



Unione europea  
Fondo sociale europeo



**MINISTERO DEL LAVORO  
E DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

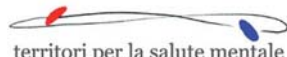
Direzione Generale per le Politiche  
per l'Orientamento e la Formazione



**Regione Lombardia**



iniziativa  
comunitaria



territori per la salute mentale

**Germana Agnetti,  
Arcadio Erlicher,  
Yuri Kazepov,  
Fabio Lucchi,  
Ruggero Radici,  
Giovanni Rossi**

## **TERRITORI PER LA SALUTE MENTALE**

**Manuale per  
la valutazione delle  
politiche di inclusione  
sociale**



**FrancoAngeli**





**Germana Agnetti,  
Arcadio Erlicher,  
Yuri Kazepov,  
Fabio Lucchi,  
Ruggero Radici,  
Giovanni Rossi**

## **TERRITORI PER LA SALUTE MENTALE**

**Manuale per  
la valutazione delle  
politiche di inclusione  
sociale**

**FrancoAngeli**

In copertina: *Ritrovare fili*, di Agostino Perrini, olio su carta, 2008

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## INDICE

<b>Prefazione di <i>Filippo Perrini</i></b>	p.	9
<b>1. Dalla psichiatria alla salute mentale di <i>Giovanni Rossi</i></b>	»	13
1.1. Psichiatria	»	13
1.1.1. Riforma psichiatrica	»	16
1.1.2. Psichiatria di comunità	»	19
1.1.3. Al di là della psichiatria	»	21
1.2. Dalla psichiatria alla salute mentale	»	23
1.2.1. Il bene salute	»	27
1.2.2. Il rapporto tra salute mentale, guarigione e povertà	»	30
1.2.3. Il salto logico dalla psichiatria alla salute mentale	»	32
1.2.4. Definire la salute mentale?	»	37
1.2.5. Resilienza	»	39
1.3. Salute Mentale Normale e Salute Mentale Patologica	»	43
Bibliografia	»	50
<b>2. Produrre valore sociale: azioni territoriali per la salute mentale di <i>Fabio Lucchi</i></b>	»	52
Bibliografia	»	69
<b>3. Pratiche riabilitative verso l'inclusione sociale di <i>Germana Agnetti</i></b>	»	72
3.1. Introduzione	»	72

3.2. Il paradigma ecologico	p.	73
3.3. Riabilitazione <i>empowerment</i> e <i>recovery</i>	»	76
3.4. Il territorio come garanzia	»	81
3.4.1. Perché preoccuparsi del lavoro?	»	83
3.4.2. È importante avere una casa propria?	»	84
3.4.3. La socialità è proprio necessaria?	»	85
Bibliografia	»	87
<b>4. Il Manuale di accreditamento: processi di costruzione e applicazione di <i>Arcadio Erlicher</i></b>	»	89
4.1. Introduzione	»	89
4.2. Accreditamento: alcune definizioni	»	90
4.3. Gli strumenti dell'Accreditamento professionale: gli Standard	»	91
4.4. Le procedure: il Programma di Accreditamento	»	93
4.4.1. La formazione	»	93
4.4.2. L'autovalutazione	»	94
4.4.3. La visita	»	94
4.4.4. I programmi di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)	»	95
4.5. Costruzione del Manuale di Accreditamento e applicazione della procedura di valutazione tra pari nel Progetto EQUAL	»	96
4.5.1. La fase preparatoria	»	96
4.5.2. La consultazione e il consenso: il Gruppo leader e i Tavoli locali	»	100
4.5.3. I facilitatori: autovalutazione e visita	»	100
4.5.4. La conclusione della visita	»	102
Bibliografia	»	103
<b>5. Il Manuale di accreditamento: i risultati dell'applicazione di <i>Ruggero Radici</i></b>	»	104
5.1. Premessa	»	104
5.2. Costruzione dello strumento: il Manuale	»	105
5.3. Il Manuale: i punteggi assegnati	»	108
5.4. Le autovalutazioni	»	117
5.5. Le visite e le valutazioni	»	119
5.6. Conclusioni	»	121

Appendice 1		
<b>Indicatori sociali e indici: qualche istruzione per l'uso</b>	p.	124
di <i>Marco Arlotti, Eduardo Barberis, Yuri Kazepov</i>		
Appendice 2		
<b>Il Manuale</b> a cura del Gruppo EQUAL	»	145
Appendice 3		
<b>Verso nuove applicazioni del Manuale: la ponderazione degli indicatori</b>	»	159
di <i>Cinzia Pollio, Ruggero Radici</i>		
<b>Abstract</b>	»	181
<b>Autori</b>	»	185





## PREFAZIONE

Questo volume nasce nell'ambito di un progetto Equal che ha coinvolto diversi enti pubblici e del privato sociale della Regione Lombardia attivi nella gestione dell'inclusione socio-lavorativa di soggetti con disturbi mentali, e specialmente associazioni di familiari, aziende ospedaliere e cooperative sociali.

Il percorso progettuale del Progetto "Territori per la salute mentale" muove dall'assunto che per le persone con disturbi mentali gravi l'occupabilità non si limita a interventi di formazione o di mero collocamento in un contesto produttivo, ma è il risultato di un'operazione più complessa che integra più fattori: benessere generale, condizioni abitative adeguate, partecipazione alla vita sociale, percorsi di consapevolezza e rapporti negoziali con servizi in grado di supportare gli utenti nel raggiungimento di obiettivi di inclusione sociale.

In questa cornice di riferimento è cruciale l'assunzione di responsabilità per l'attuazione di politiche in favore della salute mentale da parte di tutti i "portatori di interesse" di una comunità locale, di un distretto: amministratori locali, enti pubblici, mondo della produzione, agenzie culturali e sociali in senso lato, il sistema dei servizi socio-sanitari.

Da qui è nata l'esigenza di valutare la capacità, la qualità dei territori socialmente competenti a mettere in atto politiche volte all'inclusione sociale dei soggetti sofferenti psichici. Una valutazione che implica la partecipazione attiva di tutti i soggetti che nel Distretto concorrono alla promozione e all'attuazione di azioni finalizzate all'inclusione sociale.

Per effettuare questa valutazione è stato individuato lo strumento dell'accreditamento *tra pari* per le sue caratteristiche di duttile flessibilità e di valorizzazione della partecipazione di tutti i soggetti implicati nel processo di valutazione. Si è trattato, comunque, di una sfida nell'applicazione di un modello fin'ora riservato alla valutazione di strutture e organizzazioni definite, ben identificabili, mentre il distretto è qui stato inteso come un contenitore di soggetti e agenzie portatrici di interesse verso le politiche dell'inclusione sociale, ma per loro natura si tratta di entità sfuggenti a una precisa definizione istituzionalizzata. In più, oltre ai diversi soggetti, quello

che andava valutato era la complessa rete di relazioni formali e informali che mettono in comunicazione questi soggetti.

Da questa sfida è nato un *Manuale per l'accreditamento dei territori socialmente competenti alle politiche di inclusione sociale dei soggetti malati di mente*, offerto come strumento per la comunità locale per un confronto e una valutazione delle loro pratiche in merito.

Il lettore troverà nell'appendice questo Manuale, articolato in quattro sezioni: Parte generale, Area dell'Abitare, Area del Lavoro, Area della Socialità, del Tempo Libero e della Cultura, ciascuna delle quali propone dei criteri per la valutazione qualitativa. Il Manuale è il prodotto di un lavoro collettivo, che ha coinvolto, a vario titolo, tutti i partecipanti al progetto, ciascuno portatore di interessi e, quindi, di punti di vista diversi, che hanno saputo trovare tra di loro un consenso sui criteri con i quali misurare la qualità del territorio rispetto all'obiettivo dell'inclusione sociale.

Il libro, si propone, tuttavia di inquadrare diverse problematiche che sottostanno agli obiettivi di valutazione propri di un manuale.

Nel 1° capitolo Giovanni Rossi esprime una serie di interrogativi riguardo al rapporto tra Psichiatria e Salute Mentale, individuando gli ambiti ben più ampi e universali del benessere psichico. Nel 2° capitolo Fabio Lucchi sviluppa il tema della reciprocità della relazione tra la promozione della salute mentale e l'incremento di capitale sociale nel territorio. Nel 3° capitolo Germana Agnetti espone gli orientamenti più recenti che connotano le azioni e i processi riabilitativi, che individuano gli obiettivi e i percorsi nei processi di guarigione (*recovery*) e nell'aumento della capacità negoziale dei pazienti (*empowerment*).

Nel 4° capitolo Arcadio Erlicher descrive gli strumenti e i processi dell'accreditamento professionale tra pari e i suoi modelli e descrive, inoltre, il percorso che nel progetto è stato seguito per la costruzione del Manuale e per la sua applicazione. Infine, nel 5° capitolo Ruggero Radici espone la concreta applicazione del modello dell'accreditamento tra pari nei cinque Distretti lombardi che hanno partecipato al progetto.

In appendice, oltre al Manuale, Ruggero Radici e Cinzia Pollio propongono un tentativo di applicabilità del manuale con obiettivi di maggiore significatività e comparabilità, seguendo le preziose indicazioni di Yuri Kazepov, il cui contributo è sempre contenuto in appendice, sull'utilizzazione degli indici e degli indicatori sociali.

Concludo, sottolineando la grande partecipazione da cui questa parte del progetto EQUAL ha tratto vantaggio, tanto che questo libro, ancorché firmato da alcuni autori, che si sono assunti la responsabilità di sintetizzare ed esporre le idee, le riflessioni, i dibattiti e le azioni che hanno caratterizzato questo lavoro, può essere considerato un'opera veramente collettiva.

I ringraziamenti degli autori vanno pertanto estesi a tutti i partecipanti, poiché senza il loro contributo questo lavoro non sarebbe stato possibile.

Filippo Perrini



# 1. DALLA PSICHIATRIA ALLA SALUTE MENTALE

**Giovanni Rossi**

*La salute non è normalità se non nella misura in cui è normatività; in condizioni di buona salute la vita esprime le proprie capacità inventive, si manifesta come potenza di produrre costantemente nuove norme. Essere in salute è la disponibilità ad adattarsi ad ambienti variati e poterli trasformare.*

Georges Canguilhem

## 1.1. Psichiatria

Psichiatria e salute mentale sono qualitativamente differenti.

Il numero di psichiatri in rapporto alla popolazione viene utilizzato per valutare la disponibilità di psichiatria in un determinato contesto geografico e/o storico. Lo stesso rapporto può essere indicizzato – ad esempio 1 psichiatra ogni 100.000 abitanti di almeno 14 anni – ed utilizzato per fare comparazioni.

In questo modo è possibile fare affermazioni del tipo: “in Italia la psichiatria è molto più presente che in Venezuela, ma è inferiore agli Stati Uniti”.

Oppure è possibile sostenere che: “la psichiatria italiana è enormemente cresciuta nell’ultimo trentennio del XIX secolo”.

Si tratta di affermazioni vere perché è del tutto evidente la relazione tra la disciplina psichiatrica ed i professionisti che la esercitano

Se viceversa uno psichiatra italiano affermasse: “il tasso di psichiatri presenti in Italia definisce la disponibilità di salute mentale per gli italiani!” non verrebbe preso sul serio. Il buon senso, ancor prima della logica, lo smentirebbero. Intuitivamente tutti comprendiamo che la salute mentale appartiene ad un campo, i casi della vita, che va ben al di là della medicina psichiatrica.

Eppure se quella stessa affermazione lo psichiatra italiano potesse farla in un contesto – ad esempio un programma televisivo come “Elisir” – che per definizione dice solo cose vere otterrebbe certo ascolto e, probabilmente, credito.

La spiegazione sta nel fatto che come oggi sappiamo il mezzo è il messaggio.

E, dunque, la stessa battuta detta in uno studio medico o in uno studio televisivo si trasferisce dal linguaggio del paradosso o quello della fedeltà (al mezzo, al canale tv, al programma, al presentatore).

Una vecchia battuta chiarisce quanti siano i ruoli dello psichiatra. Suona più o meno così:

“Lo psichiatra? È uno che va al Crazy Horse e guarda il pubblico”.

Ovvero abbiamo a che fare con un medico, che però continua ad osservarci anche fuori dal contesto di cura. Lo fa anche nel momento del nostro piacere. E, dunque, sembrerebbe delegato ad esprimersi anche sui nostri comportamenti “normali”.

L’insieme di queste attività si organizza in quello che è stato definito il “dispositivo psichiatrico” che agisce attraverso la cura, la produzione di opinioni (cultura) e l’identificazione nelle persone dei comportamenti non ammessi<sup>1</sup>.

Il dispositivo psichiatrico può dare una patina di verità ad affermazioni palesemente false come quella che accomuna il tasso di psichiatri alla salute mentale.

Il dispositivo psichiatrico si è variamente articolato nei suoi due secoli di vita, dando diverse facce alla psichiatria.

Vi sono state diverse declinazioni del paradigma psichiatrico in relazione alle scoperte scientifiche: il *treponema pallidum* (agente infettante), la vitamina PP (carenza alimentare), l’inconscio (vita intrapsichica), gli psicofarmaci (neuromediatrici), la vulnerabilità (relazione individuo–ambiente in biologia), la cronificazione (patogenesi istituzionale). Ciascuna ha prodotto il riorientamento dei profili professionali e degli spazi di cura.

Il contesto sociale ha modificato il peso relativo delle varie componenti il dispositivo.

Il passaggio dal fordismo alla società della comunicazione ha trasferito ed amplificato la funzione simbolica dello psichiatra, dallo spazio manicomiali allo spazio televisivo. E ne ha diluito, disseminato la funzione di controllo.

1. Come osserva Robert Castel, l’agire psichiatrico è risultato caratterizzato e determinato dall’articolarsi di un insieme di elementi (R. Castel 1980: 4):
  - a) un codice teorico (ad es. i sistemi nosografici ed i modelli di malattia mentale);
  - b) una tecnologia d’intervento (agli inizi del XIX secolo il trattamento morale, qualche decennio più tardi, il sistema del *non-restraint* di Conolly, successivamente, le terapie somatiche, sino alla psicofarmacologia dagli anni ‘50 del novecento ed ancora le psicoterapie e tecniche riabilitative);
  - c) un dispositivo istituzionale (il manicomio, a partire dallo storico gesto di “liberazione dei folli” di Pinel, sino alla seconda metà del novecento);
  - d) uno statuto giuridico relativo alla figura del malato psichiatrico.

Si sono susseguiti differenti dispositivi psichiatrici ciascuno interpretando il modello di malattia presente in un dato contesto sociale. È sbagliato sovrapporre il concetto di dispositivo psichiatrico a quello di manicomio. Il manicomio è soltanto una delle svariate forme dei meccanismi di istituzionalizzazione.

È però vero che non tutti i campi sociali sono esposti allo stesso modo ai meccanismi di istituzionalizzazione. Il campo democratico è meno esposto del campo totalitario.

Analogamente ai due estremi disciplinari possiamo collocare il manicomio come spazio dell'internamento psichiatrico ed il territorio come spazio della psichiatria di comunità.

Che cosa unisce internamento psichiatrico e psichiatria di comunità? Evidentemente lo psichiatra, una delle tipiche figure del Moderno.

Non è questa la sede per ricostruire la genesi del Moderno e fissarne la periodizzazione nella storia. Ci basti ricordare che il Moderno si definisce con l'illuminismo e dopo la rivoluzione francese.

Alla base del Moderno sta il modello contrattualistico, per cui il cittadino definisce con i suoi simili, liberi ed uguali un patto.

Patto che è reso possibile dalla ragione. Patto che va in crisi quando il principio universale incontra la sragione.

“Ma il folle, che in teoria e secondo ragione dovrebbe godere dello stesso diritto universale è libero ed uguale?”.

La medicina psichiatrica nasce esattamente per garantire l'universalità “teorica” del diritto di cittadinanza, ed al contempo limitarne l'accesso a quelli che sragionano fintanto che non siano state portate alla ragione.

La medicina psichiatrica condivide l'idea che il progresso della scienza troverà i rimedi per le varie forme dell'irragionevolezza.

Pertanto il succedersi delle scoperte scientifiche, rendendo curabili le persone internate, ridurrà progressivamente la sospensione del diritto di cittadinanza garantendo sempre più l'accesso effettivo al contratto sociale.

Accesso al diritto di cittadinanza che potrà avvenire solo uscendo dall'internamento per rientrare nella sfera pubblica (emblematico di ciò il ritorno al diritto di voto).

Habermas definisce la sfera pubblica come partecipazione dei cittadini alle grandi scelte. Per lui senza sfera pubblica non è possibile la modernità.

Nel campo dei dispositivi psichiatrici la psichiatria di comunità può essere letta come compimento del moderno.



La psichiatria di comunità disciplinandosi nel territorio (sfera pubblica) tenta di perseguire l'obiettivo di garantire l'effettiva titolarità dei diritti a tutti gli ex folli, ora malati mentali curabili e curati<sup>2</sup>.

### *1.1.1. Riforma psichiatrica*

Nel 1978 venne approvata dal Parlamento<sup>3</sup> la legge 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori". La legge, restituendo la psichiatria alla medicina respingeva l'opinione che incurabilità e pericolosità fossero prerogative dei malati di mente.

Del progetto di legge fu relatore lo psichiatra deputato Bruno Orsini. Nel suo intervento di presentazione riprese ampiamente i temi della curabilità delle malattie mentali.

Riprendendo l'ispirazione che fu di Pinel e Chiarugi, attribui alla cultura positivista e biologista la responsabilità di aver generato l'orrore dei manicomio e sostenne che nel secondo dopo guerra l'introduzione degli psicofarmaci, ma anche l'utilizzo delle terapie di shock aveva dimostrato la curabilità di molte malattie mentali, mentre "le acquisizioni della psichiatria dinamica consentivano di identificare e descrivere disturbi psichici da ospedalizzazione protratta : in altri termini, veniva dimostrato che molte manifestazioni psicopatologiche regressive presentate da malati lungodegenti, non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla desocializzazione conseguente alla condizioni di ricovero cronico"<sup>4</sup>.

La discussione in Parlamento avvenne il 28 aprile 1978.

2. La contrapposizione di due personaggi illustra, secondo Dörner, il nuovo rapporto tra ragione e malattia mentale alle soglie della modernità. Da un lato il Bürger, figura che rappresenta, allo stesso tempo, il cittadino (citoyen) fruitore di diritti civili ed il borghese produttore, dall'altro il folle (Irre) che è caratterizzato dall'assenza di ragione e dei diritti di cittadino (Dörner, 1969). L'isolamento terapeutico del folle risulta giustificato dalla "mancanza di ragione" e comporta l'annullamento dei diritti di cittadinanza senza tuttavia infrangere i principi legali del contrattualismo. Il contemporaneo obiettivo di acquisizione dei diritti di cittadinanza per i soggetti affetti da malattia mentale si iscrive in tale orizzonte storico e pertanto, parafrasando Habermas, potrebbe essere inteso come un tentativo di compimento della modernità (ossia ampliamento dei diritti democratici a categorie inizialmente escluse).
3. La discussione e votazione si svolsero nella commissione sanità della Camera dei Deputati.
4. Bruno Orsini Atti Parlamentari – VII legislatura – Quattordicesima commissione della Camera dei Deputati – seduta del 28 aprile 1978.

Eravamo nei giorni del sequestro Moro, rapito il 16 marzo, e ucciso dalle Brigate Rosse il 9 maggio. La riforma sanitaria, per la situazione politica era in una situazione di stallo e non poteva essere approvata in tempo utile per evitare il referendum popolare promosso dal Partito Radicale, che aveva raccolto 700.000 mila firme allo scopo di abrogare la legge sui manicomi e sulla pericolosità del folle.

Era in questa situazione d'emergenza che Orsini presentava la proposta di legge che avrebbe abrogato la legislazione speciale per i malati di mente per restituirli alle cure di "una psichiatria che è medicina", come ebbe ad affermare perentoriamente.

Una medicina, tuttavia, che doveva, secondo il relatore, rispettare "due essenziali principi: la necessità di garantire la continuità terapeutica, e di conseguenza l'unitarietà del servizio stesso; l'inserimento dei servizi psichiatrici nella trama sociale" ovvero la Psichiatria di Comunità essendo i trattamenti sanitari di norma volontari ed extraospedalieri<sup>5</sup>.

Erano gli anni della riforma sanitaria ad impronta universalistica e basata sul modello del distretto socio-sanitario all'interno del quale realizzare la Medicina di comunità, di cui la psichiatria poteva essere anticipatrice.

Orsini era tuttavia avveduto dei "rischi da contaminazione" che si corrono quando si connette la medicina alla trama sociale e, dunque, metteva in guardia avvertendo che nei manicomi erano entrate molte persone che non erano malate ma "hanno la caratteristica degli emarginati e degli esclusi". Come a dire "attenzione i casi sociali non vanno confusi con i casi di malattia mentale".

Continuava, nella sua relazione, Orsini "la politica cui si ispira appunto l'istituzione del servizio sanitario nazionale è caratterizzata da quattro principi fondamentali che sono quello della globalità del trattamento sanitario, della universalità dei destinatari, dell'uguaglianza del trattamento sanitario

5. La discussione fu particolarmente animata proprio su questo punto. Ad una proposta iniziale di Orsini che prevedeva l'istituzione di servizi ospedalieri autonomi di 20 letti si oppose il gruppo comunista Berlinguer, Palopoli, Tiraboschi Triva preoccupato che si determinasse separazione tra la fase ospedaliera e quella extraospedaliera della cura chiese che fosse tolta la parola autonomi e che si premettesse chiaramente quanto peraltro già affermato nel testo dell'articolo e cioè che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri.

e del rispetto della dignità della persona, comprendendo in questo il suo diritto di scelta, per quanto possibile libera, del luogo di cura e del medico”.

Dunque da un lato la fiducia nel potenziale terapeutico di una psichiatria che sapesse distinguere i malati veri dagli emarginati e che – è la dichiarazione di Cirino Pomicino nella stessa seduta – “sappia unire il momento curativo e quello riabilitativo”; dall’altra la convinzione che lo Stato avrebbe affidato all’assistenza sociale il compito di includere gli esclusi.

Nella seduta successiva, il 2 maggio, la legge venne approvata a scrutinio segreto sotto la presidenza di Maria Eletta Martini.

Dei 32 presenti, 30 votarono a favore, uno votò contro ed uno si astenne<sup>6</sup>.

La quasi unanime approvazione corrispose al sentimento presente nella opinione pubblica circa la necessità di eliminare i manicomi-lager.

Il referendum popolare avrebbe con molta probabilità abrogato la legge sui manicomi. Che tuttavia nella particolare condizione politica, e nonostante l’intervento di Pannella, si preferì evitare.

Il risultato fu una legge esemplare che abrogava la legislazione speciale, dissociava la figura del malato mentale dagli stereotipi dell’inguaribilità e pericolosità, decideva il superamento in qualsiasi forma dell’ospedale psichiatrico. Però la legge 180 evitò – e probabilmente non era di sua competenza – di scrivere la parola deistituzionalizzazione. Ovvero di indicarla come metodo permanente da applicare anche ai nuovi “servizi dipartimentali intra ed extra ospedalieri”.

Per questo la “legge Basaglia”, può dirsi tale solo a metà.

Basaglia, infatti, riteneva che la messa tra parentesi della psichiatria dovesse continuare all’interno delle nuove istituzioni che si venivano formando. Solo così l’agire medico, deistituzionalizzato, avrebbe potuto continuare ad essere terapeutico.

Basaglia era un medico, uno psichiatra, non un antipsichiatra, ma non era un medico psichiatra disciplinare. Non era solo uno psichiatra biologico perché gli interessava davvero conoscere il funzionamento del cervello; non era solo uno psichiatra sociale perché gli interessava davvero l’interazione

6. Alla votazione parteciparono i deputati Abbiati Dolores, Agnelli Susanna, Armella, Arnone, Berlinguer Giovanni, Bisignani, Boffardi Ines, Brusca, Carloni Andreucci Maria Teresa, Cirino Pomicino, D’Arezzo, Del Duca, Forni, Gasco, Giovagnoli Angela, Giovanardi, Lussignoli, Maraffini, Martini Maria Eletta, Milano, De Paoli Vanda, Morini, Nicolazzi, Orsini Bruno, Palopoli, Pompei, Presutti, Sandomenico, Savino, Tessari Giangiacomo, Tiraboschi, Triva, Urso Giacinto.

sociale e l'agire comunicativo; non era solo psicologo del profondo perché gli interessava davvero la complessa psicologia della mente.

Non antipsichiatra, semmai oltre la psichiatria. In lui si esprimeva la potenza del pensiero critico che incontra la ricchezza del diverso.

### *1.1.2. Psichiatria di comunità*

Nel mondo occidentale i processi di demanicomializzazione hanno prodotto la psichiatria di comunità.

I risultati determinatisi in presenza della psichiatria di comunità sono così sintetizzabili:

- 1) l'internamento psichiatrico continua ad esistere in Europa e negli USA;
- 2) i servizi territoriali o di comunità affiancano ma non sostituiscono l'internamento;
- 3) il cosiddetto sistema della salute mentale funziona come un circuito<sup>7</sup>;
- 4) l'intenzione di liberare la psichiatria dalla "coazione" e dalla "cronicità" non si realizza che parzialmente.

Nei fatti la psichiatria di comunità sembra rigenerare ed ammodernare il dispositivo disciplinare psichiatrico liberandolo il più possibile, dal suo storico rapporto con la giustizia e con le funzioni di controllo sociale.

7. L'immagine del circuito mette in evidenza il fatto che nella psichiatria riformata alla "statica" della segregazione in una istituzione separata e totale si è sostituita la "dinamica" della circolazione tra agenzie specialistiche e prestazioni puntuali e frammentarie. Così funzionano il centro per l'intervento sulla crisi, il servizio sociale che eroga sussidi, l'ambulatorio che eroga farmaci, il centro di psicoterapia ecc. Così funzionano anche i luoghi di internamento i quali sono organizzati anche essi – come abbiamo visto – secondo la logica del revolving door e perciò esemplificano il funzionamento a circuito del sistema nel suo insieme.

Nel circuito essi sono un punto di scarico necessario, temporaneo e ricorrente.

Il circuito è però anche una spirale, è cioè un meccanismo che alimenta i problemi e li rende cronici. Non per caso il dilemma centrale e drammatico dei sistemi di salute mentali nati dalle riforme non sono più i vecchi pazienti cronici dimessi dagli ospedali psichiatrici con la deospedalizzazione, ma sono i nuovi cronici. Si pensi al caso dei Young Adult Chronic Patients, che affollano i servizi negli USA essi sono giovani, sono una folla, accumulano problemi diversi (sociali ed economici, di salute, psicologici), disturbano l'ordine pubblico, non sono riducibili a categorie diagnostiche definite, circolano tra i servizi senza mai costruire un rapporto stabile. E naturalmente abitano periodicamente i luoghi di internamento (Bachrach 1982; Lamb 1982; Pepper & Ryglewicz 1982).