



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale
in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità
LM 87- Servizio sociale e Politiche sociali

Tesi di Laurea

**Dalla malattia alla salute mentale:
l'evoluzione delle politiche di salute mentale da
una prospettiva comparata**

Relatore

Prof.ssa Da Roit Barbara

Correlatore

Prof.ssa Campomori Francesca

Laureanda

Giorgia Zattoni
Matricola 847048

Anno Accademico

2017/2018

INDICE

INTRODUZIONE

1. LA SALUTE MENTALE IN EUROPA

1.1 Breve excursus sulla storia dell'assistenza psichiatria in Europa

1.1.1. Primo periodo: l'epoca dell'istituzionalizzazione

- a) Alle origini della psichiatria: l'era positivista
- b) Pinel e l'affermazione del paradigma asilare
- c) Il manicomio nell'epoca moderna

1.1.2. Secondo periodo: la rottura con il paradigma asilare

- d) Gli anni 50 e 60: l'ascesa del movimento antipsichiatrico

1.1.3. Terzo Periodo: dall'istituzione ai servizi di comunità

- e) Gli anni 70-80: la deistituzionalizzazione

1.1.4. Gli anni 90-2000

1.2. Evoluzione recente delle politiche dell'Unione Europea per la salute mentale

1.2.1. La dichiarazione di Helsinki e il Libro Verde

1.2.2. Il patto europeo per la salute e il benessere mentale del 2008

1.2.3. Il patto per la salute europeo 2013-2020

1.3. Lo stato attuale della salute mentale in Europa

1.4. Welfare state e salute mentale

1.4.1. Classificazione dei sistemi di welfare

- a) La salute mentale nei paesi liberali
- b) La salute mentale nei paesi social democratici
- c) La salute mentale nei paesi con welfare state corporativi
- d) La salute mentale nei paesi con welfare state mediterraneo

1.5. Politiche di salute mentale: elementi comuni a paesi diversi

2. LE POLITICHE DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

2.1. Dal paradigma della custodia e del controllo a quello della cura

2.1.1. Prima di Basaglia: il paradigma asilare

2.1.2. Verso la riforma: la legge Mariotti

2.1.3. La svolta verso la deistituzionalizzazione

2.2. La riforma di Basaglia

2.2.1. Basaglia: l'ispiratore della riforma

2.2.2. Ombre di una riforma non ancora conclusa

2.3. Oltre la 180

2.3.1. I progetti obiettivo e la struttura dei servizi di salute mentale

2.3.2. Il piano di azioni nazionali di salute mentale: nuovi bisogni, nuova utenza

2.4. Sulla necessità di una nuova 180

2.5. Dalla deistituzionalizzazione al recovery: prospettive per le politiche di salute mentale

3. UNO SGUARDO COMPARATO: POLITICHE DI SALUTE MENTALE IN INGHILTERRA

3.1. L'evoluzione delle politiche di salute mentale in Inghilterra

3.1.1. Verso la riforma gli anni 50-60

3.1.2. L'importanza del movimento antipsichiatrico in Inghilterra

a) David Cooper e la nascita del movimento antipsichiatrico

b) Ronald Laing: alle radici del pensiero antipsichiatrico

c) Maxwell Jones e la comunità terapeutica

3.1.3. Una riforma lenta e progressiva: gli anni 70-80

3.1.4. La privatizzazione del sistema di salute mentale: gli anni 90

3.1.5. L'involuzione della riforma

3.2. L'organizzazione dei servizi per la salute mentale

3.3. Italia e Inghilterra: modelli di politiche a confronto

4. AL DI LA DELL'ATTUALE PARADIGMA: IL RECOVERY

4.1. Il concetto di recovery

4.2. Le fonti sugli studi della recovery: le esperienze personali

4.3. Dalla teoria alla pratica: le caratteristiche dei servizi recovery-oriented

4.4. Promuovere il paradigma del recovery: esperienze in Inghilterra

4.4.1. I Recovery College

4.4.2. The peer support

4.4.3. Il Programma ImROC

4.5. Sperimentazioni di recovery in Italia

4.5.1. Il Progetto For

4.5.2. La Mental Recovery Star

4.6. Paradigmi a confronto: deistituzionalizzazione e recovery

CONCLUSIONI

Bibliografia e sitografia

INTRODUZIONE

Esistono diverse definizioni di politica pubblica. Dunn (1981) e Anderson (1984) definiscono la politica pubblica come la risposta ad un problema percepito come pubblico. Questa definizione indica le politiche pubbliche come il corso di un'azione o non-azione governativa in risposta a problemi percepiti come collettivi o pubblici.

Esse sono profondamente condizionate dal contesto che include condizioni sociali, economiche, valori dominanti; gioca un'influenza anche il contesto politico-istituzionale di governo e non meno rilevante è la dimensione temporale (Donà, 2010).

Regonini (2001) fornisce una definizione abbastanza esaustiva, definendo le politiche come un modo per collegare eventi, che avvengono in contesti istituzionali differenti, che si dipanano per lunghi periodi di tempo, con molteplici contesti, ma che nonostante questo possono essere ricondotti ad un tratto comune: sono tentativi di fronteggiare un problema collettivo, mobilitando risorse pubbliche per avviarne la soluzione.

La follia e di conseguenza il folle, l'alienato, il matto sono da tempo oggetto di politiche pubbliche, percepiti come un problema collettivo da rinchiudere e isolare nei manicomi; al contrario la salute mentale è diventata ambito di politica pubblica più recentemente a partire dal processo di deistituzionalizzazione, che ha cambiato radicalmente il modo di concepire la malattia mentale.

A partire da queste constatazioni, questo lavoro di tesi è dedicato all'analisi delle politiche di salute mentale in prospettiva comparata perseguendo i seguenti obiettivi. Il primo è quello di descrivere in che modo è stato costruito nei secoli il problema della malattia mentale e che conseguenze ciò ha avuto nell'evoluzione delle politiche e nell'istituzione dei servizi. Il secondo obiettivo è di indagare, attraverso la comparazione delle politiche di salute mentale in Italia e in Inghilterra, l'importanza del processo di deistituzionalizzazione e del movimento antipsichiatrico nel riformare l'approccio e i servizi per la salute mentale; infine il terzo obiettivo mira ad indagare quali prospettive future siano possibili per le politiche di salute mentale.

Per capire in che modo sia stato affrontato il problema della malattia mentale, nel primo capitolo verrà fatta una panoramica storica che a partire dall'era positivista fino all'età contemporanea, descrive il passaggio dall'assistenza ai malati psichiatrici all'istituzione di politiche per la salute mentale in Europa.

La diffusione del disagio psichico, in varie forme e manifestazioni, è aumentato negli ultimi anni e ha colpito una gran parte della popolazione (WHO, 2013). La malattia mentale colpisce e interessa tutte le fasce d'età della popolazione, sebbene con forme e incidenze diverse: i gruppi infatti più deboli e socialmente svantaggiati sono i più vulnerabili e i più esposti al rischio (WHO, 2013:23).

Il dato della diffusione delle malattie mentali non riguarda solo la società italiana ma riguarda tutte le società europee; e per questo l'Unione Europea ha richiamato l'attenzione degli stati sulla necessità di politiche adeguate per diminuire il rischio e promuovere il benessere degli utenti. Verrà infatti analizzata la strategia europea che dal 2005 con la dichiarazione di Helsinki ad oggi con il Patto europeo per la salute mentale 2013-2020 mira a promuovere la salute mentale come parte integrante e fondamentale del benessere della persona e prevede di intervenire su alcune aree, quali la sfera lavorativa, sociale, economica, per favorire l'inclusione e ridurre lo stigma delle persone con disturbi mentali.

La panoramica dell'evoluzione delle politiche per la salute mentale in Europa fa emergere l'importanza che hanno avuto i sistemi di welfare nel determinare l'istituzione dei servizi territoriali dopo il processo di deistituzionalizzazione; per questo è sembrato rilevante descrivere come i sistemi di welfare, secondo la categorizzazione fatta da Esping-Andersen, abbiano influito sull'offerta dei servizi di comunità. Inoltre, una volta delineata la probabile influenza del sistema di welfare sulle modalità con cui la deistituzionalizzazione è stata attuata, si è deciso di fare un approfondimento su due paesi: Italia e Inghilterra.

Nonostante Italia e Inghilterra appartengano a due regimi di welfare molto differenti tra di loro, la comparazione si è basata su alcuni elementi comuni: in primo luogo la forte spinta ideologica data dal movimento antipsichiatrico in Inghilterra e dal processo di deistituzionalizzazione attuato da Basaglia in Italia; in secondo luogo la centralità del Sistema Sanitario Nazionale che è risultato essere fondamentale per un'offerta dei servizi integrata e capillare; infine lo sviluppo limitato dei servizi sociali, determinato in Italia da un welfare di tipo familistico e in Inghilterra dalla forte enfasi posta sui principi del liberalismo.

Il secondo e il terzo capitolo infatti mirano a fornire un quadro completo del cambiamento di paradigma che è avvenuto nelle politiche di salute mentale in Italia e in Inghilterra, mettendo in luce la riforma che è avvenuta nella costruzione del problema della malattia mentale e il passaggio dalle istituzioni totali ai servizi di comunità.

Come emergerà dall'analisi, la riforma psichiatrica è avvenuta con tempi e modalità diverse nei due paesi, ma è stata determinata e influenzata dal contributo di grandi pensatori come Basaglia, Laing, Cooper e Jonas. Per questo all'interno dei capitoli una parte è dedicata all'analisi del loro pensiero e all'impatto che ciò ha avuto per la riforma e per l'istituzione dei servizi di comunità.

Infine il quarto capitolo è dedicato a rispondere alla domanda: quale futuro per le politiche di salute mentale? Per rispondere a questo quesito verrà presentato il paradigma del *Recovery* che si sta affermando nelle politiche di salute mentale principalmente nei paesi anglosassoni.

Nel quarto capitolo, il paradigma del *Recovery* verrà quindi affrontato da una prospettiva teorica analizzando le sfumature di questo concetto, la sua derivazione e le caratteristiche dei servizi *recovery-oriented*; e da una prospettiva pratica descrivendo l'esperienza inglese che ha attuato una politica di salute mentale basata sul *Recovery*, che ha riformulato l'approccio alla salute mentale e l'organizzazione dei servizi e analizzando l'esperienza italiana, messa in pratica nel comune di Brescia, che ha come scopo di colmare alcune lacune della riforma psichiatrica attraverso una revisione del ruolo dei servizi e dell'utente e che mira ad essere una sperimentazione che influenzi le politiche di salute mentale in Italia.

1. LA SALUTE MENTALE IN EUROPA

La promozione della salute mentale è diventata un obiettivo fondamentale da perseguire per l'Europa, come chiaramente sostenuto nel Piano d'azione Europeo per la salute mentale, 2013-2020.

È necessario però precisare cosa si intenda per salute e in particolare per salute mentale, concetto non univoco e che comprende diverse definizioni. (WHO, 2001)

Ancora oggi un modo comune di definire la salute è quello di riferirsi alla malattia, quindi salute intesa come assenza di malattia. In realtà l'Organizzazione Mondiale della sanità ha ribaltato questa concezione già nel 1949 definendo la salute come uno stato di completo benessere fisico e mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia.

Questa definizione molto ampia e generica tentò di superare il dualismo salute-malattia e venne riconfermata da uno dei più importanti documenti dell'OMS, la Dichiarazione di Alma-Ata (1978), in cui si ribadisce il concetto di salute come completo stato di benessere e quindi come prodotto complessivo e influenzato da una serie di fattori e di azioni che dipendono da diversi attori e settori della vita sociale (Comodo e Maciocco, 2011).

Nelle sue considerazioni sulla salute, lo psichiatra Codato (2013), fa riferimento alla definizione adottata dall'OMS, aggiungendo una sfumatura, sostenendo che la salute possa essere intesa come un equilibrio, anche se esso risulta molto precario perché difficile da ottenere e una volta perso, difficile da recuperare. Questo approccio pone l'accento sul rapporto tra singolo e malattia, ma non dà una definizione univoca di salute. Per il filosofo francese Canguilhem (1976), le cui riflessioni furono centrali nel dibattito tra salute e malattia, il confine tra normale e patologico è molto labile perché ciò che è normale per una persona può essere patologico per un'altra. Questo ragionamento fa pensare a Basaglia (2005), che non esista un confine tra i due opposti ma che essi siano la stessa cosa, che salute e malattia non siano due stati naturali, definiti o autonomi, ma siano sempre da riferire alla partecipazione alla vita produttiva e alla società.

Basaglia (2005) assume pertanto che se la normalità, e quindi la salute, è la capacità di produrre, l'incapacità di fare ciò sarà un comportamento da isolare e da considerare malato. Ne consegue che la salute venga intesa come valore assoluto, riducendo la malattia ad un accidente, con la conseguenza che l'uomo venga parcellizzato. La critica a questo concetto di salute riguarda il fatto che la malattia, ma soprattutto la malattia mentale debba essere considerata in una concezione che abbracci l'intera esistenza della persona (Codato, 2010).

Per questo oggi la salute è considerata uno stato di equilibrio tra l'individuo e l'ambiente; e la salute mentale è un elemento essenziale della salute in generale, secondo cui non c'è salute e benessere senza salute mentale. Nonostante questa affermazione, ancora oggi si tende a dicotomizzare la salute in salute mentale e fisica, e considerare di minore importanza la salute mentale rispetto alla salute fisica a livello di decisioni politiche, formulazione di programmi e creazione di servizi di cura, nonché di investimenti per la prevenzione e promozione del benessere mentale.

Si può condividere la definizione che danno Lahtinen e al. (1999), secondo cui la salute mentale è determinata da fattori ed esperienze individuali, interazioni sociali, struttura della società e valori culturali.

La difficoltà di dare una definizione univoca di salute e di salute mentale è strettamente collegata alla definizione di psichiatria e all'evoluzione del concetto di psichiatria nella storia. Per questo appare utile e necessario fare una breve ricostruzione storica e culturale delle forme di assistenza psichiatrica in Europa, con un focus sugli approcci e sui paradigmi adottati.

1.1 Breve excursus sull'assistenza psichiatrica in Europa

I malati psichiatrici sono sempre esistiti e la società se ne è sempre occupata, non sempre attraverso un sistema sanitario ma piuttosto coinvolgendo la Chiesa e le autorità locali. Ma come sostiene Knapp (2006) è solo nel diciannovesimo secolo che si può parlare di sistema di cura per la salute mentale. Secondo il sociologo inglese, un sistema di cura per la salute mentale presuppone un approccio multidisciplinare alle malattie psichiatriche e si basa su alcuni assunti fondamentali quali: l'ammissione che un trattamento psichiatrico basato sulla terapia sia migliore di quello basato sulla custodia e gli psicofarmaci e che le terapie esistano per dare assistenza in un sistema basato sul principio di community care (Knapp, 2006).

Seguendo Knapp nella sua analisi delle politiche per la salute mentale in Europa (2006), la storia dei servizi per la salute mentale può essere divisa in tre periodi.

1.1.1. Primo periodo: l'epoca dell'istituzionalizzazione

Il primo periodo è datato dagli inizi del 900 fino agli anni 50 e rappresenta l'epoca dell'istituzionalizzazione, in cui una rete di manicomi in cui internare senza distinzione persone di bassa estrazione sociale viene istituita in tutta Europa, mentre le cliniche private sono

riservare per una fascia eletta della popolazione rappresentata dalla borghesia e dall'*upper class*.

a. Alle origini della psichiatria: l'era positivista

Nella maggior parte dei paesi europei la psichiatria è nata tra la fine del 1700 e i primi decenni del 1800 e si è sviluppata nell'ambito del positivismo, che ha contribuito a costituire la teoria psichiatrica moderna, individuando nella psichiatria quel settore della medicina che si occupa delle malattie mentali (Ferraio, 2018).

Il positivismo ha messo in crisi l'interpretazione magico-religioso della follia, attraverso l'uso di criteri sistematici e di un sistema di classificazione volto a distinguere chiaramente i comportamenti devianti di competenza della religione (indemoniati, posseduti), quelli di competenza medica (i folli) e quelli di competenza repressiva e giudiziaria (i criminali). In questo periodo, con l'affermarsi della patologia mentale, il folle viene definito come una persona malata bisognosa di assistenza (Ferraio, 2018).

Se per molti secoli la follia non ha rappresentato un problema pubblico a cui attribuire uno specifico rilievo e dunque non esistevano attività specializzate che avessero il compito di occuparsene, con la trasformazione industriale delle economie, l'urbanizzazione, l'aumento dei conflitti sociali e la formazione degli stati moderni si è cominciato a costruire la cornice entro cui si sono svolti processi di sviluppo delle politiche assistenziali di internamento nei manicomi (Ferraio, 2018).

b. Pinel e l'affermazione del paradigma asilare

Alla fine del diciottesimo secolo, l'alienista Pinel decreta la psichiatria come scienza della liberazione dell'uomo, ma in realtà inaugura l'inizio dell'era manicomiale. La follia diventa elemento di anormalità e viene segregata nei luoghi di reclusione, isolamento, dominio.

Secondo la visione di Pinel, la malattia mentale è uno stato di alterazione dell'equilibrio esistente tra le pulsioni umane; su questa base, se la causa del male è morale (psicologica) anche il progetto terapeutico dovrà essere morale e quindi orientato a moderare e riequilibrare gli stati di alterazione. L'idea di Pinel è che i "matti" debbano essere inseriti all'interno di istituti che possano aiutarli e che garantiscano la sicurezza: i manicomi (Codato, 2010).

Questa nuova istituzione, il manicomio, diffusasi in tutta Europa era basata su obiettivi di cura, ricerca e separazione del folle dal delinquente: la reclusione aveva lo scopo di difendere

la società dei normali rispetto al pericolo degli anormali e l'isolamento era necessario da una parte per osservare, diagnosticare e classificare e dall'altra per curare, in base all'idea che il manicomio fosse terapeutico.

Secondo Pinel, il folle aveva bisogno di un luogo neutro, asettico, il manicomio appunto, in cui restare isolato, lontano dagli altri, per recuperare il proprio equilibrio, motivo per cui i manicomi sono stati costruiti al di fuori delle città. I manicomi hanno svolto una funzione di preservazione e sicurezza della società, di esclusione sociale determinata anche dalla tipologia di internati (poveri, alienati, alcolizzati, vagabondi, prostitute), accomunati dalla bassa estrazione sociale (Cipriano, 2018).

Alla fine del diciannovesimo secolo, Kraepelin, considerato il padre fondatore della moderna psichiatria, avvalorò la tesi secondo cui la follia è una conseguenza di lesioni del cervello e attraverso la pubblicazione del Compendio di psichiatria, fa una classificazione delle patologie psichiatriche e dei loro sintomi, tutt'oggi ancora utilizzata (Codato, 2010).

c. Il manicomio nell'epoca moderna

Nel Novecento la psichiatria si specializzò nella funzione sociale di contenitore e controllo della follia e si assistette ad un rafforzamento della pratica di internamento degli alienati, con l'inserimento di nuovi trattamenti di ordine biologico e disumani (elettroshock, insulinoterapia, lobotomia frontale).

All'inizio del ventesimo secolo, prende avvio una più ampia rivoluzione e un rinnovamento radicale nell'ambito delle conoscenze psicologiche, con la nascita della psicoanalisi. Solo alla metà del '900 si assisterà alla crisi del paradigma istituzionale, dovuta a fattori economici, sociali e inerenti ai cambiamenti che stavano avvenendo nella psichiatria.

Un grande contributo alla crisi del paradigma istituzionale, è stato dato dal filosofo francese Michel Foucault, che nella sua opera Storia della follia, scardina la concezione nella cultura occidentale di follia intesa come qualcosa di patologico, definendola invece come un fenomeno fondamentale in cui si esprime la libertà dell'uomo, la sua esigenza di non avere limiti da parte della società (Colucci, 2004).

La critica che il filosofo francese fa alla psichiatria deriva dalla pretesa che essa ha avuto di inquadrare la follia come malattia e di vederla come qualcosa di oggettivo e di spiegabile secondo le leggi scientifiche (Colucci, 2004).

1.1.2. Secondo Periodo: la rottura con il paradigma asilare

Il secondo periodo, va dalla seconda guerra mondiale al 1970 e rappresenta l'inizio dei sistemi di cura per la salute mentale, che si realizza con l'avvento degli psicofarmaci e l'apertura dei reparti negli ospedali psichiatrici. Questo periodo ha rappresentato la prima ondata di servizi basati sull'approccio di comunità.

d. Gli anni 50-60: l'ascesa del movimento antipsichiatrico

Con l'introduzione degli psicofarmaci, negli anni 50 si assiste all'inizio dell'era del manicomio chimico. Gli psicofarmaci hanno avuto l'effetto di attenuare i sintomi della malattia e di rendere più gestibili le crisi, ma allo stesso tempo hanno cronicizzato le malattie, aumentato le ricadute e gli effetti collaterali sono risultati anche peggiori di quelli prodotti dalla patologia (Cipriano, 2018).

Gli anni 60 hanno rappresentato un passaggio fondamentale delle trasformazioni sociali messe in atto con modelli organizzativi e esperienze alternative in tutta Europa.

In Francia si attuano la Psicoterapia Istituzionale a Saint-Alban e Fleury-les- Aubrais, con il limite della psichiatria di settore francese di non metter mai comunque in discussione il manicomio; in Gran Bretagna nacque l'antipsichiatria nella clinica di Kingsley Hall, creata da Liang, e in Scozia, Jones sperimentò il modello di comunità terapeutica (Cipriano, 2018).

Queste esperienze ebbero il merito di rinnovare profondamente la psichiatria, in primo luogo, recuperando l'idea di curabilità e riabilitazione e in secondo luogo superando il modello biologico attraverso la promozione di un approccio antipsichiatrico, che critica la psichiatria, non tanto come scienza ma soprattutto come istituzione sociale, che detiene i malati, che essa stessa crea. (Codato, 2010)

Negli anni 60 mentre Foucault scrive *La Storia della Follia*, parallelamente in Inghilterra si afferma il pensiero antipsichiatrico, promosso dal pensiero e dalle opere di Laing e Cooper. Nonostante Foucault non si sia mai considerato un antipsichiatra, si può affermare che abbia contribuito all'antipsichiatria nella misura in cui sostiene che il potere all'interno della psichiatria venisse utilizzato come strumento di legittimazione e giustificazione della psichiatria biologica (AA.VV., 2011).

Il movimento antipsichiatrico si oppose alla psichiatria biologica, contribuendo a fornire un modello diverso attraverso un approccio di studio soggettivistico e relazionale, mirando alla

creazione di strutture terapeutiche alternative, in contrapposizione alle istituzioni autoritarie e coercitive della psichiatria biologica. Il movimento antipsichiatrico si è contraddistinto per il rifiuto della concezione manicomiale e di ogni trattamento imposto, partendo dal concetto che i disturbi mentali non possono essere curati come si curano le malattie organiche perché sono il risultato di condizionamenti ambientali e contraddizioni sociali (Codato, 2013).

La Storia della Follia assieme ad *Asylum* permette di denunciare la realtà del manicomio, Foucault e Goffman fanno esplodere l'ideologia del manicomio, come luogo in cui la società nega le proprie contraddizioni, reclude il diverso e tenta di presentarsi come sana (AA.VV., 2011).

Goffman coglie l'aspetto sociale della malattia, individuando il malato mentale l'oggetto della violenza sociale e istituzionale e svela la condizione degli internati nei manicomi. I manicomi ricoverano le persone perché non tollerate dalla società e plasmano gradualmente gli internati secondo dei parametri. Egli riesce a cogliere la contraddizione insita nell'istituzione totale che ha come scopo la cura del paziente, pur essendone allo stesso tempo la causa primaria della distruzione della sua personalità (Panzacchi, 2015).

1.1.3. Terzo Periodo: dall'istituzione ai servizi di comunità

Il terzo periodo, datato dal 1970 fino ad oggi è rappresentato dall'espansione dei sistemi di cura, realizzata attraverso la deistituzionalizzazione e la creazione di servizi che coinvolgono e si realizzano sempre di più all'interno della comunità. Questo approccio fondato sulla convinzione di operare al di fuori del manicomio, si basa su una concezione di follia come parte della condizione umana e del malato come uomo con tutte le necessità alla pari degli altri (Cipriano, 2018).

e. Gli anni 70-80: la deistituzionalizzazione

Gli anni 70 sono stati caratterizzati da un forte processo di deistituzionalizzazione che è riuscito a modificare l'assetto istituzionale in molti paesi europei. Tale processo, collegato alla chiusura dei manicomi, si è configurato come una misura alternativa rispetto agli ospedali, in favore di servizi basati su un approccio di comunità.

Il processo di deistituzionalizzazione si è focalizzato sui bisogni delle persone e sulla riabilitazione, concentrandosi prevalentemente sulle persone che avevano vissuto per anni negli

ospedali psichiatrici, si è realizzato molto lentamente e con difficoltà dovute sia ad una resistenza della società nell'accettare l'inclusione del malato mentale, sia alla difficoltà di reinserire nelle comunità degenti che avevano vissuto sempre nelle istituzioni totali.

Contemporaneamente a questo processo, negli anni 80 si è assistito ad un rilancio delle teorie biologiche della malattia mentale e del modello farmacologico, in particolare dei nuovi psicofarmaci che furono pubblicizzati come risolutori assoluti delle malattie mentali.

Si può affermare che questo periodo è attraversato da un paradosso secondo cui mentre si cercava di distruggere il manicomio istituzionale di Pinel, si assisteva all'ascesa del manicomio farmacologico. La psichiatria tradizionale recuperava potere e prestigio grazie agli psicofarmaci, sancendo il riconoscimento tanto atteso della psichiatria come scienza medica; e il farmaco assumeva una doppia valenza: terapeutica da una parte, rendendo più docili e umane le terapie, cronicizzante dall'altra, diventando elemento di repressione e di dipendenza, al di fuori del manicomio i malati infatti non guarivano, ma anzi si cronicizzavano (Cipriano, 2018).

f. Gli anni 90- 2000

Nel 2001 la salute mentale è stata sancita come priorità di lavoro a livello internazionale e l'Europa ha riconosciuto la salute mentale come parte integrante della salute e del benessere.

Oggi la maggior parte dei paesi europei ha messo in atto politiche e legislazioni in materia di salute mentale, molto eterogenee tra di loro in termini di qualità dei servizi e del personale, numero di posti letto, copertura dei servizi territoriali.

Nonostante tali differenze, come indicato da Fioritti (2002), il panorama delle politiche europee che regolano l'assistenza psichiatrica è caratterizzato da alcune costanti quali: la scomparsa delle funzioni di controllo sociale attribuite alla psichiatria, lo spostamento delle attività di assistenza dall'ospedale psichiatrico alle strutture di comunità, la previsione di strumenti legali coerenti e rispettosi dei diritti umani in caso di mancata adesione del paziente.

1.2. Evoluzione recente delle politiche dell'Unione Europea per la salute mentale

Negli ultimi anni il tema della salute mentale ha trovato sempre più spazio nei programmi nazionali ed europei.

A livello europeo, l'azione per la salute mentale intende valorizzare la promozione della salute mentale e i relativi servizi negli Stati membri, sulla scia degli obiettivi posti dal Patto per la salute e il benessere mentale lanciato nel 2008 dalla UE.

La responsabilità di affrontare e soddisfare i bisogni delle persone affette da problematiche di salute mentale è differenziata in base all'organizzazione dei servizi e alle politiche dei paesi europei, però l'esistenza di una esplicita politica a livello europeo per la salute mentale mira indirizzare i paesi e a migliorare l'organizzazione, la qualità dei servizi, l'accessibilità e lo sviluppo di un modello basato sulla community care (WHO, 2014:23).

1.2.1. La dichiarazione di Helsinki e il libro Verde

La necessità dell'abbandono dei manicomi e della creazione di servizi sul territorio a bassa soglia ed offerti alla popolazione nel pieno rispetto dei diritti umani è stata sottolineata con forza nella conferenza ministeriale europea promossa dall'OMS sulla salute mentale ad Helsinki nel 2005 (Mezzina, 2006).

In questa occasione i governi di tutti gli stati europei hanno sottoscritto una importante dichiarazione, che ha rappresentato un passo fondamentale per l'Unione Europea in quanto essa riconosce il pericoloso legame esistente tra problemi di salute mentale ed emarginazione sociale, disoccupazione, mancanza di fissa dimora, abuso di alcol e di altre sostanze, riconoscendo che la salute mentale sia una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni (Mezzina, 2006).

Con la dichiarazione europea di Helsinki nel 2005, i paesi europei hanno individuato tra le principali priorità: la promozione e la prevenzione del benessere mentale attraverso la realizzazione di sistemi di salute mentali completi, integrati ed efficienti; la lotta allo stigma e alla discriminazione; il riconoscimento delle competenze dei pazienti e delle loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente ai processi di cura e di inclusione.

Nel Piano d'Azione allegato alla dichiarazione, si sostengono azioni volte alla promozione del benessere psichico in tutte le situazioni della vita sociale e della comunità, attraverso campagne pubbliche in grado di incidere sugli stili di vita, sulle abitudini e di ridurre i comportamenti a rischio che incidono nella vita sociale e lavorativa (Mezzina, 2006).

Un' enfasi particolare è posta: sulla lotta allo stigma e alle forme di discriminazione, promuovendo partnership con le organizzazioni non governative in particolare degli utenti e dei familiari; sulla qualità della vita, con una sensibilità rivolta alle peculiarità dei cicli di vita

ed alle diverse problematiche legate all'età, significativa infatti è l'introduzione di raccomandazioni per gli anziani e i rischi di istituzionalizzazione, promuovendo un'azione intersettoriale attraverso partnership tra i servizi psichiatrici, gli altri socio-sanitari ed altre agenzie, che ponga al centro la risposta ai bisogni generali dell'utente e quindi prefigurando scenari di welfare-community (WHO, 2005:3).

Un punto molto importante della dichiarazione è che l'offerta di cure debba essere erogata in servizi aperti alla comunità, secondo il principio: "ciò di cui le persone hanno bisogno, quando e dove lo necessitano"; mentre viene previsto un ruolo marginale al ricovero ospedaliero limitato al trattamento delle acuzie e di situazioni con particolare gravità (Mezzina, 2006).

I sistemi delineati dal Piano sono pensati come sistemi accessibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, integrati, efficienti, capaci di coprire dalla promozione alla prevenzione, alla cura ed al recupero (*recovery*). Si dichiara esplicitamente che non v'è più spazio per grandi istituzioni che escludano ed isolino le persone sofferenti o per interventi anti terapeutici o dannosi (Mezzina, 2006).

Nel corso del 2005, il Libro Verde della Commissione della Comunità Europea, intitolato "Migliorare la salute mentale della popolazione", si è proposto di definire una strategia a favore della salute mentale per l'Unione Europea.

Il Libro Verde sostiene chiaramente che i soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono tuttavia modificare i determinanti sociali, e che occorre pertanto un'impostazione globale (CDC, 2005:5).

Per quanto riguarda le Competenze dell'Unione esso ricorda che a livello comunitario il mandato d'intervenire nel settore della salute pubblica è stabilito dall'articolo 152 del trattato CE: "nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"; e che l'intervento della Comunità integra le politiche nazionali volte al miglioramento della sanità, alla prevenzione di malattie e affezioni, all'informazione e all'educazione in tema di salute e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in questi settori (CDC, 2005:5).

1.2.2. Il patto europeo per la salute e il benessere mentale 2008

Nel 2008, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, incaricato di individuare i necessari passaggi per sviluppare e implementare le politiche per salute mentale, ha pubblicato,

grazie al co-finanziamento della Commissione Europea, una relazione che faceva il punto sul diverso stato di sviluppo dei sistemi per la salute mentale in Europa (WHO 2013:21).

Nella relazione si evince che dal 2005, il 47 % dei paesi europei aveva adottato una nuova politica per la salute mentale e il 48% aveva introdotto una nuova legislazione (WHO 2008:16).

Nello stesso anno è stato pubblicato il Patto Europeo per la Salute e il Benessere Mentale con l'obiettivo di agire su alcuni ambiti riconosciuti come prioritari.

Il Patto Europeo, individuando la depressione come uno dei disordini mentali più gravi e diffusi intendeva concentrarsi sulla prevenzione della depressione e del suicidio e data l'insorgenza in età adolescenziale dei disturbi mentali poneva come sfida la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio sulla salute mentale nei giovani (WHO 2008:2).

Un altro ambito di azione, elencato nel piano riguarda i luoghi di lavoro, in quanto i cambiamenti dei ritmi di lavoro hanno determinato delle pressioni sulla salute mentale e sul benessere, incrementando l'assenteismo, lo stress e i disordini mentale e l'inabilità al lavoro (WHO 2008:5).

Infine si riconosceva l'importanza della lotta contro lo stigma e l'esclusione sociale, che sono sia fattori di rischio che conseguenze dei disordini mentali per rimuovere gli ostacoli importanti che si frappongono tra la persona e la ricerca di aiuto e il processo di guarigione (WHO 2008:6).

1.2.3. Il Piano d'azione europeo per la salute mentale 2013-2020

Nel 2013, l'Ufficio regionale OMS per l'Europa, ha adottato il piano d'azione europeo per la salute mentale 2013-2020, che si ispira ad alcuni valori quali: equità - intesa come possibilità di raggiungere il massimo livello possibile di benessere e ricevere un'assistenza commisurata alle esigenze-, empowerment delle persone, perché siano autonome, responsabili e in grado di influire sulla propria vita, sicurezza ed efficacia dei sistemi sanitari (WHO 2013:6).

Il piano mira nel lungo termine ad influenzare le politiche dei paesi europei perché aumentino il benessere delle popolazioni riducendo l'esposizione ai fattori determinanti e i comportamenti a rischio soprattutto per i gruppi vulnerabili e perché istituiscano servizi accessibili che offrano opportunità eque e rispettino i diritti delle persone (WHO, 2013:5).

La strategia europea esplicitata nel Piano d'Azione Salute Mentale 2013-2020 riconosce la salute mentale come parte integrante della salute e del benessere, influenzata da una serie di determinanti economici, sociali e politici, su cui è necessario agire a livello globale, ma

riconosco anche l'importanza del livello individuale, poiché fattori come età, genere, personalità e resilienza hanno un'influenza importante sul benessere mentale (WHO 2013:7).

Il piano d'azione europeo per la salute mentale adotta un modello denominato: "Il ciclo del benessere mentale", secondo cui la presenza di disturbi mentali aumenta la probabilità di alcuni comportamenti a rischio come il tabagismo, l'alcolismo, un'alimentazione sbilanciata e la mancanza di esercizio fisico. Infatti una persona con disturbi mentali è esposta a un maggiore rischio di obesità, malattie cardio-vascolari, cancro, diabete e suicidio a causa per esempio delle conseguenze del disagio mentale, di comportamenti a rischio e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche (WHO 2013:23).

Inoltre, le persone inoltre con disagio mentale sono più esposte a violazioni dei diritti umani, sia dei diritti universali che dei diritti specifici delle persone con disabilità. La presenza di un disturbo mentale può ridurre quindi l'accessibilità, l'erogazione e la qualità dei servizi nel settore pubblico e privato, provocando maggiore sofferenza, esclusione, isolamento (WHO 2013:23).

Il Piano d'azione europeo è in sintonia anche con il Programma stabilito nel Piano d'azione Globale dell'OMS per la Salute mentale approvato nel 2013, il quale persegue obiettivi di promozione del benessere mentale e prevenzione dei disturbi mentali, miglioramento delle possibilità di recupero (*recovery*), promozione dei diritti umani e riduzione della mortalità, morbilità e la disabilità delle persone con disturbi mentali (WHO 2013:4).

1.3. Lo stato attuale della salute mentale in Europa

Oggi, i disturbi mentali rappresentano una delle più importanti sfide in termini di prevalenza, carico della malattia e disabilità (WHO 2013). Secondo le stime dell'organizzazione mondiale della sanità (WHO 2013:19) i disturbi mentali interessano oltre un terzo della popolazione ogni anno, e i disturbi più diffusi sembrano essere: la depressione e l'ansia, il disturbo psicotico (all'incirca l'1-2% della popolazione ne è affetto) la demenza a causa dell'aumento dell'invecchiamento demografico. Inoltre in tutti i paesi, il disagio mentale tende prevalere tra i soggetti più svantaggiati.

Dai dati riportati dalla World Health Organization (2013), si evince che nella popolazione europea, i disturbi mentali rappresentano la principale categoria di malattie croniche, pari a poco meno del 40%, e la misura con cui una malattia contribuisce a creare degli stati patologici cronici è un indicatore importante del peso sociale di quella determinata malattia

per la collettività e il sistema sanitario.

I disturbi mentali, infatti, sono la causa di disabilità a cui ricondurre tra il 37 e il 44% delle prestazioni sociali e pensioni di invalidità erogate in molti paesi Europei tra cui, Danimarca, Finlandia, Scozia, Romania; queste percentuali abbastanza elevate mostrano come le persone che percepiscano prestazioni o pensioni sociali a causa di una disabilità abbiano un disturbo mentale come patologia primaria (WHO, 2013).

Come sottolineano Samele e al (2013), ogni anno, la proporzione della popolazione europea che soffre di un disturbo mentale è pari al 38%; la diagnosi più comune sono disturbo dell'ansia (14%), insonnia (7%), depressione (6,9%), disturbi somatoformi (6,3%), dipendenza da alcol e droga (4%), disturbo di attenzione e iperattività (5% nei giovani) e demenza (1% nelle persone tra i 60 e i 65 anni).

I disturbi mentali hanno un impatto molto forte sulla sfera emotiva, sociale ed economica della persona. Lo stigma e la discriminazione sono ancora molto diffusi nei confronti delle persone con disturbi mentale e sono riconosciuti come un danno enorme per la condizione e lo stato di salute della persona (Samele e al. 2013). A questo proposito uno studio (Thornicroft et al., 2009) su 27 paesi, inclusi i paesi europei, ha esaminato l'impatto della discriminazione su pazienti con schizofrenia e il 47 % degli intervistati ha affermato di essere stato discriminato nei rapporti di amicizia, il 29% nella ricerca di un lavoro e il 29% sul posto di lavoro.

L'accesso ai sistemi di cura per le persone con disturbi mentali è fondamentale; nonostante ciò si registra un gap nell'accesso ai servizi non indifferente. Esaminando una ricerca su sei paesi europei (Alonso et al. 2007) si è osservato che con un campione rappresentativo della popolazione adulta con disturbo mentale, meno della metà (48%) ha dichiarato di utilizzare i servizi per la salute mentale.

Inoltre le persone con malattie mentali sono più a rischio di contrarre malattie fisiche e hanno un livello di disabilità e di mortalità prematura molto alto. Questo è dovuto in parte allo stile di vita e all'uso degli psicofarmaci.

Oggi la maggior parte dei paesi ha messo a punto politiche e leggi in materia di salute mentale; tuttavia la capacità e qualità dei servizi e del personale sono estremamente eterogenee, stando al numero di posti letto, alla copertura dei servizi territoriali, al numero di psichiatri, infermieri, e agli investimenti (WHO, 2013:20).

A seguito delle trasformazioni socio-culturali avvenute a partire dagli anni 60 sopra ricostruite e anche grazie alle nuove politiche nazionali ed europee, l'impegno verso la deistituzionalizzazione e la territorializzazione dei servizi prosegue nei vari paesi. Esiste infatti un consenso rispetto alla necessità di erogare cure e terapie nei contesti locali, nella comunità, poiché si riconosce il rischio di stato di abbandono e istituzionalizzazione dei grandi ospedali psichiatrici, ma con ritmi diversi (WHO 2013:5).

Gli stati membri della regione europea sia trovano quindi ad affrontare diverse criticità e si confrontano con delle sfide, quali (WHO, 2013: 5):

- preservare il benessere della popolazione in una fase di cambiamento degli assetti economici;
- impegnarsi a tutelare i diritti e promuovere l'empowerment degli utenti dei servizi e delle loro famiglie;
- garantire cure di qualità realizzando nel contempo le riforme necessarie nel settore della salute mentale.

Negli ultimi anni inoltre, c'è una forte enfasi sull'approccio del *recovery*, che ha avuto un impatto non indifferente nell'agenda politica europea. Questo approccio per le persone con disturbi mentali si focalizza sulla persona, aumentandone l'empowerment, lasciandole la possibilità di decidere l'organizzazione e di scegliere i servizi di cui ha bisogno.

Tale approccio enfatizza le capacità della persona rispetto ad un approccio che si focalizza solo sui problemi; promuove inoltre un approccio socialmente inclusivo e ridà dignità e rispetto alla persona (WHO 2013:14).

Tuttavia le condizioni istituzionali entro cui questi obiettivi di policy si collocano sono molto diversi tra paesi, come meglio illustrato di seguito.

1.4. Welfare state e salute mentale

I servizi psichiatrici in Europa hanno attraversato un periodo di cambiamento, guidato dall'impegno politico a livello nazionale ed europeo di rispondere alle sfide poste dai problemi di salute mentale (Muijen, 2008).

Il concetto di salute mentale, non è univoco ma comprende in sé diverse definizioni, come sostiene la World Health Organization (2001); ne consegue che anche le politiche per la salute mentale, possono assumere diversi significati e prospettive, ma come afferma Melke (2010) una politica di welfare per la salute mentale può dirsi tale quando vi è una trasformazione

dal paradigma basato sui manicomi a quello basato sui servizi che coinvolgono e includono le persone con disabilità; e che prevede servizi per il disagio abitativo, di supporto alla persona, per l'occupazione e prestazioni di tipo economico. Secondo Melke (2010), non si può definire inclusiva una politica che persegue il miglioramento della salute mentale solo a livello generale.

Per studiare le politiche di salute mentale da un punto di vista comparativo, si può trattare l'argomento dal punto di vista delle politiche di welfare e dello sviluppo dei servizi conseguenti alla politica, che ogni welfare state intende offrire.

Come sostiene Mekle, (2010), le argomentazioni, di seguito presentate, per sostenere l'importanza di studiare un'area di policy da un punto di vista comparativo, sono orientate a far comprendere la complessità che si nasconde dietro la nozione di welfare state e dare una visione di insieme; nonché la possibilità di concentrarsi su un particolare target group e su un'area delle politiche di welfare permette di investigare molti aspetti interessanti per le politiche di welfare state. Bisogna però riconoscere che un'analisi comparata dello stato delle politiche di salute mentale in Europa appare seriamente ostacolata dalla mancanza di informazioni corrette e da fonti dei dati certi (Muijen, 2006).

Una prima argomentazione riguarda il fatto che la teoria sui regimi si concentra molto di più sui trasferimenti monetari che sui servizi; mentre le politiche per la salute mentale includono entrambi i tipi di supporto, perché la malattia mentale ha delle ricadute in tutti gli ambiti della vita: dalla perdita di reddito, al supporto nella ricerca del lavoro o nelle attività quotidiane.

In secondo luogo, le ricerche sul welfare state si focalizzano principalmente sul sistema sociale, mentre il sistema sanitario, distinto da quello sociale, consuma la maggior parte del budget del welfare nazionale, e ciò implica che la struttura del sistema sanitario non sia la stessa cosa del sistema sociale; il sistema di cura sanitario fondamentale è uno dei servizi offerti dal welfare a questa fascia della popolazione.

La terza argomentazione riguarda il fatto che la letteratura di welfare si concentra soprattutto sui supporti a breve-medio termine per rischi temporanei, non considerando, che la maggior parte delle politiche attuali dovrebbe svilupparsi per rispondere a dei bisogni che sono permanenti, come quelli riguardo la salute mentale. I disturbi mentali e la disabilità che ne consegue interessano differenti età, ma la maggior parte delle patologie insorge in una fase della vita che risulta cruciale per definire il percorso per gli anni futuri.

Infine, la letteratura riguardo il welfare state non considera il fatto che il termine stato sottintenda un sistema complesso di agenti pubblici, che hanno spesso interessi diversi.

1.4.1. Classificazione dei sistemi di Welfare

Appare quindi utile una breve analisi della classificazione dei sistemi di welfare. Il dibattito contemporaneo sulle categorie di welfare state si basa sulla classificazione fatta da Esping-Andersen a partire dal 1990. Esping-Andersen teorizza tre modelli di welfare, che simboleggiano le differenti logiche politiche originate da differenti background storico-politico.

La classificazione di Esping- Andersen deriva dalla posizione che ciascun paese assume rispetto a due dimensioni: il grado di demercificazione che si riferisce al grado di indipendenza dal mercato, e il tipo di stratificazione; tale differenziazione dipende dal diverso peso che nei differenti Paesi è dato alla famiglia, al mercato e allo stato (Saraceno,2013).

Proprio perché il benessere, è prodotto dalla combinazione di questi tre fattori, Esping-Andersen parla di regimi di welfare:

- il regime liberale, caratterizzato dalla prevalenza del mercato come principale agente di socializzazione e da un basso livello di demercificazione. In questo regime la maggior parte dei programmi sono riferiti a specifici gruppi ad alto rischio, l'intervento dello stato è residuale e volto a incoraggiare il ruolo dello stato; in questo modello, lo sviluppo delle riforme sociali è fortemente circoscritto dalla tradizione e dalle norme etiche liberali. Esempi del regime di welfare liberale si possono trovare nei paesi anglosassoni (Mekle,2010);
- il modello conservatore, si caratterizza per una maggiore importanza attribuita alla famiglia, l'intervento dello stato si limita alle situazioni in cui viene meno la capacità di provvedere ai suoi componenti, mentre allo stesso tempo la redistribuzione pubblica preserva la stratificazione operata dal mercato (Saraceno,2013), per cui il supporto del welfare state è il risultato della situazione occupazionale e dello status del cittadino. Esempi di questo regime si trovano in paesi come Austria, Germania, Francia.
- Il modello social democratico si distingue dagli altri regimi per la centralità del ruolo dello stato e per l'importanza attribuita ai principi di universalismo e demercificazione, riducendo al minimo la dipendenza dal mercato e rafforzando un ruolo attivo dello stato. L'obiettivo è di promuovere uguaglianza con alti standard, garantire a tutti gli individui

protezione sociale, come diritto di cittadinanza. I paesi che appartengono a questo modello sono quelli del Nord Europa: Svezia, Norvegia, Danimarca.

Diversi autori, tra cui Ferrera (1996) sostengono la necessità di integrare la classificazione di Esping-Andersen con un quarto modello definito welfare familista o mediterraneo. L'integrazione di questo modello nasce dalla consapevolezza che la tripartizione classica non include i paesi dell'Europa meridionale, Italia, Spagna, Grecia e Portogallo, che si caratterizzano per un modello di welfare solidaristico e familistico in cui le famiglie svolgono un ruolo di ammortizzatore sociale mentre lo stato interviene in maniera molto residuale, privilegiando trasferimento di servizi piuttosto che offerta di servizi.

In modo determinante tutti i paesi europei hanno sviluppato una riforma dei servizi per la salute mentale basata sul modello di comunità; nonostante ciò, nella panoramica fatta da Muijen (2006) sui servizi di cura in Europa, permangono delle differenze, che è importante sottolineare. È necessario precisare però che prima del processo di deistituzionalizzazione non consistevano delle importanti differenze tra i paesi appartenenti a regimi di welfare differenti, in quanto l'istituzione manicomiale era esistente e ben radicata in tutti i paesi europei. L'influenza dei diversi sistemi di welfare nell'erogazione e nell'offerta dei servizi si nota solo a partire dalla chiusura dei manicomi, quando si sono sviluppati in tempi e in modalità diversa i servizi territoriali.

Una prima differenza riguarda l'offerta alternativa che alcuni paesi prevedono rispetto alla possibilità del ricovero, e ciò dipende dal livello di sviluppo dei servizi alternativi (comunità, appartamenti protetti) rispetto all'istituzionalizzazione.

Una seconda sostanziale differenza dipende dal livello di ricchezza e povertà dei paesi che determina anche le condizioni di salute e le possibilità di cura. Soprattutto nei paesi più poveri dell'Europa, gli ospedali psichiatrici ancora dominano sui servizi, assorbendo quasi il 90% delle risorse destinate alla salute mentale.

Un terzo fattore da considerare nella comparazione dello sviluppo delle politiche per la salute mentale nei paesi europei è la riduzione del numero di posti letto per pazienti psichiatrici, che si è ridotta nell'arco degli ultimi 25 anni in tutta Europa. Tale riduzione può essere interpretata in diversi modi; l'assunto per cui alla riduzione dei posti letto in ospedale corrisponda uno sviluppo di servizi di comunità, può essere reale per alcuni paesi europei, come l'Italia, i paesi del Nord Europa e l'Inghilterra; ma allo stesso tempo essa può essere interpretata

come mancanza di sostituzione dei posti letto con servizi alternativi, in particolar modo nei paesi più poveri dell'est Europa (Muijen, 2006).

a) La salute mentale nei paesi liberali

Nei paesi con welfare state liberale, le politiche prevedono una limitata offerta di servizi e prestazioni, focalizzate soprattutto sulla riduzione della povertà. L'accesso alle prestazioni è ancora basato sul bisogno economico e il mercato, la famiglia e le organizzazioni volontarie appaiono ancora i soggetti predominanti nel soddisfacimento dei bisogni di questo gruppo della popolazione; le organizzazioni non governative infatti giocano un ruolo fondamentale nella gestione dei servizi per le cure, per la prevenzione e promozione della salute più in generale e del benessere mentale (Melke, 2010).

b) La salute mentale nei paesi social democratici

Nei paesi con un sistema di welfare social democratico il processo di deospedalizzazione è iniziato negli anni 70. In questi paesi del Nord Europa la riforma ha impiegato almeno 15 anni a realizzarsi e si è compiuta con un forte decentramento che ha comportato un trasferimento di competenze di cura suddiviso tra regioni, che hanno competenza in merito alla cura e ai trattamenti e le municipalità, che invece sono competenti nell'ambito delle prestazioni sociali.

I sistemi di cura per la salute mentale in questi paesi sono strutturati principalmente su due livelli: un livello di cura primario e uno secondario.

Nei paesi scandinavi la politica per la salute mentale è molto integrata, comprende un alto numero di trasferimenti e di servizi con un focus sull'aumento dell'aspettativa di vita, il miglioramento della qualità della vita e la riduzione dell'inefficienza; il diritto alle prestazioni si basa sulla cittadinanza ed è universale. Molte delle prestazioni sono finanziate e erogate con fondi pubblici, lasciando un ruolo marginale alle famiglie e alle organizzazioni di volontariato; in questi paesi inoltre vi è un buon livello di promozione del benessere mentale e prevenzione dei rischi attraverso campagne nei luoghi di lavoro e a scuola (Samele e al., 2013).

c) La salute mentale nei paesi con un welfare state corporativi

Nei paesi con un welfare state corporativo, la riforma delle politiche per la salute mentale che ha comportato un passaggio dagli ospedali psichiatrici ai servizi di comunità, si è realizzata nell'arco di 25 anni ma questo non ha implicato una chiusura totale degli ospedali psichiatrici.

Le politiche per la salute mentale, sono basate per lo più su trasferimenti monetari per il mantenimento del reddito che sui servizi per la persona. Il diritto all'accesso per queste prestazioni è basato sui contributi versati e dipende dal livello di occupazione. Molti supporti sono finanziati dallo stato ma la fornitura dei servizi coinvolge attori privati con una forte enfasi sul ruolo della famiglia. Nei paesi corporativi il sistema socio sanitario appare prevalentemente decentralizzato con molte differenze e variazioni all'interno degli stessi paesi (Samele e al., 2013).

d) La salute mentale nei paesi con welfare state mediterraneo

Nei paesi dell'Europa meridionale i servizi per la salute mentale si sono formati sul modello dei servizi di comunità secondo un approccio multidisciplinare e variano dai reparti psichiatrici negli ospedali, al day hospital ai servizi domiciliari, ai laboratori di supporto al lavoro.

In questi paesi la promozione e la prevenzione della salute mentale è promossa da piani, azioni e programmi a livello nazionale. Sebbene la riforma dei servizi sia iniziata tra gli anni 80 e 90, i servizi ancora oggi risultano inadeguati e non sufficienti rispetto ai bisogni della popolazione, e inoltre si riscontra una mancanza di integrazione e coordinazione con altre aree di interesse politico (educazione, occupazione, sociale) (Samele e al., 2013).

1.5. Politiche di salute mentale: elementi comuni a paesi diversi

Come emerge dalla descrizione delle caratteristiche delle politiche di salute mentale nei diversi paesi, i regimi di welfare state hanno un ruolo e un'influenza fondamentale nel determinare le differenze tra le politiche sanitarie dei diversi paesi europei nel processo di chiusura degli ospedali psichiatrici all'istituzione dei servizi territoriali.

Si può però affermare che nonostante le differenze si possano anche riscontrare degli elementi comuni, principalmente dovuti all'imposizione durata per molti anni del paradigma istituzionale, in tutti i paesi europei.

Le istituzioni totali, infatti si caratterizzano per essere uguali e ripetitive, con elementi comuni in tutti i paesi che sembrano prevalere sulle diversità geografiche e socio culturali; per questo, Saraceno (2014), sostiene che si possa parlare di globalizzazione della miseria manicomiale, intesa come omogeneità della miseria e della violenza dell'istituzione psichiatrica, che ha un potere talmente forte da annullare le differenze storiche, geografiche e culturali tra i paesi.

Per queste motivazioni, Saraceno (2014), sostiene che se l'istituzione psichiatrica è trasversale nei vari paesi, si possono anche individuare elementi comuni che facilitino l'innovazione dei servizi, ricordando che vi sono esempi positivi di politiche nell'ambito della salute mentale. L'autore infatti individua una lista di fattori che in positivo o in negativo influiscono sui processi di innovazione dei sistemi di salute mentale.

Analizzando le componenti di una politica per la salute mentale, Saraceno (2014) individua delle priorità dichiarate in tutte le politiche di salute mentale, che riguardano principalmente la promozione della formazione del personale e di campagne di educazione rivolte alla popolazione; la formulazione di standard per valutare i servizi e la creazione di un ospedale psichiatrico o la trasformazione di esso in un centro di ricerca. Queste priorità non implicano sostanziali trasformazioni del sistema di salute mentale.

Vi sono poi altre priorità, più utili e fattibili che sono indicate meno frequentemente nelle politiche di salute mentale e riguardano la creazione di servizi nel territorio, quali unità psichiatriche negli ospedali, centri di salute mentale territoriali, che permettano una contiguità tra servizio e popolazione. Infine vi è un ultimo set di priorità, individuate (Saraceno, 2014) come le più innovative ed importanti ma anche le meno citate che fanno riferimento alla riduzione dei posti letto negli ospedali, lo spostamento della spesa pubblica a favore di investimenti nei servizi per la salute mentale, la creazione di strutture extra ospedaliere.

Inoltre, Saraceno (2014) sostiene che analizzando i diversi processi di riforma si possono constatare alcuni fattori che hanno assunto un ruolo decisivo e determinante nello sviluppo e nella trasformazione delle politiche di salute mentale.

Il primo fattore è rappresentato dalla pressione esercitata da settori della società civile preoccupati per la violazione dei diritti umani; un secondo fattore decisivo per sbloccare le situazioni è stato la presenza di attori politici, che hanno promosso la riforma malgrado le resistenze poste dalla psichiatria; ed infine un terzo fattore coincide con la presenza attiva di psichiatri innovatori, che innescano un movimento di riforma, e che svolgono una funzione di critica nei confronti della psichiatria.

Tuttavia bisogna menzionare anche gli elementi che ostacolano le riforme (Saraceno, 2014); anche in questo caso si possono trovare elementi comuni ai vari paesi, fattori che sono stati decisivi nel bloccare o rallentare i processi di riforma e innovazione e che possono assumere ruoli antitetici.

Il primo fattore concerne con il potere lobbysta dei gruppi professionali, in particolare gli psichiatri che sono stati il gruppo professionale che più spesso ha osteggiato le riforme, soprattutto per una difesa del paradigma biomedico. Bisogna però riconoscere che ci sono anche molti psichiatri che facilitano i processi innovatori di riforma, qualunque sia l'iniziatore della riforma, l'asse portante dell'innovazione è rappresentato dagli psichiatri, che sempre a contatto con l'utenza, sono agenti di cambiamento (Saraceno, 2014).

Il secondo fattore è rappresentato dalle associazioni dei familiari, che possono giocare un ruolo di facilitatore ma anche di ostacolo delle riforme, soprattutto nei casi in cui si sono sentiti traditi da riforme promesse e mai realizzate.

Infine l'ultimo fattore che gioca un ruolo antitetico è rappresentato dai media, perché possono essere di sostegno alle riforme ma anche di denuncia di reali o presunti fallimenti delle politiche; a tal proposito l'interesse dei media, spesso disinformati, è quello di fare notizia a scapito di un'informazione più accurata, ricreando vecchi stereotipi della pericolosità del malato di mente, andando ad aumentare la tradizionale diffidenza del pubblico verso l'abbandono delle misure coercitive (Saraceno, 2014).

In conclusione, si può affermare che le barriere allo sviluppo di una politica e servizi di salute mentale dipendono sia dalla scarsa volontà politica dei governi sia dalla forte resistenza all'innovazione da parte dei tecnici. Molto spesso le esperienze di politiche e di servizi sono esempi settoriali, sviluppati in un'area tecnica del sistema ma non nella sua complessità; possono inoltre essere esperienze geograficamente limitate ad una sola zona, regione di quel paese, non riuscendo a divenire politica nazionale. Per questo, come sostiene Saraceno (2014) si può affermare che è difficile trovare una politica che sia complessiva (ovvero coinvolga tutte le parti del sistema) e che allo stesso tempo sia ubiquitaria (ossia copra tutta la realtà territoriale del paese).

2. LE POLITICHE PER LA SALUTE MENTALE IN ITALIA

2.1 Dal paradigma della custodia e del controllo a quello della cura

L'evoluzione in Italia delle politiche in materia di salute mentale può essere affrontata sotto il profilo del cambiamento di paradigma nell'approccio e nella considerazione delle persone con disturbo mentale.

Il cambiamento di paradigma che ha interessato le politiche italiane a partire dagli anni 70, è ben interpretato dal titolo del libro scritto dallo psichiatra e collaboratore di Basaglia, Peppe Dall'Acqua: "Non ho l'arma che uccide il leone".

In accordo con l'interpretazione data da Rossi (2015), questo titolo può essere letto a due livelli semantici: in primis, rappresenta metaforicamente la svolta, che ha superato la visione custodialistica e repressiva, improntata alla pubblica sicurezza e alla pericolosità dell'individuo, che connotava l'approccio alla salute mentale, per sviluppare un sistema di servizi di comunità, volto a riconoscere i diritti della persona, la sua autonomia e la sua soggettività. In secondo luogo, si possono reinterpretare le parole del titolo considerando che non vi è più l'arma, ossia il manicomio inteso come istituzione totale, perché non vi è più neanche il leone, dal momento che con il processo di de istituzionalizzazione è venuta meno l'idea del folle come pericoloso per la società.

È, entro questa cornice di negazione dell'istituzione totale, che si attua la riforma sostenuta da Basaglia, il quale affermava (Basaglia, 2010: 5) che "Ogni negazione è possibile, nella pratica, se insieme si costruisce altro: nel rovesciamento asilare, se, insieme si cercano altri modi, altri strumenti, altri progetti di vita che, partendo da una realtà chiusa e totalizzante (...) siano capaci di produrre una tutela che non si appropri del tutelato, ma che parta dal riconoscimento o dalla conquista di diritti perduti o mai avuti".

2.1.1 Prima di Basaglia: il paradigma asilare

A inizio 900, l'Italia adotta una legge sui manicomi, L.36/1904 intitolata "sui Manicomi e sugli alienati", che rese chiaro e uniforme su tutto il territorio le procedure di ricovero nei manicomi per tutte quelle persone affette da alienazione, ritenute pericolose per sé o per gli altri o che davano pubblico scandalo (Cipriano, 2018).

Con questa legge l'enfasi si pone sulla custodia delineando un approccio al problema della malattia mentale in relazione al quale la tutela della libertà risultava subordinata alle

esigenze di ordine pubblico (Rossi, 2015). La pericolosità e il pubblico scandalo del malato decretano l'entrata nell'ospedale psichiatrico, luogo che nasce per tutelare e difendere la società.

In quel periodo, vi era infatti, una stretta correlazione tra malattia mentale e pericolosità che mostrava l'intenzione di non occuparsi della cura della persona affetta da malattia mentale, quanto della sua custodia perché considerato soggetto pericoloso. La necessità di tutelare la società determinava una presunzione assoluta di pericolosità del soggetto, dando via alla criminalizzazione del malato di mente, e alla sua iscrizione nel casellario giudiziario.

Alla base di questa legge vi erano due posizioni consolidate, secondo le quali l'unico rimedio per ovviare alla presunta pericolosità di certe malattie mentali fosse l'isolamento, e che la malattia mentale richiedesse per una corretta diagnosi e terapia, l'osservazione e il controllo continuo attuabile solo tramite ricovero. Per questo si può affermare che il paradigma asilare si basa su un ruolo coattivo di internamento e custodia e allo stesso tempo esplicita la funzione di osservazione e sperimentazione scientifica sui soggetti ricoverati. L'iter di internamento prevedeva che il ricovero avesse luogo con provvedimento provvisorio, sulla base di un certificato medico; finita l'osservazione, il direttore del manicomio riferiva l'esito al tribunale che emetteva sentenza definitiva; la polizia, in caso di urgenza poteva ordinare il ricovero immediato (Rossi, 2015).

La realtà del manicomio era esistente già prima dell'entrata in vigore della legge del 1904, ma era rimasta priva di regolamentazione, al punto che, nel quadro delle istituzioni psichiatriche dell'epoca, il manicomio costituiva una sorta di "dis Scarica sociale", in cui internare senza criteri malati di vario genere.

Tale contesto normativo di stampo autoritario e custodialistico ha trovato ulteriore consolidamento durante il fascismo, che rafforzò la correlazione tra malattia di mente e pubblica sicurezza.

2.1.2 Verso la riforma: la legge Mariotti

Anche in seguito all'entrata in vigore della costituzione, la normativa sui manicomi non ha subito modifiche. Tale immobilità era dovuta all'arretratezza della società italiana, e della classe medica che era rimasta arroccata su posizioni organiciste e biologiche, a fronte invece di una psichiatria europea che, negli anni 50, si apriva ai contributi della psicoanalisi di Freud, della Fenomenologia di Husserl, e della sociologia.

Il paradigma istituzionale era stato rafforzato dall'introduzione dei farmaci neurolettici e antipsicotici, ma allo stesso tempo trasformato da luogo di isolamento in condizione vergognose a efficienti ospedali di cure specialistiche (Guarnieri, 1991).

Le nuove terapie farmacologiche avrebbero dovuto favorire lo spostamento dalla dimensione custodialistica dell'assistenza psichiatrica a quella medica; le riflessioni sulle nuove possibilità di trattamento delle persone malate di mente, hanno messo in luce i limiti del sistema di assistenza basato sul manicomio, evidentemente non appropriato a rispondere ai bisogni delle persone malate.

Sulla scia di questi cambiamenti, nel 1968 venne emanata la legge 431, chiamata anche "legge Mariotti", che ha rivestito un ruolo fondamentale nel cambiamento e nella modernizzazione delle politiche in materia di salute mentale.

La legge Mariotti faceva parte di un programma di riforma più ampio che si prospettava l'idea di riformare radicalmente il sistema istituzionale che si era affermato, proponendo una organizzazione di un sistema di servizi per la salute mentale (Rossi, 2015).

Tale legge infatti si ispirava alla politica di settore di matrice francese, la quale pur spostando l'assistenza sul territorio, non esclude né mette mai in discussione la funzione del manicomio (Cipriano, 2018).

Pur non realizzando una riorganizzazione del sistema generale di assistenza psichiatrica, contribuì a scalfire il modello istituzionale, anche a livello linguistico, introducendo nuove categorie di analisi: la legge non si riferiva più ai manicomi ma adottò, in linea con la medicalizzazione della malattia mentale, la dizione di ospedali psichiatrici; l'oggetto della cura erano i disturbi psichici e non più le alienazioni, ed infine aboliva il riferimento alla custodia per sostituirlo con forme di assistenza sanitaria, specializzata e sociale. (Rossi, 2015)

Al di là della questione semantica, le innovazioni più rilevanti sono rappresentate dall'introduzione del ricovero volontario, senza limitazioni delle libertà personali, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati, nella prospettiva di accomunare l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale; dalla realizzazione dei centri di igiene mentale come forma embrionale dei futuri servizi di comunità; e la sostituzione dell'iscrizione al casello giudiziario con l'anagrafe psichiatrica.

L'istituzione dei centri di igiene mentale è stato il presupposto per lo sviluppo del lavoro di équipe, introducendo il concetto per cui l'istituzione, dovesse trasformare la funzione di

controllo in funzione di assistenza a disposizione delle persone. Dal punto di vista delle finalità, i Centri di igiene mentale, integravano le attività del manicomio, agendo su un versante fino ad allora non considerato, quello della prevenzione e della riabilitazione (Rossi, 2015).

La legge Mariotti ha compiuto dei progressi nell'ambito delle politiche di salute mentale che possono essere così sintetizzate: denominazione dei manicomi in ospedali psichiatrici, trasformando la malattia mentale in questione sanitaria e non più di ordine pubblico, facendo riacquisire al malato la dignità e la libertà di esprimere il consenso ai trattamenti; territorializzazione delle cure, attraverso l'istituzione dei centri di igiene mentale, alternativi alla struttura manicomiale; abrogazione dell'annotazione del ricovero nel casellario giudiziario, facendo scomparire l'equazione fra malato di mente e criminale.

Nonostante ciò, la struttura manicomiale ha rappresentato a lungo il punto centrale delle politiche nell'ambito della salute mentale, e lo smantellamento di questo paradigma, la costruzione dell'alternativa all'istituzionalizzazione è stato possibile grazie alla riforma attuata con la legge 180/1978, che ha fatto un passo decisivo poiché, considerando il malato di mente uguale a qualsiasi altro malato, ha permesso di superare il paradigma custodialistico e istituzionale della psichiatria, e ha indotto ad un vero e proprio cambiamento, rappresentando un esempio isolato nel panorama europeo.

2.1.3 La svolta verso la deistituzionalizzazione

Nel corso degli anni settanta, si sono sviluppate diverse esperienze, differenti per ispirazioni ed obiettivi, che si sono concretizzate in esperimenti di trasformazione delle istituzioni psichiatriche (Rossi, 2015).

La legge 180 approvata nel 1978, e assorbita nello stesso anno dalla legge 833, che ha istituito il servizio sanitario nazionale, cambia totalmente il paradigma: il malato non viene più considerato naturalmente pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo; la conseguenza di questo spostamento di paradigma è che l'obbligo alle cure quando necessarie, non accade più per tutelare la società dal pericolo della persona, ma per un dovere etico di cura (Cipriano, 2018).

Il paradigma che si va ad affermare è quello della deistituzionalizzazione, inteso come azione di contrasto a tutti gli aspetti dell'istituzione psichiatrica e non solo al manicomio.

Basaglia si riferisce per la prima volta al concetto di deistituzionalizzazione al congresso internazionale di psichiatria sociale del 1964, quando afferma che: “la distruzione del

manicomio è un fatto urgentemente necessario, se non semplicemente ovvio.” Con questa frase Basaglia sancisce l’azione di contrasto all’istituzionalizzazione prodotta dall’organizzazione della psichiatria e in particolar modo dal manicomio, istituzione fondamentale di questo apparato (Piccione, 2004).

Il processo di deistituzionalizzazione che ha caratterizzato le politiche italiane, in materia di salute mentale, prende il via dalla constatazione che l’oggetto della psichiatria non è la malattia, ma “la sofferenza mentale all’interno del percorso di vita del soggetto e collocata nel contesto sociale” e quindi l’obiettivo non può essere la guarigione, ma dare alla persona la possibilità di vivere, senza che la diversità venga reclusa ed esclusa (Piccione, 1995).

In Italia, questo processo si basa su due fasi (Piccione, 2004) e si realizza a due livelli: uno manicomiale e uno territoriale. Queste due fasi non sono due momenti diversi, ma due prevalenze di interessi e opportunità: lotta al manicomio nella sua fase manicomiale e costruzione di servizi nella fase territoriale.

L’obiettivo della prima fase è la cura della malattia istituzionale all’interno del manicomio, perché, come sostiene Piccione (1995), il trattamento manicomiale, se prolungato oltre un certo numero di mesi produce un comportamento patologico nel paziente, e la malattia istituzionale è diffusa in tutte le istituzioni totali, ma nel manicomio assume due particolarità: in primo luogo a subire il ricovero è una persona più fragile, già portatrice di una sofferenza psichica; in secondo luogo, l’equipe del manicomio, tendono ad attribuire le manifestazioni comportamentali non tanto alla degenza nell’istituzione, quanto al disturbo psichiatrico per la quale la persona è rinchiusa. Il paziente ricoverato rappresenta quindi il prodotto finito della macchina del manicomio, che nato ufficialmente per curare, risulta essere generatore di malattia (Noziglia, 2017).

La seconda fase, quella che si realizza a livello territoriale o di comunità, rappresenta un nuovo modo di fare psichiatria nella comunità, soprattutto riorganizzando e realizzando i servizi psichiatrici in un dipartimento di salute mentale che rappresenti una realtà alternativa al manicomio.

Il cambiamento da un paradigma istituzionale a quello della deistituzionalizzazione, ha richiesto un cambiamento anche dei punti di riferimento; se infatti l’istituzionalizzazione aveva ridotto la persona alla sua malattia la deistituzionalizzazione mira: al potenziamento della soggettività della persona, ponendo attenzione alla vita quotidiana, lavorando per arricchire le

risorse e le opportunità; all'empowerment del paziente restituendogli una reale contrattualità sociale (Piccione, 2004).

Le implicazioni dell'applicazione del paradigma della deistituzionalizzazione si declinano a due livelli uno epistemologico ed un altro organizzativo e di funzionamento dei servizi.

A livello epistemologico è evidente la critica al modello medico che prevede che una malattia debba essere indagata per giungere ad una diagnosi e decidere una terapia.

La deistituzionalizzazione rifiuta questo modello che si pone come obiettivo la guarigione; dal momento che l'oggetto non è più un danno da riparare, ma l'esistenza sofferente legata al contesto e alla storia dell'individuo. Per questo approccio l'unico obiettivo non è guarire, ma curare nel senso di prendersi cura; ciò comporta una critica e un rifiuto totale alle tecniche di cura della psichiatria tradizionale, poiché secondo il paradigma della deistituzionalizzazione, l'efficacia degli interventi e dei metodi utilizzati dipende dal contesto (organizzazione del servizio, rapporto con il paziente) e dalla finalità volta alla ricostruzione dell'esistenza del soggetto e reinserimento nella società (Piccione, 2004).

A livello organizzativo, la deistituzionalizzazione teorizza una progressiva ma radicale trasformazione dei servizi per l'assistenza psichiatrica con l'obiettivo di sostituire l'istituzione totale manicomiale con servizi territoriali in grado di rispondere ai bisogni di salute mentale di una specifica comunità. Ponendo attenzione a non credere che la logica manicomiale esista solo nel manicomio, Piccione (2004) parla di manicomialismo che può realizzarsi in qualsiasi struttura organizzativa della società.

2.2. La riforma di Basaglia

La legge 180/1978 viene considerata la vera svolta nella cura dei malati mentali: il riconoscimento della persona malata di mente come titolare di diritti, l'attenuazione dell'attributo della pericolosità e dello scandalo che avevano connotato i ricoveri e l'assistenza psichiatrica proiettata sono elementi connotativi della trasformazione delle politiche nel settore della salute mentale (Rossi, 2015).

I principi che hanno ispirato la legge sono: la convinzione che la malattia mentale vada trattata nell'ambito della rete dei servizi territoriali, che l'assistenza psichiatrica sia parte integrante dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, che il malato mentale abbia gli

stessi diritti degli altri malati e che solo in casi di verificata necessità di possa ricorrere ai ricoveri obbligatori.

La legge 180 infatti, a differenza delle precedenti normative in materia, non fu pensata come legge speciale, riproponendo la distinzione tra malattie fisiche e mentali, ma come parte di un più ampio progetto di riforma, tanto che nel dicembre del 1978, le disposizioni della legge 180 furono assorbite nel testo di riforma del sistema sanitario. Per quanto concerne l'assistenza psichiatrica, le novità più importanti introdotti dalla legge sono state senz'altro l'introduzione del trattamento sanitario obbligatorio, l'abolizione dei manicomi e il divieto di costruirne di nuovi (Rossi, 2015).

Appare rilevante sottolineare che l'art. 1 della legge 180/1978 imponga come principio generale il trattamento volontario, stabilendo come eccezione il trattamento sanitario obbligatorio inteso come *extrema ratio*, che avrebbe dovuto essere disposto dall'autorità sanitaria, previa proposta di un medico, laddove fossero esistite alterazioni gravi dello stato di salute o gravi ragioni di sanità pubblica tali da giustificare il provvedimento per l'impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura; ne consegue quindi un rovesciamento di prospettiva rispetto alle normative precedenti poiché la volontarietà del trattamento diventa la regola (Rossi, 2015).

La volontà del legislatore di abolire i manicomi e vietarne la ricostruzione rappresenta la dimostrazione che vi erano alternative all'istituzionalizzazione, rappresentate da esperienze di trasformazione già messe in atto prima della riforma, a Gorizia, a Perugia, a Reggio Emilia e ad Arezzo; si può infatti affermare che sono state proprio le esperienze che si sono sviluppate a livello locale, che hanno influenzato i contenuti della riforma, dimostrando la possibilità di un sistema psichiatrico privo del manicomio (Rossi, 2015).

La legge 180, ha segnato in maniera incisiva la storia delle politiche di salute mentale in Italia, determinando un cambio di paradigma nella visione e nell'approccio al tema della salute mentale; l'art. 1 della legge infatti ha imposto il principio secondo cui i trattamenti e gli accertamenti sanitari sono volontari, stabilendo quale eccezione che essi possano essere obbligatori; come sostiene Rossi (2015) si deduce un rovesciamento di prospettiva in quanto la volontarietà diventa la regola, e si traduce attraverso il consenso manifestato dal soggetto, andando a trasformare la relazione di potere tra medico e paziente, rendendola più egualitario e partecipativa; in questo contesto il consenso non è puramente formale ma assume il valore di una volontà partecipativa all'intervento e diventa strumento di tutela dei diritti del paziente.

Nel contesto dell'istituzione psichiatrica la rivoluzione è consistita nel superamento del rapporto oggettivo con il paziente verso una relazione in cui il paziente è riconosciuto come soggetto che può esercitare i propri diritti. La riaffermazione dei diritti civili e politici, come parte integrante della condizione di cittadini appartenente anche ai pazienti psichiatrici, è stata una grande conquista della legge in quanto l'internamento nelle istituzioni totali sanciva comprimere tutti i diritti della persona. Per quanto riguarda infatti la tutela della personalità del cittadino, la legge ha introdotto il diritto di scelta del medico e del luogo di cura, conferendo anche al malato psichiatrico il diritto di vantare una pretesa nei confronti dei servizi di cura; e il consenso al paziente di comunicare con chi ritiene opportuno, il che, dal punto di vista storico rappresenta un grande passo in avanti, se si considera che i regolamenti dei manicomi attribuivano al direttore il potere di decidere visite e colloqui per i pazienti (Rossi, 2015).

2.2.1. Basaglia: l'ispiratore della riforma

La rilevanza della legge 180, conosciuta anche come "legge Basaglia", va al di là del suo contenuto giuridico; il suo portato culturale ha determinato un nuovo atteggiamento, una nuova visione, una nuova considerazione della follia e del diverso e nuove letture del rapporto tra istituzione e malato, tra medico e paziente e tra politica e società. (Carli e Paniccchia, 2011)

Per queste motivazioni, Basaglia è stato un rivoluzionario perché, come afferma Cipriano (2010), con il suo passaggio nella psichiatria, il modello manicomio, ovvero il paradigma scientifico secondo cui il manicomio è terapeutico, entra in crisi e viene sostituito da un altro paradigma, secondo cui la distruzione del manicomio è il fatto più urgente da affrontare per porre le basi di una nuova politica in materia di salute mentale.

La riforma psichiatrica è stata influenzata dall'azione e dal pensiero di Basaglia, e per questo è importante mettere in luce le tappe fondamentali del suo pensiero che hanno contribuito a questo totale cambiamento di paradigma.

La dimensione antiistituzionale del pensiero basagliano emerge già nel primo Congresso internazionale di Psichiatria sociale, tenutosi a Londra nel 1964, in cui Basaglia denuncia la principale contraddizione psichiatrica così come si è verificata da Pinel in poi, ossia l'inconciliabilità tra prassi di custodia e di controllo degli ospedali psichiatrici e fine terapeutico. Già in questo periodo è radicata nel suo pensiero l'idea secondo cui la disumanità dell'ospedale psichiatrico sia perpetrata dall'azione di due figure combinate: il legislatore, che

rappresenta il mandato politico delle istituzioni e lo psichiatra, che invece è l'esecutore di tale mandato (Codato, 2013).

La riflessione attorno alla malattia mentale, per Basaglia, non può prescindere dalla riflessione sulla società; egli identifica infatti una classe egemone e una subordinata, una definisce la norma, la seconda interiorizza e subisce una norma che non corrisponde ai propri bisogni. (Codato, 2013: 162)

Basaglia afferma dunque che la società è formata su un profondo dualismo che oggi è dominato dalle scienze umane, che si specializzano nella distinzione tra normale e anormale; la psichiatria, si forma come disciplina che permette questa divisione, riducendo il diverso ad uno mero oggetto da eliminare dalla società a favore della sicurezza. Facendo così la psichiatria, non si pone come scienza per aiutare l'uomo, ma come pratica per mantenere lontano chi mette in pericolo la stabilità della comunità.

La critica di Basaglia comincia proprio dall'individuazione di una delle principali contraddizioni della psichiatria: la cura del malato è il ritorno alla libertà di cui finora la psichiatria e l'istituzione lo hanno privato e dalla consapevolezza che, se si riconosce nella libertà un valore terapeutico, non è accettabile che sia il legislatore, quindi il potere politico, a disporre di essa (Codato, 2013).

Secondo Basaglia, l'accettazione della relazione tra libertà e potere politico, implicherebbe il riconoscimento dell'esistenza di un legame tra le categorie di salute e malattia e la politica stessa. Come sostiene Codato (2013), questo tema è centrale nel pensiero di Basaglia, secondo cui l'assolutizzazione delle categorie salute e malattia risultino fondamentali e funzionali alla struttura organizzativa della società divisa in classi; poiché il potere politico individua per alcuni gruppi sociali ritenuti devianti delle forme di controllo e di custodia efficaci ed efficienti (come il manicomio).

In questa fase, emerge chiaramente l'influenza del pensiero di Goffman, il cui merito è stato quello di aver smascherato l'ideologia che sottintende alle istituzioni totali, mettendo in luce la loro natura esclusiva: nelle istituzioni totali l'autonomia della persona viene annichilita perché in contrasto con l'ordine e la regola che dominano il manicomio. Nel momento in cui il malato entra nell'istituzione cade in un processo di disculturazione e spersonalizzazione, che consiste in primis nella perdita della dimensione relazionale e della propria cultura quotidiana, che si esprime nel linguaggio, nei vestiti; successivamente nel sottoporsi ad una serie di procedure d'ammissione, chiamate carriera morale del malato, le quali si realizzano nella

perdita della propria libertà di espressione e relazione, al fine di interpretare il ruolo di malato, voluto dall'istituzione. (Goffman, 2003)

Il riferimento a Goffman consente a Basaglia di allargare il problema del malato di mente alla sfera socio- politica e di iniziare il lavoro di chiusura dei manicomi; infatti Basaglia è sempre più cosciente di quanto gli psichiatri rappresentino una funzione di controllo su una forma di devianza dalla norma. Con la messa in crisi del modello manicomiale, in realtà inizia un lavoro politico di rivelazione della posizione di potere assunta fino ad ora dagli psichiatri (Codato, 2010).

Il confronto degli anni 50 con i principali esponenti della psichiatria fenomenologica (Jaspers, Strauss, Minkowski) e le riflessioni filosofiche di Husserl, Heidegger e Sartre, sono stati per Basaglia indispensabili per sottrarre la psichiatria dall'approccio positivistico e biologistico del diciannovesimo secolo, aprendo uno spiraglio per la liberazione del malato; ma la consapevolezza maturata da Basaglia a seguito del suo contatto diretto con il manicomio lo hanno portato a prendere in considerazione tutte le relazioni che accomunano e costruiscono gli individui, ritenendo necessario uscire dalla rigidità dell'istituzione totale, che invece vorrebbe degli individui tutti uguali e conformi (Codato, 2010).

Il contributo di Basaglia è stato quello di superare questa condizione di uguaglianza e conformismo prodotta dall'istituzione psichiatrica, attraverso la liberazione del malato dalla sua condizione di dipendenza prodotta dall'istituzione e dal medico e diventare un normale cittadino: la presenza del malato, per Basaglia, doveva essere reale nel territorio e nella società e non fittizia in una realtà parallela e distante. A tal proposito Basaglia asserisce che fino a quando la società si rifiuterà di considerare il malato come lo specchio che riflette l'altra faccia della razionalità, dominerà la paura dell'incontro con l'altro. Ciò che lo psichiatra tenta di fare non è di mettere in discussione l'esistenza della malattia mentale, ma di sconfiggere la malattia istituzione, attraverso la creazione di un sistema di servizi radicato nel territorio (Codato, 2010).

Il primo punto della rivoluzione basagliana è la creazione di una realtà terapeutica non finalizzata alla detenzione del malato. Se infatti la struttura ospedaliera è stata costruita per difendere il sano dalla follia, allora l'apertura dei manicomi verso la realtà esterna potrà permettere alla società di prendere coscienza che la malattia mentale è una patologia come le altre che può essere affrontata senza metodi coercitivi (Codato, 2010).

Il secondo punto della riforma consiste nella riconsiderazione dello spazio e del tempo del malato vissuti dal malato, al fine di renderli nuovamente propri, riabituando le persone alla

propria possibilità di scelta. A partire dalle considerazioni di Bergson e di Minkowski, Basaglia ritiene necessario considerare la persona nella sua globalità (Codato, 2010).

Come sostiene Codato (2010), l'atteggiamento di Basaglia è stato di critica costruttiva, che ha mirato alla distruzione di ciò che c'era per creare qualcosa di nuovo; tuttavia con ciò non si vuole sostenere che egli sia l'unico responsabile della rivoluzione psichiatrica, ma riconoscere l'importanza e il contributo che il suo intervento e il suo pensiero hanno avuto nel cambiamento radicale del paradigma dalla custodia alla presa in carico.

2.2.2. Ombre di una riforma non ancora conclusa

Nonostante oggi, la legge 180 del 1978, meglio conosciuta come legge Basaglia, sia ritenuta una delle più libertarie al mondo in tema di salute mentale, all'epoca, come sostiene Cipriano (2018), per Basaglia e i suoi collaboratori, rappresentò un compromesso se non una sconfitta. Foot (2017) scrive infatti, che nei mesi precedenti Basaglia e gli altri psichiatri antistituzionali non erano per niente entusiasti della proposta di riforma psichiatrica, in particolar modo c'erano due aspetti poco convincenti: il trattamento sanitario obbligatorio e l'apertura di piccoli reparti psichiatrici negli ospedali, che rappresentavano un'involuzione rispetto alla territorializzazione pensata da Basaglia.

Ancona (1984), ha messo bene in evidenza come tale legge si è imposta il compito impossibile di stabilire una nuova cultura dall'oggi al domani, spingendo verso un'unica direzione, quella della de-manicomializzazione globale, ignorando molti altri aspetti importanti come la realtà clinica di alcune malattie mentali, il carattere specialistico dei disturbi della mente, la funzione didattica delle facoltà.

La critica più decisa alla legge 180 riguarda il fatto di non aver pianificato le conseguenze della chiusura dei manicomi. La chiusura dei manicomi pur rappresentando una svolta epocale e una conquista, non si tradusse all'epoca in quel miglioramento della condizione del malato mentale a cui Basaglia aveva aspirato (Colasanto, 2008).

L'errore principale è stato di non considerare sufficientemente il fatto che il manicomio fu per moltissime persone il luogo in cui avevano costruito la loro dimensione esistenziale, e al di fuori di quello non avevano alternative di vita nella società da cui erano state allontanate e con cui non avevano più contatti.

La chiusura degli ospedali psichiatrici non fu immediata e con difficoltà si realizzò l'organizzazione dei servizi; in molti casi i pazienti dimessi furono abbandonati a loro stessi,

da una parte perché le famiglie non erano disposte a riaccoglierli in casa, d'altra parte perché dopo anni in manicomio le famiglie non esistevano più. Lo sforzo della psichiatria territoriale ebbe dei buoni esiti in quelle regioni in cui già si erano sperimentate delle esperienze alternative all'istituzione; ma in altre zone, lontane dall'esperienza basagliana, le equipe ebbero enormi difficoltà a lavorare nei nuovi contesti e con finalità del tutto diverse (Codato, 2010).

I limiti incontrati dopo l'entrata in vigore della legge 180 sono ricercabili nell'ideologia che ha caratterizzato gli anni della riforma; l'affermazione della cultura egualitaria, la lotta contro la discriminazione e l'emarginazione sociale, promossa dalla legge Basaglia, miravano al reinserimento del paziente nella famiglia e nella società e tendevano ad incolpare il sistema familiare per essersi liberati della diversità e il sistema sociale che, istituzionalizzando il diverso, promuoveva il conformismo. In sintesi si può affermare che l'ideologia non era sufficiente per realizzare il progetto di riforma perché mancavano metodologie, tecniche che rendessero possibile il progetto. Infatti se il sistema culturale della legge 180 ebbe una buona tenuta nei primi anni dell'attuazione legislativa, anche se con forti critiche sulla carenza di mezzi, con il passare del tempo, permanendo e aumentando i problemi, iniziò a formarsi una forte critica nei confronti della legge Basaglia (Carli e Paniccia, 2011).

Un altro limite della legge è riscontrabile nell'aver affidato alle regioni la realizzazione, in attuazione dell'art.118 Costituzione e per le materie elencate nell'art.117 della Costituzione, dei provvedimenti in materia di salute mentale generando difformità di trattamento su tutto il territorio.

La legge prevedeva che le Regioni individuassero gli ospedali generali nei quali istituire i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e che negli ospedali psichiatrici potessero essere ricoverati solo coloro che erano già stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della legge. Si venne così a creare un vuoto assistenziale per quei pazienti che necessitavano di cure in stato di ricovero e che non erano mai stati ricoverati prima (Rossi, 2015).

Si può affermare che la legge è entrata in vigore in una situazione di totale vuoto per quel che concerne le strutture territoriali di assistenza psichiatrica, e di totale impreparazione del personale medico ed infermieristico di fronte ad una modalità di lavoro, un'ideologia opposta alla precedente, e di fatto questo ha generato comportamenti difformi tra le regioni nell'applicazione della nuova normativa.

La legge 180 non ha fornito un modello compiuto di soluzione ai problemi psichiatrici, ma ha avuto il merito di ricollocare il rapporto tra il malato e il medico non più entro i luoghi

istituzionali, gerarchizzati, isolati, ma entro i luoghi, i territori, la comunità; ha affermato un nuovo approccio alla salute mentale, modificando gli obiettivi dal controllo sociale alla promozione e prevenzione della salute e del benessere del malato mentale e di conseguenza spostando l'intervento dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali (Carli e Paniccchia, 2011).

Sul piano organizzativo, si traduce nell'inserimento dei servizi psichiatrici all'interno dei servizi sociali e sanitari, in modo da eliminare, ogni forma di discriminazione e segregazione, al fine di favorire il recupero e il reinserimento sociale (art.2, comma 2 l.180/1978).

Il cuore della trasformazione istituzionale avvenuta con la riforma Basaglia, è rappresentata dalla prospettiva di creare una rete di strutture all'interno del territorio capaci di dare risposte assistenziali ai bisogni del paziente psichiatrico; l'obiettivo della riforma è stato quello di uscire dalla rigidità dell'istituzione totale, che non permetteva la comprensione dell'uomo ma voleva solo il controllo su di esso (Codato, 2010).

Lo scopo della riforma, come sostiene Codato (2010), non è stato di mettere in discussione l'esistenza della patologia mentale, quanto di sconfiggere la malattia istituzionale; e per fare ciò si propone la creazione del Dipartimento di salute mentale, una struttura in grado di offrire garanzia, coordinamento, programmazione degli interventi nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione.

Nel quadro della riforma i dipartimenti, realizzati solo successivamente alla riforma, avrebbero dovuto operare per garantire che i servizi costituissero un complesso organizzato e coerente, evitando frammentarietà e carenza di azioni, assicurando raccordo tra servizi, comunità e istituzioni (Rossi, 2015).

Volendo fare un bilancio complessivo, si può affermare che la legge Basaglia ha compiuto notevoli progressi; in primo luogo ha operato una trasformazione del malato psichiatrico da oggetto di custodia a soggetto di diritti, mettendo in secondo piano le esigenze di controllo che fino ad allora avevano prevalso; in secondo luogo ha individuato nell'assetto dipartimentale le funzioni di cura, riabilitazione e prevenzione, concentrando queste tre funzioni in un'unica struttura e infine ha cercato di rovesciare il paradigma, passando dalla ghettizzazione ed esclusione del malato al recupero della persona.

2.3. Oltre la 180

La legge 180 viene considerata una rivoluzione e Basaglia si è assunto la paternità di questa legge; ma nonostante sia fondata sulle idee dello psichiatra veneziano, non ha previsto al suo interno, alcun cenno all'organizzazione dei servizi che avrebbero dovuto sostituire l'ospedale psichiatrico, condizione invece fondamentale per Basaglia (Codato, 2010).

La riforma psichiatrica, si è sviluppata in simbiosi con la legge 833 del 1978 che ha istituito il sistema sanitario nazionale e l'opera di de istituzionalizzazione, non poteva limitarsi all'abbattimento delle strutture manicomiali, ma doveva prospettare dei servizi alternativi attraverso l'istituzione di un sistema di cura territoriale, in grado di agire a livello della prevenzione e della riabilitazione. Proprio in questo obiettivo si sono determinate le maggiori difficoltà, con una forte discrepanza temporale tra dimissioni dagli ospedali e strutturazione degli interventi sul territorio (Rossi, 2015).

Come sostiene Rossi (2015), ciò può essere considerata una conseguenza inevitabile della scelta di rottura fatta dalla riforma, per la quale la distruzione dell'istituzione totale segnava un punto di non ritorno, che presupponeva la necessaria organizzazione di una rete di servizi alternativi.

Dalla metà degli anni 80 fino a quasi tutti gli anni 2000, l'azione di riorganizzazione dei servizi è stata accompagnata nell'ambito terapeutico dal ricorso alla psicoterapia, rivolta in particolar modo alla nuova utenza affetta da disturbi emotivi e di personalità.

2.3.1. I Progetti Obiettivi e la struttura dei servizi di salute mentale

In realtà il rinnovamento dei servizi psichiatrici ha preso avvio solo con l'approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996", che ha rappresentato dopo 16 anni dalla riforma, la prima regolamentazione a livello nazionale volta a dettare i principi e i criteri guida per strutturare in maniera omogenea il sistema dei servizi per la salute mentale nel territorio.

Il progetto dopo aver constatato il livello insufficiente dei servizi e delle modalità di intervento nell'ambito della salute mentale, propone la necessità di affrontare in modo tempestivo la questione del superamento dell'ospedale psichiatrico e di conseguenza la programmazione dei servizi. In tal senso, il progetto prevedeva la creazione dei Dipartimenti di salute mentale, corrispondenti ad un bacino di utenza e ai bisogni, che comprendesse i seguenti

servizi ciascuno con funzioni diverse ma complementari: Centri salute mentale, Servizio di diagnosi e cura, strutture semiresidenziali (day hospital), strutture residenziali per i bisogni di lungo assistenza (Fioritti, 2002).

In questo modello, il cui centro è rappresentato dal Dipartimento di salute mentale, la protezione della salute mentale viene garantita dall'integrazione tra tutti i servizi presenti sul territorio e grazie all'azione congiunta e coordinata con i servizi socio sanitari.

Con il progetto obiettivo nazionale sulla tutela salute mentale 1998-2000 si è tentato di individuare la salute mentale come tematica ad alta complessità per la quale era necessaria l'elaborazione di atti di indirizzo. Se da una parte il progetto riconosce il processo di deospedalizzazione quasi concluso, se pur con gradi differenti di realizzazione, ricorda tuttavia la mancata istituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici giudiziari (Fioritti, 2002).

Il progetto obiettivo 1998-2000 si pone quindi degli obiettivi ancora oggi attuali che riguardano la promozione della salute nell'intero ciclo della vita, la prevenzione del disagio giovanile, la programmazione di interventi di risocializzazioni, volti ad incrementare la rete sociale e familiare e migliorare la qualità della vita, gli interventi di cura dei disturbi mentali gravi a rischio di emarginazione sociale (Fioritti, 2002).

L'attuazione del secondo Progetto Obiettivo ha consentito di affrontare problemi organizzativi e rispetto all'offerta dei servizi e delle prestazioni e ha fornito una struttura definitiva dei servizi e delle strutture sanitarie, che possono essere così riassunti:

Dipartimento di salute mentale: rappresenta l'insieme delle strutture e servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda del cittadino nell'ambito del territorio definito dall'azienda sanitaria locale. Il DSM è dotato dei seguenti servizi (Carli e Paniccia, 2011):

- Centro di salute mentale, individuato come la sede operativa e organizzativa dell'equipe, svolge attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica; nonché attuazione dei programmi riabilitativi e terapeutici; attività di raccordo con i medici di base e con i servizi "di confine". Esso è attivo per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.
- Centro diurno, struttura residenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale e nell'ambito dei progetti terapeutici consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura del sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

- Strutture residenziali, individuate come strutture extra ospedaliere, in cui svolgere una parte del programma riabilitativo per utenti con esclusiva competenza psichiatrica. Esse devono soddisfare requisiti standard minimi e sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie).
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), rappresentato dal servizio ospedaliero in cui vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari o obbligatori in condizione di ricovero. L'SPDC è ubicato nel contesto dell'azienda ospedaliera e può contenere un numero non superiore di 16 posti letto.
- Day Hospital, che costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche, terapeutiche a breve e medio termine.

Un altro aspetto saliente è dato dalla previsione nel Progetto della necessità di implementare strumenti di Evidence Based Practice, che tengano conto del recepimento di linee guida e delle migliori evidenze disponibili, in quanto l'approccio alla salute mentale mette insieme conoscenze e competenza assai diverse fra loro che spaziano dal campo medico a quello psicologico (Rossi, 2015).

Nel periodo immediatamente successivo all'approvazione dei progetti obiettivo, la funzione dei servizi è stata quella principalmente di facilitare il reinserimento sociale, prevenire le crisi psichiatriche, attraverso una modalità di lavoro d'equipe, che prevedeva una integrazione di competenze e conoscenze tra diversi professionisti.

Sbrana e Garonna (2000), sostengono che la configurazione che l'assistenza psichiatrica ha assunto dopo l'attuazione della riforma psichiatrica appare ancora lontana nella realizzazione e nel raggiungimento di un'efficienza adeguata ai bisogni dell'utenza psichiatrica.

Questa constatazione deriva principalmente dai dati provenienti dal censimento condotto dal Ministero della Sanità nel marzo del 1998 sulle strutture psichiatriche attive sul territorio nazionale e dal Progetto PROGES (1998) sullo stato dell'arte dell'attuazione delle strutture psichiatriche in Italia successivamente alla riforma Basaglia.

I dati facevano emergere una situazione che risultava vicina ai parametri previsti dal Piano Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 anche se disomogenea nella distribuzione geografica, al punto che Sbrana e Garonna (2000) parlano di una configurazione dei servizi a macchia di leopardo, determinata dalla constatazione di uno squilibrio tra legislazione e organizzazione dei servizi in talune aree geografiche.

I dati dell'indagine, hanno mostrato che nel 1978, quando è entrata in vigore la legge, i servizi erano limitati ai 76 ospedali psichiatrici allora funzionanti e una piccola rete per l'assistenza intraospedaliera; mentre nel 1998 i CSM erano diventati 695, pari a 1,81 per 150.000 abitanti; gli SPDC erano 320 con un totale di 4084 posti letto, pari a 0,007 per 1000 abitanti (configurando una mancanza di circa 1/3 rispetto agli indicatori del POTSM che ne prevedeva 0.001 per ogni 1000 abitanti); infine le strutture residenziali erano pari a 1341, in cui i 16600 posti letto presenti venivano occupati per anni da pazienti che nell'intenzione del legislatore avrebbero dovuto essere riabilitati in tempi medio-brevi.

L'indagine PROGES del 1998 metteva in luce l'inadeguatezza dei Servizi di Diagnosi e Cura rispetto alle necessità dei pazienti acuti e al fatto che riproponevano gli aspetti peggiori degli ex Ospedali psichiatrici, come l'uso indiscriminato dei farmaci; e inoltre individuava come anello debole dell'organizzazione dei nuovi servizi la mancanza di strutture intermedie per vecchi e nuovi pazienti cronici con la conseguenza che molti pazienti dimessi dagli Ospedali psichiatrici venissero esclusi dai servizi di assistenza psichiatrica perché non rientravano nei requisiti e indirizzati verso strutture non adeguate (Sbrana e Garonna, 2000).

Per quanto riguarda la formazione degli operatori nei servizi psichiatrici Sbrana e Garonna (2000) sostengono che negli anni immediatamente successivi alla riforma la prassi territoriale si è consolidata su iniziative precarie e improvvisate, basate su un approccio ottimista e sul ricorso a doti extra-professionali, che hanno determinato dopo i primi entusiasmi uno stato di inadeguatezza e di frustrazione rispetto alla cronicità della malattie mentali e alla loro difficile gestione in un ambiente carente di strutture.

La valutazione degli effetti dei Piani Obiettivo Tutela Salute Mentale, che si sono susseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 180/1978 sulla configurazione dei servizi è resa difficile dalla carenza di elementi di riferimento basati su dati a livello nazionale (Sbrana e Garonna, 2000). I dati disponibili consentono però di affermare che l'assistenza psichiatrica nei 20 anni dopo la riforma era ancora distante degli obiettivi che la legge intendeva perseguire, rispetto alla territorializzazione dei servizi, alla preparazione del personale e alla capacità di rispondere ai bisogni degli utenti psichiatrici (Sbrana e Garonna, 2000).

Inoltre, a partire dagli anni 2000, si è sviluppata una domanda-offerta non più legata alla sola malattia mentale ma a diverse problematiche di adattamento sociale, di difficoltà nelle relazioni familiari, amicali, lavorative. Tale domanda ha configurato un'utenza molto diversa

rispetto a quella del malato mentale, che viene infatti indicata come nuova utenza (Carli e Paniccia, 2011).

2.3.2. Il Piano di azioni nazionali per la salute mentale: nuovi bisogni e nuova utenza

Il tema della nuova utenza e dei nuovi bisogni è stato ripreso dalla normativa nazionale attraverso i Piani Sanitari Nazionali e i Piani Nazionali della Prevenzione volti a dare linee di indirizzo, omogeneizzare il livello di qualità degli interventi terapeutici e riabilitativi in un contesto in cui è lasciata larga autonomia organizzativa alle Regioni.

Nel 2013 è stato approvato in Conferenza Unificata Stato-Regioni il Piano di azioni nazionali per la salute mentale (PANSM), che tenta di affrontare in maniera sistematica e condivisa le criticità riscontrate nell'ambito della salute mentale, definendo obiettivi, azioni e attori necessari per conseguirli, criteri e indicatori di valutazione; con l'obiettivo di utilizzare e diffondere buone pratiche sviluppate a livello regionale in tutta Italia.

In particolare il Piano individua alcune aree ritenute prioritarie (interventi precoci, disturbi comuni, disturbi gravi e disturbi nell'infanzia e nell'adolescenza), rilevando accanto alla diffusione di disturbi psichici, l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale cambiato, definendo con chiarezza la necessità di affrontare le criticità della salute mentale dall'infanzia all'età adulta (PANSM, 2013).

Un aspetto fondamentale del piano riguarda la ridefinizione del concetto di livello essenziale di assistenza nella salute mentale, declinato come: percorso di presa in carico e cura esigibile, riconoscendo la complessità e la multi attorialità dei casi e la necessità di integrazione e collaborazione tra i servizi, proponendo il superamento dell'approccio prestazionale alla domanda di cura (PANSM, 2013).

Nel 2016 il Ministero della Salute ha redatto il Rapporto Salute mentale 2016 che illustra i principali dati sui servizi, sull'utenza, sulle attività e sul personale, offrendo una panoramica complessiva dell'attuale stato dell'arte della salute mentale e dei servizi in Italia.

Attualmente secondo il Rapporto di Salute Mentale (2016), in Italia vi sono 183 Dipartimenti di Salute Mentale. La rete dei servizi, costituita da Centri di Salute Mentale, centri diurni e strutture residenziali, conta 3791 strutture: 1114 servizi territoriali, 1839 servizi residenziali e 838 servizi semiresidenziali.

I dati riportati nel rapporto mostrano come l'utenza assistita in Italia nel 2016 sia per lo più femminile (54%), mentre la composizione d'età riflette l'invecchiamento della popolazione, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni.

Dal punto di vista diagnostico si evidenziano importanti differenze legate al genere, in particolare i tassi relativi ai disturbi schizofrenici, di personalità e ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile, mentre per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi, i tassi sono più alti nel sesso femminile; in linea con i dati europei, anche in Italia, la depressione si conferma come la patologia più frequente, seguita da sindromi nevrotico e somatoformi e dalla schizofrenia e da altre psicotici (Di Cesare, 2016).

È importante cogliere la portata innovativa che la nuova utenza rappresenta per il sistema psichiatrico italiano. La nuova utenza viene etichettata entro l'area dei disturbi emotivi comuni, identificati quali disturbi d'ansia, depressione, cercando di inscrivere entro una dimensione medicalizzata e di diagnosticarli. La tendenza a medicalizzare e dare diagnosi rimandano ad un mandato sociale della psichiatria tradizionale, che dovrebbe essere stato superato, in cui il medico era autorizzato dal sistema sociale conformista, intollerante nei confronti del diverso, a custodire in luoghi medicalizzati il diverso (Carli e Paniccia, 2011).

Il problema che si pone oggi con la nuova utenza è che essa porta problemi di adattamento, di autostima di sicurezza personale, di relazione, che non possono essere trasformati in categorie diagnostiche. La psichiatria si è sempre confrontata con forme psicopatologiche, in cui il malato grave non era in grado di opporsi alla procedura diagnostica e custodialistica che la malattia mentale comportava. La nuova utenza invece è in grado di opporsi a questa medicalizzazione, che ripropone loro solo un'etichetta per loro emozioni, ma che non esauriscono la problematica. Secondo Carli e Paniccia (2011) bisogna considerare che per rispondere ai crescenti bisogni di questo tipo di utenza, non strettamente psichiatrica, è necessario ripensare ad un nuovo approccio, diverso da quello sostenuto dalla psichiatria tradizionale, che caratterizza la modalità di lavoro nei servizi di salute mentale.

In seguito all'analisi dei provvedimenti legislativi che hanno regolamentato la salute mentale dopo la riforma psichiatrica, e attraverso un confronto tra queste e la situazione che si evince dalle strutture psichiatriche è possibile fare una valutazione rispetto alle criticità e ai limiti della rete dei servizi psichiatrici e alla loro capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini.

Nel 2013 la Commissione sul SSN del Senato attraverso un'indagine ha rilevato come il problema principale rispetto all'assistenza psichiatrica, fosse la difformità dei servizi sul

territorio nazionale dovuta alla mancanza di applicazione uniforme della legislazione nazionale nelle singole regioni, che comportava differenze sostanziali nella possibilità di cura del cittadino (Oliani e al., 2013).

Le principali criticità rilevate riguardavano l'apertura solo diurna dei CSM in fasce orarie ridotte; l'esiguità di interventi territoriali individualizzati ed integrati con il sociale, che spesso si limitavano a semplici visite per prescrizioni farmacologiche; la presenza, nonostante l'enfasi sulla deistituzionalizzazione, di comunità più simili a contenitori sociosanitari che a luoghi riabilitativi e terapeutici; e la persistenza negli SPDC di reparti chiusi, in cui ancora si ricorre alla contenzione e in cui l'unica possibilità terapeutica è rappresentata dalla psicofarmacologia (Oliani e al., 2013).

In conclusione si potrebbe sostenere che il processo di trasformazione e organizzazione dei servizi ha continuato ad essere lento, irregolare e disomogeneo a causa delle diverse applicazioni regionali della normativa nazionale e la dotazione del personale è stata scarsamente adeguata e al di sotto degli standard previsti nei Progetti Obiettivi, nonostante il forte impianto ideologico della riforma e l'apporto delle normative per la tutela della salute mentale che offrirebbero sufficienti possibilità di attuazione e organizzazione dei servizi (Oliani e al., 2013).

2.4. Sulla necessità di una nuova 180

Nel gennaio 2018, è stato presentato un disegno di legge dal titolo: "Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n.180".

Questo disegno di legge, presentato dai senatori Dirindin e Manconi, vuole sottolineare alcuni aspetti della legge 180 che non erano stati indicati; in particolare intende formalizzare meglio il TSO, prevedendo l'introduzione di un garante che renda più scrupolosa l'esecuzione e limiti l'uso arbitrario di questo strumento; esplicita le caratteristiche dei reparti di diagnosi e cura, prevedendo che non utilizzino contenzione meccanica, e che non siano dei bunker chiusi (Cipriano, 2018).

Questo disegno di legge mira a difendere il nucleo di valori della 180 e si concentra inoltre sui due aspetti su cui Basaglia era più scettico, però come sottolinea Cipriano (2018), essa appare una repetitio, senza alcuna evoluzione e soprattutto senza considerare con attenzione chi sono i nuovi utenti che la "180 bis" dovrebbe tutelare.

Se infatti nel 1978, il soggetto da tutelare, una volta chiusi i manicomi era lo psicotico istituzionalizzato, oggi a quarant'anni dall'emanazione della legge Basaglia, oltre a questo soggetto si aggiunge una nuova tipologia di utenza, caratterizzata da disturbi depressivi, della personalità, d'ansia.

Per fare ciò, è necessario potenziare i servizi territoriali e comunitari perché diventino l'asse portante del sistema di salute mentale, che secondo Cipriano (2018), si basa ancora sul modello del reparto psichiatrico, nonostante le esperienze alternative in Italia, hanno dimostrato come il modello manicomio/reparto psichiatrico non sia per niente terapeutico.

2.5. Dalla deistituzionalizzazione al recovery: prospettive per le politiche di salute mentale

In questo capitolo, è stata analizzata l'evoluzione delle politiche di salute mentale in Italia, esplorando le vicende e la normativa che ha portato al superamento dell'ospedale psichiatrico per arrivare alla creazione di servizi dedicati alla prevenzione e alla riabilitazione del paziente con disturbi mentali.

La domanda che sorge è la seguente: finita la fase rivoluzionaria e quella di riorganizzazione dei servizi, quale futuro è possibile per le politiche di salute mentale?

Una delle sfide che le politiche di salute mentale si trovano ad affrontare è l'adattamento ai cambiamenti in atto: sono cambiate le condizioni sociali e soprattutto le richieste che la società fa ai servizi, delegando totalmente la cura degli utenti alla psichiatria; sono cambiati i modi di accesso ai servizi e il loro utilizzo; nonché la prevalenza e l'incidenza delle patologie, a causa della composizione della popolazione (riduzione delle nascite, aumento dell'età media), a causa dei cambiamenti degli assetti familiari (Fioritti, 2018).

A questi cambiamenti si aggiunge lo spettro dei bisogni in costante espansione e diversificati tra di loro, a causa dell'effetto combinato della vulnerabilità sociale: la seconda generazione di migranti, la crescita della popolazione povera nelle città, le conseguenze derivanti dall'uso precoce di sostanze. (Fioritti, 2018)

Questi sono problemi che affliggono tutte le società contemporanee, ma in Italia mostrano chiaramente la fragilità del sistema che quarant'anni è stato istituito con l'affermazione del paradigma della deistituzionalizzazione.

Per l'Italia, la deistituzionalizzazione non ha rappresentato solo la chiusura degli ospedali psichiatrici; ma può essere definita come una costruzione politica e sociale designata per riformulare la relazione tra gli individui e la società, bilanciando il potere, sino ad allora in mano all'autorità, in favore dei soggetti più deboli.

Le politiche basate sull'approccio della deistituzionalizzazione si sono basate su programmi volti ad influenzare sia il contesto (accesso ai servizi, opportunità, supporto) che gli aspetti individuali (promozione dei diritti, della salute, controlli sull'equità dei processi di cura), focalizzando l'attenzione sulla centralità del territorio, sui servizi vicini ai cittadini, sulla garanzia della presa in carico dei bisogni integrata.

Oggi, però, i servizi di salute mentale sono in una fase di transizione dovuta alla progressiva restrizione delle risorse e alla regressione della mission dei servizi; ciò è confermato dal fatto che sempre più spesso i servizi sono spinti a selezionare l'utenza, semplificare le risposte a causa dell'indisponibilità di risorse e strumenti (soluzioni abitative, borse lavoro, operatori). Si cercano di dare risposte e di aumentare l'efficienza semplificando le procedure, alimentando le reti del volontariato, promuovendo la partecipazione degli utenti per non snaturare il modello della psichiatria di comunità affermatosi dopo la riforma psichiatrica.

Nonostante si riconosca l'efficacia e la virtuosità di tale modello, dovute alla collocazione nel territorio, alla deospedalizzazione, alla composizione multidisciplinare dell'equipe, all'integrazione con soggetti altri del privato sociale, appare importante ridefinire le priorità e delineare delle prospettive in grado di rilanciare un miglioramento nelle politiche per la salute mentale. Per gli operatori è indispensabile mantenersi centrati sulla relazione con l'utente, per i cittadini/utenti è fondamentale aumentare la partecipazione e la contrattualità e per i decisori politici prevedere l'effetto dei cambiamenti sociali in atto sulle organizzazioni e sull'allocazione delle risorse (Rossi, 2012).

Lo scenario attuale delle politiche è ancora fortemente influenzato dal paradigma della deistituzionalizzazione, ma sta acquisendo un ruolo importante il paradigma del recovery.

Il paradigma del recovery propone un riorientamento, una trasformazione delle politiche di salute mentale, in grado di dialogare con il modello di psichiatria di comunità inaugurato in Italia con la legge 180 e allo stesso tempo in grado di promuovere una modalità di trattamento multidisciplinare, flessibile, personalizzata che fa affidamento ridotto sui farmaci e include la partecipazione dell'utente e della sua famiglia, enfatizzando il ruolo del contesto e riducendo pratiche coercitive e di ricovero ospedaliero (Rossi, 2012).

3. UNO SGUARDO COMPARATO: POLITICHE DI SALUTE MENTALE IN INGHILTERRA

3.1. L'evoluzione delle politiche di salute mentale in Inghilterra

L'Inghilterra è stato uno dei primi paesi a rompere con il paradigma asilare e il modello inglese ha rappresentato un punto di riferimento per la definizione delle politiche di salute mentale nel contesto europeo; questa è una delle argomentazioni che motivano la scelta di comparare le politiche di salute mentale dell'Italia e dell'Inghilterra, paesi che sono molto diversi tra di loro. Quindi gli elementi in comune che sono risultati interessanti per la comparazione sono: la forte spinta e il contributo determinante esercitato dal movimento antiistituzionale italiano e da quello antipsichiatrico inglese nella riforma; la scarsa presenza dei servizi sociali nel rispondere ai bisogni non solo sanitari dell'utenza psichiatrica; e la presenza di un Sistema sanitario nazionale in entrambi i paesi che ha rappresentato il punto di riferimento per la strutturazione dei servizi di salute mentale nei territori.

Nel 1948, con l'istituzione del servizio sanitario nazionale (National Health Service-Nhs) si realizzò una radicale riforma delle istituzioni deputate all'erogazione della assistenza sanitaria, che determinò la strutturazione di un sistema in grado di garantire l'universalità delle prestazioni a tre livelli: medicina generale territorializzata, in grado di assicurare l'assistenza primaria; servizi di comunità, per fornire specifiche prestazioni di natura preventiva, e gli ospedali generali. L'area della salute mentale non era compresa inizialmente in questa riforma sanitaria, con la conseguenza che l'ospedale psichiatrico rappresentava la regola, nonostante le esperienze alternative di comunità già avviate negli anni trenta. (Rossi, 2015)

3.1.1. Verso la riforma: gli anni 50-60 e la critica del paradigma istituzionale

Il periodo tra gli anni 50-60 ha visto l'Inghilterra, protagonista di grandi cambiamenti nell'ambito della salute mentale. Fino a quel tempo, i *lunatic asylum* erano l'espressione di una cultura istituzionalizzata e principale forma di spazio per le persone con disagio psichico. Il cambio del nome da *lunatic asylum* a *mental hospital* non determinò lo smantellamento di queste strutture, ma rappresentò un passo verso la deistituzionalizzazione (Erme, 2016).

Fin dal 1954, si pose la questione di riformare il settore della salute mentale, secondo un modello orientato al Community Mental Health, ovvero ad una prospettiva comunitaria, che

nel riconoscere la multifattorialità della causa della patologia mentale, rimandava la risposta attraverso servizi con competenze multidisciplinari in grado di operare a livello territoriale (Rossi, 2015).

Il Mental Health Act, emanato nel 1959, fu percepito come un punto di partenza e rappresentava il desiderio di una liberalizzazione della legislazione in materia di salute mentale, anche se l'approccio istituzionalizzato era ancora dominante.

Nonostante le aspettative, il Mental Health Act, non fu in grado di determinare quella svolta verso un'assistenza territoriale; introdusse però delle garanzie per quanto riguarda il ricovero dei pazienti; fu la prima legislazione che chiarì le motivazioni per le quali una persona dovesse essere ricoverata, e distinse per la prima volta la differenza tra trattamenti volontari e involontari (Rossi, 2015).

Già nei primi anni sessanta la critica al paradigma istituzionale era un'idea consolidata e sarebbe diventata una politica ufficiale. Il manifesto più celebre di tale critica venne formulato da Enoch Powell, all'epoca Ministro della sanità, che in un celebre discorso, tenuto nel 1961, annunciò la chiusura degli ospedali psichiatrici, definendola un'impresa colossale, per l'inerzia della mente e la difficoltà di superarla. Il Ministro annunciò una riduzione dei posti letto negli ospedali psichiatrici del 50% nei successivi 15 anni; questa proposta cercava di realizzare i cambiamenti promossi dal Mental Health Act del 1959. (Melke, 2010)

L'immediato impatto sui servizi di salute mentale del Piano di Enoch Powell era di raggiungere l'integrazione della psichiatria come scienza all'interno della medicina, di creare le condizioni per i trattamenti effettivi nella comunità e allo stesso tempo di chiudere le istituzioni psichiatriche esistenti. Per questa ragione, Enoch Powell fu considerato una figura progressiva nelle riforme della salute mentale.

Nel 1964, inoltre si tenne a Londra il Primo Congresso di Psichiatria Sociale, durante il quale Basaglia poneva la questione della distruzione necessaria dell'ospedale psichiatrico; questo tema verrà poi ripreso da Douglas Bennet al Maudsley Hospital di Londra, attraverso la promozione di trattamenti che si ispirassero ad un approccio di tipo comunitario (Erme, 2016).

Si possono identificare gli anni 60 come un periodo di lento ma necessario cambiamento, delle politiche e dei servizi che fino ad allora erano stati dominati dall'approccio istituzionale e intellettuale rappresentato dalla psichiatria tradizionale.

Tra il 1963 e il 1975 anche in Inghilterra maturò la crisi nei confronti dell'approccio psichiatrico tradizionale, soprattutto a causa dell'affermarsi del movimento antipsichiatrico.

3.1.2. L'importanza del movimento antipsichiatrico in Inghilterra

Le riforme e l'evoluzione delle politiche di salute mentale in Inghilterra, non possono prescindere dall'influenza e dall'importanza che ha avuto il movimento antipsichiatrico, che ha condotto la critica al sistema e alle condizioni manicomiali con una direzione d'intervento di tipo comunitario, attraverso la fondazione della comunità terapeutica.

a) David Cooper e la nascita del movimento antipsichiatrico

La storia dell'antipsichiatria non può che iniziare con David Cooper. L'asserto che guida la teoria dello psichiatra sudafricano, che per primo utilizzò il termine antipsichiatria, è la definizione sociale che viene data allo stato di follia, ossia quello di pericolosità per sé e per gli altri; tale asserto fa sì che il malato mentale venga mandato in manicomio perché pericoloso e violento, e che la psichiatria legittimi questo stato e aiuti il folle a non creare preoccupazione sociale (Codato, 2013).

Cooper sostiene infatti che la patologia mentale sia diventata una vera e propria invalidazione sociale e che si verifica poiché la psichiatria opera secondo un mandato sociale che ha lo scopo di attivare un processo di tranquillità; da tali considerazioni ne deriva che per Cooper la psichiatria sia una tecnica volta a perpetuare una violenza esercitata dalla società per sottomettere i soggetti alle proprie regole (Codato, 2013).

Lo psichiatra sudafricano, a tal proposito, ritiene che la psichiatria diventi uno strumento atto a perpetuare gli ideali che la società deve instaurare per mantenere uno stato di normalità, e il primo step di questa impostazione sociale è rappresentato dalla famiglia. Riprendendo le tesi di Bateson, Cooper sostiene che la famiglia sia la prima tappa della diffusione delle idee normanti che si basano sulla dicotomia tra salute e patologia; per sopravvivere la famiglia ha bisogno dell'uniformità dei suoi componenti, e se uno di essi si comporta in modo non uniforme corre il rischio di distruggere l'istituzione familiare.

Quindi Cooper arriva a sostenere la tesi secondo cui la famiglia, colonna portante della società, per mantenersi in vita deve rivolgersi allo schema della malattia, per poter razionalizzare comportamenti irrazionali di chi non rispetta le regole; compito della psichiatria diventa quello di studiare, osservare, codificare questi comportamenti devianti, operando secondo un mandato di custodia dell'ordine sociale.

Da ciò deriva il fatto che la malattia non si configuri come uno stato che fa parte dell'uomo ma unicamente come uno stigma sociale, derivante dalle imposizioni sociali che configurano la società (Codato, 2013).

Come sostiene Codato (2013), Cooper rovescia la teoria della violenza da una situazione che si applica al malato verso la società, ad una che mette in luce come l'unica violenza sia perpetuata dalla società verso l'individuo.

La critica che Cooper fa alla psichiatria, a cui da il nome di antipsichiatria, deriva quindi dalla lotta che bisogna fare contro le pratiche di instaurazione della norma, derivanti dalla conformazione sociale che inizia nella famiglia, continua nella scuola, e arriva sino alla psichiatria.

Per avviare un trattamento davvero terapeutico, per Cooper è necessario creare un ambiente che non rispecchi il conformismo familiare né la violenza istituzionale dei manicomi. Su questo presupposto prende avvio, nel 1962, l'esperienza alternativa di "Villa 21", un reparto psichiatrico all'interno dell'ospedale di Londra. L'esperimento fu guidato da tre presupposti; il primo era la sovversione del rapporto paziente- medico, affermando un modello relazionale non paternalistico; il secondo presupposto permetteva alla persona di vivere la propria solitudine; il terzo mirava alla possibilità per il paziente di entrare in contatto con gli altri malati, per condividere la propria esperienza (Codato, 2013).

Il modello di cura proposto in Villa 21, produsse un alto livello di riuscita della cura, con un 72% degli uomini e il 70% delle donne che tornano ad una vita normale dopo le dimissioni; ciò spinse Cooper ad ampliare il progetto condotto a Villa 21, ritenendo che il passo successivo fosse portare la riforma fuori dell'Ospedale, direttamente nella società.

b) Ronald Laing : alla radici del pensiero antipsichiatrico

Se David Cooper è considerato il coniatore del termine antipsichiatria, le radici teoriche di tale movimento sono in realtà attribuibili a Ronald Laing.

Laing sostiene che la personalità del malato psichiatrico sia scissa in rapporto all'ambiente e a sé stesso, schiacciata dalla contraddizione del sentirsi inadeguato rispetto agli altri. Egli sostiene infatti che le persone tendano a comportarsi secondo le aspettative altrui, creandosi una falsa personalità, per essere accettati nei diversi contesti sociali; tale situazione può comportare uno stato d'ansia nel dover esperire il proprio modo di essere per partecipare all'idea normalizzante della società che può culminare in disturbi mentali (Codato, 2013).

Ne consegue che la proposta psichiatria di Laing, miri a entrare in contatto con il vero Io della persona, tenendo presente l'insieme delle esperienze, dei rapporti del soggetto, considerandolo in modo globale.

La critica di Laing è volta alla produzione di una psichiatria in grado di effettuare un esercizio intersoggettivo con il paziente, capace di comprenderlo senza ridurlo ad un mero oggetto di osservazione e analisi.

Nel 1965, Laing assieme a Cooper e Esterson fonda la Philadelphia Association, con lo scopo principale di creare luoghi di accoglienza per pazienti schizofrenici.

Il suo lavoro pratico partì dalla convinzione che il dialogo e l'ascolto fossero gli strumenti per ricostruire assieme al soggetto il suo modo di essere al mondo; il centro della pratica proposta da Laing è l'individuo, inteso nella sua soggettività per questo egli non propone metodi standard da applicare in quanto ogni individuo è unico e diverso dagli altri.

Dal momento che il centro del lavoro della psichiatria è rappresentato dal soggetto, non si può trascurare la dimensione in cui esso è inserito, ossia la dimensione familiare, a differenza di Cooper però, Laing non sostiene che la famiglia sia l'origine del disturbo mentale, ma che abbia un ruolo importante per le strutture dell'individuo, che non può essere ignorata, ma a cui non si può neanche attribuire tutte le responsabilità (Codato, 2013).

L'antipsichiatria per Laing si forma nel dare voce al soggetto, nel tentativo di scoprire il vero Io, e quindi la critica alla psichiatria diviene una critica volta all'abbandono dell'impostazione che considera la malattia come un'alterazione organica, a favore della riconsiderazione degli aspetti di socialità e di esperienza del soggetto.

c) Maxwell Jones e la comunità terapeutica

Le origini del movimento antipsichiatrico e del suo approccio sono attribuibili al lavoro di Maxwell Jones, che vide nel concetto di comunità terapeutica la possibilità della psichiatria di risolvere la sua contraddizione sempre incerta tra vocazione terapeutica e necessità di controllo degli individui.

Questo nuovo approccio viene sperimentato al Digelton Hospital in Scozia e affinato all'Henderson Hospital di Londra dove Jones fu direttore fino al 1959.

Jones sperimenta e propone un nuovo modello e una nuova struttura dell'ospedale che verrà legittimata nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità e esportato in tutta Europa (Codato, 2010).

Lo psichiatra inglese, muta il modo di guardare all'istituzione ritenendola un sistema organico e non più gerarchizzato di medici, pazienti e infermieri; come punto fondamentale del suo approccio vi è infatti la messa in discussione del ruolo e del potere dello psichiatra, per accettare l'idea della salute come bene collettivo e della malattia mentale, non come insieme di sintomi, ma determinata da un insieme di fattori e di dimensioni.

Per questo Jones individua il contesto in cui il soggetto vive, come uno dei fattori determinanti dell'insorgere della malattia e lo trasforma in un mezzo per influire positivamente sul paziente; egli infatti prende consapevolezza della nocività della permanenza prolungata nei luoghi istituzionali, che producevano una identificazione del soggetto con il sistema impedendo qualsiasi forma di recupero (Codato, 2013).

I principi su cui si basa la comunità terapeutica sono: la decentralizzazione attraverso la creazione di mini ospedali sul territorio per evitare la perdita del contatto medico-paziente; la libertà di comunicazione; l'analisi delle dinamiche che intercorrono all'interno della struttura; la distruzione del rapporto gerarchico che pone il paziente all'ultimo posto; promozione di occasioni di riapprendimento sociale; importanza delle riunioni giornaliere, "i community meeting" (Codato, 2013).

Dall'approccio di comunità sperimentato da Maxwell Jones, si possono individuare quattro temi chiave, che sono: la democratizzazione, ossia il prendere in considerazione l'opinione di tutti i membri; la permissività, ovvero la tolleranza nei confronti di tutte le azioni, comprese quelle più difficili da comprendere; il confronto con la realtà e il comunalismo, fare e condividere cose assieme (Codato, 2010).

Si riconosce al modello della comunità terapeutica di aver influenzato e modificato la concezione del malato mentale, riconosciuto come un paziente come tutti gli altri; in realtà però la critica più forte che viene fatta a questo approccio è il fatto di aver reso solo più elastico il cerchio dell'istituzione senza romperlo davvero, obiettivo invece che verrà portato avanti dal processo di deistituzionalizzazione (Codato, 2010).

3.1.3. Una riforma lenta e progressiva: gli anni 70-80

Negli anni 70 si giunse alla conclusione che la struttura delle politiche in materia di salute mentale necessitava di cambiamenti adeguati, nella consapevolezza che i servizi basati sulla contenzione e sulla custodia non erano più legittimati soprattutto perché la comunità stava diventando il principale luogo di cura.

Nel 1971, l'Hospital Services for the Mentally Ill propose l'abolizione completa del sistema manicomiale, trasferendo la responsabilità della cura ed assistenza dei malati psichiatrici agli ospedali distrettuali in collaborazione con i medici di base e i servizi sociali. Accanto a questo sviluppo nell'ambito ospedaliero di reparti per la degenza, si delocalizzarono gli altri servizi (infermieristici, centri diurni, alloggi, comunità) direttamente nel territorio, per mantenere un contatto tra paziente e comunità (Rossi, 2015).

La formulazione di un progetto di salute mentale comunitaria avvenne solo nel 1975 con la pubblicazione del White Paper "Better Services for the Mentally Ill"; il documento segnalava la necessità di una graduale chiusura dei manicomi, e conteneva nel dettaglio tutti i servizi previsti affinché si potessero sostituire gli istituti manicomiali (Rossi, 2015).

Nel 1983 viene approvato il Mental Health Act che si poneva nell'orizzonte di rafforzare le garanzie e i diritti dei ricoverati per patologie psichiatriche, per prevenire e contrastare del fenomeno "revolving door", che causava un circolo vizioso, in quanto i pazienti, dimessi in tempi brevi, non avendo un'adeguata rete di sostegno nelle strutture territoriali, venivano ricoverate nuovamente. Il documento prevedeva quindi l'obbligo di organizzare e finanziare i servizi di aftercare, volti al sostegno e al reinserimento dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici (Rossi, 2015).

3.1.4. La privatizzazione del sistema di salute mentale: gli anni 90

Gli ulteriori sviluppi dell'organizzazione dei servizi psichiatrici è strettamente collegata alla più generale riforma del settore sanitario, avvenuta con il Community Care Act del 1990, che ha impresso un cambiamento radicale nel funzionamento del sistema sanitario, attribuendo la principale responsabilità per i servizi di comunità alle autorità locali.

L'impianto della riforma era di stampo liberistico, orientato alla creazione di un mercato interno basata sulla attribuzione a soggetti diversi delle funzioni di finanziamento, gestione ed erogazione dei servizi, al fine di ampliare la libertà di scelta degli utenti incentivando la concorrenza e quindi la qualità delle prestazioni (Rossi, 2015).

In realtà la riforma del 1990 ha avuto un effetto contraddittorio, complessificando lo sviluppo dei programmi volti alla chiusura degli ospedali psichiatrici e alla costituzione di un'efficiente sistema di servizi. La nuova strutturazione del sistema ha però consentito di creare team multidisciplinari sia a livello di assistenza primaria, affidata ai medici di base, affiancati da altri professionisti, come psicologi, counsellor, infermieri che a livello di assistenza

secondaria, in cui dominano i Community Mental Health Team, rispetto alla realtà italiana dei Centri di salute mentale, la struttura dei Community Mental Health Team varia sia in termini di numero di professionisti che in termini di competenze. Nell'ambito dell'integrazione e cooperazione dei vari professionisti viene predisposto il Care Programme, ossia un programma personalizzato di assistenza per ogni singolo paziente (Rossi, 2015).

La formazione di questi servizi, è andata a sovrapporsi ai servizi imposti dal Mental Health Care del 1983, a favore dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico, rafforzando lo sviluppo di servizi in grado di garantire la continuità assistenziale al paziente (Rossi, 2015).

3.1.5. L'involuzione della riforma: gli anni 2000

A partire dal 1997, ha avuto inizio una lunga stagione di cambiamenti e di riforme del sistema sanitario che hanno segnato una netta discontinuità rispetto al passato con l'obiettivo di confermare il ruolo centrale del governo e del settore pubblico, puntando alla sostituzione del mercato interno con un sistema fortemente integrato.

Il focus di questa politica fu infatti sulla modernizzazione di tutti i settori, includendo la promozione di partnership tra le differenti aree del governo, con il privato sociale e volontariato, prevedendo un coinvolgimento dei pazienti. Giddens descrive questo nuovo modo di lavorare nel sistema di welfare e nel sistema sanitario, una terza via di mediazione tra un modello centralizzato e burocratizzato e uno basato sui principi del mercato e del liberalismo (England e Lester, 2005).

Ispirandosi agli ideali della terza via, il Governo inglese pubblicò "The new NHS: Modern and Dependable", affermando di non voler tornare indietro ad un sistema antico e centralizzato basato sul potere e sul controllo, come negli anni 70, ma neanche di voler continuare con un sistema di servizi in cui dominava il mercato interno come negli anni 90; ciò che si voleva proporre era un sistema basato su la partnership e sull'integrazione dei servizi tra assistenza primaria e secondaria (England e Lester, 2005).

In questa prospettiva di riforma e modernizzazione delle politiche di salute mentale, nel 1999 con il National Service Framework vennero perseguiti degli specifici obiettivi nell'ambito della facilitazione nell'accesso ai servizi di assistenza primaria e specialistica, della prevenzione del suicidio e della promozione di servizi per persone con disturbi mentali gravi. (Turner e al., 2015)

Nel National Health Service Plan del 2000, lo sviluppo della salute mentale viene identificato come una delle priorità del governo, anche se ciò non ha comportato rilevanti modifiche nella struttura e nell'organizzazione dei servizi, nella misura in cui lo scopo del piano è stato quello di indirizzare e definire obiettivi per il rafforzamento dell'assistenza attraverso lo sviluppo di team operativi sul territorio nell'ambito della prevenzione, per risolvere le crisi e fornire cure e trattamenti farmacologici al paziente in modo da ridurre il rischio di ricovero (Rossi, 2015).

Con la pubblicazione nel 2005 del *Creating a Patient-led NHS- Delivering the NHS Improvement Plan*, è stata intrapresa una strada volta a trasformare l'NHS da servizio universalistico in ente che fornisce risorse e finanziamenti per l'acquisto sul mercato di pacchetti di prestazioni e servizi, rispetto ai quali il settore privato è il maggior erogatore, in nome dei principi della centralità dell'utente e della libertà di scelta (Rossi, 2015).

Infine, questo processo di apertura al mercato si è ulteriormente sviluppato con il *Health and Social Care Act* del 2012, che pur conservando il principio di finanziamento pubblico, ha operato una privatizzazione dei servizi sanitari (Rossi, 2015).

3.2. L'organizzazione dei servizi per la salute mentale

In Inghilterra l'evoluzione dei servizi per la salute mentale ha coinciso con l'evoluzione della legislazione e delle politiche di salute mentale.

Come si evince dalle riforme avvenute nell'ambito della salute mentale, i servizi in Inghilterra sono stati soggetti ad una serie di cambiamenti politici negli ultimi decenni; c'è stato un dibattito riguardo al modo in cui i servizi dovessero essere strutturati ed organizzati, ritenendo necessario promuovere un modello che migliorasse l'efficienza e fosse in grado di rispondere alla molteplicità dei bisogni che emergono dai problemi di salute mentale, secondo un approccio di integrazione.

Come sostengono England e Leaster (2005), l'integrazione nell'ambito dei servizi, può essere definita come un sistema coerente di metodi e modelli che a livello economico, amministrativo e gestionale è in grado di creare connessioni e collaborazione tra la necessità di essere curati e il sistema di assistenza; l'approccio integrato agisce sia a livello orizzontale e verticale e può essere descritto come un metodo per affrontare la complessità associata al sistema di welfare, e caratterizzato dalla dinamicità, dalla flessibilità e dall'evoluzione di strategie nuove. L'integrazione orizzontale si riferisce all'unione di professioni, servizi e

organizzazioni che operano ad uno stesso livello nella gerarchia del sistema di assistenza; mentre l'integrazione verticale riguarda la capacità di tenere insieme i differenti livelli all'interno della gerarchia.

La condizione richiesta per un approccio integrato alla salute mentale è la consapevolezza dell'importanza del creare un percorso continuo per i pazienti che permetta loro di scegliere ciò che ritengono migliore all'interno della rete dei servizi. (England e Leaster, 2005)

L'assistenza per la salute mentale comprende i servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, dai servizi di assistenza sociale, dal settore del privato e del volontariato; un numero importante di agenzie di volontariato, organizzazioni di utenti svolgono un ruolo significativo nella fornitura dei servizi di salute mentale come: assistenza diurna, sostegno, promozione, campagne di miglioramento del benessere mentale (Erme, 2016).

Il sistema inglese di assistenza per la salute mentale comprende un'ampia gamma di servizi, che vanno dall'assistenza ospedaliera in regime di ricovero a quella basata sul modello di comunità, sia nell'ambito dell'assistenza primaria che di quella secondaria.

Per quanto riguarda l'ambito dell'assistenza ospedaliera, essa comprende i reparti psichiatrici in ospedale, alcuni ospedali psichiatrici ancora in funzione, e unità separate con scopi specifici, come ad esempio nei casi di giudiziari.

La gran parte dell'assistenza viene fornita nei servizi di comunità, che comprendono una rete diversificata rispetto ai bisogni e all'età e in grado di garantire un'assistenza integrata e che sono parte del National Health System (Erme, 2016).

Il primo contatto in caso in cui si sperimenti una situazione di disagio avviene nell'ambito dell'assistenza primaria, con il medico di base, che può rinviare la persona ad un centro diagnostico (Assessment and Short Term Intervention Team) o presso un centro di consulenza e sostegno psicologico (Primary Care Counselling), o presso un servizio di tipo sociale o presso un centro che si occupi della persona in toto, secondo un approccio olistico (Wellbeing Centre); mentre la presa in carico per quei pazienti che rischiano maggiormente di rinunciare o restare esclusi dai servizi viene effettuata sul territorio dal Assertive Outreach Team (Erme, 2016).

Qualora sia necessario un intervento di tipo psichiatrico, l'assistenza primaria propone all'utente l'invio presso il Clinical Mental Health Team, che comprende figure quali: psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri.

Se il paziente sta affrontando un momento di crisi il punto di riferimento è l'ospedale, con la possibilità di ricovero nel reparto psichiatrico (Inpatient Mental Health Ward) o in unità intensiva di cura (Psychiatric Intensive Care Unit); anche se il sistema di assistenza cerca di evitare il ricorso all'ospedalizzazione attraverso l'utilizzo di servizi quali: l'Home Treatment Rapid Response Team, che supporta l'utente durante la crisi nella propria abitazione, attraverso visite, monitoraggio dei farmaci oppure può essere proposto un inserimento in una casa protetta con personale specializzato per un periodo di tempo limitato, 3-4 settimane. Questi due servizi sono pensati sia per prevenire il ricovero ospedaliero che per supportare l'utente dopo le dimissioni dall'ospedale (Erme, 2016).

Nel caso in cui la persona abbia tra i 14 e i 35 anni e sperimenta per la prima volta un disturbo psichiatrico verrà richiesto l'intervento dell'Early Intervention Team; mentre se la persona è anziana il punto di riferimento sono i Community Mental Health Service for Older People (Erme, 2016).

L'obiettivo generale nell'attuazione del sistema di salute mentale inglese è l'adozione di un approccio mirato a sistemi globali, per permettere agli utenti di condurre un'esistenza significativa per tutto l'arco della vita. Gli indicatori per lo sviluppo di tale approccio includono: l'analisi delle situazioni, sviluppo di modalità di collaborazione con la comunità, sostegno agli utenti attraverso un programma di recupero e sviluppo personale e la conoscenza dei sistemi comunitari, delle buone pratiche dei servizi nazionali ed europei (Jenkins, 2007).

3.3. Italia e Inghilterra: modelli di politiche a confronto

Operando un confronto tra l'evoluzione delle politiche in Italia e in Inghilterra, si possono trarre delle indicazioni rilevanti.

Innanzitutto si può rintracciare un parallelismo nella difficoltà e nel ritardo del processo di riorganizzazione dei servizi per la salute mentale, includendo anche il lento processo di deospedalizzazione. Inoltre in particolare in Inghilterra vi è stata una grande difficoltà di demolire la centralità dell'istituzione ospedaliera, nonostante le esperienze comunitarie e alternative all'istituzionalizzazione erano avviate già negli anni 40 (Rossi, 2015).

In secondo luogo, si può notare che in Italia, la riforma avvenuta con la l.180/1978 abbia cercato di sovvertire un sistema cristallizzato attraverso una rottura totale con il paradigma manicomiale e debba essere inserita all'interno del cambiamento culturale, delle dinamiche e delle spinte egualitarie, che hanno caratterizzato le riforme negli anni 70 in Italia (Carli e

Paniccia, 2011) ; mentre nel contesto anglosassone, le revisioni del Mental Health Act sono state interventi normativi progressivi volti a promuovere indirizzi e programmi per rinnovare il settore psichiatrico.

Come afferma Rossi (2015), questo aspetto riformista che preferisce il poco al tutto, il realizzabile all'utopico, il gradualismo alla trasformazione radicale è un tratto caratteristico del modello anglosassone e giustifica la capacità dei governi di strutturare politiche di lungo periodo volte a perseguire precisi obiettivi. In Italia invece la trasformazione radicale avvenuta nell'assistenza psichiatrica è da iscriversi all'interno dei fermenti culturali dell'epoca, che segnalavano l'esigenza di porre fine alle istituzioni rappresentative di un mandato sociale volto a emarginare la diversità e che divennero strumento di denuncia di ogni forma di discriminazione (Carli e Paniccia, 2011).

Questo indirizzo spiega anche il diverso approccio al problema della salute mentale; in Inghilterra, è stato considerato sin dalle prime leggi di riforma, una questione da affrontare nel più ampio contesto della organizzazione del Sistema sanitario nazionale, mentre in Italia è stato il frutto dell'affermazione dei principi e delle libertà costituzionali (Rossi, 2015).

Si può quindi riconoscere che nell'esperienza italiana c'è stato un cambiamento di paradigma, dalla logica asilare a quella di comunità, mentre nel contesto anglosassone la riforma ha assunto dei confini più sfumati, anche grazie al precoce sviluppo di esperienze alternate al ricovero come l'Open Door Policy e le comunità terapeutiche di Maxwell.

In terzo luogo, si può notare che, mentre in Italia la creazione di servizi territoriali ha corrisposto ad un'esigenza di umanizzare l'approccio alla salute mentale, fino ad allora basato su pratiche coercitive, in Inghilterra, la spinta verso la creazione di una rete di servizi territoriali è stata determinata dalla volontà del governo di introdurre forme di concorrenza al settore sanitario, dovuto anche ad una diversa concezione del diritto alla salute, laddove nell'ordinamento inglese si fa riferimento ad un *right to health care* piuttosto che ad un *right to health*, inteso come un diritto all'accesso alle prestazioni sanitario (Rossi, 2015).

Infine, seppur l'Inghilterra non abbia completato il processo di abolizione dei manicomi, come invece è avvenuto in Italia, l'organizzazione dei servizi basata su un approccio di de istituzionalizzazione realizzato in termini di riforme progressive e mai radicali, appare più realizzato, grazie al coinvolgimento delle comunità locali, dei pazienti, dei familiari, oltre che alla maggiore flessibilità del sistema, in grado di modificare la struttura dei servizi, per rispondere alle nuove esigenze e alle nuove domani emergenti.

4. AL DI LÀ DELL'ATTUALE PARADIGMA: IL RECOVERY

4.1. Il concetto di recovery

“Recovery” in inglese assume il significato di guarigione, nell’accezione di riprendersi, recuperare, ristabilirsi; la guarigione definitiva da una malattia, invece richiede un’ulteriore accezione “full recovery” o “cure” (Maone, 2015).

Benchè la guarigione rappresenti la più alta aspirazione per coloro che soffrono, questa parola rischia di essere fuorviante nel campo della salute mentale, come sottolinea opportunamente Mezzina (2015), la domanda da porsi riguarda l’oggetto della guarigione: si dovrebbe guarire dalla malattia mentale o dall’esperienza di essere paziente, dallo stigma degli esiti negativi derivanti dalla condizione di essere malato mentale e dai trattamenti?

Si può rispondere a questa domanda sostenendo che il concetto di recovery non implica necessariamente che la sofferenza sia scomparsa, che i sintomi siano rimossi e che le funzioni vengano ripristinate, ma piuttosto può essere descritto come un processo di sviluppo di una nuova finalità nella vita, che possa evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale; in questo senso si può affermare che una persona con malattia mentale può “guarire” (recover) anche se la malattia non è guarita (cured) (Maone, 2015).

Questo termine enfatizza il viaggio compiuto da ciascuno per ricostruirsi al di là della malattia, richiama una presa di coscienza di sé dei propri problemi, ma soprattutto delle proprie capacità e obiettivi; il che significa superare i confini del modello medico di delega totale della propria malattia e quindi della propria vita per attivare processi di empowerment e coinvolgimento della persona.

Al di là della definizione, il contributo scientifico maggiore al concetto di recovery, è stato dato da John Strauss, che ha descritto il processo di elaborazione dell’esperienza psicotica come il rapporto tra la soggettività e l’oggettività, ritenendo che nel percorso di recovery la persona in sé sia il fattore determinante, con le sue capacità di coping e resilienza ma anche di cambiamento personale e di accettazione del sé (Mezzina, 2015).

Le definizioni del recovery sono molteplici, ma quella più nota che ha ispirato le politiche di salute mentale è da attribuirsi a William Anthony, nel 1993, il quale definisce il recovery come un processo di cambiamento di atteggiamenti, valori, obiettivi, capacità e ruoli; un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranze e in grado di dare un contributo agli altri, nonostante le limitazioni causate dalla malattia. Da tale definizione si può affermare

che il recovery dalla malattia mentale sia un processo di sviluppo delle potenzialità e allo stesso tempo di recupero di un ruolo sociale valido (Slade, 2015). A riguardo, Larry Davidson scrive che l'esperienza di recovery dalla malattia mentale, implica un processo di recupero o sviluppo di un ruolo valido e di un senso di identità positivo al di là della propria disabilità. Con questa definizione si sottolinea il passaggio dal riprendersi dal disturbo a riappropriarsi della propria vita, la possibilità che hanno le persone di dare una direzione alla malattia, senza esserne più schiacciati passivamente (Mezzina, 2015).

Il concetto di recovery attraversa oggi culture e pratiche della salute mentale e ha cominciato a far presa sulle politiche dei paesi di salute mentale dei paesi anglofoni, diffondendosi almeno sul piano teorico anche in altri paesi, a partire da documenti ufficiali dell'OMS, come il Mental Health Declaration di Helsinki al nuovo Action Plan Europeo, e appare in continuità con le esperienze nate dalla deistituzionalizzazione e con il sapere che emerge dai processi di empowerment.

Alla base di tale paradigma vi sono due assunzioni: la prima è la comprensione che la malattia sia intrinseca allo svolgimento della vita reale della persona e la seconda è il riconoscimento che la persona possa essere attiva nella gestione della malattia e del proprio processo di guarigione. Ciò implica la consapevolezza che la persona ha del proprio essere depositaria degli strumenti per un cambiamento.

Se la malattia viene descritta come non libertà e non scelta, la recovery rappresenta invece un processo di apertura, un cambiamento anche parziale del rapporto con la malattia, non è pertanto un processo graduale e progressivo con una direzionalità ma non con una linearità (Mezzina, 2015).

Il concetto di recovery sottende un approccio ai problemi di salute mentale, che pur tenendo conto dei limiti causati dalla condizione di disabilità, mira a sostenere l'empowerment e a creare condizioni e opportunità alla pari di quelle di cui dispongono le persone senza disabilità.

4.2. Le fonti degli studi sulla recovery: le esperienze personali

L'idea del recovery come paradigma si è affermato a partire dal movimento degli ex utenti psichiatrici, negli anni 80; all'interno del movimento si possono distinguere due tendenze: una ispirata all'ideologia antipsichiatrica, che rigetta radicalmente il paradigma medico della malattia mentale e le pratiche coercitive fino ad allora utilizzate; e una tendenza

più riformista, che condivideva con la prima le rivendicazioni più radicali, ma reclamava un efficace sistema di supporto nella comunità centrato sui bisogni degli utenti e un loro coinvolgimento diretto. Tale coinvolgimento si è tradotto per anni in una restituzione di potere all'utente in termini circoscritti nei limiti di una adesione formale, o di mera consultazione fino ad prevedere invece una restituzione dell'autonomia del paziente.

La comparsa dei racconti delle esperienze vissute e dell'organizzazione di gruppi di utenti ha influenzato molto quella che oggi è la pratica orientata alla recovery.

Si può quindi affermare che la prima fonte della letteratura sulla recovery oggi sono gli utenti che hanno attraversato dall'interno la malattia mentale e che hanno trovato la strada per uscirne.

Per usare le parole di Patricia Deegan (1988), il processo di recovery non implica che le persone vengano aggiustate come si aggiusta una macchina, si tratta piuttosto di ristabilire attivamente un nuovo modo di ridefinirsi come persone; il percorso di ridefinizione di sé è segnato da una nuova consapevolezza delle proprie condizioni che non prevede l'accettazione passiva del disturbo e delle sue limitazioni. I racconti che vengono dal dentro dell'esperienza della malattia mentale indicano come sia possibile riconquistare una identità, a tal proposito Boevink (2011), sostiene l'importanza di descrivere le proprie sofferenze per imparare ad affrontarle e per poter accettare di non essere il proprio disturbo, ma di ritrovare la propria identità.

Da questo punto di vista recovery non riguarda solo i problemi mentali ma anche le conseguenze di essi sulla propria vita, Boevink (2006) descrive molto bene questa condizione di paziente psichiatrico incentrata sull'imparare a gestire tutto ciò che non può essere curato sottolineando che le persone con disturbi psichiatrici sono persone con una vita da vivere e non dei disturbi, che lo scopo dell'assistenza psichiatrica dovrebbe essere quello di aiutare a vivere la vita nel modo in cui la persona lo desidera ricordando che è difficile sostenere una vita con una malattia psichiatrica, ma ancora più difficile è costruire una vita attorno a questa condizione.

Per gli autori del movimento degli ex utenti il maggior vantaggio dato da questo approccio è stato l'accettazione del proprio disturbo; importante è l'esempio di Patricia Deegan, che parla del paradosso della guarigione nonostante il persistere della malattia, affermando che il percorso di guarigione è segnato dall'accettazione delle limitazioni, in cui trovare il terreno

per far nascere le uniche possibilità, e proprio accettando quello che non si può fare e non si può essere che si inizia a scoprire cosa si può fare e chi si può essere.

In questo cambio di prospettiva si mette in luce l'autentico valore delle esperienze, sviluppando la conoscenza che viene trasmessa agli altri attraverso i racconti e le storie, perché troppo spesso le persone con disturbi mentali non sono state viste realmente per come sono: persone con un passato, un presente e una speranza per il futuro (Boevnick, 2015).

La ricostruzione e la riappropriazione della propria identità implica la ridefinizione del problema mentale come parte integrante della propria vita; e lo sviluppo di una nuova percezione di sé stessi è uno degli aspetti centrali del processo di recovery. Ciò è stato dimostrato da una ricerca che viene tutt'oggi considerata una pietra miliare in questo campo, condotta da Davidson e Strauss nel 1992 (Mezzina, 2015).

La ricerca sottolinea l'importanza della ricostruzione del sé nel processo di recovery attraverso alcuni aspetti: un primo aspetto riguarda una graduale scoperta e consapevolezza di alcune parti di sé non toccate dalla malattia che fino ad allora erano rimaste sconosciute; un secondo aspetto implica una ricognizione delle proprie forze e delle proprie debolezze, cercando di prendere le misure con quello che si può e non si può fare in modo da raffigurarsi nelle situazioni e prepararsi a delle azioni future; a questo punto il processo di riscoperta del sé comporta lo sperimentarsi nelle situazioni e la riflessione sugli esiti, al fine di percepirsi capace di uno scopo e di avere un ruolo attivo nel proprio percorso (Mezzina, 2015).

Strauss è stato uno dei primi ricercatori a sostenere l'importanza del ruolo attivo delle persone con disturbo mentale, ritenendo che l'autodeterminazione e la volontà di stare meglio siano entrambi elementi che rappresentano un punto di svolta, perché molte persone dopo un periodo di lunghe sofferenze desideravano costruirsi una vita oltre e nonostante il proprio disturbo mentale. Nell'affrontare la questione del cambiamento rispetto alla percezione del sé, Coleman considera la scelta un elemento essenziale del recovery, affermando che affinché le persone possano assumere il controllo della propria vita, in modo da guadagnare un ruolo attivo, devono essere fornite loro opportunità di scelta e di contrattazione, assumendosi anche responsabilità e rischi (Mezzina, 2005). Ne consegue che le persone debbano essere coinvolte in tutti gli aspetti della pianificazione, dei trattamenti, dell'implementazione dei servizi perché solo così si potrà attivare un processo di empowerment.

Nonostante si riconosce l'importanza del ruolo svolto dalla persona, William Anthony, scrive che la recovery è un'esperienza umana, facilitata dalle risposte degli altri, sottolineando

quanto sia fondamentale il ruolo degli altri nel processo di recovery. La presenza di altri significativi, identificati nei familiari, negli operatori, nei pari, è un denominatore comune per le capacità che hanno avuto di stimolare e sostenere la persona nel suo percorso di guarigione (Mezzina, 2015).

Rispetto quanto detto fino ad ora, è implicita una concezione di recovery, come un processo aperto, complesso e che si dipana nel tempo, che supera la dicotomia classica tra guarito e non guarito e che invece indica un processo che concerne l'intera vita della persona. Questa visione è stata sostenuta da molti ricercatori, molti dei quali hanno avuto un'esperienza personale di malattia mentale; nella prospettiva delle persone che hanno attraversato questa esperienza, la guarigione non è intesa come un prodotto finale ma come un modo di vivere (Mezzina, 2015).

Secondo quanto afferma William Anthony (1993) parlare di processo dinamico offre un'immagine di costruzione continua fatta di progressi ma anche di cadute; e la concettualizzazione di Ron Coleman argomenta ulteriormente questa posizione, proponendo una distinzione tra maintenance e recovery. Con il termine maintenance Coleman si riferisce alla pratica istituzionale della psichiatria moderna, secondo cui l'obiettivo è il mantenimento di una condizione statica e la riduzione del rischio, mentre con il termine recovery lo scopo è perseguire nuovi traguardi di riappropriazione del sé e quindi una riduzione di dipendenza dal sistema di assistenza (Mezzina, 2015).

4.3. Dalla teoria alla pratica: le caratteristiche dei servizi recovery-oriented

Lo scopo principale di un'assistenza orientata alla recovery è quello di offrire alle persone affette da un disturbo mentale un ventaglio di interventi e prestazioni dinamiche e utili per il proprio percorso di recovery (Davidson e al., 2009).

Gli obiettivi dei servizi mentali recovery-oriented si differenziano dagli obiettivi dei servizi tradizionali che si basano sul modello cura-terapia. Oltre a diagnosticare e ridurre i sintomi, i servizi recovery-oriented si identificano e si basano sulle risorse, sulle competenze individuali e le aree sane della persona. Come sostiene Davidson e al. (2009), se l'obiettivo dei servizi recovery-oriented può apparire chiaro ed esplicito, i modi in cui l'assistenza viene erogata per favorire percorsi di recovery possono essere differenti e non sempre si prestano a classificazioni. Però si possono individuare delle indicazioni pratiche e delle caratteristiche che contraddistinguono i servizi recovery-oriented.

Una caratteristica essenziale dell'assistenza orientata al recovery nella salute mentale è l'importanza che si dà alla partecipazione delle persone e dei loro familiari nel processo di recovery, poiché per definizione, i principali esperti delle esigenze e della ricostruzione della propria vita sono le persone.

Un'altra caratteristica dei servizi recovery-oriented riguarda la facilitazione all'accesso, ciò significa rimuovere le barriere a livello burocratico e procedurale favorendo un'entrata rapida e semplice. Inoltre l'accesso viene favorito quando il servizio è in grado di andare là dove si trova il paziente, piuttosto che continuare a pretendere che sia l'utente a raggiungere il servizio. Il coinvolgimento nei servizi è fortemente collegato all'accesso perché comporta un contatto con la persona e la costruzione di un rapporto di fiducia (Davidson e al.,2009).

Il recovery nella salute mentale si riferisce ad un processo prolungato e a lungo termine, infatti una caratteristica importantissima dei servizi recovery-oriented è la garanzia di una continuità assistenziale, ciò è motivato dal fatto che i trattamenti non devono essere erogati solo nei momenti di crisi o di prevenzione delle ricadute, risultando così scollegati tra di loro, ma sono volti a essere il più inclusivi possibile, a favorire un percorso di recovery, e a garantire una presa in carico continua (Davidson e al.,2009).

L'erogazione di ogni intervento all'interno dei servizi recovery-oriented deve basarsi su un piano individualizzato; la pianificazione individualizzata prevede che la persona venga incoraggiata a ricorrere alle proprie risorse per partecipare attivamente al processo e che gli operatori siano fiduciosi verso il potenziale dell'utente, in linea con un approccio basato sui punti di forza. Questa prospettiva riconosce che gli utenti, oltre alle difficoltà, hanno anche delle qualità e delle capacità e guarda alla totalità della vita della persona (Davidson e al.,2009).

Considerata l'attenzione sui punti di forza del paziente, uno strumento necessario che caratterizza i servizi recovery-oriented è la conoscenza del territorio e della comunità, incluse le opportunità che offre, le risorse che ha a disposizione e gli ostacoli che presenta.

La comprensione globale delle risorse della comunità, può essere utilizzata per soddisfare le necessità dell'utenza. Lo sviluppo di comunità basato sulle risorse (*asset-based community development*) è una strategia che si focalizza sulle capacità e può aiutare ad includere le persone etichettate o marginalizzate. Attraverso questo approccio le persone che stanno seguendo un percorso di recovery possono costituire capitale sociale e partecipare alla vita di comunità come cittadini piuttosto che come pazienti. L'approccio ABCD lavora sulla premessa che ogni

persona all'interno della comunità abbia delle abilità utili alla comunità e che la vita sociale sia sostenuta dai contributi di una cittadinanza interdependente (Davidson e al., 2009).

In conclusione le caratteristiche che i servizi devono avere per facilitare i processi di recovery possono essere così riassunte: calibratura degli interventi sulla soggettività della persona, attraverso risposte personalizzate, condivisione del percorso e assunzione delle responsabilità; accoglienza autentica e partecipe, sia materiale (assenza di barriere architettoniche, burocratiche, fisiche, di orario) che simbolica; focus sull'inclusione sociale, in grado di far assumere alla persona un ruolo attivo e aiutarlo nella ricostruzione della propria identità; contrasto dello stigma e dell'oppressione interiore attraverso lo sviluppo di una cultura della fragilità come risorsa; sollecitazione nella formazione di reti di persone significative attorno alla persone con disagio mentale, favorendo così la ricostruzione dei legami sociali; promozione del sostegno tra pari, agevolando la costruzione di comunicazione tra persone e servizi tramite un linguaggio più immediato e condiviso (Mezzina, 2015).

4.4. Promuovere il paradigma del recovery: esperienze in Inghilterra

Le politiche per la salute mentale specialmente nei paesi anglofoni sono stati fortemente influenzati dal paradigma del recovery, e ciò è dimostrato dal fatto che già negli anni 90 un documento inglese di indirizzo programmatico definiva il recovery come:

“un processo attivo, dinamico e altamente individuale attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita e sviluppa uno specifico insieme di strategie rivolte non solo a fronteggiare i sintomi, ma anche le minacce secondarie della disabilità, che comprendono stigma, discriminazione ed esclusione sociale. Un aspetto critico di tale processo è (...) lo sviluppo di un senso di sé stessi come «altro dall'essere disabile” (Mezzina, 2015).

Nel 2011, a sostegno di questo approccio, la coalizione di governo ha elaborato un documento di programmazione strategica denominato “No health without mental health”, che riprende precedenti posizioni del Department of Health a favore degli approcci orientati alla recovery (Sheperd, 2015).

Il documento contiene sei obiettivi chiave, il secondo obiettivo, in particolare, raccomanda, la promozione di un approccio basato sul recovery e trova dei nessi rilevanti con altre aree delle politiche sociosanitarie: per esempio l'importanza dell'esperienza vissuta si può ricollegare al contributo dato dal paziente esperto nella gestione delle malattie croniche (Department of Health, 2001b); la speranza e l'importanza di ricostruirsi una vita al di là della

malattia mostrano collegamenti con il tema dell'inclusione sociale (Cabinet office, 2006)

Questi temi riflettono un modello di politiche sanitarie incentrato sull'aiutare l'individuo, con l'aiuto degli operatori, ad assumersi maggiore responsabilità rispetto alla propria condizione piuttosto che delegare a servizi che intervengono solo in presenza di una crisi. Quindi il supporto alla recovery in salute mentale rappresenta una tendenza dominante nelle politiche sanitarie (Sheperd, 2015).

4.4.1. I Recovery College

Secondo l'approccio del recovery, la sfida che i servizi di salute mentale si trovano ad affrontare è l'accompagnamento delle persone nel loro percorso di recovery; ciò richiede uno spostamento di focus non sul controllo e riduzione dei sintomi, quanto sull'aiuto che si può dare alle persone nel ricostruire una vita che possa soddisfarli e che abbia significato. Perché i servizi possano assistere le persone nel raggiungimento di questi obiettivi, sono necessari dei cambiamenti, che possono essere esplicitati: nella ridefinizione delle finalità dell'ente, nel cambiamento di ruolo dei professionisti e in una relazione differente tra servizi e comunità (Perkins e al. 2012).

È in questa cornice di riferimento che si inseriscono i *Recovery College*, che incorporano queste trasformazioni e sono realizzati in collaborazione con associazioni e servizi del territorio per fornire una proposta di differenti corsi, seminari e workshop pensati per rispondere a bisogni e interessi diversi secondo un un approccio educativo piuttosto che un approccio terapeutico.

L'approccio educativo utilizzato nei *Recovery College* si basa su alcuni assunti, quali: aiutare la persona a riconoscere le proprie risorse e sviluppare le capacità, accompagnarla nell'esplorare le proprie possibilità e supportarla nel raggiungimento degli obiettivi.

Rispetto all'approccio terapeutico che si focalizza sui problemi e sui deficit e in cui è il professionista esperto che definisce i sintomi e quindi la terapia, l'approccio educativo invece presuppone che l'utente sia l'esperto e che compito dell'equipe sia affiancare la persona sia nella definizione del problema che nel trovare la soluzione. L'approccio educativo ritiene che i trattamenti siano importanti ma rappresentino una piccola parte di ciò che dovrebbero fare i servizi di salute mentale, identificando la loro mission nell'inclusione delle persone con disturbi mentali perché possano partecipare alla vita economica e sociale alla pari degli altri cittadini (Perkins e al, 2012).

L'istituzione dei *Recovery College* risulta essere centrale nello sviluppo di servizi

orientati alla recovery; in Inghilterra i primi Recovery College sono stati quello di Nottingham e quello nel South West London, istituiti nel 2010.

Nonostante questi centri possono essere sviluppati in modo differente, Perkins e al. (2012) individuano delle caratteristiche comuni, di seguito descritte.

Una prima caratteristica è rappresentata dalla co- produzione tra persone e professionisti ad ogni livello e in ogni fase, dalla programmazione iniziale allo sviluppo e alla valutazione dei corsi. Inoltre è necessario un luogo fisico con classi e librerie che rappresenti un posto a cui tutti possano accedere; infatti i *Recovery College* sono aperti ai pazienti, ai familiari, alla cittadinanza al fine di promuovere il coinvolgimento e l'inclusione e di far sì che questi luoghi non siano identificati come luoghi segreganti.

Un'altra caratteristica fondamentale è che gli studenti che frequentano i college scelgono autonomamente i corsi che intendono seguire senza che ci sia qualcuno li selezioni per loro; da questo punto di vista è importante sottolineare che i *Recovery College* si pongono in una prospettiva totalmente diversa rispetto ai Centri diurni, dove la persona è solo un paziente mentale a cui viene prescritto un trattamento all'interno di un gruppo sociale di riferimento. È importante però precisare che i *Recovery College* non sostituiscono le terapie tradizionali, ma sono complementari ai trattamenti specialistici e tecnici per aiutare le persone a capire come collocarsi rispetto ai loro problemi e ad imparare a gestirli.

La maggior parte dei *Recovery College* organizza la proposta formativa attorno a cinque aree: capire le malattie mentali e i possibili trattamenti; ricostruire la vita dopo i cambiamenti posti dalla malattia mentale; sviluppare le capacità; famiglia e amici; costruire capacità con il supporto dei peer workers. Questi corsi mirano a spiegare quali difficoltà possono incontrare le persone con disturbi mentali; a introdurre il percorso del recovery; a supportare l'autonomia, a focalizzarsi sulle possibilità che possono offrire i servizi spiegando i propri diritti e le prestazioni a cui si può accedere; ad aiutare i familiari ad affrontare le sfide della malattia mentale e a introdurre la figura dei peer support workers (Perkins e al., 2012).

Perkins (2012) ritiene che i *Recovery College* abbiano un potere trasformativo, in quanto sono in grado di far diventare le persone esperte nel loro percorso di cura, rompendo le barriere tra "loro" e "noi" attraverso la co-produzione; sostengono il peer support dando agli utenti l'immagine di speranza e possibilità e esempi positivi attraverso l'esperienza; creano reti di opportunità e di amicizie che si estendono al di fuori del *Recovery College*, al fine di ridurre l'isolamento sociale; ed infine supportano la scelta, l'empowerment facendo sì che gli studenti

non siano dei passivi recettori di prescrizioni mediche ma siano loro a scegliere in base ai loro interessi e alle loro esigenze.

Per i servizi e le organizzazioni, i *Recovery Colleges* rappresentano il cuore dell'intera trasformazione, perché sono in grado di promuovere un modello differente di relazione tra le persone che usano i servizi e i professionisti; in secondo luogo preparano le persone che hanno vissuto un'esperienza di malattia mentale a diventare peer workers ed infine possono sostituire alcuni elementi dei servizi già esistenti. A tal proposito i *Recovery Colleges* danno l'opportunità di ridurre i costi e garantire servizi sotto forma di seminari co-prodotti e corsi che diminuiscono l'isolamento e aumentano il peer support; mentre allo stesso tempo offrono un'ampia gamma di expertise professionale, in una situazione che si configura come win-win: servizi migliori a basso costo (Perkins e al. 2012).

4.4.2. The peer support

La condivisione di esperienze tra pari, nei servizi di salute mentale, è molto frequente per superare le difficoltà poste dalla malattia mentale; nonostante ciò non è così semplice condividere esperienze riguardo la malattia mentale. Come sostiene Repper (2013) per le persone che hanno avuto un'esperienza di marginalizzazione ed esclusione è molto importante che il supporto venga dato da qualcuno che condivide con loro questa esperienza di oppressione in modo da "parlare nella stessa lingua".

I peer groups intervistati da Faulkner e Kalathil (2012) hanno dimostrato che le relazioni sono più supportanti se entrambe le persone vogliono dare e ricevere supporto e hanno acquisito una sufficiente distanza dalla loro situazione in modo da essere in grado di aiutare l'altro a pensare a delle soluzioni, piuttosto che semplicemente dare dei consigli basati sulle esperienze. Ci sono diversi tipi di peer support: informale; formale all'interno di programmi nei servizi di salute mentale e i peer workers.

Si possono distinguere diversi ruoli che i peer workers possono assumere all'interno dei servizi di salute mentale. Il loro lavoro può essere impiegato con un ruolo consultativo e informativo in team dedicati a lavorare sul passaggio da servizi di base a servizi specialistici o dare informazioni e consigli sulle pratiche di recovery; in alternativa possono essere impiegati in aggiunta allo staff con uno specifico focus sui bisogni degli utenti e quindi per aiutare le persone nel loro piano di recovery, nell'individuazione degli obiettivi e delle strategie, nell'accompagnare le persone alle visite a casa, con gli amici (Repper, 2013).

Nonostante ci siano forme diverse di peer support, si possono riassumere dei principi comuni che devono essere rispettati.

In primis la mutualità: nonostante ogni esperienza sia unica, i peer workers condividono sfide comuni imposte dalla malattia mentale, il significato di essere definito malato mentale dalla società, la paura e la solitudine; e la reciprocità, intesa come relazione allo stesso livello, in cui non c'è un esperto e un non esperto.

L'approccio è non direttivo, perché non vengono imposte delle soluzioni, ma si aiuta la persona a riconoscere le proprie risorse; si ridà speranza e si spronano le persone a riacquisire il controllo della propria vita; inoltre è basato su i punti di forza, sulle possibilità e progressivo nel senso che non è una relazione statica, ma un supporto reciproco in percorso condiviso di scoperta da entrambe le parti (Repper, 2013).

Nonostante le ricerche sugli effetti del peer support siano limitate, gli studi pubblicati hanno descritto dei benefici positivi rispetto agli esiti clinici (adesione al trattamento, tassi di ricovero, sintomatologia), soggettivi (speranza, possibilità di esercitare il controllo su sé stessi), sociali (amicizie, connessioni sociali) (Slade, 2015).

Repper (2013) sostiene fortemente il valore di istituire il peer support per promuovere il recovery all'interno dei servizi di salute mentale, per l'esperienza unica che portano e per le capacità che hanno di fornire speranza, ispirare e influenzare l'equipe e gli utenti dei servizi, al punto che il loro potenziale contributo è stato riconosciuto nel 2012, dal Dipartimento della Salute in Inghilterra che ha raccomandato l'utilizzo del peer support nei servizi di salute mentale

4.4.3. Il Programma ImROC

In seguito alla pubblicazione del documento di programmazione *No Health without Mental Health* è stato avviato un importante progetto nazionale, annunciato formalmente dal ministro della Salute inglese nel 2011: il programma ImROC (*Implementing Recovery through Organisational Change*).

Il progetto è nato dalla constatazione che gli interventi erano focalizzati principalmente sul controllo dei sintomi, piuttosto che sulle priorità e sui bisogni degli utenti e dei loro familiari e dalla consapevolezza di una relazione di potere ancora salda tra operatore e utente, che prevedeva un coinvolgimento solo parziale della persona (Sheperd, 2015).

Il programma, finanziato dal dipartimento di salute e gestito in partnership dal Centre

for Mental Health e dal Mental Health Network, mira a sviluppare una metodologia per la realizzazione di un cambiamento organizzativo e il modo in cui esso può essere misurato, focalizzandosi sull'implementazione dell'approccio recovery nei servizi di salute mentale.

Il progetto iniziato nel 2009 ha lo scopo di rispondere a due questioni chiave che riguardano come cambiare le attitudini degli operatori perché sostengano meglio i processi di recovery e come cambiare la cultura delle organizzazioni affinché promuovano dei servizi *recovery-oriented* (Sheperd, 2015).

L'assunto del programma si basa su una concezione di recovery intesa come processo di proprietà del paziente, secondo cui il ruolo degli operatori non è quello di produrre recovery, ma di cercare di creare le condizioni attraverso cui il paziente può essere supportato nel condurre una vita significativa al di là delle conseguenze della malattia mentale (Sheperd, 2015).

Partendo dal presupposto secondo cui non sempre il contatto con i servizi riesca ad aiutare le persone nel raggiungimento degli obiettivi, il programma ImROC ritiene necessario modificare la cultura organizzativa dei servizi, individuando 10 sfide organizzative; lo scopo di individuare queste 10 sfide è quello di fornire un insieme di linee guida volte a favorire una visione prospettica e uno schema di conoscenza dei concetti e degli obiettivi sui quali focalizzarsi per apportare il cambiamento organizzativo atteso. Le tematiche comuni alle 10 sfide consentono di individuare quattro domini di pratiche che riguardano: le relazioni di lavoro, ponendo un'enfasi particolare sulla possibilità che operatori e utenti possano imparare assieme attraverso la fondazione di un Recovery College; il supporto del percorso di recovery per come è definito dalla persona, aumentando la personalizzazione e la libertà di scelta e il coinvolgimento; l'impegno organizzativo, promuovendo una cultura di recovery a tutti i livelli dell'organizzazione capace anche di adattarsi ai bisogni degli utenti anche grazie all'utilizzo di *peer support workers*; la promozione della cittadinanza, aiutando le persone a reintegrarsi nella società, favorendo l'inclusione sociale (Sheperd, 2015)..

Il programma prevede quindi che vengano concordati degli obiettivi generali e specifici che devono essere SMART (Specif, Measurable, Agree-upon, Realistic, Timed). Una volta stabiliti gli obiettivi, si può iniziare con l'implementazione e con il monitoraggio (Sheperd, 2015).

Nel programma sono stati coinvolti 29 siti su un totale di 50 siti di salute mentale in Inghilterra e i partecipanti sono stati assegnati ad una delle seguenti categorie: siti dimostrativi che si trovavano già in una fase avanzata di sviluppo di servizi *recovery-oriented*; siti pilota, in

stato meno avanzato, ma intenzionati a progredire, e siti network, all'inizio del percorso.

I siti hanno avuto una consulenza dal team del programma ImROC per la revisione dei servizi attraverso lo schema delle 10 sfide organizzative, per l'individuazione degli obiettivi di cambiamento, e per la scelta degli indicatori di valutazione (Sheperd, 2015).

Per quanto riguarda i risultati, il progetto ImROC dal 2011 al 2014: ha lavorato con più della metà degli enti a livello nazionale, coinvolgendo con un approccio di sistema tutti gli stakeholder locali, dai servizi di salute mentale ai gruppi di utenti e familiari, alle organizzazioni di settore; ha fornito consulenze in loco per verificare i progressi e sviluppare specifici interventi; ha supportato la formazione di 150 *peer support workers*, attivi al fianco degli operatori nella formazione del personale e nell'erogazione dei servizi; ha fondato 8 nuovi *Recovery College*, ognuno dei quali offre fino a 50 corsi di formazione co-prodotti su differenti aspetti di vivere con una malattia mentale (Sheperd, 2015).

La realizzazione del programma è stata possibile grazie ad un sostegno da parte delle politiche nazionali per la salute mentale, all'utilizzo di un approccio basato sui valori ed inclusivo che promuove la co produzione, che considera le persone come risorse, valorizza il contributo che possono dare, promuove la reciprocità e costruisce reti sociali, al fine di far sì che le persone che si rivolgono ai servizi diventino parte della soluzione della crisi dei servizi pubblici e non semplicemente il problema che deve essere risolto.

In una conferenza del 2013, il ministro della Salute inglese, Norman Lamb, ha riconosciuto l'efficacia del programma ImROC, riconoscendone i risultati e i significati che ha assunto: maggiore scelta per gli utenti, aumento dell'enfasi sull'autogestione, ampliamento del concetto di paziente esperto al punto da rendere più equa la relazione operatore-utente. (Sheperd, 2015)

4.5. Sperimentazioni di recovery in Italia

Il modello del recovery si sta affermando come scelta culturale, formativa e organizzativa dei servizi di salute mentale non solo in Inghilterra ma anche in Italia, dove si stanno diffondendo esperienze e iniziative che partono dalla richiesta da parte degli utenti e dei loro familiari di essere parte attiva nelle scelte sia dei percorsi di cura che di riabilitazione.

Le spinte innovative condividono le seguenti finalità: realizzare un sistema di salute mentale completo integrato e in continuo dialogo con il territorio; lottare contro lo stigma e la discriminazione tramite processi di formazione e informazione; stimolare la riflessione delle

organizzazioni sulle tematiche del recovery e sostenere l'adattamento dei luoghi di cura e di vita alle esigenze degli utenti per favorire processi di inclusione (Lucchi, 2016).

Strumento obbligatorio per il conseguimento di tali finalità è la formazione degli operatori, la conoscenza delle realtà di recovery già consolidate, il confronto con gli utenti e il riconoscimento reciproco tra chi è considerato *expert by learning* e chi è *expert by experience*.

4.5.1. Il Progetto For

In Lombardia, e in particolare in provincia di Brescia, alcuni servizi pubblici in collaborazione con associazione di familiari hanno dato vita ad un progetto che ha formalizzato un percorso di iniziative sul tema della partecipazione degli utenti.

Il progetto fa riferimento al paradigma della recovery e della coproduzione, proponendo la formazione come strumento integrativo al modello tradizionale di cura e riabilitazione e prevedendo un ruolo attivo e negoziale degli utenti, visti come portatori di un sapere esperienziale irrinunciabile per la qualità dei servizi (Lucchi, 2016).

Il programma FOR (Formazione, Opportunità per la Recovery), ispirato al progetto ImROC, è una offerta formativa a supporto di percorsi personali di ripresa per utenti, familiari ed operatori dei servizi di salute mentale; è stato promosso a partire dal 2013 dal Dipartimento di Salute Mentale di Brescia e rappresenta il primo *Recovery College* in Italia che si ispira al modello anglosassone.

Gli obiettivi del progetto sperimentale erano finalizzati a : costruire un rapporto tra servizi, operatori e utenti basato su reali spazi di confronto; offrire un percorso formativo esperienziale, attraverso il tema della coproduzione; valutare attraverso uno studio comparato con un gruppo di controllo l'efficacia degli strumenti adottati in termini di empowerment, inserimento sociale, riduzione dello stigma, coinvolgimento della comunità territoriale; diffondere i risultati ottenuti al fine di produrre cambiamenti. (Lucchi,2016)

Il progetto si è sviluppato in tre fasi distinte: 1) progettazione; 2) implementazione; 3) valutazione.

Gli scopi della prima fase di progettazione, che si è svolta tra il febbraio e il settembre del 2015, sono stati di: coinvolgere tutti i possibili stakeholder per produrre una proposta che tenesse conto dei bisogni e dei desideri educativi che avrebbero potuto guidare l'implementazione del recovery college; e di indirizzare e sostenere gli utenti dei servizi, i professionisti e i volontari che sarebbero stati protagonisti dei corsi nel recovery college.

I prodotti finali di questa prima fase sono stati: una proposta formativa accompagnata da un programma che sottolineasse lo scopo dei corsi e del college; e tutti i materiali che sarebbero serviti per i corsi.

Nella seconda fase di implementazione, si è svolta dal settembre 2015 al settembre 2016, sono stati attivati 17 corsi e coinvolte 634 persone.

Nell'ultima fase, quella della valutazione, che si è svolta tra l'ottobre del 2016 e il febbraio del 2017, attraverso questionari, focus groups e osservazione diretta, il team ha cercato di capire il punto di vista degli utenti e degli operatori; di verificare l'impatto socio economico sul sistema dei servizi di salute mentale; di valutare i punti di forza e di debolezza del progetto, nonché le possibili azioni future per migliorarlo.

Dal processo di valutazione è emerso che gli utenti hanno considerato la loro partecipazione al programma FOR come un'esperienza di valore e soddisfacente; inoltre gli operatori hanno riconosciuto la validità del modello Recovery College nel attivare i servizi a supportare i processi di recovery delle persone. L'esperienza del Programma FOR ha avuto un impatto positivo sul territorio e sui servizi, al punto che il prossimo risultato che il programma intende raggiungere è il coinvolgimento delle persone che non hanno contatti regolari con i servizi (Lucchi, 2016).

Il programma FOR ha adottato un approccio bottom-up, dal basso verso l'alto, cercando di promuovere un processo che coinvolgesse più livelli, ma allo stesso tempo è stato fortemente supportato da una committenza realmente interessata a promuovere servizi recovery-oriented (Lucchi, 2018).

Si può affermare che questa esperienza abbia rappresentato un prototipo di unità di offerta i cui risultati positivi possono essere trasferiti a tutti i servizi che compongono i dipartimenti di salute mentale nella regione Lombardia, ma anche in altre regioni.

4.5.2. La Mental Recovery Star

Uno dei risultati principali che, il gruppo di lavoro del Programma FOR, ha raggiunto è stata la redazione della versione italiana della Mental Health Recovery Outcome Star, attraverso uno studio pilota che ha consentito la sua validazione e la sua diffusione.

La Mental Health Recovery Star si colloca in un contesto caratterizzato da servizi che favoriscono un maggior protagonismo degli utenti coinvolgendoli nei loro obiettivi di cura e rappresenta uno strumento utile agli operatori di riferimento per la costruzione di progetti di

cura e di riabilitazione, per il loro monitoraggio e verifica, mettendo sempre al centro l'utente. La MHRS è stata sviluppata in Inghilterra e si sta diffondendo anche in altri paesi, tra cui l'Italia attraverso uno studio condotto nell'ambito del programma FOR.

La MHRS rileva il percorso di recovery dell'utente mediante una descrizione linguistica e una mappa visiva, volta a favorire l'individuazione del punto in cui il soggetto si trova nel proprio viaggio di recovery. Inoltre consente alla persona di tracciare i propri progressi e pianificare le azioni necessarie per soddisfare i propri obiettivi di cambiamento. Principalmente sono due gli elementi che costituiscono questo strumento: il primo è uno schema visivo a forma di stella a 10 punte che riporta le dimensioni di vita alla base del percorso di recovery, quali: gestione della propria salute mentale, cura di sé, abilità quotidiane, reti sociali, lavoro, relazioni personali, comportamento legato alle sostanze, responsabilità, autostima e fiducia; e su cui si segna il punteggio rilevato; la seconda è la scala del cambiamento che descrive i cinque passi del cammino di recovery: Blocco, Accettazione dell'aiuto, Crederci, Apprendimento, Basarsi sulle proprie forze (Placentino e al., 2017).

L'attribuzione dei punteggi in ogni area presuppone un'analisi e una discussione durante il colloquio tra operatore e utente, al fine di descrivere lo stato del percorso e definire un piano di intervento; al termine della prima rilevazione, la valutazione verrà effettuata nuovamente a distanza di tempo; si configura quindi come un metodo per la valutazione, negoziazione e supporto dei percorsi di recovery (Placentino e al., 2017).

La MHRS si è dimostrato uno strumento accettabile da utenti e operatori, distinguendosi per l'utilizzo degli ausili visivi, si tratta di uno strumento che non trova molti punti di contatto con altri strumenti utilizzati tradizionalmente nei servizi di salute mentale, proponendo la valutazione del raggiungimento di obiettivi qualitativi (la partecipazione dell'utente nel decidere e nel valutarsi) e quantitativi (la misurazione del cambiamento) (Placentino e al., 2017)

4.6. Paradigmi a confronto: deistituzionalizzazione e recovery

Nonostante i paradigmi della deistituzionalizzazione e quello del recovery siano storicamente e geograficamente diversi, uno sviluppatosi in Italia, l'altro affermatosi nei paesi anglosassoni, è possibile fare delle considerazioni, che mettono in luce le differenze ma mostrano anche una continuità tra i due modelli.

In primis si può riconoscere che la deistituzionalizzazione sia stato un processo che si è caratterizzato per una forte componente distruttiva sia a livello teorico delle convinzioni della

psichiatria tradizionale, sia a livello fisico del luogo rappresentato dal manicomio; inoltre vi è una forte connotazione collettiva in questo modello, con un impatto diretto e radicale sull'organizzazione dei servizi, al punto che Saraceno (2015) parla di una forte connotazione “destruens” piuttosto che “construens”.

Il paradigma del Recovery invece è connotato da componente orientata alla costruzione di strategie nuove di intervento, con una forte connotazione individuale, che non ha interesse a combattere il passato della psichiatria, ma piuttosto intende aprire una nuova prospettiva per la salute mentale.

Saraceno (2015) mette in luce molto chiaramente questa differenza, affermando che l'assunto implicito del modello della deistituzionalizzazione è: “io lo so e io te lo dico” con alcuni atteggiamenti coloniali nei confronti dei pazienti: “noi sappiamo cosa ti fa bene” con il rischio di sostituire l'autoritarismo della cattiva psichiatria con quello della buona psichiatria; mentre l'assunto del modello del Recovery è: “Tu lo sai, dimmelo” che fa acquisire un ruolo di empowerment.

Si possono riconoscere degli arricchimenti da entrambi i modelli: il paradigma della deistituzionalizzazione è stato in grado di guardare criticamente i luoghi della psichiatria ma anche l'impianto diagnostico; mentre il paradigma del Recovery ha attivato un processo di empowerment che la deistituzionalizzazione non era stata in grado di concludere. Gli utenti del modello della deistituzionalizzazione erano “empowered”, poiché beneficiavano dei processi di trasformazioni prodotti dalla deistituzionalizzazione; nel modello del Recovery è il paziente stesso che decide di cosa beneficiare (Saraceno, 2015).

Infine un'altra differenza è data dal fatto che il modello della deistituzionalizzazione è stato molto ideologico con una forza conflittiva, sull'onda delle altre riforme che stavano avvenendo in Italia negli anni 70; mentre il movimento del Recovery ha una connotazione più apolitica.

In conclusione però si può riconoscere che sono due paradigmi importanti che hanno consentito gli sviluppi più significativi per le politiche di salute mentale negli ultimi 50 anni e che più che in un rapporto di antagonismo siano in una relazione di continuità.

CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi ha preso vita dalla constatazione di una realtà: esistono poche cose al mondo che spaventano quanto la malattia mentale, il pensare di perdere la ragione e di non essere più padroni di sé stessi; la malattia mentale fa paura e ha sempre spaventato l'uomo.

A partire da questa riflessione, il primo obiettivo a cui si è cercato di rispondere è stata l'analisi e la descrizione del costrutto e del paradigma con cui la società aveva affrontato il problema della malattia mentale.

Per secoli la psichiatria, quale disciplina volta al paradigma scientifico, che prevede un'attenta osservazione delle patologie e una diagnosi che conduce ad un trattamento terapeutico, esplicita il proprio mandato dequalificando la il malato mentale al di fuori della società, inserendoli nei manicomi. Le soluzioni utilizzate nei manicomi si sono dimostrate inefficaci, coercitive e barbare ma allo stesso tempo sembravano essere le uniche soluzioni che la società potesse adottare per affrontare la malattia mentale, che rappresenta la diversità e fa sì che la società alzi muri per difendersi (Codato, 2013).

La società del diciannovesimo secolo si fonda proprio su questa divisione, che proviene dalla certezza che la malattia mentale sia determinata da disfunzioni organiche; fin quando tale asserzione non viene messa in discussione dal pensiero antipsichiatrico che sovverte l'approccio della psichiatria biologista, sostenendo che la malattia mentale sia influenzata da fattori sociali e culturali. Ciò dà avvio al processo di deistituzionalizzazione che sovverte il paradigma manicomiale, cercando di distruggere le istituzioni totali. A partire da processo di deistituzionalizzazione si sono riscontrate delle differenze nell'istituzioni dei servizi per la salute mentale che riflettono le caratteristiche di ciascun regime di welfare.

Il secondo obiettivo a cui si è aspirato è stato la comparazione tra due paesi europei, molto diversi tra di loro, con alcuni elementi in comune, che si sono caratterizzati per una riforma delle politiche di salute mentale unica in Europa, grazie alla forte influenza di movimenti antiistituzionali e antipsichiatrica.

L'Italia, grazie alla riforma radicale della psichiatria e dell'istituzione manicomiale, portata avanti da Basaglia, è stato uno dei primi paesi europei, a completare il processo di deistituzionalizzazione e quello di deospedalizzazione, attraverso la chiusura degli ospedali psichiatrici (Mezzina, 2015). La previsione della creazione di una rete di servizi di comunità, costruiti sul territorio, in grado di restituire ai malati una vita nonostante i sintomi era la diretta conseguenza di questo processo, che però come si è visto dai dati e dalle indagini sopra illustrate

si è realizzata parzialmente, con grande disomogeneità a livello territoriale, e è risultata anche essere inadeguata rispetto alle esigenze e ai bisogni degli utenti e dei loro familiari.

Si può affermare che a livello ideologico, la riforma italiana ha sicuramente rappresentato un totale rottura con il paradigma asilare, ma a livello organizzativo la rete dei servizi, progettata dalla riforma e dai provvedimenti legislativi che si sono susseguiti, non è stata sufficiente per strutture, personale e trattamenti, a completare il grande cambiamento previsto dal processo di deistituzionalizzazione; mentre in Inghilterra, la riforma è stata più progressiva e mirata e ciò ha consentito di creare una rete di servizi capillare sul tutto il territorio nazionale, flessibile in grado di adattarsi ai cambiamenti e ai bisogni dell'utenza.

Questa flessibilità e adattabilità si sono dimostrati fondamentali per rispondere ai cambiamenti dell'utenza che oggi giorno è sempre meno rappresentata dalla categoria psichiatrica della schizofrenia ma più caratterizzata da persone con disturbi della personalità.

I cambiamenti che sfidano le politiche di salute mentale, l'incapacità dei servizi di soddisfare i nuovi bisogni dell'utenza, hanno fatto emergere un nuovo paradigma per le politiche di salute mentale. Oggi il movimento per la recovery sembra rivestire un'importanza quasi paragonabile a quella che anni fa hanno avuto il movimento antiistituzionale e antipsichiatrico (Mezzina, 2015).

Il terzo obiettivo infatti di questo elaborato è stato quello di cercare di capire quali prospettive, quale futuro si possa prevedere per la salute mentale. I principi, i valori che sottostanno al paradigma del recovery e i programmi politici, i servizi recovery-oriented hanno dimostrato come ancora una volta si possa sfidare il riduzionismo medico della psichiatria, che sembrava superato con il processo di deistituzionalizzazione, contrapponendo un modello che valorizza il ruolo attivo della persona, connesso all'autodeterminazione e alla libertà di scelta, il supporto tra pari, la rilevanza dei fattori interni ed esterni alla vita della persona.

Proprio l'enfasi su determinanti esterni ed interni alla persona, soggettivi e sociali si coniuga con la necessità di dare risposte considerando la persona nella sua globalità, in un processo che vede il malato mentale, protagonista del cambiamento dei servizi, delle politiche e della cultura.

Bibliografia e sitografia

Alonso J. e al. (2007) Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190: 299-306

Ancona L. (1984), La riforma psichiatrica in Italia. In: *Introduzione alla psichiatria*, Ed. Scient. Mondadori, Milano

AA.VV. (2011) *Aut Aut 351- Foucault e la storia della follia (1961-2011)*, il Saggiatore, Milano

Anderson J. E. (1984) *Public Policymaking: An introduction*, New York, Holt

Basaglia F. (a cura di), (2005) *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino

Basaglia F. (a cura di), (2010) *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini & Castoldi Dalai, Milano

Boevnik W. (2015) *La vita oltre la psichiatria*, in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) *Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Cabinet Office (2006), *Reaching Out: An Action Plan on Social Exclusion*. Cabinet Office, London

Canguilhem G. (1976) *La conoscenza della vita*, Il mulino, Bologna

Carli R. e Paniccia R.M. (2011) *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda d'aiuto e delle dinamiche di rapporto*, FrancoAngeli, Milano

Cipriano P. (2018) *Baaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Eleuthera, Milano

Codato F. (2010) *Follia, potere e istituzione: genesi del pensiero di Franco Basaglia*, Uni service, Trento

Codato F. (2013), *Che cos'è l'antipsichiatria?: storia della nascita del movimento di critica alla psichiatria*, Psiconline, Chieti

Colasanto C. (2008) *Basaglia: prima e dopo la legge che chiuse i manicomi*
<http://salute24.ilsole24ore.com/articles/1026>

Colucci M. (2004), Isteriche, internati, uomini infami: Michel Foucault e la resistenza al potere, Aut Aut n. 323/2004

Comodo N. e Maciocco G. (2011) Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma

Dunn W. (1981) Public Policy Analysis. An introduction, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall

England E. Lester H. (2005) Integrated mental health services in England: a policy paradox?, International Journal of Integrated Care vol.5: 1-8

Erme A. (2016) Cosa c'è a nord? <http://180gradi.org/2016/07/07/cosa-ce-a-nord/>

Faulkner A., Kalathil K. (2012) The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health. Togher, London

Ferraio P. (2018) In memoria della “Legge Basaglia”: Politiche e servizi per la salute mentale <https://polsen.files.wordpress.com/2018/05/legge-basaglia-pferarrio-2001.pdf>

Ferrera M. (1996) The “Southern Model” of Welfare in Social Europe”, Journal of European Social Policy 6/1 pp.17-37

Fioritti A. (2002) Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico, Centro scientifico editore, Torino

Fioritti A. (2018) Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform in Epidemiology and Psychiatric Sciences, n.27 pag. 319-323

Foot J. (2017) La repubblica dei matti, Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Feltrinelli, Milano

Davidson L., Tondora J., Lawless M.S., O'Connell M.J., Rowe M. (2009) Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative, Erickson, Trento

Department of Health (2006b), Supporting people with Long-Term Conditions to Self-care: A Guide to Developing Local Strategies and Good Practice. Department of Health, London

Department of Health (2012) No Health without Mental Health: Implementation Framework. Department of Health, London

Di Cesare M. e al. (a cura di) Rapporto di salute mentale Anno 2016

Donà A. (2010) Introduzione alle politiche pubbliche, Editori Laterza, Bari

Guarnieri P. (1991) La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia, L.S. Olschki Editore, Firenze

Goffman E. (2003) Asylum le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi, Torino

Lahtinen e al. (1999) Framework for Promoting Mental Health in Europe, Stakes, National research and development centre for welfare and health, Helsinki

Lucchi F. (2010), La recovery <http://psychopathologia.blogspot.com/p/la-recovery.html>

Lucchi F., Chiaf E., Placentino A., Scarsato G. (2018) Programma FOR: A Recovery College in Italy, Journal of Recovery in Mental Health Vol.1: 29-37

Jenkins J. (2007) Cosa è cambiato nella salute mentale http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idtesto=811#.W4pT1i9aaT8

Knapp M. e al (2007) Mental Health and policy practice across Europe, Mc Graw Hill, Open university press, London

Maone M. (2015) Guarire dalla malattia o nonostante la malattia? in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Melke A. (2010) Mental health policy and welfare state. A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins, Intellecta Infolog, Gothenburg

Mezzina R. (2006) La salute mentale in Europa dopo Helsinki, Communitas, n.12./2006 "Le apocalissi della mente"

Mezzina R., Marin I., Ciambellini M., Eusebi A., Negro L., Starace F. (2015) La recovery nella salute mentale. Costruirsi una vita al di là “della malattia mentale” in Animazione sociale n.290: 36-82

<http://www.animazionesociale.it/wp-content/uploads/2015/12/AS-290.pdf>

Mezzina R. (2015) Tra soggettività e istituzioni. Da Franco Basaglia alla recovery in Maone M., D’Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Muijen M. (2008) Mental Health Services in Europe: an Overview, Psychiatric Service n. 59 pag. 479-482

Noziglia F. (2017) Il processo di deistituzionalizzazione: dal manicomio al dipartimento di salute mentale <https://www.psicologiafenomenologica.it/psichiatria/deistituzionalizzazione-salute-mentale/>

Oliani D.M. e al. (2013), Criticità e prospettive nei Servizi di Salute Mentale italiani: un confronto tra normative ed esiti dell’inchiesta della Commissione sul SSN del Senato- XVI legislatura. Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 126(3):529-537

<http://riviste.paviauniversitypress.it/index.php/bsmc/article/download/1578/1644>

Panzacchi F. (2015), Goffman: la metafora drammaturgica e la comprensione delle interazioni sociali, Panesi Edizioni, Cogorno

Perkins R., Repper J., Rinald M., Brown H. (2012), Recovery Colleges, Sainsbury Centre for Mental Health, London

Piccione R. (2004) Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia: significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale, Franco Angeli, Milano

Piccione R. (1995), Manuale di psichiatria, Bulzoni, Roma

Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G. (2017), La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio della validazione della versione italiana, Rivista di Psichiatria, n.52: 247-254

Samele C. e al (2013) Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health, Europe commission

Saraceno B. (2014) Discorso globale, sofferenze locali, il Saggiatore, Milano

Saraceno B. (2015) Il Recovery per il futuro della psichiatria
<http://www.psichiatriacritica.it/articoli/il-recovery-per-il-futuro-della-psichiatria/#more-314>

Saraceno C. (2013) Il welfare, il Mulino, Bologna

Sbrana A., Garonna F. (2000), L'assistenza psichiatrica in Italia ventidue anni dopo la riforma
<http://www.jpsychopathol.it/article/lassistenza-psichiatrica-in-italia-ventidue-anni-dopo-la-riforma/>

Sheperd G. (2014) Sostenere la Recovery attraverso il cambiamento organizzativo
<https://www.slideshare.net/raffaelebarone/2-shepherd>

Sheperd G., Boardman J., Burns M. (2014) Implementing Recovery. A methodology for organisational change, Sainsbury Centre for Mental Health, London

Sheperd G., Boardman J., Slade M. (2014) Making Recovery a Reality, Sainsbury Centre for Mental Health, London

Sheperd G. (2015) Promuovere la recovery attraverso il cambiamento organizzativo in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Starace F., Baccari F., Mungai F. (2017) La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica n.1/2017

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9108464.pdf>

Rossi S. (2015) La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale, Studi di diritto pubblico, Franco Angeli Milano

Rossi E. (2012) Ricerca e pratiche innovative nei servizi di salute mentale: il recovery movement in Sistema salute in La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, volume 56 n.2: 234-244

Repper J. (2013) Peer Support Workers: theory and practice, Sainsbury Centre for Mental Health, London

Thornicroft G. e al (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, The lancet, n. 373

Turner J e al. (2015), The History of Mental Health Services in Modern England: Practioner Memories and the Direction of Future Reaserach, Med. Hist, vol.59: 559-624

Normativa di riferimento

WHO, Mental Healt Atlas, 2014

WHO, Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale, 2013

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=4bec1f5a-b791-4d99-b037-4c0a669d322c&groupId=10793

WHO, Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020

<http://repository.regione.veneto.it/public/ca4935347bab5951c633a5d2f00f94b3.php?lang=it&dl=true>

Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa- "Affrontare sfide, creare soluzioni" 2005

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=dffca150-ccb9-457a-bab5-61e72a92acaa&groupId=10793

Libro Verde "Migliorare la salute della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" 2005

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=3812f3f8-890b-4c88-9324-bf211c7f14b7&groupId=10793

L. 136/1904 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati"

L. 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera"

L. 180/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2013

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni

DPR 7 aprile 1994- Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=ade59e33-ad7c-4cdb-af8f-9732775c000d&groupId=10793

DPR 1 novembre 1999- Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000"

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=f9a10e3b-34e3-42d2-876d-b317e3d2502e&groupId=10793

Disegno di Legge S. 391 "Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n.180"

<http://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/49630.htm>