

PENS ARE AL

3

Dall'istituzione totale
all'istituzione inventata:
il CSM come dispositivo
strategico per una salute
mentale di comunità

PRES ENTE

*Giovani a confronto con il pensiero
e l'opera di Franco Basaglia*

PENSARE AL PRESENTE

Giovani a confronto con il pensiero e l'opera di Franco Basaglia

1. **Il pensiero e l'opera di Franco Basaglia**
2. **Il potere nella riflessione basagliana**
3. **Dall'istituzione totale all'istituzione inventata: il CSM come dispositivo strategico per una salute mentale di comunità**

INTRODUZIONE ALLE GIORNATE

Francesca Albanese, relatrice speciale per i territori Palestinesi alle Nazioni Unite, racconta di avere chiesto a un soldato dell'esercito israeliano: "ma perché fate del male ai bambini?". Il soldato ha risposto: "Non ci sono bambini, noi non vediamo bambini". Ecco, nel Parco di San Giovanni di Trieste, per oltre 60 anni, prima dell'arrivo di Franco Basaglia, se si fosse domandato a chi lavorava qui dentro: "ma perché fai del male a queste persone", forse la risposta sarebbe stata analoga: "non ci sono persone, noi non vediamo persone".

Il primo moto del cambiamento, che ci è stato raccontato in questi appuntamenti e sul quale abbiamo discusso tutte e tutti, è stato di riconoscere l'esistenza di persone, con i loro nomi, cognomi, le loro storie, le loro relazioni. Il primo moto di cambiamento è stata la ri-umanizzazione di persone che erano state disumanizzate. Voglio introdurre così, perché oggi parliamo di quello che accade a Gaza e ci domandiamo come sia possibile, e nel darci spiegazioni evochiamo il concetto di disumanizzazione, come precondizione affinché la violenza dell'uomo sull'uomo sia possibile. In questo luogo, la disumanizzazione è stata negata, sconfitta, sono state distrutte le istituzioni, i saperi e le pratiche che legittimavano e la *naturalizzavano*, infine sono stati affermati, attraverso conflitti, lotte, mobilitazioni, competenze, professionalità e saperi critici, nuove istituzioni, nuovi saperi, nuove pratiche che rimettevano la persona al centro, come soggetto che ha dei diritti e che deve essere accompagnato a ri-essere cittadino.

Questa storia è stata possibile anche perché, non solo, anche, perché una serie di studiosi, intellettuali, accademici ha fornito teorie, chiavi di lettura, capacità analitica, che aiutassero a

decostruire una istituzione totale, violenta come quella del manicomio e ricostruire istituzioni nuove, capaci di guardare le persone negli occhi. Il sapere e il fare di filosofi, sociologi, psicologi, psichiatri critici, letterati, artisti si sono confrontati, contaminati.

Con questo spirito oggi i nostri dipartimenti, Dispes, Disu, e DSV, (Discipline Politiche e Sociali, Discipline Umanistiche, Discipline di Scienze della Vita) hanno accolto con entusiasmo la proposta di CoPerSaMM ConF.Basaglia(Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia) di dare vita a un ciclo di incontri per condividere con le studentesse e gli studenti, in questo momento storico, la storia e il presente, la teoria e l'azione del pensiero di Franco Basaglia e di tutte quelle donne e uomini che con lui hanno dato vita a quella che Norberto Bobbio ha chiamato l'unica rivoluzione davvero riuscita del ventesimo secolo. Riuscita non solo perché è stata fatta, ma perché poi ha mantenuto gli obiettivi che voleva davvero mantenere.

E allora in questi tre incontri che cosa abbiamo voluto fare?

Abbiamo cercato di capire se a partire da questo bagaglio storico, teorico, conoscitivo, analitico di esperienze, ci siano delle chiavi di lettura che ci aiutano ad interrogarci oggi se esistono o meno, se sono già in atto, dove e come, dei segnali di ritorno di alcune questioni.

Se nell'oggi intravediamo dei diritti negati, delle forme di marginalizzazione che vengono giustificate da teorie che le naturalizzano, dei saperi che si fanno complici di nuove forme di disumanizzazione, di oppressione e di legittimazione delle subalternità.

In questi tre incontri affrontato quindi il pensiero e l'opera di Franco Basaglia, ma chiaramente non solo di Franco Basaglia, del movimento che attorno alla sua figura ha preso forma, fatto da tante donne e uomini che hanno lavorato con lui ma poi hanno reso possibile la pratica del cambiamento, costruendo un nuovo modo di fare salute aperto al territorio, non più confinato dentro un'istituzione. È stato fatto da tre angolature diverse.

Il primo incontro ha voluto introdurre alle questioni principali con Giovanna Del Giudice e Mario Novello, che hanno lavorato con Basaglia e hanno poi portato avanti, in contesti diversi, le idee di cambiamento che sono nate all'interno di questo luogo. Nel secondo incontro si è riflettuto sul tema del potere, che è un concetto chiave di questa storia, se lo si approccia in maniera critica. Nel terzo incontro, invece, di come nella pratica l'istituzione totale sia stata smantellata: non è stato sufficiente demolire qualche cosa, ma è stato necessario, come diceva Franco Rotelli, inventarsi nuove istituzioni. Costruire un'alternativa come pratica della quotidianità che deve essere portata avanti attraverso delle istituzioni che ragionano in maniera completamente diversa rispetto all'istituzione totale, perché le nuove istituzioni hanno provato a nascere e a fare salute giorno per giorno partendo dai bisogni e dai desideri delle persone che continuamente incontravano, e anche a farsi modellare lentamente dai bisogni e dalle aspirazioni, dai desideri.

Giovanni Carrosio

professore ordinario di sociologia, Università di Trieste

Il percorso formativo *Pensare al presente. Giovani a confronto con il pensiero e l'opera di Franco Basaglia*, realizzato da ConF. Basaglia in collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste, nasce con l'intento di stimolare una riflessione interdisciplinare e intergenerazionale sul pensiero – mai scindibile dalla pratica – di Franco Basaglia; per esplorarne la rilevanza nel nostro tempo e le possibili declinazioni future, nella convinzione che i suoi scritti e le sue azioni continuino a essere strumenti vivi per comprendere e trasformare la realtà in cui viviamo.

Numerosi e differenti sono stati i temi affrontati: la malattia, mentale e non, con la sua portata stigmatizzante; la critica alle istituzioni totali, passate e presenti, e la loro conseguente negazione; l'organizzazione sociale e i ruoli di potere che la costituiscono; il bisogno di comunità, percepita sempre più "sfilacciata" e la necessità di servizi capaci di assumersi il compito del suo "rammendo".

Questioni che sono state affrontate attraverso il coinvolgimento diretto di studentesse e studenti universitari, di una giovane ricercatrice e un giovane ricercatore, e di due testimoni diretti e attivi di quel movimento collettivo che ha assunto il nome di *deistituzionalizzazione*. Inoltre, sono stati messi a disposizione delle e dei partecipanti documenti, fotografie e video di repertorio, inediti o semi-inediti, provenienti dal Centro di Documentazione "Oltre il Giardino", un luogo di memoria ricerca e scambio situato nel Padiglione M del Parco di San Giovanni.

I tre appuntamenti, dei quali questo volume è in parte testimonianza, non hanno voluto ripercorrere in modo storiografico la vicenda di Basaglia e del movimento di deistituzionalizzazione, ma piuttosto offrire strumenti concettuali e operativi da mettere alla prova nel presente, in un contesto radicalmente differente rispetto agli anni in cui sono nati e si

sono sviluppati. Si è deciso di farlo, soprattutto, attraverso il dialogo e il confronto tra generazioni diverse.

Alle e ai partecipanti non è stato chiesto semplicemente di ascoltare una parte significativa e importante della storia contemporanea italiana ed europea, ma di rielaborarla, di coglierne i principi teorici e pratici di fondo, per indagarne la validità – e anche i limiti – nel contesto sociale e lavorativo attuale. A dare senso e valore al progetto è stato proprio questo “corpo a corpo” tra giovani (e forse è il caso di domandarsi se anche questa parola non sia oggi un’etichetta stigmatizzante, che delimita ordini di discorso e possibilità d’azione) e pensiero basagliano. Un confronto duplice e reciproco, in cui le nuove generazioni si sono misurate con un’eredità complessa e viva e, allo stesso tempo, l’opera e il pensiero di Franco Basaglia hanno subito il vaglio critico del presente, trovando nuove funzioni e significati.

In uno scenario attuale, dove i poteri tendono a farsi sempre più invisibili e pervasivi, occasioni di confronto come queste diventano essenziali, perché restituiscono spazio alla parola, al pensiero, al dissenso, alla possibilità stessa di immaginare e costruire alternative. Bello sarebbe che da questi incontri potesse nascere spontaneamente una riflessione collettiva e permanente, capace di mettere in discussione lo stato delle cose, passate e presenti, così come è nello spirito del pensiero basagliano, per convincerci insieme che il futuro non è determinato.

Riconoscere che il passato è un’eredità mutevole, di cui le nuove generazioni sono chiamate a essere *traditrici*, nel doppio significato di tramandare e rinnovare; e che il presente, col suo carattere aperto e diveniente, è terreno fertile di contraddizioni attraverso cui poter trasformare il reale.

Questi due elementi rendono il futuro sempre e costantemente ancora da scrivere e costruire.

Dagli incontri è emerso che le nuove generazioni, tra le maglie di poteri sempre più diffusi e oppressivi, non si arrendono e continuano a rivendicare una società diversa, più consapevole e giusta, dove siano garantiti i diritti di tutte e di tutti, affinché a ognuno venga riconosciuta la possibilità di vivere ed esprimersi secondo le proprie attitudini, capacità, desideri e bisogni.

Grazie a tutte e tutti i partecipanti e a coloro che ogni giorno, nel loro quotidiano e nel loro lavoro, continuano portare avanti “questa visione, questa immaginazione di futuro”¹.

Gianna Carbonera
*ricercatrice nel campo della
deistituzionalizzazione e
operatrice sociale*

3

Dall'istituzione totale all'istituzione inventata: il CSM come dispositivo strategico per una salute mentale di comunità

Giovedì 23 ottobre 2025

Spazio Rosa,
Parco di San Giovanni, Trieste

Il terzo e ultimo incontro è stato dedicato al passaggio da un modello di cura centrato sull'istituzione a uno basato sulla comunità. Attraverso esempi concreti, si sono analizzate le pratiche di smantellamento graduale dell'istituzione totale, applicabili non solo al manicomio ma a molte altre istituzioni totali ancora presenti nella società contemporanea, e le modalità con cui è possibile "inventare" nuove istituzioni, aperte, inclusive e partecipate.

PROPOSTA PER LA COSTITUZIONE DI UN CENTRO SOCIALE

Premessa

Gli operatori del CSM. di V.le Miramare III (Barcola) con questo documento, intendono aprire un ampio dibattito intorno alla proposta di costituzione di un centro sociale nell'ambito territoriale del consiglio circoscrizionale di Roiano, Gretta, Barcola. Prima di entrare nel merito della proposta, crediamo necessario chiarire alcuni argomenti motivanti la scelta ad aprire questo dibattito con le rappresentanze politiche e sindacali del territorio, gli organismi elettivi della scuola, i circoli culturali e ricreativi, le istituzioni interessate e tutti i cittadini.

Il centro di salute mentale di Barcola, ha cominciato a funzionare, nel giugno del 1975, la delibera istitutiva del centro, anticipando la recente legge n)180 del maggio 1978 sull'assistenza psichiatrica, affidava al presidio territoriale, e non più al manicomio

l'assistenza psichiatrica nel suo complesso, e individuava, come momenti fondamentali, la prevenzione, la cura, la riabilitazione. Il lavoro svolto dal giugno 1975, permette oggi, di poter affermare, che il manicomio, come momento fondamentale ed insostituibile della cura, del malato di mente, nella zona di competenza, del CSM di Barcola, e in tutta la città, non esiste più.

Infatti :

- Il centro è costituito, da una villa a due piani, , vi lavorano 15 infermieri, 4 medici, 1 assistente sociale.

Ha una disponibilità di 12 posti letto, che vengono usati in maniera elastica per ospitare quando occorre le persone che presentano di più svariati problemi.

E fornisce una cucina che assicura quotidianamente circa 120 pasti; fornisce assistenza domiciliare, e assistenza sociale per tutti quei problemi di ordine lavorativo, assistenziale, di cui sono portatori gli utenti del centro.

e in rapporto diretto con i reparti ospedalieri presso i quali svolge servizio di consulenza psichiatrica per i cittadini della zona di competenza.

- Circa 250 lungodegenti, e con tale termine vogliamo intendere persone che da più di cinque anni (a volte fino a 40 anni sono state internate nel manicomio di S. Giovan i, hanno trovato tramite il centro una possibilità, di vita, nei luoghi di provenienza o nelle loro famiglie o in micro comunità costituite a tale scopo.

- Tutta l'assistenza psichiatrica, nei confronti del "malato acuto", si svolge complessivamente nel centro. La domanda di "aiuto", infatti, attraverso la conoscenza che ormai i cittadini hanno, si rivolge direttamente al centro, e quando questo non accade, attraverso il servizio di guardia psichiatrica, istituito nel febbraio 1977, presso l'astanteria dell'ospedale maggiore, comunque il malato acuto viene immediatamente preso in carico dal centro. Risulta evidente, per quanto detto che in tal modo, si evita definitivamente il rischio del passaggio e ancor peggio della sedimentazione in manicomio.

Il livello di credibilità raggiunto dal centro in questi anni ha indotto un sempre crescente numero di cittadini a rivolgersi direttamente al centro per problemi di varia natura, cittadini che non avevano mai in precedenza avuto rapporto con altre istituzioni psichiatriche.

I cittadini del territorio di competenza sono stati coinvolti in assemblee e dibattiti che avevano per obiettivo la conoscenza del lavoro che si andava svolgendo e i contenuti innovativi sul piano del lavoro stesso.

A tale proposito vogliamo ricordare solo alcuni momenti, a nostro avviso, esemplari.

-Assemblea cittadina svoltasi nei locali del centro nel gennaio '76, sul tema della pericolosità del matto a partire dal rilievo di alcune note di intolleranza, paura e incomprensione che la non conoscenza del problema e i pregiudizi avevano determinato.

GIOVANNA DEL GIUDICE *psichiatra, presidente di Conf.Basaglia*

Riprendo il filo sul processo di deistituzionalizzazione mettendo il focus sul Centro di Salute Mentale (CSM) e sul passaggio dall'istituzione "negata" all'istituzione "inventata" - dall'ospedale psichiatrico ai servizi territoriali di salute mentale - anche tenendo conto delle esperienze capitalizzate durante gli anni 2000 nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di Aversa (2002-2006) e di Cagliari (2006-2009). Dipartimenti e territori molto diversi dal punto di vista culturale, sociale, dell'organizzazione dei servizi della salute mentale, ma ambedue con evidenti criticità e una carente assistenza alle persone con disturbo mentale.

In Sardegna pareva che la L.180 non fosse mai arrivata, ad Aversa non era così, anche dal punto di vista della legislazione regionale, per il prezioso lavoro culturale e formativo fatto da Sergio Piro a più di una generazione di tecnici. Ma in ambedue i dipartimenti era carente la presa in carico delle persone, con disturbi severi e delle situazioni multiproblematiche.

In particolare, come accade in molte altre aree del paese, in ambedue le situazioni il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura presentava importanti criticità: ricorso routinario alla contenzione meccanica, ambientale, farmacologica, la rigorosa separatezza della zona degenza dalla zona accettazione, dove sostavano i medici e il coordinatore infermieristico.

Quello di Aversa, sporco, buio e degradato, quasi privo di arredi, era dotato di una "stanza per la contenzione" e ricoverava da circa 24 anni un giovane uomo con disabilità psichica, proveniente da un istituto per minori, che aveva passato molti anni legato al letto e tuttora camminava per il reparto con le mani

legate, picchiando violentemente la testa sui muri e procurando profondi buchi. Il Servizio psichiatrico di Cagliari, ordinato e pulito, organizzato secondo la regola ospedaliera, faceva ancora più “paura”: nell’atrio, dove sostava una guardia giurata armata, si apriva la stanza della terapia elettroconvulsivante, la stanza di accettazione dove erano i medici e, oltre una grande vetrata opaca chiusa a chiave, iniziava la “zona degenza”: la contenzione era la norma e, dopo tre mesi dal mio arrivo, è morto un uomo legato al letto per sette giorni. Mi soffermo su questi servizi perché rappresentavano la realtà più arretrata di violazione dei diritti umani, ma pure venivano riconosciuti come quelli tecnicamente più avanzati, che paradossalmente si facevano carico delle situazioni più complesse.

I CSM erano invece organizzati come ambulatori, distributori di farmaci e prestazioni mediche, psicologiche, sociali rispondendo solo alle domande per le quali il servizio aveva una risposta preformata. Poche le visite domiciliari, scarsa la continuità ospedale-territorio, poche le attività emancipative, riabilitative e di inclusione sociale. Le situazioni complesse, non prese in carico dai CSM, ricadevano, come in un imbuto, nel SPDC, nel carcere, negli Ospedali psichiatrici Giudiziari, nell’abbandono delle strade, sulle famiglie.

Quindi in ambedue le situazione ho avviato il cambiamento dal SPDC per affermare possibilità di cura nel rispetto della dignità e dei diritti. Ma contemporaneamente ho lavorato per una trasformazione culturale, organizzativa, degli stili di lavoro, della presa in carico e continuità terapeutica dei Centri di Salute Mentale.

Dirò quindi alcune cose sui Centri di Salute Mentale, e in particolare sui Centri sulle 24 ore, dotati di posti letto per l’accoglienza diurna e notturna delle persone in crisi, così

come organizzati nella nostra regione. I CSM h24, le “istituzioni inventate”, sono i luoghi dove arriva la domanda di salute di un territorio, da cui parte la presa in carico delle persone con sofferenza e della comunità nel suo complesso, con attenzione alle aree dove vivono persone più a rischio di esclusione sociale, che rispondono pure al “diritto di asilo” - unico diritto garantito dal manicomio: il dovere e la responsabilità di farsi carico delle persone, di offrire accoglienza e tutela sulle 24 ore.

Ma prima voglio soffermarmi sul passaggio a Trieste dal manicomio ai Centri di Salute Mentale. dal 1975 al 1977, quando vengono aperti sul territorio provinciale i sette Centri di Salute Mentale.

Franco Basaglia, in un'intervista bellissima a Ernesto Venturini del 1979, raccolta ne *“Il giardino dei gelsi”*, parla dell'angoscia degli operatori, nel momento in cui si trovano ad affrontare il territorio, ma pure parla di questo come di un “momento felice” in cui *“l'operatore psichiatrico si trova disarmato di fronte ad un malato che si muove ancora secondo i vecchi parametri della malattia.”* *L'operatore affronta “senza difesa” la sofferenza “per cogliere il mondo dei bisogni dai quali proviene e per riportarla nella storia da cui è stata bandita.”* *E continua Basaglia: “È in questo in questa mancanza di identità... in questo vuoto ideologico istituzionale che saremmo costretti ad avvicinare il disturbo psichico al di fuori dei parametri e degli strumenti che ci hanno finora impedito di avvicinarlo.”*

Lavorare nel territorio è complesso, ma anche entusiasmante, se incontriamo l'altro non attraverso il filtro di teorie precostituite, se ci confrontiamo con la complessità dei bisogni della persona, se abbiamo come oggetto del nostro agire non la malattia, ma l'esistenza sofferente relazionata e contestualizzata, da prendere in carico insieme al proprio contesto sociale e familiare.

Io sono stata, insieme ad altre operatrici ed operatori e volontari, ad aprire a Trieste il primo centro territoriale, il primo maggio del 1975, ad Aurisina, portando con noi 11 persone provenienti da quel territorio, dalla zona ovest del Carso, mentre un reparto si chiudeva. Dopo pochi mesi, a luglio del 1975, apriva il Centro di Salute Mentale di Barcola.

Arrivavamo nel territorio trovandoci a dover “inventare” un modo per affrontare la persona con sofferenza nel suo ambiente naturale di vita e insieme la famiglia, il vicinato, una comunità e far capire il senso del nostro agire. Avevamo solo l’esperienza, poca, fatta negli anni del lavoro nel manicomio nelle visite a casa delle persone dimesse dall’accettazione o dai reparti di lungodegenti. La sfida era dimostrare che si poteva rispondere ai bisogni di salute mentale nella comunità senza il manicomio.

Bisognava prima di tutto far sì che si interrompesse il circuito manicomiale, che il servizio fosse riconosciuto capace di dare risposte alle domande, anche le più complesse. Che le e gli operatori fossero capaci di entrare nelle case, privi di potere, ma competenti e capaci di ascolto, per affrontare la sofferenza della persona, ma anche dei familiari e del contesto sociale.

Questo per dire che quando parliamo di istituzioni inventate, parliamo di tante cose. Parliamo del mutare dell’oggetto del nostro agire, del mutare dei luoghi della cura, delle pratiche, delle relazioni, degli scambi, delle alleanze. Tutto da inventare, da scoprire nel confronto ravvicinato con il territorio, con le persone con sofferenza, con le famiglie... senza filtri, in maniera forte e radicale.

Ad Aurisina uscimmo nel territorio “portandoci sulle spalle” persone con lunga storia di istituzionalizzazione, alcuni con storie e difficoltà significative. Era importante farli accettare da

quella comunità da cui provenivano, riportarli in una situazione di scambio, senza “pesare” sulle famiglie di origine. Ricordo Anna, una vecchia signora appesantita dai lunghi anni di ricovero nel manicomio, ma tranquilla e assolutamente indipendente; era solitaria, parlava poco, spesso in ascolto delle voci, ma la mattina aiutava nella cucina la cuoca nella preparazione dei pasti. Ogni pomeriggio veniva a trovarla il fratello, che lei aspettava con ansia, portandole dolci e quello di cui aveva bisogno. Una di queste volte chiesi al fratello perché non la prendeva in casa, e lui mi rispose: *“Mia madre 50 anni fa chiedeva continuamente al direttore dell’ospedale di far tornare Anna a casa. Eravamo una famiglia, eravamo tutti giovani, potevamo occuparci di Anna. Ma il direttore rifiutava sempre, e ora lei me la vuol mandare a casa quando mia madre è morta e io ho 80 anni?”*. Aveva ragione naturalmente. Io ero giovane e inesperta, dovevo scoprire ancora molte cose nel lavoro sul territorio tra cui, per esempio, che oltre i bisogni e i diritti della persona dovevo tener conto dei bisogni e dei diritti dei famigliari, della comunità, continuamente mediando fra bisogni anche antagonisti.

Capimmo che le persone ospiti al CSM dovevano trovare un ruolo per essere riconosciute nella comunità, trovarono il ruolo di consumatori: andavano al bar, compravano nei negozi di Aurisina e questo determinava un riconoscimento di loro come soggetti, come clienti, persone con cui scambiare, non da allontanare ma da trattare come qualsiasi altro cliente, e nacquero pure piccole relazioni e rapporti.

Quindi, fondamentale fu una sorta di “guarigione sociale”: l’essere riconosciuti ed accettati dalla comunità. Contemporaneamente c’era la necessità di non far connotare quel centro come un manicomietto, come invece fu subito definito dalla giunta comunale, di sinistra.

Ricordo questo perché ancora oggi ci troviamo di fronte a tali reazioni in Italia e nel mondo. Stiamo lavorando alla implementazione di un Centro di Salute Mentale h24 con posti di accoglienza diurna e notturna aperto nel 2023 a Rosario (Argentina), dove siamo stati chiamati nel 2021 dalla direzione salute mentale della Provincia di Santa Fe, a partire dall'evidenza che, nonostante la grande professionalità e competenza degli operatori della salute mentale, nonostante una legge - la più bella del mondo - del 2010, che prevedeva la chiusura dei manicomi entro il 2020, questi erano ancora tutti funzionanti. Ma ora, con il nuovo governo provinciale ci si interroga se i CSM h24 con posti letto forse non possano connotarsi come "manicomietti".

Ma i manicomi, sono nelle nostre teste, non luoghi fisici, ma luoghi mentali.

Dipendono dalla modalità con cui ci si fa carico della sofferenza dell'altro, dallo sguardo sull'altro, dalla relazione fra noi e l'altro, dal riconoscimento della dignità e dei diritti della persona sofferente. Quindi il problema non è l'istituto, il luogo, ma le modalità con cui noi siamo in quel luogo.

Ora brevemente mi soffermo sulle principali caratteristiche che connotano i Centri di Salute Mentale come istituzioni inventate e sostitutive del manicomio.

La prossimità.

Importante è che il CSM sia collocato vicino ai luoghi dove le persone vivono, riconoscibile e riconosciuto dal territorio e dalle sue istituzioni. Sia facilmente raggiungibile perché copra un territorio limitato, noi diciamo, con un numero di abitanti non superiore agli 80mila.

La bassa soglia.

Il CSM è servizio ad accesso diretto, aperto alla comunità e a tutta la domanda di salute mentale di un territorio definito. Chiunque può rivolgersi al CSM, senza filtri, per sé stesso, per un proprio familiare, per un vicino, per informazioni o altro.

Luogo di vita.

Mi riferisco sia all'organizzazione degli spazi, perché questa dice molto dei modi con cui ci si prende cura dell'altro, sia alle attività che si svolgono e alle modalità attraverso cui si declinano. Un corridoio con una fila di porte chiuse connota un ambulatorio, dove il paziente, in un rapporto duale con il medico o con lo psicologo o con l'assistente sociale, si incontra in una relazione duale, chiusa, prestazionale.

Diverso è uno spazio aperto dove qualcuno va incontro alla persona, la accoglie, la ascolta, decodifica la sua domanda e, se necessario, avvia un percorso di presa in carico. È il momento dell'accoglienza quello che dice come andrà il percorso di cura, in particolare se la persona è al primo contatto con il servizio. Immaginate quando la prima accoglienza è l'essere legato ad un letto di un SPDC, come succede nella maggior parte dei servizi ospedalieri.

Che immagine la persona avrà di sé? Che fiducia nei sanitari, nella cura? Quale messaggio nei confronti del malato di mente viene dato? Le modalità di rapporto che noi sanitari abbiamo con l'altro determina che venga dalla comunità confermato o messo in discussione il pregiudizio, lo stigma sulla persona con sofferenza mentale, sui marginali ed esclusi, sul migrante, sull'anziano, sulla persona con disabilità.

Le porte aperte.

Le porte aperte, la libertà, sono fondanti un lavoro di salute mentale. Ma non parlo solo della chiusura o apertura delle porte dei servizi, ma anche se questi sono organizzati e promuovono l'attraversamento da parte della comunità. È importante portare la città nel servizio, coinvolgere la città nelle attività del DSM.

I CSM non devono essere separati dal contesto urbano, ma luoghi di vita che attraversano con le loro attività la comunità. I luoghi e i rapporti chiusi rischiano continuamente di creare dipendenza o di disumanizzare l'operatore e l'utente.

Quando i luoghi sono aperti sempre, il rischio di disumanizzazione dell'operatore, delle relazioni, delle pratiche è minore. La comunità deve entrare per capire, per partecipare, per portare il proprio sguardo, le proprie risorse. Il prendersi cura non è solo un atto sanitario, è farsi carico globalmente della persona e del suo contesto, e per questo c'è bisogno non solo di operatori sanitari, ma di professori, artisti, operatori culturali, imprenditori sociali, per costruire una città che cura.

MARIO NOVELLO

psichiatra, ex direttore del DSM di Udine

In incontri con persone della vostra età, ho imparato che diamo per scontato una serie di cose.

Ad esempio, avete chiaro che cosa è la L. 180/78? Che cosa ha sostituito? Avete un'idea un poco vaga? Mi pare di capire che non abbiate un'idea precisa, ma non è una colpa, sono passati quasi 50 anni dal '78 e nessuno ve ne ha parlato abbastanza o non ne avete colto l'importanza. In breve: la 180 ha abolito la legge 36 del 1904, che prevedeva l'internamento a vita, quasi per tutte le persone che – con un giudizio quantomai vago e pregiudiziale di pericolosità e di pubblico scandalo - venivano internate in manicomio, attraverso un procedimento del Tribunale che emetteva il Decreto di Internamento Definitivo ovvero per tutta la vita.

Agghiacciante, ma era legge italiana, forse una delle più barbare e ipocrite del mondo.

Dopo il passaggio intermedio della L. 431/68, a cui Basaglia aveva dato il suo apporto, la 180 ha vietato nuovi manicomi, ha riconosciuto a tutti i diritti fondamentali di cittadinanza, compresa la libertà della cura, salvo in situazioni particolari in cui poteva venire imposta con un Trattamento Sanitario obbligatorio (TSO) ovvero contro la volontà della persona, ma con alcune procedure di garanzia (almeno in teoria). La Magistratura non era più strumento di repressione ma di garanzia dei diritti del cittadino. Prevedeva l'esistenza di Servizi territoriali e di reparti di Diagnosi e Cura negli Ospedali Generali. Si basava sul presupposto che ci fossero adeguati Servizi di Salute Mentale, come era avvenuto a Trieste e in pochi altri luoghi,

che dimostravano che si poteva fare a meno del manicomio. Un lavoro nel territorio, basato sulla comunità, può dimostrare che il manicomio non è più necessario, se si fanno le azioni giuste, quindi se si capisce che cos'è esattamente che porta le persone in manicomio, quali sono tutti i fattori, non soltanto psicologici o neuropsicologici, ai quali si deve cercare di dare risposta adeguata. Un cambiamento epocale di critica pratica alla psichiatria che continua a dimostrarlo con i fatti, con una complessa e attenta attività quotidiana che coinvolge tutte le professioni e molti altri soggetti della società e che costruisce nuovi saperi. Come anticipava Basaglia, senza il manicomio e le psichiatriche che lo riproducono si può cercare "finalmente" di aiutare le persone che hanno esperienza di sofferenza e possono e devono diventare protagoniste del loro percorso di guarigione (recovery e oltre). Questo è un dato di esperienza diffusa, nonostante le molte difficoltà attuali e la persistenza di pratiche arcaiche e violente, come la contenzione nei SOPDC, gli abbandoni e le crisi economiche e sociali.

Quindi, se si fanno le azioni adeguate con i saperi e gli strumenti necessari, si può fare a meno del manicomio. Se non si fanno, come purtroppo accade in molti luoghi anche in Italia, il bisogno di manicomio in forma arcaica o in forma moderna torna nel sentire comune come se fosse necessario e ineluttabile, perfino illusoriamente "buono", anche se quasi nessuno osa riconoscerlo esplicitamente. Oppure rimane l'abbandono delle persone che "soffrono" e che a lungo andare porta alla ricostituzione dei manicomi, come se fosse la 'malattia' a renderlo necessario.

In Italia ci sono luoghi che non sono chiamati manicomi, che sono anche ben pagati dallo Stato e quindi costituiscono una rendita economica, ci sono comunità, più o meno private, in cui le persone vengono tenute per tutta la vita, senza un progetto, senza una speranza, depositate lì, a produrre reddito

(a proposito della pericolosità sociale). Non sono i manicomi orrendi del passato, però, concettualmente, sono manicomi e sono sostenuti e riproducono i saperi dei tecnici e i pregiudizi nella popolazione, che sono di tipo manicomiale con violazione dei diritti fondamentali: la sofferenza psichica come malattia inguaribile e a volte pericolosa.

Semplificando al massimo, la 180 è questo, ma la questione è molto più complessa e la legge non è ancora stata applicata in modo omogeneo e si osservano regressioni.

Nei nostri incontri cerchiamo di dare una testimonianza del nostro lavoro e del fatto che Basaglia, preso nella sua complessità e complessività, ha da dire molto oggi e si sente il suo pensiero come necessario perché vediamo crisi e regressioni oppure vediamo che in tanti posti non c'è stata mai una progressione.

Noi parliamo come se tutto il mondo fosse come l'Italia, ma in realtà in tutto il mondo i manicomi, in una forma o nell'altra, ci sono e continuano a esserci e a essere considerati necessari. Quindi, se i manicomi si possono chiudere ma non vengono chiusi e si riproducono pratiche e logiche manicomiali, nonostante tante esperienze positive, l'attualità di Basaglia dovrebbe essere evidente. Il problema è che, salvo alcune aree di opinione pubblica e di tecnici, sembra non interessare chiudere i manicomi, che la gente venga curata in libertà e nel rispetto della Costituzione, che si possano costituire nuovi saperi e che si possano organizzare dei sistemi diversi di risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione.

Ancora una volta Basaglia ha indicato la via, di grande responsabilità: *"...Noi possiamo al massimo convincere. Nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo, cioè determiniamo una situazione difficile da recuperare"*.

Per esemplificare il livello della sfida, vi porto un tratto della mia esperienza dal 1995 a Udine e cittadine satelliti (Tarcento, San Daniele, Cividale, Codroipo). Trieste era già stata riconosciuta Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO), come sistema che aveva chiuso il manicomio e sviluppato Servizi adeguati, con i Centri di Salute Mentale H24, pratiche e visioni complesse, etc... Al di là del fatto che ci fossero le pressioni del governo nazionale per chiudere i manicomi perché ne erano rimasti 60 in Italia, comunque, in Regione era abbastanza insostenibile il fatto che a 70 km di Trieste ci fosse un manicomio molto arretrato con una rete di Servizi debolissima che continuava ad alimentare il manicomio 17 anni dopo la L. 180.

Dapprima era stato chiesto ai tecnici locali di chiudere il manicomio, ma non ci erano riusciti e per questo era stato richiesto un contributo a Trieste.

Alcuni erano anche brave persone, persone di un certo spessore che cercavano di fare del proprio meglio, ma il problema era che non avevano maturato le chiavi di lettura per poter cominciare a pensare e ad agire per chiudere il manicomio e organizzare nuovi servizi. Di questo me ne sono reso conto dopo e posso dire di avere compreso molto più profondamente il valore e i contenuti della mia esperienza a Trieste, andando via da Trieste per affrontare una situazione nuova, in un tempo diverso e successivo.

Tutti quelli che lo hanno fatto, hanno avuto la stessa esperienza. La sfida era se l'esperienza di Trieste era producibile in un altro tempo e in un altro luogo dopo 17 anni dalla 180, senza ricorrere a riproduzioni meccaniche, stereotipate o ideologiche, avulse dalle realtà locali, diverse da Trieste per geografia, cultura, storia, sensibilità, economie e altro.

Nei primi sei mesi ho rischiato di andare fuori di testa, perché in un'ora di viaggio passavo da un mondo e da un tempo a un altro mondo e a un altro tempo, così che quando arrivavo al mattino mi scattavano innumerevoli e tumultuose sollecitazioni sulle analisi dei meccanismi e sulle cose da fare per cambiare, ma il cambiamento era della complessità di un sistema storicamente dato.

Vi racconto un aneddoto. Quando sono arrivato il primo giorno, il direttore provvisorio, che era stato un mio compagno durante l'Università, una persona molto buona e molto mite, scusandosi, mi disse: *“Sai, qui la situazione è questa perché c'è stato il terremoto”. Al momento non avevo capito il senso implicito del messaggio e avevo risposto: “Perché? il terremoto è stato nel '76, siamo nel '95, sono passati 19 anni”.*

Il significato, vero ma inconsapevole, del messaggio era: siccome c'era stato il terremoto, si era creata nel territorio una situazione di emergenza, e quindi alcuni operatori del manicomio erano usciti all'improvviso quà e là nel territorio, alla spicciolata, nei container, nelle cassette di legno costruite per il terremoto, e avevano cominciato così a lavorare nel territorio. Quindi non c'era stato un lavoro teorico e pratico di superamento del manicomio dall'interno, e io stesso lo avevo capito man mano incontrando alcune pratiche e stili di lavoro. Chi era andato dalla sera alla mattina fuori dal manicomio nel territorio, aveva esportato le visioni e le pratiche che era abituato a fare. Il fatto che per 19 anni fossero rimasti nelle stesse condizioni, era l'espressione del fatto che non era stata una politica progressiva.

Al contrario, Udine, sostenuta dalla Cl. Psichiatrica di Trieste, si era posta come capofila della lotta contro Trieste e Basaglia, con l'auspicio dell'abolizione della L. 180 e del ritorno al manicomio, nonostante ci fossero molti operatori e operatrici

di valore, che venivano isolati/e e tacitati/e. La situazione era molto complessa e tortuosa. A Udine è stato possibile chiudere il manicomio e istituire nuovi Servizi anche, ma non solo, perché c'erano una volontà e un sostegno politici, con la chiarezza e la consapevolezza degli obiettivi da raggiungere, altrimenti non sarebbe stato possibile arrivare a una soluzione radicale. Così come, al contrario, la decisione dell'attuale giunta regionale di chiudere l'esperienza basagliana in regione, sta dando i suoi frutti in senso contrario.

A fronte di una situazione così debole e frammentata, si era resa necessaria l'analisi del "circuito istituzionale", ovvero la comprensione di che cosa succede a una persona in un territorio quando entra in contatto in un qualunque punto del sistema dei Servizi, che sia organizzato in modo unitario e organico oppure disorganizzato e frammentato.

I Centri di Salute Mentale, allocati in strutture inadeguate (piccoli appartamenti) e con personale quasi simbolico in rapporto alle necessità, comunque non riuscivano e/o non sapevano prendersi in carico le persone che erano di fatto abbandonate.

Quando qualcuno/a stava particolarmente male, veniva ricoverato/a nel Servizio Diagnosi e Cura di Udine che era gestito da un gruppo di medici che avevano aspirazioni ambiziose, volevano fare del Diagnosi e Cura Ospedaliero (SOPDC) una piccola clinica psichiatrica, e curavano con criteri clinici, con la contenzione, la porta chiusa, l'elettroshock. Siccome i posti erano 15, si riempiva rapidamente e quindi le persone venivano dimesse, con qualche discorso libertario, e affidate a CSM che per lo più non erano in grado di fare interventi adeguati di cura e presa in carico.

Le persone stavano male, tornavano in Diagnosi e Cura una volta, due volte, tre volte, attribuendo alla “malattia” un esito che era il risultato della (dis)organizzazione e delle culture istituzionali. Nella debolezza dei Servizi era stato inventato un reparto alle porte del manicomio di Udine, chiamato *Night and Day Hospital*, con 35 posti letto, in cui le persone venivano mandate dal SOPDC. Prive di cure adeguate (secondo una prassi manicomiale) e abbandonate a se stesse, le persone stavano sempre peggio e quindi, quando bisognava accogliere altre persone che venivano dal territorio, venivano “infilate” dentro l'ex manicomio, con una semplice decisione amministrativa, dal momento che il complesso del manicomio non si chiamava più manicomio perché c'era stata la L.180, ma non aveva una veste giuridica particolare.

Quindi, che una persona fosse “messa” (come un oggetto) in un posto non-definito, da un punto di vista giuridico non aveva rilevanza.

Questo avveniva normalmente, senza alcun controllo giuridico, come prassi amministrativa, in nome di una diagnosi di cronicità, ovvero di irrecuperabilità, effettuata con criteri e saperi manicomiali, evidenziandosi, tra l'altro, la stretta connessione tra organizzazione istituzionale, visione della realtà, costruzione di saperi, pratiche, violazione dei diritti.

Per questo funzionamento del circuito, ho trovato i ragazzi di 30 anni, 17-18 anni dopo la 180, internati, sepolti in un (ex) manicomio in cui nessuno faceva niente, e qualcuno si è anche suicidato.

Per promuovere un cambiamento radicale che portasse alla fine del manicomio “reale” è stato necessario partire da quell'analisi del circuito, individuando i punti maggiormente implicati nella

riproduzione concreta e materiale della *manicomialità* e avviare tutte le azioni necessarie “per convincere” attraverso la pratica della possibilità di fare a meno del manicomio, sia sul versante organizzativo e tecnico, sia dell’opinione pubblica che non aveva maturato la consapevolezza del manicomio come luogo di oppressione e della sua ineluttabilità.

Con un grande lavoro collettivo ce l’abbiamo fatta.



Riunione d'equipe nel CSM di Barcola



Il Centro Donna Salute Mentale

COLLETTIVITÀ
/ PROSSIMITÀ /
PORTE APERTE /
SPAZI CONDIVISI
/ ESPRESSIONE
/ COLLETTIVITÀ
/ PROSSIMITÀ /
PORTE APERTE /
SPAZI CONDIVISI
/ ESPRESSIONE
COLLETTIVITÀ
/ PROSSIMITÀ /
PORTE APERTE /

Nella terza e ultima giornata si è ritornati al lavoro in gruppi. Ad ogni gruppo è stata data una citazione e una domanda, dalla quale partire per riflettere e discutere. A ogni gruppo è stato chiesto di riportare i risultati della discussione. Di seguito quanto emerso.

“Salute mentale - Uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità. La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e va oltre la semplice assenza di disturbi mentali.” (definizione di salute mentale per l’Organizzazione Mondiale della Sanità)

OGGI ABBIAMO PARLATO DI SERVIZI TERRITORIALI ATTINENTI ALLA SALUTE MENTALE, UN TERMINE CHE COMPRENDE NON SOLO L’ASSENZA DI DISTURBI, MA LO “STARE BENE”. COSA SIGNIFICA PER TE “STARE BENE”, IN TERMINI DI SALUTE MENTALE?

COME IMMAGINI CHE UN SERVIZIO TERRITORIALE POSSA FARSI CARICO DI CIÒ CHE RIGUARDA QUEL SIGNIFICATO?

*“Significa sentirsi inclusi, partecipi e utili. Questo può includere anche la stabilità: economica e relazionale. Essere in grado di esprimere le proprie capacità, attitudini e passioni. Significa poter esercitare i propri diritti e poter raggiungere i propri obiettivi. Essere in grado di superare le difficoltà. Una parte fondamentale di tutto questo processo è il riconoscimento. Come si fa ad affermare i propri diritti se non viene riconosciuto il diritto ad avere diritti? **Come si fa ad essere incluso se non viene riconosciuta la diversità?** E da qui si apre anche la questione del servizio territoriale. Dal momento in cui lo stare bene*

viene riconosciuto come diritto, allora iniziano a esserci più risorse, si può pensare a una volontà politica, a un'educazione, a un'informazione. Per questo è necessario attraversare la complessità, *ovvero comprendere che il benessere è complesso*, che non può essere sempre benessere, ma che ci sarà sempre anche il malessere. Come facciamo allora a creare una cultura di benessere e non solo un servizio di benessere?"

"Un servizio deve aiutare a creare significati. Deve saper attraversare la complessità, deve essere universale, deve facilitare i processi di empowerment umano."

"Si è parlato di apertura del servizio in modo che tutti i cittadini possano entrarci. E il dubbio è sorto... perché io devo entrare in un servizio nel momento in cui non ci lavoro e non ho la necessità di essere presa in carico dal servizio? *Il servizio deve essere un luogo di condivisione di spazi per la comunità.*"

"Una persona sofferente ha ovviamente difficoltà a gestire la sua situazione, ha *bisogno di sentirsi accettato dalla società* e di farsi accettare da essa.

Questo per lui è un punto di riferimento. Nei suoi momenti di crisi, sapere che non è abbandonato a se stesso"

"L'operatore deve essere in grado di mettersi all'ascolto, sostenere la persona, anche *rendersi vulnerabile* nei suoi confronti."

"Il servizio deve avere una funzione ambivalente: fungere sia come servizio per gli utenti, ma anche essere una sorta di *prevenzione*, per fare questo deve creare degli spazi adeguati dove ci si possa effettivamente aggregare liberamente, permeabili, che promuovano socialità".

“Ci tengo a sottolineare l’accessibilità a 360 gradi. Che non ci sia *nessuna sorta di discriminazione dell’utente*, che ogni persona che ha necessità riesca effettivamente ad avere un’assistenza. Quindi, che sia aperto, oltre che inclusivo.”

“Quel che il servizio può e deve fare, dopo aver svolto una ricognizione dei problemi, è attivare dei “terzi” che – quelli sì – possono dare un aiuto concreto nel trovare delle soluzioni” [...] “cercare molti più alleati tra gli artisti, tra gli uomini e le donne di cultura, tra gli operai e le operaie, tra gli abitanti delle città e dei quartieri, tra le mamme e le famiglie, tra le associazioni – in altre parole nel mondo della vita.” (B.Saraceno, G.Gallio, Dialogo con Rotelli, 2023)

FRANCO ROTELLI PARLA DI “ISTITUZIONE INVENTATA”: UNO SPAZIO CAPACE DI ATTIVARE E FAR CONVERGERE FIGURE, PRATICHE E ALLEANZE DIFFERENTI – QUEI “TERZI” PROVENIENTI DAL “MONDO DELLA VITA” E PRESENTI NELLA CITTÀ. IMMAGINA UN’“ISTITUZIONE LABORATORIO” DI QUESTO TIPO: DA CHI DOVREBBE ESSERE ATTRAVERSATA? IN CHE MODO “QUESTI TERZI” POSSONO CONTRIBUIRE A FARE SALUTE MENTALE NELLA COMUNITÀ?

“Persone che portano le proprie esperienze, quindi le persone che vivono in prima persona il disagio psichico e i familiari e amici, che facciano sentire la propria voce. Abbiamo pensato sia alla condivisione delle esperienze personali, quindi in un’ottica di auto-mutuo aiuto, sia alla divulgazione, per far conoscere la realtà di queste persone. Dove poter divulgare e condividere queste esperienze? Abbiamo pensato alla scuola, ai gruppi di famiglie, ai gruppi di amici”.

“Abbiamo immaginato un laboratorio, uno spazio creativo, aperto a tanti tipi di terzi, dove le persone con disabilità mentale possano *esprimersi in maniera diversa*, quindi non con le parole, ma con l’arte o la musica.

Però poi ci siamo anche chiesti, in maniera un po’ provocatoria, se il punto di vista affrontato in queste giornate fosse quello corretto: ci siamo soffermati sempre su come noi vediamo le persone con disabilità mentale, o su come dovremmo vederle, ma *non ci siamo forse mai chiesti se loro vorrebbero essere visti come li vediamo noi*.

Di conseguenza ci siamo chiesti: all’interno di un laboratorio così creativo, tutte le persone con disabilità mentale potrebbero stare bene? E questi spazi potrebbero essere sufficienti e adeguati a tutti? Potrebbero dare una risposta a tutte le tipologie di disabilità mentale?”

Elenco delle e dei partecipanti

Ambrosi Valentina

Anello Letizia

Badagliacca Giuseppe

Barbero Lopez Giulia

Bertogna Katia

Bersan Aurora

Buffa Anastasia

Camarde Alice

Degrassi Marco

De Marco Denise

Divis Federica

Fonda Giulio

Fregonese Andrea

Frison Diletta

Stefania Fusaro

Gardonio Alberto

Gazzola Giacomo

Gigliello Valentina

Giori Caterina

Grandi Caterina

Haida G. Francescutto Zoe

Halim Antonyous

Librale Marua

Liva Giulia

Lovatello Licia

Marannino Ilaria

Marizza Katia

Migheli Norma Luisa

Mijat Gian Maria

Oliva Giada

Paniccià Rossella

Parovel Fabio

Sorice Chiara

Spagnolo Aurora

Surez Eleonora

Tassi Martina

Vitale Vittoria

Zanetti Alice

Zugan Marianna

Bibliografia

- > Basaglia, F., Ongaro Basaglia F. (1968). Introduzione all'edizione italiana di *Asylum. Le istituzioni totali* di Erving Goffman. In E. Goffman, *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino
- > Basaglia F., Ongaro Basaglia F (1970). Prefazione all'edizione italiana di *Ideologia e pratica della psichiatria sociale di Maxwell Jones*. In Etas Kompass, Milano
- > Basaglia, F.. (2005). *L'utopia della realtà*. A cura di Franca Basaglia Ongaro, Einaudi, Torino
- > Basaglia, F., Basaglia Ongaro, F., Pirella, A., Taverna, S., (2008), *La nave che affonda*, Raffaello Cortina, Milano
- > Basaglia, F. (2018). *Conferenze brasiliane*. A cura di Franca Basaglia Ongaro e Maria G. Giannichedda, Raffaello Cortina, Milano
- > Basaglia F. (2023), Presentazione dei lavori. In *F. Basaglia, Scritti*, ilSaggiatore, Milano
- > Barton R. (1959), *Institutional Neurosis*, tr. it. A cura del Centro studi e ricerche per la salute mentale, Regione Friuli Venezia Giulia
- > Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2016). *Stigma of mental illness*. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (Vol. 4, pp. 230–234), Academic Press
- > Del Giudice G. (1996). *Il manoscritto di Augusta F.*, Sensibili alle Foglie, Roma

- > Del Giudice G. (2025), *Basaglia oggi. Un pensiero necessario*, Il Pensiero Scientifico, Roma
- > De Leonardis, O. (2008), Prefazione, in Sennett R., *Autorità. Subordinazione e insubordinazione: l'ambiguo vincolo tra il forte e il debole*, Mondadori, Milano
- > Gallio G., Novello M. (2023), *Franco Basaglia e la psichiatria fenomenologica. Ipotesi e materiali di lettura*, Mucchi, Modena
- > Hegel G.W.F. (2001), *Scienza della logica*, Laterza, Bari
- > Link, B. G., & Phelan, J. (2014). *Stigma power, Social Science & Medicine*, 103, 24-32
- > Ongaro Basaglia F. (1982). *Manicomio perché?*, Emme, Milano
- > Venturini E. (1979), *Il giardino dei gelsi*, Einaudi, Torino

Filmografia

- > *Europa 51* di Roberto Rossellini, 1952
- > *I giardini di Abele* di Sergio Zavoli, 1969
- > Tg2 Dossier. *Guarire dai manicomi*, di Ennio Mastrostefano, 1979

Progetto realizzato da:



Con la collaborazione di:



Con il contributo di:



stampato nel mese di dicembre 2025