CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno VII, n. 14, 2022

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Fabrizio Greco

Staff di supporto alla Redazione
Giuseppina Della Sala, Federica Graziano, Luca Manunza, Andrea Postiglione

Staff di supporto alla Redazione per le attività di internazionalizzazione
Lucio Castracani, Laura Giovinazzi

Coordinamento redazionale
Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli)

Comitato di redazione
Manuel Anselmi (Unitelma Sapienza), Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm),Tugba Basaran (Kent University), Davide Caselli (Università Milano-Bicocca), Valentina Castellini (Università di Toronto), Alberto De Nicola (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Nick Dines (Robert Schuman Centre – European University Institute), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Alessandro Mazzola (University of Liège),Domenico Perrotta (Università di Bergamo),Valeria Piro (Università degli Studi di Milano), Ciro Pizzo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre)

Comitato scientifico
Maurizio Bergamaschi (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Emiliano Bevilacqua (Università del Salento), Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain-la-Neuve), Sandro Busso (Università degli Studi di Torino), Alessandro Dal Lago (già professore presso Università di Genova), Davide De Sanctis (Università degli Studi Federico II – Napoli), Vincent Dubois (Université de Strasbourg), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Domenico Fruncillo (Università degli Studi di Salerno), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Giulio Moini (Sapienza Università di Roma), Carlotta Mozzana (Università Milano-Bicocca), Laurent Mucchielli (CNRS – Centre national de la recherche scientifique), Fabio Quassoli (Università di Milano Bicocca), Salvatore Palidda (già professore presso Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS – Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles), Giuseppe Ricotta (Sapienza Università di Roma), Francesca Vianello (Università degli Studi di Padova)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

FLUSSI E COMUNITÀ: TRA RISCHIO AMBIENTALE E GOVERNO DELLA SALUTE PUBBLICA

A cura di Stefania Ferraro e Antonello Petrillo

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 – Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca – Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 – 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857599366
Issn: 2499-7641

© 2022 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale
Una necessaria histoire du présent: la sociologia tra le popolazioni danneggiate nei territori devastati
di Stefania Ferraro, Antonello Petrillo 7

MAPPE

Prendere le comunità sul serio
La ricerca in campo ambientale "con" le comunità interessate
di Rosalba Altopiedi 17

Amministrazioni locali e linguaggio del rischio
Cornici discorsive e azioni nel risanamento di Messina
di Pietro Saitta 37

Mediterraneo, migrazioni e delegittimazione dei diritti umani
La considerazione dell'altro tra condizioni antropiche e contingenze "naturali"
di Michelangelo Pascali 57

ROTTE

Il medico competente: criticità di una professione scomoda
di Angela Bagnato 83

I discorsi dei medici competenti durante la pandemia di Covid-19: verso un professionalismo *connettivo*?
di Sara Calicchia 103

The fall of the asbestos branch
A Sociological Approach to Self-ban Strategy of Italian Railways: between Laws, Market Regulations and Judgments
di Anna D'Ascenzio, Stefania Ferraro 125

RILIEVI

La salute mentale che non c'è
Tra disuguaglianze territoriali e nuove politiche post-pandemia
di Daniele Pulino 151

Semis: cronaca di uno spettacolo sui semi e sulla biodiversità
di Giulia Bocciero 167

WUNDERKAMMER

La posta in gioco nel giornalismo d'inchiesta ambientale italiano: industrializzazione, cambiamento climatico, salute
Breve reportage in tre tappe
di Fabrizio Denunzio 185

I diritti delle vittime in costituzione
di Laura Vastano 195

Una lotta, contro la distrazione collettiva
di Antonio Olivieri, a cura di Maria Lombardi 213

Suenos compartidos
di Hebe Pastor de Bonafini, a cura di Maria Lombardi 219

TRAVELOGUES

Il volontariato oggi, tra workfare e dovere sociale
di Federica Graziano 227

La guerra di Piero
di Andrea Postiglione 231

Daniele Pulino

LA SALUTE MENTALE CHE NON C'È
Tra disuguaglianze territoriali e nuove politiche post-pandemia

Abstract:
In the last two years, the Covid-19 pandemic underlined the fragility of the Italian National Health System and, at the same time, mental health has been considered one of the most relevant issues in terms of consequences for the population. Starting from this consideration, this essay returns to the history of Italian mental health services and reflects on the marginality of mental health services in the territorial policies adopted in Italy as a response to Covid-19.

Keywords:
Mental Health; Deinstitutionalisation; Territorial Policies; National Recovery and Resilience Plan.

1. *Premesse*

Nel luglio del 2021, dopo un confronto che per oltre un anno ha coinvolto i tavoli tecnici ministeriali e diversi soggetti, tra operatori e organizzazioni della società civile, il Ministero della Salute ha tenuto la Seconda Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale; essa si è svolta a distanza di vent'anni dalla prima conferenza, organizzata nel 2001, quando il processo di chiusura degli ospedali psichiatri pubblici avviato con la riforma del 1978 si era definitivamente compiuto e occorreva fare un bilancio sull'organizzazione dei servizi di salute mentale. La Seconda Conferenza, invece, arriva nel pieno della crisi che l'intero Servizio Sanitario Nazionale (SSN italiano) affronta a causa dell'emergenza sanitaria. Nel suo discorso di apertura il Ministro della Salute afferma:

> La pandemia ci ha resi tutti più consapevoli della centralità del bene salute, intesa come salute fisica e salute mentale, e dell'importanza delle relazioni

> umane e sociali. Abbiamo capito che da una pandemia nessuno può uscire da solo e che le parole chiave della sanità del futuro sono prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità[1].

La presa in carico globale, la prossimità e la domiciliarità degli interventi, che vengono richiamati nell'intervento del Ministro, come altri passaggi del discorso che fanno cenno al superamento dei trattamenti coercitivi ancora presenti in molti servizi psichiatrici ospedalieri, sembrano rimandare a una reale presa di coscienza dell'importanza dei servizi di salute mentale territoriali in una duplice chiave, da un lato quella del riconoscimento dei risultati raggiunti da un sistema organizzativo che da oltre quarant'anni ha rinunciato al dispositivo dell'internamento psichiatrico e, dall'altro lato come uno strumento efficace per rispondere alle fragilità che il Covid-19 ha messo a nudo a livello globale.

Non è un caso che, in ragione delle profonde conseguenze economiche e sociali provocate dal virus e dalle misure adottate per contenere i contagi, il Covid-19 sia stato definito come sindemia (Horton 2020), in quanto la sua diffusione si è sovrapposta a condizioni di vulnerabilità preesistenti che ne hanno amplificato gli effetti. In questa prospettiva, occorre considerare come l'emergenza sanitaria abbia avuto un impatto rilevante sulla salute mentale intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (OMS).

Come hanno sottolineato diversi studi, dal 2020 a oggi, il Covid-19 ha inciso in maniera significativa su quelle che sono le determinanti sociali di salute mentale (Mezzina *et al*. 2022) e, in parallelo, ha comportato un generale indebolimento dei servizi. Per un verso, la pandemia ha avuto ripercussioni oggettive sull'abitare, sul lavoro e sulla socialità, cioè su quelli che sono considerati assi fondamentali nei percorsi di abilitazione e di ripresa delle persone che vivono un'esperienza di sofferenza (Saraceno 1995). Le misure adottate per limitare gli effetti della pandemia hanno comportato una rarefazione della socialità in presenza, il calo dell'occupazione e hanno evidenziato l'esistenza di vulnerabilità abitative diffuse (Costarelli, Mugnano 2020), con conseguenze che ricadono soprattutto su chi vive in condizioni socioeconomiche precarie (Favretto, Maturo, Tomelleri 2021). Dall'altro lato, come indica l'ultimo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel corso delle diverse ondate di Covid-19 non solo le problematiche di salute mentale si sono amplificate, ma le misure di "distanziamento sociale" hanno reso difficile il ricorso all'assistenza e, allo

1 Al link: https://www.google.com/search?q=discorso+di+ministro+speranza+apertura+pandemia&oq=discorso+di+ministro+speranza+apertura+pandemia&aqs=chrome..69i57j0i30i546l3j69i64l3.20821j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

stesso tempo, i servizi hanno subito gravi interruzioni, specie nel corso del primo anno della pandemia (WHO 2022, p. 28). Da un'altra prospettiva, con la diffusione del Covid-19 è emersa in modo problematico la questione delle strutture residenziali, per l'evidente connessione tra questi luoghi e i contagi. In particolare, i ripetuti focolai scoppiati all'interno delle grandi strutture residenziali per anziani (RSA, case di riposo, comunità etc.), anche in ragione delle diverse criticità presenti al loro interno[2], hanno indicato l'opportunità di un intervento di presa in carico territoriale, pure in settori contigui con l'ambito di azione dei servizi di salute mentale.

Basterebbero queste ragioni per comprendere le aspettative aperte dalla Conferenza Nazionale in termini di adozione di politiche capaci di rispondere alle problematiche aperte dal Covid-19. Inoltre, sotto questo profilo, l'Italia appare un campo di osservazione interessante in quanto è stato il primo Paese occidentale ad aver dovuto far fronte alla pandemia, ma soprattutto è il paese in cui i servizi di salute mentale poggiano su un'architettura istituzionale – parte integrante della legge istitutiva del SSN (L. n. 833 del 1978) – che per prima ha posto le basi di un'assistenza psichiatrica territoriale priva di una grande struttura ospedaliera alle spalle (Pulino 2016; Esposito, Cennini 2020).

A partire da queste considerazioni, questo scritto vuole concentrare l'attenzione sui servizi di salute mentale rispetto a due prospettive. In primo luogo, si vuole ripercorrere il processo di creazione dei servizi, che ha preceduto e accompagnato la riforma psichiatrica e quella del SSN. Successivamente, si segue lo sviluppo dei servizi all'interno del SSN, dalla sua istituzione fino agli anni più recenti, evidenziando le criticità esistenti e quelle emerse nel corso della pandemia. Infine, vengono approfonditi alcuni aspetti relativi alla perifericità che la salute mentale ha assunto nelle politiche adottate in Italia come risposta al Covid-19.

2. *Tra deistituzionalizzazione e servizi territoriali*

2.1 *Crisi del manicomio e "scoperta" del territorio*

La genesi dei servizi di salute mentale italiani va ricercata nella riforma psichiatrica del 1978 (la cosiddetta "legge 180"), che ha stabilito il principio secondo il quale la cura delle persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale deve essere compito dei servizi territoriali; ha

2 Cfr. ISS, al link: https://www.iss.it/rapporti-covid-19.

previsto esplicitamente la chiusura degli ospedali psichiatrici e ha regolato il dispositivo di trattamento obbligatorio in modo da evitare il riprodursi delle forme di internamento da cui, nel XIX secolo, ha tratto origine la psichiatria manicomiale (Giannichedda 1988; 2005; Castel 1976). Parte integrante della legge istitutiva del SSN (L. n. 833 del 1978), la riforma è il risultato di un lungo periodo di preparazione che, soprattutto nel decennio precedente alla sua approvazione, ha visto la diffusione di una molteplicità di iniziative, che "dal basso" cercavano di superare il manicomio. Negli anni Settanta, infatti, in alcune Province – gli enti locali incaricati della gestione diretta degli ospedali psichiatrici – si realizzano esperimenti che tentano di costruire un'alternativa concreta al manicomio, mentre tutto il Paese è attraversato dai segni evidenti di una metamorfosi della politica psichiatrica. Dal 1971 al 1977, infatti, i posti letto negli ospedali psichiatrici pubblici diminuiscono in modo significativo (25%) al pari del numero di ricoverati (31%) e delle giornate di degenza (34%)[3]. Questo cambiamento deriva da alcuni elementi di fondo. In primo luogo, va osservato che il mutamento a cui si assiste in Italia si inscrive entro la "crisi dell'istituzione psichiatrica" (Basaglia, Giannichedda 1982), cioè all'interno di quei processi che, in alcuni Paesi occidentali (Usa, Regno Unito, Francia), fin dai primi anni del dopoguerra, hanno portato all'introduzione di tecniche terapeutiche e all'adozione di norme che interrompono con la secolare esclusività del manicomio come istituzione di cura e custodia della malattia mentale.

In secondo luogo, va osservato che in Italia, dove negli anni Sessanta sono stati realizzati alcuni interventi di cambiamento all'interno di singoli ospedali – di cui il più noto è quello dell'ospedale di Gorizia a opera di Franco Basaglia e dei suoi collaboratori – fino al 1978 continua a operare la legge manicomiale del 1904 che attribuiva alla psichiatria un mandato di cura e custodia della malattia mentale (*Ibidem*). Ciononostante, a partire dal 1968, con la legge n. 431, fortemente voluta dal Ministro della Sanità, Luigi Mariotti, vengono modificate alcune parti della legislazione manicomiale, favorendo in questo modo l'apertura di Centri di Igiene Mentale (CIM) nel territorio. Inoltre, contestualmente, il Ministero dispiega una serie di risorse economiche per la psichiatria, nella misura di 114 miliardi di lire finalizzati all'ampliamento o alla costruzione di nuovi ospedali psichiatrici. La riconversione di queste risorse diventa una delle basi su cui poggiano gli interventi di sviluppo dei nuovi servizi. In terzo luogo, alla fine degli anni Sessanta, inizia ad affermarsi un indirizzo poli-

3 Sull'argomento cfr. Frisanco 1987.

tico teso a inserire la psichiatria all'interno della più complessiva riforma della sanità, che immagina un SSN articolato in Unità Sanitarie Locali (USL) all'interno delle quali si pensa possano trovare spazio i servizi territoriali di tutela della salute mentale. In quest'ottica è opportuno osservare come in alcune Regioni – principalmente in quelle amministrate dalla sinistra (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) – vengano istituiti dei consorzi socio-sanitari, finalizzati all'attuazione di una politica di salute pubblica integrata tra Comuni e Province, sulla quale si innestano gli interventi in campo psichiatrico.

Le sperimentazioni di alternative al manicomio che si diffondono nel decennio precedente alla riforma vanno osservate alla luce di questi elementi. I casi più noti di Perugia, Arezzo, Trieste Ferrara, Reggio Emilia, Napoli, nonché le numerose iniziative di cambiamento che si realizzano in quegli anni, si confrontano tutte in qualche modo con il problema del territorio. Va evidenziato come queste sperimentazioni appaiano influenzate da tre "modelli organizzativi", che possono intendersi anche come idealtipi di ciò che si intende realizzare sul piano delle pratiche: a) la psichiatria di "settore", che immagina un intervento basato sulla suddivisione del territorio in aree di competenze dei reparti dell'ospedale, sul modello di quanto realizzato negli anni precedenti in Francia; b) l'intervento "territoriale", fondato sulla creazione di servizi esterni senza nessun collegamento diretto con l'ospedale psichiatrico; c) l'idea di promuovere una riforma dell'assistenza a partire da uno smantellamento dell'ospedale accompagnato dalla creazione di presidi nel territorio (LABOS 1989). In particolare, quest'ultimo "modello" risponde alla linea di intervento che prevale nel dibattito interno al movimento di operatori e amministratori che si attivano per la riforma, che si raccolgono intorno all'associazione Psichiatria Democratica (Saraceno 1983). I casi di Arezzo e Trieste ne sono due esempi emblematici per i risultati ottenuti prima dell'approvazione della "legge 180" in termini di riduzione delle persone internate in manicomio, di creazione di servizi esterni, nonché di *deistituzionalizzazione*, intesa come critica e trasformazione pratica di tutti gli aspetti (giuridici, clinici, disciplinari ecc.) di un'istituzione psichiatrica, cioè dell'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, codici di riferimento e rapporti di potere strutturati attorno all'oggetto "malattia" (De Leonardis, Mauri, Rotelli 1986).

Sulla scia di questi processi si realizza una scoperta del territorio attraverso la creazione di centri esterni al manicomio, appartamenti per gli ex internati, interventi domiciliari e nei luoghi di lavoro. L'esempio più radicale di questo lavoro è, probabilmente, quello di Trieste, dove nel 1971

Franco Basaglia assume la direzione dell'ospedale e dove nel 1978 è già attiva una rete articolata di servizi. A Trieste, infatti, sotto il profilo dell'intervento esterno all'ospedale, vengono create modalità di azione volte scomporre il circuito che traduce il disagio in una domanda di ricovero psichiatrico, passando attraverso il multiforme reticolo istituzionale, di cui il manicomio è solamente il punto d'arrivo (Giannichedda 1983). È soprattutto da quest'opera di scomposizione del manicomio che nascono, a partire dal 1975, servizi territoriali aperti 24 ore tutti i giorni, che incentrano il proprio intervento sui bisogni e sui diritti della persona, gettando le basi di un'idea di servizio psichiatrico "forte", in grado di offrire una risposta non più fondata su una domanda indifferenziata di cura, di controllo sociale e povertà (*Ibidem*).

2.2. *I servizi di salute mentale dopo la "legge 180"*

Dopo la riforma, il processo di istituzionalizzazione dei servizi di salute mentale ha avuto un percorso difficile in ragione di alcuni elementi che hanno influito sulla omogeneità e sulla qualità degli interventi. In particolare, il superamento dei manicomi è stato lento e graduale come è stato lento il processo di creazione di servizi completamente sostitutivi del sistema asilare. In questo percorso differenziato hanno agito alcuni elementi interconnessi.

La riforma del 1978 non viene accompagnata da un programma di governo e, ancorata alla riforma sanitaria, subisce il peso dell'assenza di una gestione nazionale del SSN (Luzzi 2004). Con il trasferimento delle competenze dalle Province alle Regioni e ai Comuni, le differenze si consolidano, tanto che la prima ricerca sui servizi dopo la riforma, realizzata da CENSIS-LABOS (LABOS 1989), inizia a parlare di una riforma realizzata a "pelle di leopardo". Le differenze organizzative che iniziano a emergere nei primi anni Ottanta sono connesse con le sperimentazioni del decennio precedente, nella misura in cui i servizi territoriali che funzionano in rete e che hanno le migliori pratiche sono proprio quelli nati nei processi di superamento del manicomio. Sempre con riferimento a questi servizi la ricerca del CENSIS parla di servizi "ad alta efficienza" – collocati prevalentemente in Emilia-Romagna, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Toscana – ai quali si contrappongono servizi "isolati" che forniscono un tipo di risposta prevalentemente ambulatoriale e farmacologica (*Ibidem*).

Solo nel corso degli anni Novanta, arriva una gestione politica nazionale della salute mentale, che da un lato preme per vedere realizzata la chiusura dei manicomi e dall'altro lato definisce degli standard minimi dei servizi

(Esposito 2019). Sempre negli anni Novanta alcuni provvedimenti ridisegnano l'assetto del SSN, prima attraverso il processo di aziendalizzazione, che trasforma le USL, gestite dai comuni, in Aziende Sanitarie pubbliche di competenza regionale. Inoltre, con la riforma del titolo V della Costituzione, le Regioni si consolidano come centro di gravità del sistema, mentre allo Stato vengono attribuite competenze di coordinamento (Giarelli, Vicarelli 2020). In particolar modo, è compito dello Stato la definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia le prestazioni e i servizi che il SSN è obbligato a garantire a tutti i cittadini. In questo nuovo assetto, nel corso degli anni Duemila, si assiste alla crescita marcata del ruolo delle regioni nella definizione di regole e di sistemi organizzativi. È emblematico in questo senso il fatto che i sistemi sanitari regionali garantiscono i LEA in modo estremamente differenziato, con regioni che offrono una vasta gamma di servizi (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna) e altre in cui i servizi appaiono estremamente ridotti (Sicilia, Molise, Puglia, cfr. Vicarelli, Spina, 2020).

Questo sviluppo diseguale si è riflesso anche sui servizi di salute mentale e, nonostante alcuni tentativi di intervenire sul sistema, realizzati in singole Regioni[4], ha di fatto prodotto una stabilizzazione della frammentazione preesistente in termini di servizi, personale e risorse, nonché di diverse culture organizzative che sottendono l'organizzazione stessa dei servizi. Tra l'altro, l'esistenza di queste differenze è stata un'immagine costante che è apparsa in tutte le indagini che ne hanno analizzato il funzionamento. Dalle ricerche *ad hoc* realizzate a cavallo tra la fine degli anni Novanta e l'inizio del Duemila[5], per esempio, è emersa come una questione centrale fosse il permanere di pratiche coercitive in un numero elevato di servizi ospedalieri, nonché di modelli organizzativi prevalentemente centrati sull'ospedale, con servizi territoriali di tipo prettamente ambulatoriale, spesso con orari ridotti di apertura. Allo stesso tempo, le ricerche evidenziavano l'esistenza di modelli organizzativi di servizi a bassa soglia, aperti alla cittadinanza tutti i giorni, in alcuni casi 24 ore al giorno, centrati su interventi in rete con l'ospedale in modo da rendere residuale l'utilizzo del ricovero. Da questi modelli emergono forme di servizio difficilmente conciliabili: una maggiormente indifferente rispetto all'accentramento ospedaliero delle cure e con una visione riduzioni-

4 È questo il caso, per esempio delle Regioni Campania, Calabria e Sardegna dove, nei primi anni Duemila, sono state realizzate politiche locali di salute mentale indirizzate a rafforzare i servizi territoriali (Pulino 2020).

5 Si possono citare a questo proposito l'indagine SPT realizzata dall'Istituto Mario Negri (Terzian, Tognoni 2003) e quella "Progres Acuti" (Dell'Acqua *et al.* 2007).

stica del territorio; l'altra orientata verso l'intervento nei luoghi di vita delle persone, oltre che al considerare questi luoghi – la casa, il luogo di lavoro, gli spazi della socialità – come essenziali per poter pensare un qualsiasi processo di cura. Va però evidenziato che tra questi poli opposti esiste una molteplicità di interventi, attuati da singoli servizi, operatori, associazioni, che adottano modalità di azione che si ispirano a una presa in carico complessiva dei bisogni di salute dei soggetti che vivono l'esperienza della sofferenza mentale, pur muovendosi in contesti territoriali e organizzativi in cui la scarsa dotazione di personale e di investimento pubblico nel settore compromette la capacità di intervento.

Prima del diffondersi del Covid-19, queste differenze regionali e culturali erano testimoniate dai dati del Ministero della Salute, che segnalavano, tra l'altro, come la spesa per la salute mentale sul totale della spesa del SSN fosse lontana dalla media europea e come una minore spesa in servizi territoriali corrispondesse a un maggior uso dell'ospedalizzazione (Starace, Baccari, Mungai 2017; Pellegrini, Pulino 2018)

È a partire da questa condizione che i servizi hanno dovuto confrontarsi con problematiche provocate dalla pandemia. In parte si tratta di questioni comuni a quelle che ha dovuto affrontare tutto il SSN, sul quale pesava, tra l'altro, oltre un ventennio di assenza di investimenti significativi (Pavolini 2020). Nello specifico l'azione divergente di Stato e Regioni, che si è evidenziata fin dai primi giorni della pandemia (Giarelli, Vicarelli 2020), ha avuto ripercussioni sui servizi di salute mentale che, anche a partire dalle singole disposizioni regionali o delle aziende sanitarie, hanno continuato a lavorare, spesso in condizioni difficili e senza presidi di protezione o, viceversa, sono diventati meno accessibili, in alcuni casi arrivando a interrompere la propria operatività.

Una recente analisi dell'Istituto Superiore di Sanità (AA.VV. 2022) ha sintetizzato alcuni elementi che inquadrano gli effetti della pandemia sui servizi. Questi possono essere riassunti schematicamente in:

– Diminuzione degli utenti presi in carico dai servizi. Si tratta tuttavia di un calo iniziato negli anni precedenti ma che durante il Covid si è inasprito, anche in ragione della trasformazione di alcuni servizi in "servizi Covid", oltre la già citata difficoltà di accesso durante i picchi dell'epidemia.

– Diminuzione delle dimissioni dalle strutture residenziali, un dato che evidenzia il rischio che queste strutture smettano di essere un momento del percorso riabilitativo per diventare "residenze a vita".

– Aumento degli interventi "da remoto", dando vita a una sorta di "tele psichiatria" i cui esiti andrebbero sicuramente monitorati (*Ibidem*).

3. *Quale salute mentale dopo la pandemia?*

Sebbene la salute mentale sia stata individuata come una questione cruciale, osservando le misure fissate in Italia per affrontarne le conseguenze della pandemia si potrebbe pensare che il problema sia perlopiù collocato in un quadro discorsivo, piuttosto che essere inserito all'interno di un insieme di dispositivi istituzionali e di carattere sistemico. Due interventi di policy sono paradigmatici in questo senso: da un lato il PNRR, che ha una specifica missione, la Missione 6, dedicata alla Salute; dall'altro lato il contributo statale per le spese di assistenza psicoterapica, che vuole rispondere alle esigenze di assistenza dovute a un insieme di condizioni di sofferenza legate alla pandemia. Entriamo più nello specifico di queste misure che, in modi diversi, non prendono in considerazione l'attribuzione di un ruolo specifico per i servizi di salute mentale.

3.1 *Un territorio senza salute mentale*

Con il PNRR è stata stabilita una nuova regolazione dei servizi di assistenza territoriale. Uno degli assi di intervento della «Missione Salute», quello delle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale» (M6C1), ridisegna il quadro dell'assistenza tramite la creazione di nuove strutture con all'interno équipe multidisciplinari, le "Case di comunità"; il potenziamento delle strutture di assistenza sanitaria intermedia, gli "Ospedali di comunità"; il tentativo di dar vita a un modello di presa in carico domiciliare, con specifica attenzione alla popolazione con più di 65 anni e con patologie croniche, che possa attuare il principio della "casa come primo luogo di cura", anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie (digitalizzazione, telemedicina etc.). Tale riconfigurazione del territorio è stata meglio definita con il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n. 77. Il Decreto presenta certamente alcuni elementi di novità che vanno nella direzione di un'idea di salute concepita in modo globale e non esclusivamente relegata alle cure ospedaliere. A titolo esemplificativo è possibile richiamare come il D.M. 77 si ponga l'obiettivo di orientare le regioni verso l'adozione di un modello uniforme di assistenza territoriale che individua nell'istituzione delle "Case di comunità" – una ogni 50mila abitanti – le strutture privilegiate di intervento nel territorio. Secondo quanto previsto, all'interno delle Case dovranno operare équipe multidisciplinari formate da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti. Proprio sul piano delle figure pro-

fessionali ulteriori novità sono date dalla presenza degli infermieri di comunità e delle Unità di continuità assistenziale (Uca), équipe mobili per la gestione di situazioni complesse.

Nonostante questi elementi siano indicativi di una nuova importanza attribuita al territorio, all'interno del SSN fortemente provato dalla pandemia, esistono alcune criticità di carattere generale che sono state evidenziate sia nel corso dell'iter che ha portato all'approvazione del D.M. 77 sia dopo la sua definitiva conferma.

Tra queste alcune appaiono significative. Il Decreto, infatti, ha un doppio piano, descrittivo e prescrittivo, che lascia intravedere come alcuni dei principi declamati si indeboliscano sul piano di ciò che realmente deve essere realizzato. Inoltre, il D.M. 77, che riprende le caratteristiche della presa in carico territoriale dei bisogni di salute della popolazione realizzati in alcune regioni (Emilia-Romagna, Toscana etc.), rischia di innestarsi in un quadro differenziato che riproduce le disuguaglianze territoriali che caratterizzano il SSN. Il rischio di tale riproduzione avviene in ragione delle spinte all'attuazione di un regionalismo differenziato che – già prima della pandemia – miravano a ottenere una capacità legislativa esclusiva per le Regioni e a limitare l'azione statuale e che oggi si intravede nelle richieste di finanziamento che anticipano diversi indirizzi nell'uso dei fondi del PNRR (Geddes de Filicaia 2022).

Senza entrare nel merito di questioni che contengono diversi elementi di natura tecnica, è utile qui concentrare l'attenzione sul fatto che i servizi di salute mentale – come quelli delle dipendenze e della neuropsichiatria infantile – sono di fatto esclusi dal Decreto. Questa assenza è rilevante in quanto, come si è cercato di descrivere nelle pagine precedenti, il loro ruolo è stato centrale nello sviluppo dell'idea stessa di salute territoriale, nonché nel concepire il territorio come uno spazio in cui le politiche pubbliche possono essere capaci di integrare tematiche sociali e quelle sanitarie, un ulteriore elemento mancante nel PNRR che affida la salute e l'inclusione sociale a due missioni differenti. Questa assenza va vista alla luce dell'indebolimento complessivo dei servizi e di quelle culture di intervento che concepiscono il territorio come il luogo ove confrontarsi con i rischi di esclusione sociale e con i bisogni dei soggetti che vivono un'esperienza di sofferenza; interventi che pure sarebbero necessari in una situazione di incertezza crescente e "sindemia". Quella che sembra prevalere, invece, è un'idea "tecnica" di territorio, sconnessa dai i servizi preesistenti, da realizzarsi più come un insieme di prestazioni, dove i servizi di salute mentale sembrano destinati a non trovare spazio.

3.2 *Un intervento psicologico "À la carte"*

Nonostante non sia stato attribuito un ruolo specifico ai servizi nell'intervento post-emergenza, la presa d'atto di una crescita delle incertezze che investono la salute mentale ha portato all'adozione di azioni sconnesse dai sistemi di cura esistenti. In questo senso è esemplificativo il caso del «Contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia», introdotto dal decreto interministeriale del 31 maggio 2022. Questo intervento, che è stato fin da subito denominato come "bonus psicologo", è pensato per il sostegno delle persone che si trovano in una particolare condizione di fragilità psichica (ansia, stress, depressione etc.), a causa dell'emergenza pandemica. In concreto la misura consiste in un contributo economico che va a supportare la spesa sostenuta dal beneficiario per le terapie psicologiche, con un massimo di 50 euro per ogni seduta di psicoterapia e fino al raggiungimento di un tetto di 600 euro. Erogato in base all'Indicatore di Situazione Economica Equivalente, il "bonus psicologo" si aggiunge – temporaneamente – alla lista dei bonus erogati dall'INPS, come quelli a sostegno delle famiglie (asilo nido, baby-sitting, centri estivi, bebè etc.) e ne richiama altri che l'Agenzia delle Entrate ha destinato al sostegno dei settori economici pesantemente colpiti dalla pandemia (bonus vacanze, cultura, edilizia etc.). Per essere rimborsata la prestazione deve essere erogata da un professionista accreditato presso l'INPS tramite procedure previste in accordo con l'Ordine degli Psicologi, che ne ha sostenuto fortemente l'attivazione, specie dopo che il Parlamento aveva in prima istanza rinunciato all'attivazione della misura.

In termini generali, come tutti i bonus, l'intervento rientra tra le policy di tipo distributivo, per loro natura poco conflittuali (Lowi 1972), che non scontentano nessuno e appaiono una scelta allettante a fronte di un sistema politico debole (Bobbio, Pomatto, Ravazzi 2017) e poco capace di offrire risposte strutturate. Pertanto, si configura come un trasferimento monetario in capo ai beneficiari, secondo logiche che, in un sistema di welfare mediterraneo come quello italiano, sembrano aver prevalso negli ultimi decenni, tanto nelle politiche familiari (Saraceno 2020) quanto in altri ambiti delle politiche sociali e del lavoro.

Quello che interessante notare è che, nel caso del "bonus psicologo", la salute mentale viene ridotta a un bene che può essere acquistato nel libero mercato, attraverso l'incontro tra domanda e offerta, al di fuori di qualsiasi tipo di presa in carico o di collegamento con il servizio pubblico e senza che vi sia un intervento complessivo sui determinanti so-

ciali della salute. In questo quadro, l'intervento psicologico viene concepito come risposta individualizzata alla sofferenza, e appare pertanto il frutto del sovrapporsi di una cultura psicologica di massa ormai radicata, che attribuisce all'intervento psicologico una capacità di azione esclusiva, indirizzata a clienti "normali" (Castel 1982), e il predominio di un meccanismo neoliberale di mercato all'interno dell'idea di cura e di politica sociosanitaria. Non è un caso che, dopo lo stop da parte del Parlamento, la reintroduzione del bonus è stata accompagnata da alcune iniziative a suo sostegno, come per esempio una petizione online che ha raccolto oltre 300mila firme. Occorre certamente evidenziare che la policy sembra rispondere a sofferenze esistenti e a una domanda crescente di intervento psicologico: già dal mese di settembre 2022 l'INPS ha registrato oltre 318mila richieste di prestazione, che provengono soprattutto da giovani tra i 18 e i 35 anni (43,55% delle domande) e in favore di minori (16,62%). Resta comunque difficile valutare in quale misura questa domanda sia indotta dal bonus, ossia da un'offerta che, all'indomani dell'approvazione del contributo, si è strutturata attraverso la proposta di prestazioni psicologiche diversificate, alcune delle quali sono fruibili tramite piattaforme online, nate negli ultimi anni nella scia del lockdown nazionale del 2020, che hanno iniziato a proporre assistenza a distanza, telefonica o in videoconferenza. Come resta difficile trovare un qualche collegamento tra le forme individuali di sofferenza, gli interventi individualizzati e quelli a carattere universalistico del SSN, specie nel caso in cui si ravvisino problemi che necessitano una presa in carico complessa.

4. *Direzioni incerte*

Resta da domandarsi: quali siano gli spazi di azione per rilanciare i servizi di salute mentale pubblici?

Osservando la questione dal lato degli strumenti di policy, esistono sicuramente delle risorse attivabili, sia all'interno del PNRR sia in quanto dispositivi e modalità operative nate lungo il sentiero tracciato dai processi di deistituzionalizzazione degli anni Settanta. Va rilevato, infatti, che alcune progettualità che abbraccino l'ambito della salute mentale possono essere realizzate – e alcuni progetti in questo senso sono già stati presentati – tramite la Missione 5 «Inclusione e Coesione», in particolare nella sotto-missione «Infrastrutture sociali, famiglie e comunità» (M5C2), che prevede la realizzazione di interventi diretti

alla disabilità, alla marginalità sociale, alla rigenerazione urbana e allo sport inteso come strumento di inclusione. In quest'ottica i progetti nel campo della salute mentale potranno certamente venire realizzati attraverso questa misura, in accordo tra gli enti locali e i servizi territoriali. Sotto il profilo degli strumenti, inoltre, negli ultimi anni va segnato positivamente che è avvenuto un diffuso riconoscimento istituzionale dei budget di salute, rimarcato nel mese di luglio 2022 dalla Conferenza Stato-Regioni, che ha approvato le linee guida per la loro progettazione. I budget di salute, nati come forme di riconversione della spesa utilizzata per il ricovero in strutture, sono infatti uno strumento volto alla costruzione di progetti individualizzati (Righetti 2013, Starace 2021) che agiscono contestualmente sui determinanti sociali della salute e sugli assi della riabilitazione (Saraceno 1995) – casa, lavoro e socialità e sono – come riconosciuto anche nelle linee guida della Conferenza Stato-Regioni – interventi fondamentali per la presa in carico da parte della rete dei servizi sanitari territoriali, in quanto favoriscono la permanenza della persona nella propria casa e il suo protagonismo attraverso una partecipazione attiva al progetto stesso.

Rimangono però aperte alcune questioni. Quali servizi di salute mentale si confronteranno con l'opportunità di utilizzare queste risorse?

Nel vuoto che si avverte per l'indebolimento dei servizi, per la loro frammentazione e per il loro mancato inserimento nel PNRR, il rischio che si consolidino quelle culture che riproducono nuove forme di internamento appare concreto.

Tuttavia, non si tratta di un futuro segnato.

In questo spazio di incertezza esistono possibilità di azione anche per quelle culture di intervento che mettono al centro i diritti e i bisogni delle persone che sono emerse, anche nei momenti più difficili della pandemia, in un insieme variegato di esperienze di servizi pubblici, cooperative e associazioni e singoli operatori che hanno cercato di rispondere alle esigenze di salute mentale e inventare soluzioni ai problemi emergenti[6]. Accostarsi a queste esperienze e osservarne le sperimentazioni istituzionali appare, pertanto, uno dei compiti che nei prossimi anni dovrà affrontare una ricerca che si vuol porre in modo critico nei confronti del presente.

6 Durante il lockdown nazionale del 2020 Antonio Esposito e Maria Grazia Giannichedda hanno raccolto alcune di queste storie. Vedi http://www.conferenzasalutementale.it/2020/04/20/cronache-di-resistenza-la-salute-mentale-ai-tempi-del-coronavirus/

Riferimenti bibliografici

AA.VV., 2022, *Indagine sul funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale durante la pandemia da SARS-CoV-2*, Roma, Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 22/21).

Basaglia F., Giannichedda M. G., 1982, *Legge e psichiatria*, in Basaglia F., *Scritti II. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Torino, Einaudi.

Bobbio L., Pomatto G., Ravazzi S., 2017, *Le politiche pubbliche. Problemi, soluzioni, incertezze, conflitti*, Milano, Mondadori.

Castel R., 1979, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 1977).

Castel R., 1982, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit.

Costarelli I., Mugnano S. 2020, *L'abitare ai tempi del COVID-19.* In Nuvolati G., Spanu S. (a cura di), *Manifesto dei sociologi e delle sociologhe dell'ambiente e del territorio sulle città e le aree naturali del dopo Covid-19 (pp. 115-118),* Milano, Ledizioni.

Dirindin N., Giannichedda M. G., 2018, *Quarant'anni di sfide e trasformazioni. Nota introduttiva*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 9-18.

Dell'Acqua G. *et al.*, 2007, *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale*, in "Progres-Acuti", in «Giornale Italiano Psicopatologia», n. 13, pp. 26-39.

De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., 1986, *Deinstitutionalization, another way: The Italian Mental Health Reform*, in «Health Promot. Int.», n. 1(2), pp. 151-165.

Esposito A., 2019, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Napoli, ad est dell'equatore.

Esposito A., Cenini E. (a cura di), 2020, *Cosa resta del manicomio? Riflessioni sul fascino indiscreto dell'internamento*, «Cartografie sociali. Rivista di sociologia e scienze umane», vol. 9.

Favretto A. R., Maturo A., Tomelleri S. 2021, *L'impatto sociale del Covid*, Milano, Franco Angeli.

Frisanco R., 1987, *L'indagine Censis-Ministero della sanità sull'attuazione della riforma psichiatrica*, in Ongaro Basaglia F., Giannichedda M. G. (a cura di), *Psichiatria, Tossicodipendenze, Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Milano, Franco Angeli.

Geddes de Filicaia M., 2022, *L'autonomia differenziata in sanità*, in «Salute Internazionale»; al link: https://www.saluteinternazionale.info/2022/07/lautonomia-differenziata-in-sanita/

Giannichedda M. G., 1983, *I circuiti di medicina e assistenza nella formazione della domanda psichiatrica*, in Gallio G, Giannichedda M .G., De Leonardis O, Mauri D, *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Milano, Feltrinelli.

Giannichedda M.G., 1988, *Sul trattamento sanitario obbligatorio*, in «Democrazia e Diritto», 4-5, pp. 249-282.

Giannichedda, M .G., 2007, *Ospedale psichiatrico*, in D'Arcais M. F. (a cura di), *Enciclopedia dei diritti umani*, Torino, UTET.
Giarelli G., Vicarelli G. 2020, *Politiche e sistemi sanitari al tempo della pandemia da Covid-19: una lettura sociologica*, in «Sociologia Italiana», n. 16, pp. 69-86.
Horton R., 2020, *Offline: COVID-19 is not a pandemic*, in «Lancet», vol. 396, p. 874.
LABOS, 1989, *Il dopo 180, primo bilancio di una riforma*, Roma, Edizioni T.E.R..
Lowi T. J., 1972, *Four Systems of Policy, Politics, and Choice* in «Public Administration Review», vol. 32, n. 4, pp. 298-310.
Luzzi S., 2004, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli.
Mezzina *et al.*, 2022, *Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the "Syndemic": Call for Action*, in «Front. Psychiatry», vol. 13, pp. 1-14.
Pavolini E., 2020, *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro* in «Rivista delle Politiche Sociali», speciale online *Riflessioni sull'emergenza e oltre*, al link: https://www.futura-editrice.it/riflessioni-sullemergenza-e-oltre/
Pulino D., 2016, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori, politica (1968-1978)*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Righetti A., 2013, *I budget di salute e il welfare di comunità*, Roma-Bari Laterza.
Saraceno B., 1982, *Psichiatria democratica: cronaca di una lotta*, in «Sapere», n. 851, pp. 21-28.
Saraceno B., 1995, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Milano, Etas Libri RCS Medicina.
Saraceno C., 2020, *Politiche familiari e disuguaglianze*, in «Politiche Sociali», 1, gennaio-aprile, pp. 103-124.
Starace F., Baccari F., Mungai F., 2017, *Quaderno SIEP – La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale*, al link http://siep.it/quaderno-siep/
Starace F., 2021, *Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria*, in «Prospettive sociali e sanitarie», 1/2020, pp. 3-5.
Terzian E., Tognoni G., 2003, *Indagine sui servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», v. CXXVII, n. 2, supplemento, pp. 1-8.
Vicarelli G., Spina E., 2020, *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, in «Politiche Sociali, Social Policies», 1/2020, pp. 77-102.
WHO 2022, *World mental health report: transforming mental health for all*, Geneva, World Health Organization.