

Dalla Psichiatria alla Salute Mentale



Antonio Luchetti - Medico Psichiatra - Servizio di Psichiatria - Merano

La Cura in Psichiatria - 14.10.2021 - Bolzano



'500 - '600
Le tre radici della Psichiatria

Politica - relativa all'ordine pubblico

Di fronte al **disordine della follia** l'autorità reagisce cercando di **identificarla e gestirla per riportarla all'ordine**. Se questa operazione non riesce avviene il **sequestro, l'espulsione, l'esilio**.

il grande internamento avvenuto nel '600 in Francia (Foucault)

: grandi stabilimenti costruiti per rinchiodare e a farvi lavorare non solo i folli ma anche **tutti coloro che recavano disturbo alla società**

L'internamento ebbe quindi la **funziona morale, etica e pedagogica** di un richiamo alla **verità** tramite la **coercizione**.



Ciò che la psichiatria ha ereditato della pratica dell'internamento dell'età classica è il fatto di essere rimasta cieca di fronte a ciò che la follia aveva di positivo da dire.

'500 - '600
Le tre radici della Psichiatria

Relazione interpersonale - Radice filosofico intellettuale

es. **Don Chisciotte** - narra di un personaggio caduto nella follia e di come coloro che lo incontrano **reagiscono ai suoi atti** a volte prendendolo in giro, a volte reagendo violentemente, e spesso **tentando di manipolarlo**, a fin di bene, per convincerlo a fare cose che gli evitino di mettersi nei guai.



'500 - '600
Le tre radici della Psichiatria

Approccio medico

Ippocrate [V secolo a.c.] divideva le **malattie mentali** in due grandi categorie, quelle **con febbre** e quelle **senza febbre** (corrispondenti alle attuali malattie mentali in senso stretto) e tra queste la Melanconia, la Mania, la Melanconia ipocondriaca e l'Isteria

Per circa duemila anni i medici avevano attribuito le malattie agli **umori che circolavano nel corpo** mentre **dal '700 in poi si comincia a parlare di disfunzione di organi** e **la terapia è solo terapia medica** (somministrazione di sostanze tese a correggere le alterazioni ipotizzate), **nessuno spazio al dialogo.**



Meditazione , o Melanconia, Domenico Fetti, 1618

Geel

Cittadina della campagna belga dove si era sviluppato a partire dal VIII secolo il culto di **santa Dymphna**

Idea che uno **spavento o una forte impressione potessero scuotere la mente e far guarire dalla follia.**

Si sviluppò così una **soluzione alternativa all'assistenza psichiatrica**, nata spontaneamente dal basso e gestita da persone di buon senso che non nasceva all'interno della tradizione politica, né in quella filosofica, né in quella medica.



L'illuminismo [XVIII secolo]

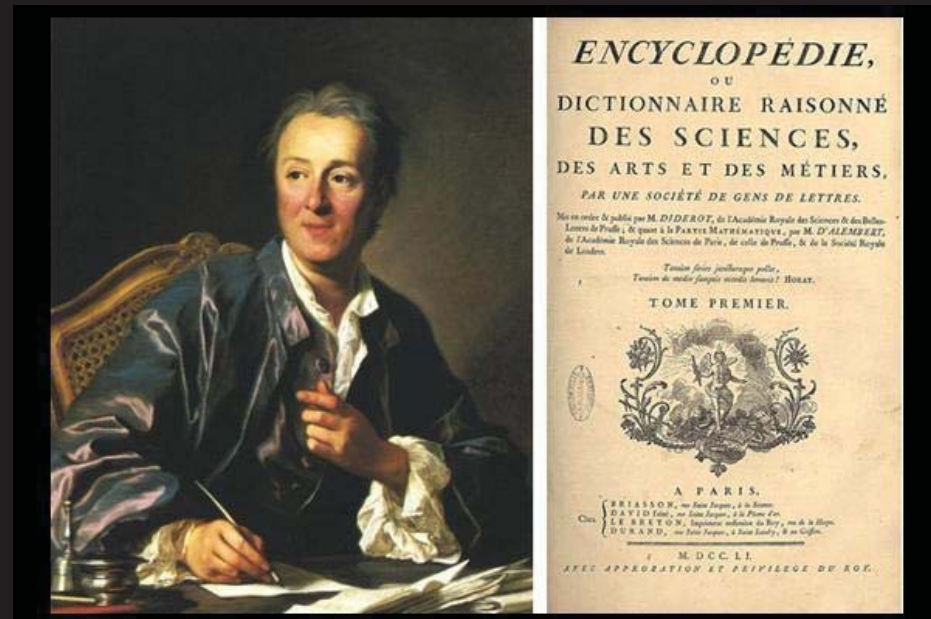
Il lume della ragione può illuminare le aree buie della follia

La **malattia mentale** è la follia guardata con le lenti della ragione.

“**Alienazione mentale**” trattata dagli alienisti (da *alienus, altro, diverso*)

Alienista è un **medico** ma anche un **funzionario dello stato** capace di maneggiare anche **filosofia e pedagogia**

Rifiutando la dottrina cristiana del peccato originale, gli esponenti dell'Illuminismo erano convinti che il genere umano potesse progredire, sostennero che i **malati di mente potessero essere curati**.



Philippe Pinel

1793 libera gli agitati che si trovano presso l'ospizio di Bicêtre, di cui era direttore, dalle catene

Nascita della psichiatria moderna da una promessa di liberazione (non più catene ma soggiogamento psicologico dell'alienato da parte dell'alienista - mente protesica - parola, suggestione, stratagemma)

Affiancato da Jean Baptiste Poussin (operatore detentore di un sapere pratico)

1800 scrive il *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale* [chiarisce i rapporti dell'alienista con il potere politico]



Jean-Dominique Etienne Esquirol

Allievo di Pinel nel 1821 visita il villaggio di Geel e vi si ispira per concepire il manicomio

Manicomio per mettere in pratica il *Trattamento Morale*

“Il manicomio è uno strumento di guarigione: nelle mani di un medico abile è l’agente terapeutico più potente contro le malattie mentali”.



Isolare: ipotizzando che fossero le famiglie con la società moderna la causa della malattia mentale allora per il trattamento il folle doveva essere separato da queste.

Suddividere: fare ordine nel marasma dell'alienazione mentale: nascita di una prima nosografia medica e divisione dei folli in agitati, semiagitati, tranquilli, sudici, alcolisti ecc ecc. Ad ognuno di questi corrispondeva un padiglione all'interno del manicomio.

Attivare: il soggetto una volta isolato doveva essere messo al lavoro

Il lavoro

“Un lavoro costante spezza la morbosa concatenazione delle idee, rinsalda le facoltà intellettive con l’esercizio, mantiene l’ordine in qualunque gruppo di alienati”
(Philippe Pinel)

“Soprattutto si deve cercare di scegliere per l’infermo una adatta occupazione (...) per distrarre il pensiero (...) dal suo stato intimo e per far risvegliare l’interesse per il mondo esterno, per l’abituale attività” (Emil Kraepelin)

XIX secolo - La nuova separazione

L'internamento esclusivo della follia. L'internamento diviene quindi esclusivamente di tipo medico. (Foucault)

L'individuo diviene irresponsabile dei delitti commessi.

L'internamento, tramite l'istituzione di un'ulteriore separazione, acquista quindi il significato della cura (...)

Lo sguardo medico, riduce la verità della follia a puro oggetto.

John Conolly



“Se un paziente si irrita a stare coricato, non lo si costringe a dormire, ma lo si lascia passeggiare e gli si forniscono scarpe e indumenti caldi perché non abbia a raffreddarsi stando fuori dalle coperte. Se bussa alla porta della camera gli se ne chiede la ragione, se ha sete gli si dà dell’acqua; se si è agitato e il letto è disfatto lo si rifà di nuovo; gli si rinfrescano le mani e viso, talvolta gli si offre una tazza di tè o di caffè o di brodo, che gli inservienti di notte tengono sempre pronti”

“(…) mentre nei vecchi istituti tutto era preordinato per la sorveglianza e il controllo, in quelli nuovi tutto è disposto per la cura della malattia e il benessere del malato”

Evariste Marandon de Montyel

Ribalta completamente le idee di Pinel e di Esquirol sull'isolamento dei folli dal loro ambiente e sulla loro collocazione in un ambiente artificiale

“I nostri attuali manicomi, (...) sono (...) delle *fabbriche d'incurabili e noi*, (...) con le migliori intenzioni del mondo, dei *fabbricanti di cronici*”
(1896)



Prima guerra mondiale

Aumentano i **traumi da guerra** e queste persone vengono seguite al fronte, per cui si cominciò a pensare alla **possibilità che la psichiatria si potesse recare laddove le persone vivevano**

Prima spinta verso la **psichiatria del territorio**

Ambulatori di igiene mentale

Movimento di igiene mentale: andare **incontro al territorio per contrastare il ricovero in manicomio**



Eugenetica

Alfred Hoche (1865-1943) e Karl Binding (1841-1920), rispettivamente **psichiatra e giurista** tedesco, teorizzarono l'**eutanasia sociale** nel loro libro del **1920** *L'autorizzazione all'eliminazione delle vite non più degne di essere vissute*

Aktion t4 - Germania- **ottobre 1939** Hitler autorizza la soppressione delle "vite prive di valore", sperimentazione della camera a gas e sterminio di oltre **70000** disabili.



Seconda guerra mondiale

25 aprile 1945 - la liberazione dal nazifascismo

XXIII congresso della SIP - gli psichiatri fanno i conti. Tra i 20 e i 30mila morti nei manicomi

“Era stata bombardata una piccola provincia, Ancona, dove c’era un manicomio. (...) Dopo la guerra quando si ritornò alla normalità, la gente cominciò a domandarsi dove stavano i malati di mente. (...) alla fine si scoprì che molti di loro stavano vicino al manicomio, vivendo e lavorando come qualsiasi altra persona. Questo induce alcuni psichiatri a pensare che il trattamento (...) di quegli internati poteva essere fatto in modo diverso. Ma questo fatto non ebbe seguito”. (Franco Basaglia, Brasile 1979)



Psichiatria di Comunità (Gran Bretagna) - modifica del sistema sanitario che vuole essere di prossimità, portare la cura più vicina alla persona e non lasciare scoperto nessuno.

Psichiatria di Settore (Francia) - Sviluppo di servizi attivi sul territorio che offrono trattamenti ambulatoriali, domiciliari, centri diurni e operano per il reinserimento della persona nella società. Il “settore” è composto da un pezzo del manicomio al quale corrisponde una parte del territorio con anche il reparto nell’ospedale generale.

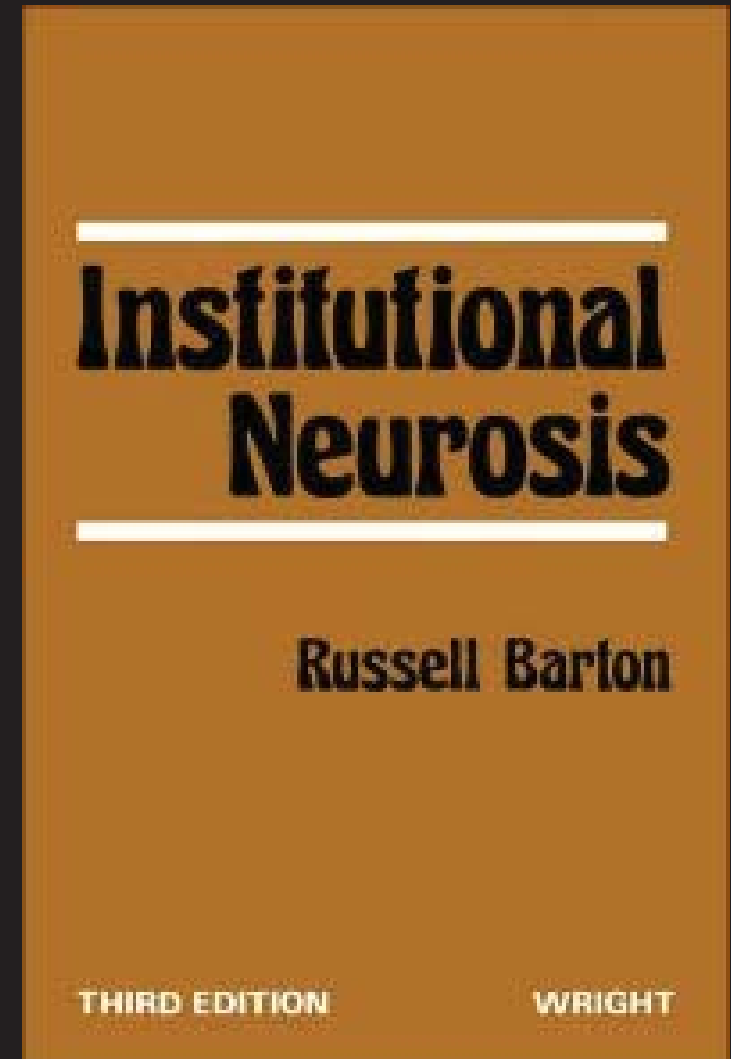
Rimane aperto il manicomio.

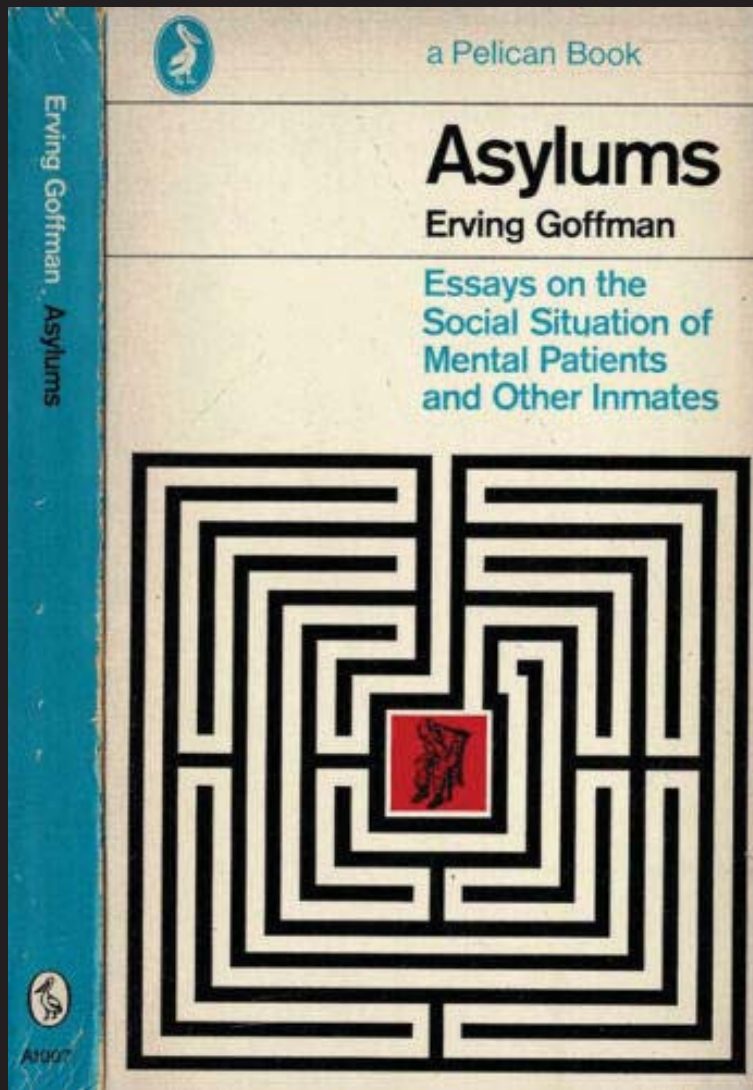
Russel Barton - 1959 INSTITUTIONAL NEUROSIS

Nevrosi istituzionale (Istituzionalizzazione)

Disturbo caratteristico degli ospedali psichiatrici - apatia, mancanza di iniziativa, perdita di interesse per cose ed eventi che non corrispondano ai bisogni più elementari e immediati, sottomissione e talvolta perdita della capacità di esprimere risentimento.

Disturbo associato a fattori caratteristici dell'ambiente e alla perdita di prospettive al di fuori dell'istituzione.





Erwin Goffmann - 1961 ASYLUM

Descrive la **carriera morale** del malato di mente come **progressiva degradazione** della persona che passa per una **graduale ma costante sottrazione di credibilità, di dignità e diritti**, fino a **viversi egli stesso come tale**.

Passaggio dallo stigma all'autostigma.

“Lo stigma è un processo attraverso il quale la reazione degli altri ci spoglia della nostra identità”

“Domattina, all’ora della visita, quando senza alcun lessico tenterete di comunicare con questi uomini, possiate voi ricordare e riconoscere che nei loro confronti avete una sola superiorità, la forza”

Manifesto de “La Revolution Surrealiste”, 1925



La cura

Ribaltare questo processo di **degradazione** restituendo fiducia, dignità e diritti alla persona - cioè **guarire il malato dal danno che ha fatto l'istituzione** - è la cosa più urgente da fare - solo **in un secondo momento** si aiuterà il malato ad affrontare la follia.



Franco Basaglia

Gorizia

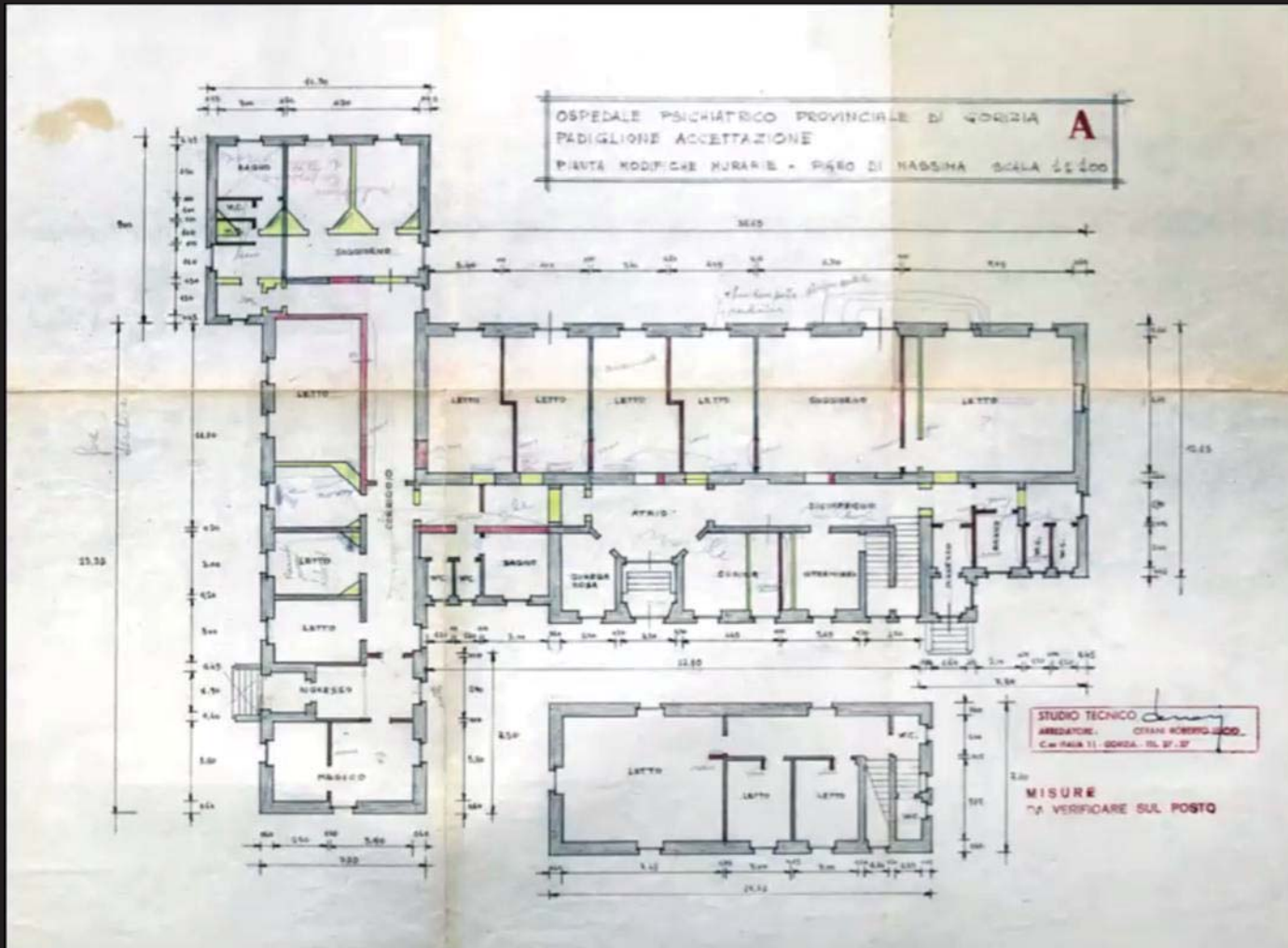
Distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione (comunicazione al congresso internazionale di Londra di Psichiatria Sociale - 1964)

La comunità terapeutica

1- ci si occupa **uno per uno singolarmente** delle persone e non in modo seriale come avveniva in manicomio

2- **ci si occupa della città e dello Stato** per combattere i meccanismi di stigma che rendono necessario l'ospedale psichiatrico

Gorizia



1964

Progetto di **modifica del padiglione accettazione**, da una stanza enorme progettano di tirare su muri per avere stanze che i pazienti possano personalizzare

Messa in discussione radicale del dispositivo manicomiale di sottrazione di soggettività

La **voce dei degenti irrompe** in interviste e in spezzoni dei verbali delle assemblee, non sono più **“esempio clinico”** (oggi caso clinico) come era nei libri di psichiatria ma le persone emergono come **soggetti che dicono la loro sul processo di trasformazione in atto, sul desiderio di avere una casa, lavoro, affetti.** Dicono la loro e sono anche **critici verso l’equipe curante,** ed è proprio in questa **possibilità di contestazione reciproca tra malati ed equipe curante,** che Basaglia individua il segno del fatto che il **processo restituzione della soggettività sta avendo luogo.**

Gorizia

1. **Apertura** dei reparti
2. Introduzione degli **psicofarmaci**
3. **Umanizzazione** delle relazioni, **stoviglie**, **personalizzazione degli abiti e degli spazi**
4. **Abolizione** graduale dei mezzi di **contenzione**
5. **Assemblee** di reparto e generali, trasformazione dell'ospedale in comunità terapeutica
6. **Ripresa** ove possibile dei **legami con le famiglie** all'esterno, permessi e dimissioni in famiglia
7. **Qualificazione del lavoro degli infermieri e formazione**
8. Trasformazione completa del **significato terapeutico del lavoro dei ricoverati** (lavoro concepito **non** più come elemento di **distrazione** ma come elemento e strumento in grado di determinare una **riacquisizione della fiducia in se stessi** e della scoperta della propria dignità)



l'Assemblea

Momento in cui tutti i membri si ritrovano e apparentemente **assumono insieme le decisioni**: ma **tutto ciò è veramente autentico?**

Non tutti partecipano alla Comunità con lo stesso potere, non è una comunità di eguali, ci sono medici ed operatori da un lato e pazienti dall'altro, al termine della giornata gli operatori tornano a casa mentre i pazienti rimangono nel manicomio, **il potere non è orizzontale**, si fanno le assemblee degli operatori dove si parla delle assemblee allargate e si orienta la vita della comunità in senso terapeutico”

... la comunità così intesa è un ambiente più aperto rispetto al manicomio ma rappresenta **ancora un ambiente artificiale** rispetto alla società vera



l'incidente - Miklus un paziente in permesso a casa uccide la moglie;
tensioni tra Basaglia e
l'amministrazione di Gorizia: Basaglia
lascia Gorizia.

**L'esperienza della Comunità
terapeutica è conclusa**

Trieste

È il 1971 quando Basaglia viene chiamato a Trieste da Michele Zanetti, allora presidente della provincia di Trieste, per dirigere l'ospedale psichiatrico: in questo caso avrà carta bianca e pieno appoggio per portare il suo progetto fino in fondo.

Si formano le cooperative sociali sulle ceneri della vecchia ergoterapia, si salta la fase della comunità terapeutica e si punta all'inclusione nella città.

Dal 1975 nascono 6 Centri di Salute Mentale aperti sulle 24h e 7 giorni su 7, dotati ciascuno di spazi ricreativi per chi ha bisogno di trascorrervi la giornata e di 6-8 posti letto per chi deve trattenervisi qualche giorno. Si aggiungeranno un servizio per l'emergenza, certi riabilitativi riferiti all'arte, allo sport, alla formazione, un numero importante di posti di lavoro nelle cooperative sociali e un servizio carcerario.



Marco Cavallo



Un grande cavallo blu di cartapesta costruito dai degenti dell'ospedale sotto la supervisione di Giuliano Scabia nel 1973 lascia il manicomio e attraversa la città in un corteo di degenti e operatori coinvolgendola in una grande festa di strada per la liberazione dal manicomio e così, già alla fine del 1977, prima dell'approvazione della legge 180, Zanetti e Basaglia possono annunciare in conferenza stampa che l'ospedale psichiatrico è chiuso.

Trieste 1971- 1977

1. Apertura dei reparti e eliminazione di reti e sbarre
2. Qualificazione degli spazi dei reparti e introduzione degli oggetti di vita quotidiana
3. Trasformazione dei ricoveri coatti in volontari
4. Creazione della figura dell'Ospite (la persona che rimane in OP dopo la dimissione finché non ha una casa dove andare)
5. Fine della separazione tra uomini e donne
6. Feste, concerti e spettacoli che fanno entrare nel manicomio la città
7. Degenti e ospiti cominciano ad uscire nella città
8. Costituzione della prima cooperativa di lavoro con i dimessi dall'ospedale (CLU - Cooperativa Lavoratori Uniti - oggi Cooperativa Basaglia)

Il luogo della psichiatria non è più il manicomio ma la città

la libertà è terapeutica



a cura dei centri di salute mentale nel territorio della provincia di trieste

I. 180/78 e I. 833/78

Il **13 maggio del 1978** viene approvata la **legge 180** che chiuderà i manicomi in tutto il paese (negli anni a venire) poi assorbita dopo pochi mesi nella legge 833 della riforma sanitaria che istituisce il SSN.

Il disegno di legge proposto dal governo sarà discusso in settimana dal Parlamento

Manicomi, comincia l'ultimo atto

ROMA — In settimana (il giorno preciso non è ancora deciso) il Consiglio dei ministri sottoporrà all'assenso delle commissioni legislative della Camera il disegno di legge sull'assistenza psichiatrica. Si prevede che l'approvazione della legge avverrà in sede legislativa a breve scadenza dalla presentazione. Sul disegno (proposto da Bonifazi, Indroviati e Anselmi e predisposto per evitare il referendum abrogativo della legge manicomiale) sui fatti gli specialisti si dicono d'accordo: in particolare, le critiche di "contraddittorietà e arre-

tratezza" arrivano da Psichiatria democratica. Ecco i punti più qualificanti della nuova legge.

● Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari e possono essere disposti in via obbligatoria solo eccezionalmente, cioè « se esistono gravi alterazioni psichiche ». Dispone "obbligatorietà" spetto al medico nella sua qualità di autorità sanitaria locale.

● I « trattamenti sanitari obbligatori » a carico dello Stato devono essere attuati nelle strut-

tore pubbliche e convenzionate; l'inferno ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Inoltre, « il trattamento deve essere attuato esclusivamente in specifici e autorizzati servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendono i presidi e i servizi extraspedalieri psichiatrici ». Questi servizi si avvalgono del personale che attualmente presta lavoro negli ospedali psichiatrici.

● La legge infine proibisce la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

“Così siamo usciti dal nostro medioevo”

di DANIELA PASTI

« Non sono uno psichiatra, ma chiunque abbia visto l'orrore di certi manicomi in Italia non può che indignarsi del loro smantellamento ». Carlo Mastantuono, direttore sanitario del S. Camillo, si è sempre dichiarato contro le istituzioni

che gli ospedali ai quali affidare i malati di mente. Ve ne sono infatti alcuni che lavorano con il settanta, l'ottanta per cento dei posti occupati, e queste vengono ritenute le condizioni ottimali per un ospedale, altri, come il S. Camillo, dove abbi-

Per Basaglia ora è da colpire "lo strapotere dei direttori"

di NATALIA ASPESI

TRIESTE, 18 — Entro il mese di aprile il Parlamento dovrà approvare gli otto articoli del disegno di legge che riguarda la riforma psichiatrica: è il solo modo per evitare il referendum popolare per l'abolizione della legge manicomiale che risale al 1964. « Il referendum potrebbe essere un modo per discutere sulla situazione della psichiatria in Italia: ma notremmo anche

in attesa di trovare una sistemazione. Gli altri sono tornati in famiglia o vivono in città in 33 appartamenti, seguiti dai sei centri di salute mentale. L'esperienza, con mille difficoltà, è ormai integrata nella città; i « matti », vivono in mezzo alla gente, i centri sono pronti a intervenire per rispondere dei loro bisogni. Dove troverà aiuto chi sta male nessuno non ci saranno

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

eliminata la definizione **"dannoso a se e agli altri e di pubblico scandalo"** - il mandato diventa necessariamente un **mandato di cura e non di custodia.**

L 81/14 chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza a **gestione sanitaria** (mandato di cura) e **non giuridica** (custodia)

(da) L'istituzione negata ...



Nuovo Politecnico 19 Einaudi 1968, 3^a ed., 1968

A CURA DI FRANCO BASAGLIA

L'ISTITUZIONE NEGATA

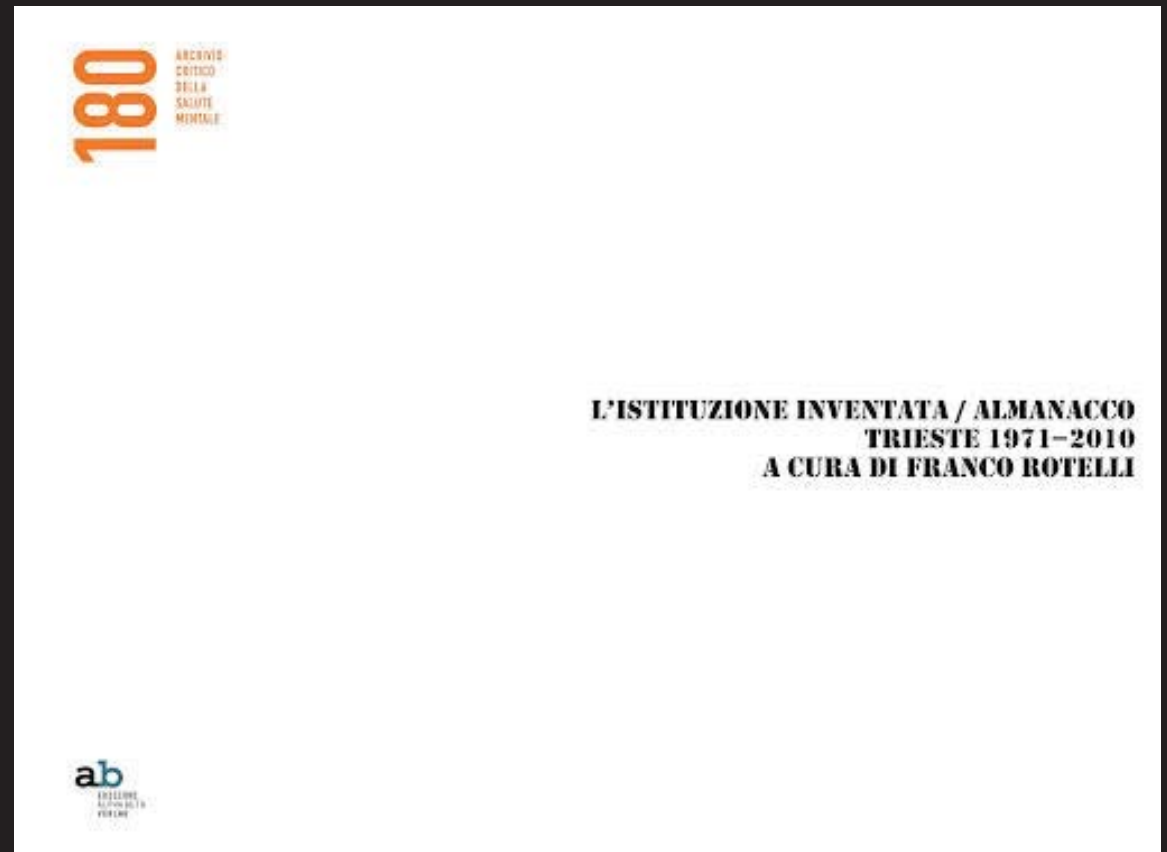
Rapporto da un ospedale psichiatrico



(a) L'Istituzione Inventata)

“La rottura del paradigma fondante
quelle istituzioni, il paradigma clinico,
fu l'oggetto vero del progetto di
deistituzionalizzazione”

Franco Rotelli



L'Istituzione Inventata

“L'istituzione da noi messa in questione (...) non fu il manicomio ma la follia”

“Perché volemmo questa de-istituzionalizzazione? Perché per noi l'oggetto della psichiatria può e deve essere non quella pericolosità né questa malattia (...) L'oggetto fu sempre per noi invece l'esistenza-sofferenza dei pazienti ed il suo rapporto con il corpo sociale”

Il male oscuro della psichiatria è stato nell'aver costruito istituzioni sulle separazioni di un oggetto fittizio, la malattia, dall'esistenza complessiva del paziente e dal corpo della società”

Franco Rotelli

Nell'Istituzione Inventata

“Il problema diventerà non la “guarigione” ma l’ “emancipazione”, non la riparazione ma la riproduzione sociale della gente, (...) occorrerà pure immaginare che l’unica cosa sensata possibile è (...) l’invenzione di un mondo altro, e la creazione di opportunità, di possibilità, di probabilità per il paziente. (...) e per questo **occorrono laboratori, non ambulatori**: laboratori pieni di consapevolezza, macchine di de-istituzionalizzazione”

Franco Rotelli

Nell'Istituzione Inventata

“Siamo sempre più convinti che il lavoro terapeutico sia questo lavoro (...) volto a ricostruire le persone come attori sociali, a impedirne il soffocamento sotto il ruolo, il comportamento, (...) la maschera sovradeterminata di malati.

Che curare significhi occuparsi qui ed ora di far che si trasformino i modi di vivere e sentire la sofferenza del paziente e che insieme si trasformi la sua vita concreta e quotidiana”

Franco Rotelli

Il passo successivo?

“Noi una **risposta** semplice ce l'abbiamo. Il passo successivo è **andare lontano dalla psichiatria e occuparci della salute mentale delle persone**, implica **tentare di coinvolgere (...)** tutto quello che la vita produce di meglio dentro la questione di pratiche di salute mentale, **è un lavoro bellissimo che ci tocca fare**, dovremo **convincere i nostri colleghi a fare questo lavoro**, deve essere fatto insieme da tanti: terzo settore, cittadini, welfare, comunità”.

Franco Rotelli



La situazione attuale della psichiatria

Al di là delle diagnosi e di modelli e tecniche dichiarate nella realtà gli interventi ai quali i soggetti vengono sottoposti sono sempre gli stessi (ricoveri, colloqui, farmaci, interventi di socializzazione).

Gli esiti sono indipendenti sia dalle diagnosi, sia dai trattamenti proposti sia dagli interventi effettivi.

Quai sono le variabili che cambiano realmente le vite delle persone reali?



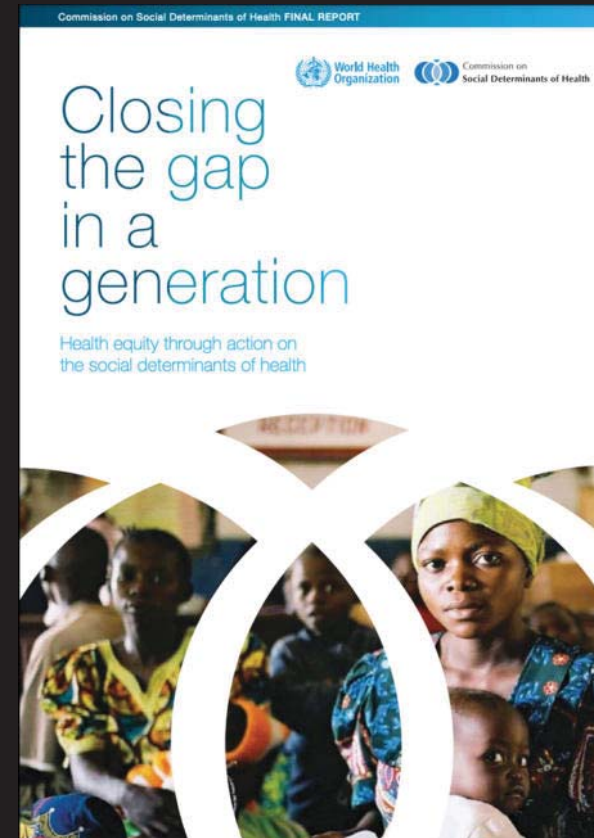
La situazione attuale della psichiatria

“ (...) la <storia naturale della malattia> non incontra modelli e tecniche ma incontra <storie naturali di servizi>, ossia (...) variabili connesse al paziente, alla sua famiglia, al servizio e alla sua organizzazione”

Benedetto Saraceno

World Health Organization - WHO - OMS

“da circa un ventennio ha abbandonato un paradigma di cura basato principalmente sul binomio diagnosi-terapia per approdare a una visione più complessa, che ovviamente non rinnega la clinica e la farmacologica, ma che si basa sul concetto di recovery (tradotto “recupero”), per un approccio di cura centrato sulla persona e sui contesti e che prende le distanze da ogni tipo di semplificazione (...) e che intende garantire non forzatamente l’assenza della malattia ma l’integrazione del soggetto debole nei contesti dei luoghi che abita”



I Determinanti Sociali di Salute (e malattia)

WHO European review of social determinants of health and the health divide



Michael Marmot, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide

The European region has seen remarkable health gains in those populations that have experienced progressive improvements in the conditions in which people are born, grow, live, and work. However, inequities, both between and within countries, persist. The review reported here, of inequities in health between and within countries across the 53 Member States of the WHO European region, was commissioned to support the development of the new health policy framework for Europe: Health 2020. Much more is understood now about the extent, and social causes, of these inequities, particularly since the publication in 2008 of the report of the Commission on Social Determinants of Health. The European review builds on the global evidence and recommends policies to ensure that progress can be made in reducing health inequities and the health divide across all countries, including those with low incomes. Action is needed—on the social determinants of health, across the life course, and in wider social and economic spheres—to achieve greater health equity and protect future generations.

Lancet 2012; 380: 1011–29

Published Online
September 8, 2012
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)

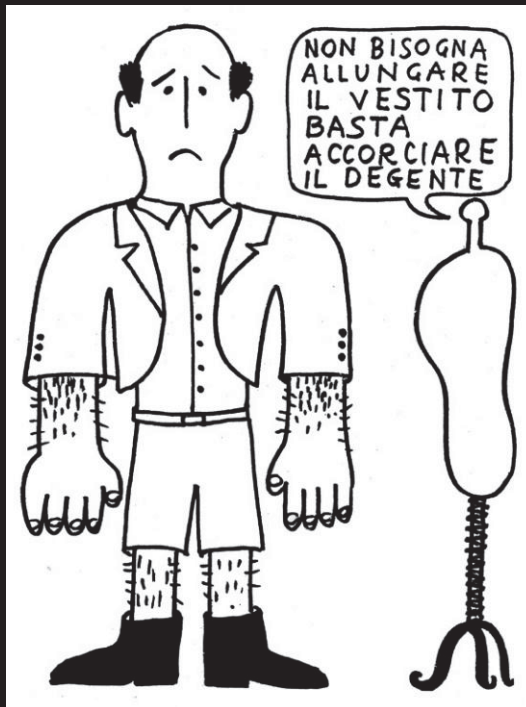
See [Editorial](#) page 950

See [Comment](#) page 951

UCL Institute of Health Equity,
UCL Department of
Epidemiology and Public
Health, UCL, London, UK
(Prof Sir M Marmot FRCP,
FRCGS, FRCR, FRCR, FRCR)

World Health Association - WHO - OMS

L'intervento sulla complessità **non sarà solo medico** (intervento spesso necessario per favorire una maggiore tenuta della persona) ma **verterà su aree - diritti -** specifiche che **corrispondono a riconosciuti determinanti sociali di salute: casa, istruzione, lavoro e socialità**. Il **progetto terapeutico non sarà un progetto preconfezionato ma cucito su misura** considerando i **bisogni radicali** di ogni singolo soggetto.



Alla guida si affiancano sette pacchetti tecnici per lo sviluppo operativo e fattuale di servizi di salute mentale per la crisi, ospedalieri, comunitari, di sostegno tra pari, abitativi e per lo sviluppo di reti complete di servizi.

la psichiatria che vuole **fare salute mentale** e puntare a una **reale democratizzazione delle cure** e che fa tesoro di una vecchia intuizione (oramai in periodo pandemico una certezza) che **non si produce salute che non sia della comunità, per la comunità e nella comunità** si trova ancora di fronte ad una **sfida**

Rinuncia al potere che il ruolo consegna.

Nel momento in cui si pensa e si negozia un progetto terapeutico individuale il potere deve essere socializzato tra i diversi protagonisti così come le risorse e i saperi.

Il passo indietro definitivo della Medicina.

Lo spazio del CO (Mit(...))Gestaltung-Eigentum-Verantwortung, (Coprogettazione, Copotere, Coresponsabilità)

Ce la faremo?

“Ce la faremo? Bene, credo di sì, credo di sì se sapremo capire con la nostra intelligenza, e agire con la nostra professionalità, che deficit di democrazia e deficit di umanità si combattono con lo sviluppo di nuove innovazioni locali e con uno sforzo rinnovato intellettuale, per fare avanzare localmente il pensiero generale. Allora facciamo uno sforzo di ottimismo della ragione e avviamo una nuova stagione di pensiero guidato dalla speranza trasformata in progetto politico, così da mettere in campo pratiche agite all'insegna non di un pessimismo difensivo ma, al contrario, ispirate da una salutare dose di utopia strategica e di capacità di conflitto costruttivo!”

Benedetto Saraceno



Psichiatria

Salute Mentale