a sapere che nella loro famiglia c’è qualcuno malato di schizofrenia.

Sesto Relatore – Markku Salo, PhD, Project Manager Finnish Central Association for Mental Health, Helsinki, Finlandia, presenta un progetto di ricerca “*User-based Research and Empowerment*” – basata sugli utenti dei servizi per la salute mentale e sull’ “empowerment” (rafforzamento delle capacità decisionali) – portato avanti tra l’Associazione Finlandese per la Salute Mentale e l’Assessorato alla Sanità della Regione Toscana in Italia, nel quale 15 utenti dei servizi, italiani e finlandesi, sono coinvolti quali co-ricercatori. Nello studio si valutano le esperienze relazionate degli utenti/pazienti recentemente dimessi dai reparti psichiatrici e si sottolinea il persistente ruolo sociale degli utenti intesi come “oggetti” di cure, riabilitazione e ricerca condotte principalmente da psichiatri, psicologi, sociologi, accademici, personale specializzato, etc. Lo studio pone alcune domande basilari sulla relazione esistente tra la ricerca sugli utenti, l’ auto-riabilitazione e l’ “empowerment”. Lo studio evidenzia : a) l’importanza che gli utenti dei servizi partecipino attivamente alla ricerca e alla valutazione della qualità del servizio (apporti di esperienza), b) se e in quali modi una ricerca coinvolgente anche l’utente possa completare quella puramente accademica nell’acquisizione di una conoscenza corretta dei problemi e se tale acquisita conoscenza sia radicalmente diversa oppure no da quelle “ufficiali”, cioè prevalentemente accademiche, normalmente ottenute, c) in che modo l’essere co-ricercatore possa aiutare l’utente nel processo di auto-riabilitazione e nelle attività di gruppo autogestito . Responsabilizzare l’utente dei servizi nella condivisione della ricerca può inoltre mettere in chiaro chi possa rappresentare gli utenti stessi, e stabilire quando gli utenti abbiano bisogno di una rappresentanza. Non vi sono infatti fondamentali impedimenti a che gli utenti, al momento attuale, possano diventare parte attiva nel pianificare, prevedere le necessità, valutare i risultati della ricerca nel campo della salute mentale.

Settima Relazione / Intervento di tre relatori - “Eli Lilly Wellness Programmes” - Frances Beves, Director European Operations, Eli Lilly UK, Inghilterra, illustra i programmi di aiuto alla salute della Società Farmaceutica Eli Lilly , portati avanti in 21 Paesi europei, per sostenere le necessità dei malati mentali gravi, indipendentemente dalle cure seguite, al fine di aiutarli ad acquisire abitudini che possano migliorare il loro quotidiano stato di salute. Illustra gli scopi dei programmi che aiutano anche il malato a fronteggiare e gestire i rischi derivanti da problemi di metabolismo, quali l’aumento di peso, il diabete, l’aumento del colesterolo, e a volte esacerbati, come recenti dati dicono, dai nuovi farmaci “atipici”. Svitati organismi, quali associazioni di pazienti e curanti, organizzazioni professionali hanno appoggiato tali programmi. **Eddie Greenwood, Director Business Dev. and Strategy of RETHINK, UK** (importante istituzione inglese per la salute mentale) riferisce come un malato di mente grave possa perdere una media di dieci anni di vita a causa di uno stile di vita inadeguato e misero e di una cagionevole salute (rischio di infarto, diabete, epatite C, AIDS e uso incorretto di sostanze dopanti). RETHIK ha promosso una azione di lobbying nei confronti del governo per un cambiamento in meglio e per ottenere servizi più efficienti. Ha inoltre adottato il programma Eli Lilly nel territorio e al momento ha 12 suoi infermieri professionali che partecipano ai programmi di formazione. **Dr. Sladjana Izevic**, uno dei più importanti psichiatri in Zagabria, relaziona sul programma Eli Lilly adottato in Croazia, applicato senza difficoltà a 40 pazienti e molto bene accetto. I risultati sono stati positivi, anche se ulteriormente migliorabili.

Sessione dedicata a relazioni di carattere scientifico corredate da testimonianze di pazienti membri di organizzazioni socie del GAMIAN-Europe

Ottavo Relatore – Prof. Jan Scott, Newcastle University and Institut of Psychiatry, London, UK , tema: “*Disordini Bipolari*”. Si sofferma sulle ricerche fatte sulle strategie di trattamento

combinato (farmacoterapia e psicoterapia) per pazienti bipolari, depressione grave e cronica, schizofrenia e sul ruolo dei fattori psicologici e cognitivi nella prognosi di disturbo mentale grave. Fa una panoramica sui correnti temi relativi al trattamento del Disturbo Bipolare – aumento dell'uso di antipsicotici atipici, problemi crescenti di depressione bipolare, possibile ruolo di terapie psicologiche. Osserva comunque, tra l'altro, il fatto che il 30% dei normali pazienti in cura per qualsiasi malattia non segue le cure prescritte o le interrompe, esattamente come fanno i pazienti sofferenti di malattia mentale, sfortunatamente, nel secondo caso, con conseguenze assai peggiori. Denuncia come l'informazione data al paziente non sia sufficiente e che l'informazione dovrebbe andare di pari passo con l'insegnamento all'auto-controllo e con la conoscenza dei problemi connessi al disturbo mentale di cui soffre il paziente stesso, fattori questi che potrebbero essere di grande utilità. Denuncia infine il pericolo di eccessi nelle diagnosi.

Collegata alla relazione della Prof: Jan Scott, **Kathleen Harding, AWARE, Irlanda**, parla della propria esperienza nei confronti dello stigma all'interno della sua famiglia, poiché sua madre soffriva di depressione. Fu stigmatizzata a scuola, quando i compagni la isolarono per via di sua madre malata, e lei si sentì completamente sola e cadde a sua volta in depressione, scoprendo sulla sua pelle il significato di questa malattia. Non perse però la speranza di recupero, come era in precedente accaduto a sua madre, e, sebbene con fatica, riuscì a superare la malattia e a venirne fuori. Afferma come sia molto importante comportarsi per quello che si è, accettare il proprio stato di salute e essere onesti con il proprio psichiatra. Con l'Associazione AWARE ha trovato un nuovo interesse per la vita.

Seconda testimonianza afferente la relazione della Prof. Jan Scott viene presentata da **Guadalupe Morales, Presidente Fundación Mundo Bipolar, Spagna**, che narra la sua storia di vita. Nata in Messico, dovette spostarsi da Paese a Paese a causa della professione dei genitori. A 16 anni dovette tornare in Spagna. Fu per lei un cambiamento deleterio e cominciò a soffrire di depressione. A 19 anni le venne diagnosticata una patologia da Disturbo Bipolare. Riuscì a recuperare la salute dopo anni di disperazione, si sposò, iniziò la carriera di giornalista e cinque anni orsono, con l'aiuto del marito, creò il sito "bipolarweb.com" e fondò la Fondazione Mundo Bipolar che raccoglie una quantità di testimonianze di vita di malati e di famigliari. I principi indicati sono quelli di seguire il trattamento farmacologico, conoscere la malattia, essere consapevoli dei sintomi, combattere l'isolamento, e riuscire ad avere diagnosi precoci per prevenire il suicidio. Lo scopo di Mundo Bipolar è quello di creare una piattaforma, con il GAMIAN-Europe, per dar voce alle organizzazioni per il disturbo bipolare, per ora essenzialmente europee senza però esclusioni di sorte, al fine di poter comparare, condividere e scambiarsi opinioni su obiettivi che sono comuni.

Ottavo Relatore – Dr. Marc de Hert, Md PhD, Università di Lovanio, Belgio, tema: *"Schizofrenia, panoramica sugli studi sulle psicosi dal 2005 al 2007"* – Commenta studi, non ancora sufficientemente testati e, quantunque interessanti, non completamente attendibili, che sottolineano una evoluzione della genetica nella schizofrenia, da un gene singolo al rischio di geni multipli. Tali studi riferiscono di una interazione tra ambiente e uso della cannabis, e segnalano il rischio crescente dello svilupparsi di psicosi, specialmente quando l'uso della cannabis incominci in giovane età. Gli studi segnalano inoltre che la differenza maggiore fra vecchie e nuove generazioni di antipsicotici riguarda gli effetti collaterali. Però il metodo di analisi, fatta a randomizzazione e pertanto non precisa, usato per alcuni studi, e la media calcolata della durata delle visite specialistiche, non sono in grado di riflettere, la normale, reale, pratica clinica. E' importante comunque puntualizzare che le co-morbilità somatiche e la salute fisica degli schizofrenici sono diventate un grosso problema in questi ultimi anni. La morte prematura è confermata nel caso di schizofrenia: nei giovani soprattutto per suicidio, più in là negli anni per mortalità cardiovascolare. Si dà purtroppo poca importanza alla co-morbilità e non esistono dati sufficientemente sicuri. I somatismi non vengono presi in nessuna considerazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso una azione di lobby perché la psichiatria venga reintegrata nella medicina e di conseguenza vengano riconosciuti al malato mentale i basilari diritti umani.

Collegata alla relazione scientifica, la testimonianza di **Peter Kottas, ENOSH, Israel**, che narra la storia della sua vita e parla con estrema calma e sincerità delle cause che lo hanno portato alla schizofrenia al termine dei suoi studi universitari in biologia, delle difficoltà che incontra quotidianamente e come riesca, grazie all'aiuto che trova e ha trovato in ENOSH, a farvi fronte. In principio non accettò la diagnosi di schizofrenia, rifiutò le cure, e gli ci vollero sette anni per accettare la malattia. Da allora incominciò a riorganizzarsi la vita. Trovò un lavoro, grazie anche alla continua assistenza. Ora non si sente più isolato, condivide da allora un appartamento con un partner anch'egli di ENOSH e si sente abbastanza indipendente. Spera di poter tornare a un qualche lavoro accademico (al momento conduce studi sull'influenza dei cambiamenti climatici sugli alberi da foresta in Israele) e vorrebbe incontrare una compagna con la quale avere una romantica relazione.

Nono e ultimo Relatore, - Susanna Hyvärý, Diaconia University of Applied Sciences, Helsinki, Finlandia, tema: *“Politiche dell' Esperienza e Cittadinanza nella Salute Mentale”*. Illustra la propria tesi di laurea sulle “politiche dell'esperienza”, intese a indicare una linea di demarcazione oltre la quale i significati attribuiti a una sperimentata crisi di vita individuale possono portare a profondi cambiamenti nei ruoli sociali e occupazionali. In Finlandia per esempio l'allontanamento dalla società di individui marginalizzati e stigmatizzati ha influenzato lo sviluppo di nuove pratiche di cura, di riabilitazione e di politiche civili. L'idea delle politiche dell'esperienza può aiutare a decodificare varie situazioni e può rispondere a molte domande connesse allo stadio della malattia, a chiarire problemi di auto-immagine in persone con problemi di salute mentale, di abuso di droghe e aiutare ad acquisire un senso di Cittadinanza.

Nell'ambito del Convegno si sono tenuti anche quattro tavoli di lavoro su: *“Media”*, *“Adolescenti e bambini nelle scuole”*, *“la famiglia”*, *“La sicurezza del Paziente”*.

Ulteriori informazioni disponibili sul sito www.gamian.eu o contattando la Segreteria del GAMIAN-Europe e-mail: gamian-europe@clicknet.ro