



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata**

**Corso di laurea in
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

*Il destino della follia, una ricostruzione storico- sociologica sul
trattamento dei malati mentali e sulla follia*

Relatore:

Davide Ruggieri

Laureando:

Andrea Zorzini

Matricola 2045102

A.A. 2023/2024

INDICE

Introduzione	3
Capitolo I	
1.1. <i>“Follia e cultura”</i>	5
1.2. <i>“Evoluzione storica”</i>	8
1.3. <i>“Il 1961”</i>	14
1.4. <i>“L’Anti-psichiatria”</i>	17
Capitolo II	
2.1. <i>“Individuo e sistema”</i>	20
2.2. <i>“Controllo politico e privatizzazione”</i>	23
2.3. <i>“Il potere dell’industria farmaceutica”</i>	26
2.4. <i>“Percezione sociale e mediatizzazione”</i>	29
Capitolo III	
3.1. <i>“Dalla patologia alla persona”</i>	33
3.2. <i>“Dagli occhi del medico”</i>	37
3.3. <i>“Dagli occhi dell’utente”</i>	39
Conclusioni	43
Bibliografia	45
Sitografia	48
Ringraziamenti	49

INTRODUZIONE

La tesi si propone di esplorare il cambiamento delle percezioni sociali della malattia mentale nella cornice della società contemporanea, concentrandosi in particolare su come la cultura influenzi la definizione di "follia". L'obiettivo è quindi quello di analizzare poi l'impatto della stigmatizzazione sociale nell'attuale esperienza dei soggetti psichiatrici, approfondendo le tendenze e le direzioni attuali. Con questo lavoro vorrei dunque mettere in evidenza anzitutto la forte interconnessione tra follia e cultura dominante, per poter affermare che potrebbero esistere altri percorsi rispetto al solo trattamento medico odierno.

Nel primo capitolo, verrà tracciato un excursus storico, con una particolare attenzione allo studio foucaultiano sulla follia. Il capitolo si aprirà con un'introduzione che esplorerà la relazione tra follia e cultura, fornendo così un quadro di base per comprendere il legame tra concezioni culturali e definizioni della malattia mentale. Verrà poi esaminato il periodo degli anni Sessanta, sottolineando i cambiamenti cruciali avvenuti nel modo di trattare e considerare i malati mentali. Infine, analizzerò come spesso questi sviluppi vengano ricondotti e ascritti, in modo generalizzato e talvolta stigmatizzante, all'etichetta dell'antipsichiatria.

Proseguendo, nel secondo capitolo approfondirò l'analisi del sistema politico e della privatizzazione nel contesto della salute mentale, esaminando come queste forze influenzino in modo diretto e indiretto il rapporto tra medico e paziente. Verranno analizzati i meccanismi attraverso i quali il sistema politico e i processi di privatizzazione condizionano non solo l'accesso ai servizi, ma anche la qualità delle cure, evidenziando eventuali disparità che possono emergere in termini di assistenza e supporto.

Successivamente, esplorerò in modo dettagliato il potere dell'industria farmaceutica, evidenziando come le sue strategie e decisioni abbiano un ruolo cruciale nella definizione dei trattamenti, nella loro commercializzazione e nella percezione stessa della malattia mentale nella società contemporanea. Qui,

metterò in luce le dinamiche di potere economico e di influenza culturale che emergono, analizzando come le linee guida terapeutiche, le campagne di sensibilizzazione e le scelte cliniche siano spesso orientate da interessi che vanno oltre il benessere del paziente. Inoltre, verrà dedicato uno spazio al ruolo dei social network nella costruzione e diffusione dell'immagine pubblica della malattia mentale, riflettendo su come i media digitali abbiano trasformato il modo in cui le persone percepiscono e discutono questi temi. Esaminerò le opportunità offerte dai social network, che facilitano l'informazione e la sensibilizzazione, ma anche le sfide e i rischi, come la diffusione di stigmi, stereotipi e disinformazione, che possono compromettere una comprensione accurata ed empatica della malattia mentale.

Infine, il terzo capitolo sarà dedicato a una riflessione sulle possibili direzioni da intraprendere per migliorare il sistema attuale. Presenterò le principali proposte e soluzioni innovative per affrontare le problematiche sociali legate alla salute mentale, con l'obiettivo di contribuire a un cambiamento positivo e strutturale. In questa sezione, verranno analizzati approcci che promuovano l'inclusione, la prevenzione e il supporto continuo, al fine di garantire un accesso più equo e una migliore qualità dei servizi per chi è affetto da disturbi mentali.

Attraverso questo elaborato di tesi, intendo fornire una visione complessa e articolata dell'evoluzione storica e sociale della malattia mentale, delle sue interpretazioni culturali, e delle dinamiche attuali legate al suo trattamento e alla percezione pubblica.

CAPITOLO I

1.1. "Follia e cultura"

La cultura, come sappiamo, non è un'entità immutabile, ma muta con il tempo esattamente come ciò che la caratterizza dall'interno. Essa ha dunque un carattere sostanzialmente storico ed è costituita da norme, valori, pratiche, comportamenti e simboli¹, ed è inserita in un processo dinamico costantemente influenzato sia da fattori sociali che politici ed economici.

Ogni sfaccettatura che compone il sociale ha subito dunque numerose modificazioni durante la storia e questo processo di trasformazioni continuerà incessantemente lungo il percorso della società umana. Il concetto stesso di follia è soggetto a queste dinamiche, ovvero si trasforma in base al periodo storico in cui si trova e al clima sociopolitico in cui si inserisce. La follia, nella sua complessità, è stata esplorata in numerosi modi, principalmente come condizione clinica o psichiatrica (dunque da una prospettiva prevalentemente medica). Tuttavia, essa può essere affrontata anche come un fenomeno sociale, in grado d'offrire una mappa di lettura differente dalle altre, da utilizzare con lo scopo di comprendere e di interpretare la società e soprattutto cercare d'aiutare coloro che sono considerati "malati di mente".

Ogni società si è comportata in modo differente riguardo questo tema: ci sono state epoche storiche e contesti sociali che l'hanno distanziata o "rimossa", altre hanno cercato di curarla, altre ancora l'hanno elevata "celebrandola" e infine altre hanno semplicemente cercato di sopprimerla. Questi atteggiamenti non sono mai casuali, ma anzi riflettono ragioni precise che si possono comprendere analizzando il contesto culturale di ciascuna società.

La definizione di follia varia, dunque, a seconda dei valori e delle norme culturali dominanti, d'altronde prima d'essere esclusiva del settore medico,

¹ Per Richard Peterson la cultura si compone essenzialmente di quattro elementi: valori, norme, credenze e simboli espressivi (Peterson, 1979).

essa è emersa dalla società stessa. È quest'ultima che sancisce ciò che è folle e ciò che non lo è, dichiarando così ciò che è accettato e ciò che invece non lo è.

Stando alle parole di Frédéric Gros: “Alla radice del nostro rapporto con la follia, c'è piuttosto un gesto di separazione, una maniera di escludere l'altro per liberarci dalla sua ossessione e per poterci definire all'interno di un'integrità culturale determinata”². La follia dunque, prima dell'oggettivazione medica, è stata una modalità di definizione e di separazione di “spazi”, tra chi sta da una parte e chi sta dall'altra, tra chi è reputabile uomo di ragione e chi di “sragione”, tra chi possiede dei diritti e chi invece è posizionato verso gli ultimi scalini della piramide sociale.

Nel ripercorrere le dinamiche storico-istituzionali moderne, per Foucault il folle ha conquistato un suo ruolo e una sua identità, acquisiti con il passare del tempo, ovvero “non è più un personaggio inquietante, con un'aura mistica, diventa piuttosto un problema sociale”³. Cosicché per tutti sia chiaramente riconoscibile e separabile da ciò che viene considerato normalità dalla maggioranza, (sarà questa una delle ragioni e motivazioni prime che porteranno all'apertura dei manicomi).

Questo processo di assegnazione di ruolo è stato ed è tuttora fondamentale per la nostra società, poiché permette di rendere visibile la differenza tra normalità e devianza, semplificando così la lettura del sociale per chi ne fa parte. Creare la figura del folle significa, dunque: assegnare ad un gruppo di persone un insieme di caratteristiche proprie, in questo caso negative (per esempio stupidità, pericolosità...) e sancire che ogni individuo appartenente ad esso sia pressoché identico all'altro (si applicherà così per ognuno lo stesso trattamento sia sociale che terapeutico).

Tutto questo rimanda a ciò che è stato esplicitato poco sopra, ovvero che è il contesto sociale ad attribuire precisi significati al concetto di follia e alle sue forme. È fondamentale quindi riconoscere la follia come una costruzione sociale

² Gros, F. (2011). Nota sulla “Storia della follia”. *Aut Aut*, 351, 10-17.

³ Ivi, 12.

mutevole. Pertanto, risulta obbligatorio interrogarsi su ciò che stiamo facendo e sul modo in cui trattiamo questo fenomeno, riflettendo sulle implicazioni delle nostre percezioni e idee.

Al momento, prevarrebbe ancora una visione sostanzialmente medicalizzata del tema della follia, come aveva intuito originariamente Foucault, il quale durante un'intervista per il France Culture condotta ormai cinquant'anni fa sosteneva: "la nostra è una cultura nella quale l'intero fenomeno della follia è stato confiscato dalla medicina. In cui un folle è essenzialmente solo un malato di mente"⁴. L'unica cura per la malattia e per la sua comprensione è rappresentata dal potere medico e farmaceutico, e sono questi gli unici ambiti che sembrerebbe si possano occupare dell'argomento oggi. Il folle, anche se non più torturato e vittima di soprusi come nel passato, rimane comunque un soggetto passivo, vittima di stigmatizzazione ed etichettamento nella nostra contemporaneità. È essenzialmente, come detto, un malato, e un malato è visto come un anormale: una figura che non può adempiere ai propri doveri e quindi problematica per la società. Il suo unico scopo risulta quello di trovare una soluzione al suo essere guarendo e allineandosi alla normalità: dunque curandosi e sottoponendosi a ciò che decide la medicina; e se non si conformerà al potere medico le conseguenze possono essere certamente severe.

La situazione attuale dimostra che ci sono stati certamente importanti passi in avanti nell'inclusione sociale di soggetti psichiatrici, ma certamente ci sono margini ulteriori di miglioramento da questo punto di vista che possono essere compresi evidentemente adottando una prospettiva culturalista. Non è detto, infatti, che il modello attuale sia l'unico corretto e perseguibile: se riconosciamo l'assunto per il quale è la cultura che "costruisce" la follia, possiamo affermare con fermezza che la cura del "folle" in senso medico non è l'unica soluzione e via possibile. Esistono già soluzioni non strettamente legate a processi e trattamenti medico-farmacologici e sicuramente possono

⁴ Foucault, M. (1961). "Non esiste cultura senza follia". *Aut Aut*, 351, 8.

nascere altre strade da esplorare, con la capacità d'offrire approcci alternativi e, soprattutto, sempre più inclusivi.

1.2. "Evoluzione storica"

Il concetto di follia possiede una storia evolutiva antica e complessa, come già anticipato in precedenza. Seguendo l'approccio di Foucault nella sua opera "Storia della follia nell'età classica" (1961), il punto d'inizio è segnato dalla scomparsa della lebbra. Questo fenomeno rappresenta il punto di partenza per analizzare il percorso evolutivo del concetto di follia e della sua gestione sociale.

Alla fine del Medioevo, la lebbra scompare dal mondo occidentale, e tutto ciò che portava con sé svanisce: paure, stigmi, esclusioni e reclusioni. I lebbrosai, strutture di "cura" che assomigliavano più a prigioni, si svuotano. Questi istituti erano presenti in tutta Europa e, secondo alcune fonti, se ne contavano più di diciannovemila nel mondo cristiano⁵.

Sarà proprio la follia a occupare il posto vacante lasciato dalla lebbra, anche se non in modo immediato: ci vorranno almeno due secoli per consolidarsi e acquisire una forma riconosciuta, un posto che poi manterrà fino ad oggi. Nella cultura medioevale, la follia viene "oggettivata" per la prima volta in modo emblematico nella figura della "Nave dei folli" (*Stultifera Navis*), un primo simbolo di esclusione e marginalizzazione. Una visione a tratti quasi "romantica" d'esclusione, riprendendo un passo di Foucault, il folle è descritto come: "Prigioniero nella nave da cui non si evade, il folle viene affidato al fiume delle mille braccia, al mare delle mille strade, a questa grande incertezza del tutto. Egli è prigioniero in mezzo alla più libera, alla più aperta delle strade: solidamente incatenato all'infinito crocevia"⁶. L'autore lo definisce giustamente "Prigioniero del passaggio", poiché egli non avrà mai dimora fissa e mai una patria propria. Sarà per la sua intera vita un eterno viaggiatore. La visione del folle da parte della società medioevale non è ancora precisa e caratterizzata

⁵ Foucault, M. (2006). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR Rizzoli, Mondadori, 1.

⁶ Ivi, 71.

da forti ambiguità, ma lentamente acquisisce valori e significati. Citando ancora un passo di Foucault: “La follia e il folle diventano personaggi importanti nella loro ambiguità: minaccia e derisione, vertiginosa irragionevolezza del mondo, e meschino ridicolo degli uomini”⁷.

Proprio questa ambiguità contraddistinguerà il folle per tutta la fine del Medioevo fino al Rinascimento: essa è una figura che allo stesso momento affascina, attrae attenzioni e interesse ma anche spaventa e crea timori. Comincia così a raggruppare in sé alcune paure, tra cui prima tra tutte la morte, “essa è l’anticipo della morte”. Similmente agli appestati, “i portatori di “follia” vengono posizionati simbolicamente (cioè da un punto di vista culturale) in una zona di limbo tra la vita e la morte, riflettono per i sani ciò che ci sarà dopo: il nulla. Acquisiscono, dunque, uno stadio che possiamo definire di non esistenza: con una formula paradossale si direbbe che sono vivi, ma non del tutto.

In questo contesto, inoltre, la follia viene anche interpretata funzionalmente dalla religione. La dottrina religiosa, attraverso la sua visione dualistica di contrasto tra bene e male, associava strettamente la follia con il peccato originale e al Diavolo. Preti e sacerdoti, infatti, erano soliti interpretarla come una forma di possessione demoniaca e del malefico. E tutto ciò l’avvicina ancor di più alla mortalità umana e soprattutto alla corporalità.

Ma in tutto questo vi era anche, come detto, una tendenza inversa, difatti i folli sono stati spesso anche protagonisti di opere letterarie, teatrali e artistiche durante il medioevo e il rinascimento. Basti pensare a “*L'Elogio della Follia*” di Erasmo da Rotterdam, che al suo interno cerca di rivelare l’ambiguità del folle, visto sia come figura di derisione che come rivelatore delle verità più nascoste e scomode della società. Oppure è emblematica anche la figura del giullare, che, seppur utilizzato per ridere all’interno delle corti, poteva esprimere, secondo alcuni, grandi verità attraverso proprio l’utilizzo della follia.

Per questi motivi, possiamo affermare che il Rinascimento sia stato, dunque, anche un periodo “stranamente ospitale” per la follia e che per certi

⁷ Ivi, 73.

versi sia riuscito quasi ad accettarla e non escluderla completamente. Un contesto in cui quindi non è stata solo marginalizzata, ma ha trovato anche uno spazio come parte della complessità dell'essere umano, incarnando allo stesso tempo sia quel motivo di fascino che di inquietudine nelle persone. Una tendenza, quella del fascino, che però si disperderà alle porte del nuovo secolo, cioè dell'età classica. Le città, gli individui e gli stili di vita mutano rispetto al periodo precedente e con essi mutano anche il concetto di follia e le modalità con cui viene trattata. In questo contesto si entra, in quella fase che Foucault chiamerà "Grande internamento". In cui la follia non è caratterizzata dalla ambiguità rinascimentale, di cui ho parlato poc'anzi, ma diventa un fenomeno di "disturbo sociale", intollerabile e quindi da isolare. I folli saranno quindi segregati all'interno di prime istituzioni totali (i passati lebbrosai), con lo scopo di controllare e disciplinare l'anormale e il diverso.

"Una data può servire come punto di riferimento: 1656, decreto di fondazione dell'Hôpital général, a Parigi"⁸, stipulato dal Luigi XIV. Lo scopo di questa nuova istituzione era quello di raccogliere, internare e controllare anzitutto i poveri e i vagabondi, ma coinvolgerà con il tempo anche i malati mentali e tante altre categorie marginalizzate. La sua creazione segue una politica volta a ridurre la mendicizia e l'ozio nelle città, segnalando un cambiamento verso una gestione più severa della povertà e della devianza.

La fondazione dell'Hôpital Général rappresenta un momento storico cruciale nella trasformazione della gestione della follia. Esso sancisce pienamente il passaggio da un periodo in cui i folli e i poveri erano visti con un certo grado di tolleranza, a un periodo invece in cui saranno sistematicamente segregati e trattati come problemi sociali da controllare. Come scritto da Foucault: "La follia è come desacralizzata, ciò deriva anzitutto dal fatto che la miseria ha subito questa specie di decadenza che la fa concepire ormai nel solo orizzonte della morale. È nata una nuova sensibilità nei suoi riguardi non più religiosa, ma sociale"⁹. Un ulteriore ragione di questo processo, oltre

⁸ Ivi, 117.

⁹ Ivi, 136.

l'intolleranza all'ozio, individuata nuovamente da Foucault, è: la progressiva crescita d'importanza sociale acquisita dalla famiglia borghese nella nostra cultura. Avere un elemento interno considerato "anormale" e diverso non viene più accettato dalla famiglia stessa, che preferisce allontanare (dunque internare il membro ingombrante) pur di non perdere il proprio status.

Le principali pratiche, facendo un elenco sintetico, interne a questa prima grande istituzione totale sono: l'impiego del lavoro forzato, in risposta alla problematica dell'oziosità; una disciplina interna molto severa, con regole rigide e punizioni per chi non le rispettava; relazioni con il mondo esterno quasi assenti, gli internati erano isolati dalla società, e dunque anche dalle famiglie; e infine vi era una completa mancanza di cure mediche, non vi era difatti nessun carattere curativo (o realmente riabilitativo), dato che lo scopo unico e finale era quello di isolare chi veniva internato.

Durante il Diciottesimo e Diciannovesimo secolo, questo modello d'internamento si va sempre più rafforzando; i neo-ospedali "psichiatrici" (come il Bicêtre) si espandono e diventano luoghi destinati a rinchiudere solamente chi considerato folle. Non troviamo più, dunque, un miscuglio eterogeneo di persone al suo interno (durante la prima fase dell'internamento, infatti, si potevano trovare situazioni in cui folli, sifilitici e criminali erano rinchiusi nelle stesse celle). La follia ha ormai acquisito un suo spazio e una sua forma. La successiva trasformazione avverrà alle porte del Diciannovesimo secolo, attraverso lo sviluppo della psichiatria come disciplina medica: seguendo le riflessioni di Foucault, è possibile designare come figura emblematica di questo passaggio lo psichiatra Philippe Pinel (noto tra i tanti, per aver liberato gli internati di Bicêtre nel 1793). Egli, attraverso la psichiatria, offrì un nuovo significato socio-culturale al concetto di "follia": essa, difatti, non sarà più considerata una manifestazione di immoralità, come prima, ma acquisirà un nuovo riconoscimento, cioè quello medico-psichiatrico. In questo nuovo paradigma, si inizia a concepire che le persone affette da disturbi mentali debbano essere curate e non semplicemente rinchiusi, maltrattate e segregate come carcerati. Tuttavia, questa nuova visione positivista, sebbene

promettente nel considerare gli internati in modo più umano, porterà nel corso degli anni alla creazione di nuovi processi di esclusione e anche reclusione, come nel caso noto delle istituzioni manicomiali. La separazione sociale, da questo momento in avanti, si delinea sostanzialmente tra chi è normale e chi possiede una patologia (psichiatrica). Questo dualismo diventa un principio centrale. L'idea di una linea di confine tra ciò che è considerato normale e ciò che è ritenuto patologico non solo determinerà il modo in cui vengono classificati i comportamenti e le esperienze umane, ma contribuirà anche a definire le politiche sanitarie, le pratiche di cura e l'approccio sociale nei confronti della salute mentale. Questa distinzione porterà a un incremento della medicalizzazione dei comportamenti umani, poiché ogni deviazione dalla norma può essere interpretata come un segnale di patologia e di disturbo. In tal senso, Mauro Bertani osserva: “Significa che il manicomio, così come tutto l'arsenale clinico, teorico, psicopatologico e terapeutico, costituisce una macchina per produrre dei folli in nome e grazie a una scienza medica della malattia mentale”¹⁰.

Tuttavia, questa dicotomia solleva quesiti etici: un comportamento o un modo d'essere è patologico in quanto tale o diventa patologia poiché devia dalla cultura dominante in cui è inserito? In altri termini, è la cultura medico-psichiatrica che “produce” i disturbi o le malattie psichiatriche?

Il rischio è che ciò che è "diverso" venga etichettato sistematicamente come "malato", trasformando in patologia ogni comportamento fuori dalla norma dominante. E in tal modo, interi gruppi di individui vengono isolati e marginalizzati, favorendo una visione distorta che rafforza pregiudizi e disuguaglianze sociali.

Riprendendo le fila del discorso storico, i manicomi emergono come le nuove istituzioni dominanti per quanto riguarda la “follia” e la salute mentale, assumendo un ruolo centrale nella gestione della devianza e della malattia, e hanno mantenuto la loro operatività fino a quaranta anni fa, sino a quando non verranno messe in discussione dal movimento antipsichiatrico. La funzione

¹⁰Bertani, M. (2011). Un'opera morale (e la storia della psichiatria). *Aut Aut*, 351, 79.

manifesta, con cui nascono, è quella di cura; tuttavia, le funzioni latenti si distanziano di gran lunga da questa, e sono molteplici: segregazione, stigmatizzazione, controllo sociale ed emarginazione dei soggetti ritenuti "devianti". Queste strutture fungono, nuovamente, come strumenti per mantenere l'ordine sociale, nascondendo agli occhi della società ciò che veniva percepito come anomalo e inaccettabile (lo stesso meccanismo delle passate strutture d'internamento). Le principali caratteristiche dei manicomi sono: l'isolamento forzato, trattamenti di cura inumani come l'elettroshock oppure la lobotomia, la sostanziale privazione dei diritti, la permanenza pressoché indeterminata e infine, una separazione netta tra chi possiede il potere e chi invece viene soggiogato. Parole di Basaglia, riprese da Foucault: "Il puro potere del medico aumenta vertiginosamente proprio perché diminuisce quello del malato che, per il fatto stesso di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico, diventa automaticamente un cittadino senza diritti, affidato all'arbitrio del medico e degli infermieri, che possono fare di lui ciò che vogliono"¹¹. L'insieme di tutti gli elementi, detti poc'anzi, trasformarono i manicomi in veri e propri dispositivi di oppressione e controllo sociale, come descrive con grande attenzione Erving Goffman all'interno dell'opera "Asylums" (1961).

Questa deriva istituzionale ci invita a riflettere criticamente, ancora oggi, sulle modalità in cui la società gestisce la diversità e la salute mentale. Tali istituzioni e disposizioni non sono mai neutre, ma anzi, esse sono dense di potere e di logica di dominio/controllo; potere, con cui si rafforza una certa idea di "ordine sociale" e si mantiene il controllo su ciò che viene percepito come "altro" o "diverso". E proprio oggi, sebbene i manicomi siano stati chiusi (almeno in Occidente), il loro lascito persiste nelle forme contemporanee di esclusione, marginalizzazione e stigmatizzazione. Un esempio concreto, "studi evidenziano come lo svantaggio sociale sia causa e conseguenza della stessa e il report della "Social Exclusion Unit" (SEU 2004) mette in rilievo come i soggetti con patologie psichiatriche croniche siano tra le persone più escluse dalla

¹¹Foucault, M. (2003). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-74)*. Milano: Feltrinelli, 294.

società e come lo stigma e la discriminazione possano accompagnare la persona per molto tempo dopo la scomparsa dei sintomi”¹².

1.3. “Il 1961”

Si è ritenuto opportuno, dedicando questo paragrafo, sottolineare gli aspetti relativi al florido decennio compreso tra gli anni Sessanta e Settanta del Novecento, poiché la forza innovativa e “distruttiva” degli ideali di quel periodo a mio avviso merita uno spazio adeguato. Gli anni Sessanta hanno portato un profondo rinnovamento culturale in pressoché ogni ambito, compreso quello della follia e della salute mentale, riuscendo a ribaltare il paradigma dominante preesistente e resistente. Per la prima volta, si è data davvero voce agli esclusi e alle minoranze, sia in ambito letterario-accademico sia attraverso azioni di vera e propria riforma. Questo slancio sembra essersi fermato nel presente.

Facendo una rassegna delle pubblicazioni e degli autori che hanno segnato l'importanza di questo decennio, possiamo ricordare, tra le prime opere, “Storia della follia” di Michel Foucault (1961), in cui per la prima volta viene messo in luce l'intero processo di esclusione dei folli nella storia umana, con particolare attenzione al periodo “classico” (ampiamente trattato nel sotto capitolo precedente). A seguire, Erving Goffman con “Asylums” (1961) e “Stigma” (1963): il primo testo incentrato sull'istituzione totale del manicomio e il secondo sui processi di stigmatizzazione ed esclusione che avvengono nella realtà di tutti i giorni, evidenziando come le etichette sociali possano influenzare la vita delle persone marginalizzate e rafforzare la loro condizione di isolamento sociale. Troviamo poi altri autori fondamentali, come Thomas Szasz con “Il mito della malattia mentale” (1961), Frantz Fanon con “I dannati della Terra” (1961), ed Ernesto de Martino con “La terra del rimorso” (1961). Infine, ma non per importanza, in questo periodo emerge anche la figura di Franco Basaglia, che

¹² P.W. Corrigan. (2000). Mental health stigma as social attribution: implication for research methods and attitude change, *Clinical Psychology and Sciences Practice*, 7: 48-67.

segnò la svolta decisiva alla lotta contro le istituzioni totali. E proprio tutto l'insieme dei saggi precedentemente citati ha accompagnato, in modo diretto e indiretto, il progetto sulla psichiatria italiana, ossia la sua battaglia per abbattere definitivamente le istituzioni manicomiali: cominciata a Gorizia, spostata poi a Trieste e culminata con l'approvazione della Legge 180/1978 (che porta appunto comunemente il nome di "legge Basaglia"). Questi testi, ciascuno a proprio modo, hanno infatti contribuito a fornire la base teorica e la cornice critica che ha sostenuto la lotta contro le istituzioni psichiatriche, ispirando il suo impegno a favore di una psichiatria più umana e inclusiva, che rifiutasse nella sua totalità ogni idea di segregazione ed esclusione e che restituisse dignità ai pazienti. La dignità dei pazienti è proprio il punto cardine che emerge con forza negli scritti della maggior parte di questi autori. Il fulcro del loro pensiero e lo scopo delle loro opere era stimolare il cambiamento sociale e anche una diversa prospettiva culturale. Riabilitando tutte quelle persone che, per secoli, erano state stigmatizzate per la loro diversità, rinchiusi in manicomi e sottoposte a trattamenti che oggi consideriamo disumani e spregevoli. Non è un caso che Basaglia, in molte sue dichiarazioni, si sia detto sconvolto dalla situazione che trovò nei manicomi di Gorizia e Trieste. Tuttavia, dichiarò anche di non esserne più di tanto sorpreso, poiché quel tipo di trattamento rappresentava la norma dominante, una norma che, andava urgentemente cambiata. Facendo sì che la società smettesse di considerare la malattia mentale come una colpa o una deviazione da punire e iniziasse a trattarla con umanità e comprensione, restituendo dignità a chi era stato emarginato e oppresso. Risentiamo ancora dell'impatto di queste battaglie, combattute sia accademicamente che istituzionalmente, ovvero "sul campo". Gli anni '60 furono un periodo di vera rivoluzione, un taglio netto con il passato. È innegabile, infatti, che la chiusura dei manicomi e il cambiamento nel trattamento dei "malati" rappresentino miglioramenti epocali. Per la prima volta, a questi soggetti è stata riconosciuta una voce – una voce che, tuttavia, si sta gradualmente soffocando.

Lo spirito combattivo e le ideologie di quegli anni si sono affievoliti, e chi soffre di malattie mentali si trova ancora sotto il giogo della medicina, subendo

quotidianamente nuove forme di stigmatizzazioni e pressioni sociali. I progressi sembrano essersi fermati. Nella comunicazione odierna in merito all'argomento, si parla spesso solamente al passato, elogiando la scomparsa dei manicomi, ma la realtà è bensì più complessa: i manicomi esistono ancora, sebbene sotto nuove forme. Si è assistito alla chiusura di un'istituzione "totale" (per usare una locuzione goffmaniana), ma la sua logica sopravvive in altre modalità all'interno della società, con nomi, pratiche e strutture diversi. A tal riguardo Angermeyer e Matschinger hanno recentemente sostenuto: "Nonostante la chiusura delle strutture manicomiali, la drastica riduzione dei posti letto nelle istituzioni psichiatriche e la collocazione dei servizi psichiatrici all'interno della comunità, marginalizzazione, esclusione sociale e pregiudizio continuano a essere causa di ulteriore sofferenza per le persone affette da disturbi psichiatrici."¹³

Alcuni studiosi¹⁴, parlano in tal senso di processo di "re-istituzionalizzazione" che si verifica in modo coatto, aumentando il controllo e i poteri decisionali delle istituzioni e dei professionisti della salute mentale sulle vite delle persone. Questo processo viene in parte spiegato analizzando la relazione tra carceri e strutture psichiatriche, poiché in alcuni contesti i soggetti psichiatrici vengono di fatto detenuti in carceri, quando strumenti di riabilitazione o programmi di detenzione specifici non risultano adeguati o disponibili. In circa 158 Paesi, prevalentemente a basso e medio reddito, tale associazione tra popolazione carceraria e ospedali psichiatrici può dipendere sia dalla capacità economica dei governi di finanziare gli istituti di detenzione, sia dalle differenze culturali nell'interpretazione e gestione dei comportamenti considerati anormali o criminali.

Le persone affette da disturbi mentali si trovano così a subire decisioni che incidono in modo profondo sulla loro esistenza. Questa tendenza non solo mantiene un modello di controllo, ma contribuisce anche alla forma di

¹³. M.C. Angermeyer e H. Matschinger. (2005). Causal Belief and Attitude to People with Schizophrenia: Trend Analysis Based on Data from Two Population Surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 186: 331-34.

¹⁴ M.M. Large e O. Nielssen. (2009). The Penrose Hypothesis in 2004: Patient and Prisoner Numbers Are Positively Correlated in Low- and Middle-Income Countries but Are Unrelated in High-Income Countries. *Psychology and Psychotherapy*, 82: 113-19.

ulteriore isolamento e stigmatizzazione dell'individuo da parte della società. Le condizioni sono certamente migliorate, ma evidentemente ci sono margini di ulteriore miglioramento dal punto di vista socio-culturale. È dunque corretto parlare delle opere di Franco Basaglia (del quale proprio quest'anno ricorrono i cento anni dalla nascita), ma è fondamentale coglierne lo spirito e adattarlo alle sfide del presente. Non basta più solo celebrare i risultati ottenuti in passato: occorre proseguire quel cammino di trasformazione, portando avanti l'idea di una salute mentale più umana e inclusiva, che tenga conto delle nuove problematiche e delle evoluzioni sociali. Solo così possiamo onorare davvero l'eredità di Basaglia e degli altri autori e continuare a combattere per i diritti di chi soffre di disturbi mentali, evitando di riproporre nuove forme di istituzionalizzazione.

1.4. *"L'Anti-psichiatria"*

La maggior parte degli autori menzionati in precedenza, così come i successivi sostenitori, è stata spesso etichettata come "anti-psichiatria"¹⁵ (o movimento antipsichiatrico).

Questo termine nasceva originariamente con un connotato dispregiativo: etichettando in modo errato e fuorviante una corrente di pensiero che, in realtà, non si oppone alla psichiatria in sé, ma metteva in discussione i modelli di cura e i metodi con cui le persone affette da disturbi mentali venivano trattate. Gli autori associati a questo movimento, nella maggioranza dei casi, non hanno mai negato l'esistenza della malattia mentale o la necessità di un trattamento di questa, ma hanno sollevato critiche profonde rispetto alle pratiche istituzionalizzanti, alla riduzione della persona a un "caso clinico" e al controllo sociale esercitato dalle istituzioni psichiatriche. Dunque, la loro posizione, troppo spesso volutamente distorta, non è un rifiuto della psichiatria come scienza o disciplina medica, bensì un invito a ripensare radicalmente i

¹⁵ Jervis, Giovanni (1988), *L' antipsichiatria tra innovazione e settarismo: estratto*, S.I.: s.n. (stampa Lama (PG): S.A.T. Società Artigiana Tipografica.

paradigmi su cui si fonda, con l'obiettivo di restituire dignità e autodeterminazione ai pazienti. In questo senso, è importante distinguere tra la critica al modello istituzionale e il rifiuto della psichiatria stessa, una confusione che ha contribuito alla percezione distorta sull'argomento.

Fin dalla prima analisi foucaultiana, l'apparato psichiatrico ha percepito le critiche come una minaccia diretta, reagendo come se lo scopo unico di questi, "gli anti-psichiatri", fosse quello di smantellare ed eliminare completamente la loro disciplina medica. Tuttavia, come già detto, l'intento di questi autori non è mai stato quello di negare l'esistenza della malattia mentale o di distruggere la psichiatria in quanto tale. Al contrario, leggendo i loro saggi, emerge chiaramente un approccio dialettico, un invito a ripensare i modelli esistenti. Prendendo ad esempio Franco Basaglia, egli non ha mai sostenuto che i disturbi mentali non esistano, né ha mai affermato che la psichiatria dovesse essere abolita. Ciò che va eliminato, secondo Basaglia, sono i sistemi di oppressione che si sono consolidati nel tempo all'interno delle istituzioni e della psichiatria. La critica non è dunque diretta contro la scienza medica in sé, ma contro le pratiche oppressive che riducono il malato a un oggetto del sistema "diagnosi - trattamento farmacologico", opprimendo la soggettività e l'agency della persona.

La risposta a questo etichettamento fallaceo è stata l'appropriazione del termine "anti-psichiatria", da parte di chi ha effettivamente seguito questa corrente, trasformandolo da aggettivo "dispregiativo", originariamente utilizzato dagli esponenti della psichiatria tradizionale e da istituzioni che sostenevano un approccio medico conservatore, a elemento distintivo della loro visione critica. In questo modo è stato ridefinito come simbolo della lotta contro i modelli di dominio, di oppressione e di alienazione del trattamento psichiatrico tradizionale. In tal modo, hanno cercato di ribaltare il significato originario, rendendolo uno strumento di critica e riflessione sul sistema.

Il dibattito tra psichiatria e anti-psichiatria potrebbe apparire, a mio avviso, sterile e controproducente. Piuttosto che alimentare schieramenti e divisioni, che servono solo a rafforzare l'appartenenza a un gruppo, sarebbe invece

fondamentale focalizzarsi sull'obiettivo comune: la cura e il benessere della persona e della sua salute mentale. Insistere sulla dicotomia tra psichiatria e anti-psichiatria rischia di farci perdere di vista ciò che veramente conta: costruire un sistema di cura che metta al centro la persona. Anche se il codice etico della Società Italiana di Psichiatria riconosce già formalmente questo principio¹⁶, è cruciale promuovere pratiche che rispondano pienamente alle necessità individuali e rispettino la dignità di ciascuno che ne ha bisogno.

Non si tratta più di scegliere tra i due schieramenti, ma invece, di riconoscere la complessità che accompagna la salute mentale, che richiede un approccio diverso: centrato per ogni singolo individuo che chiede un supporto.

La psichiatria deve riconoscere la necessità di considerare la persona nel suo insieme: non più come semplice "caso clinico", ma come un individuo con una storia, una rete sociale e delle risorse che devono essere parte integrante del processo di aiuto. Dall'altra parte, anche l'anti-psichiatria dovrebbe superare l'ottica conflittuale e sistematicamente anticonformistica che la contraddistingue. È fondamentale che si sposti il dibattito dalla pura opposizione verso un contributo costruttivo, in cui si possano proporre modelli alternativi di cura che non siano basati solo sulla critica, ma anche su una concreta possibilità di cambiamento. Solo così sarà possibile passare da una posizione puramente reattiva a una di dialogo e collaborazione, che consenta di costruire un nuovo sistema di cura che sia davvero centrato sul benessere della persona, piuttosto che su etichette e schieramenti ideologici. In tal modo, si potrà andare oltre la contrapposizione sterile tra psichiatria e anti-psichiatria, aprendo la strada a nuove soluzioni che mettano al centro la dignità e l'autonomia delle persone.

¹⁶ Società Italiana di Psichiatria. *Codice Etico*. 2024. Accesso 30 ottobre 2024. <https://psichiatria.it/wp-content/uploads/2024/06/CODICE-ETICO-SIP.pdf>.

Capitolo II

2.1. "Individuo e sistema"

La società in cui viviamo è caratterizzata da processi sociali, economici e culturali che incidono profondamente sull'individuo e sulla sua salute, sia fisica che mentale. La realtà odierna richiede persone forti, autonome, dotate di "skills" per affrontare qualsiasi eventualità e così in grado di non gravare sugli altri. In sintesi, si richiede efficienza e produttività. Una vasta letteratura scientifica in campo sociologico (da Bauman a Sennett, da Beck a Bourdieu) fa pensare che chi non risponde a queste aspettative sistemiche viene marginalizzato e stigmatizzato, considerato "improduttivo", inutile e di peso per il sistema. Di conseguenza, chi è malato viene percepito come un "errore", un corpo inefficiente, e la pressione sociale impone una guarigione rapida per tornare al più presto operativi. Si richiede una vera e propria "automatizzazione" della persona.

Se nel caso della salute fisica questo processo è più evidente, poiché la malattia è visibile, per la salute mentale la situazione è decisamente più complessa. Le problematiche mentali non sono visibili come una lesione fisica o una massa tumorale, e la loro natura è altamente soggettiva, legata non solo all'individuo, ma anche al contesto sociale in cui è inserito.

Il processo di "efficientizzazione" della salute mentale segue un modello consolidato, basato sul binomio "diagnosi - trattamento farmacologico", con il "DSM" come punto di riferimento centrale. Il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) è il manuale utilizzato dagli psichiatri di tutto il mondo per diagnosticare e classificare i disturbi mentali. L'obiettivo del DSM è fornire criteri diagnostici standardizzati e catalogare i disturbi psichiatrici, basandosi su sintomi osservabili e modelli comportamentali. Attualmente siamo alla quinta edizione del manuale¹⁷.

Tuttavia, questo sistema ha sollevato numerose critiche nel tempo, anche

¹⁷ <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> .

da parte di chi ha contribuito alla sua stesura. Un esempio significativo è quello di Allen Frances, presidente della task force che ha elaborato il DSM-IV. Frances ha espresso preoccupazioni riguardo agli effetti inaspettati e dannosi legati al manuale. Questa una delle sue dichiarazioni: "In quanto chairman della task force che ha elaborato l'attuale DSM-IV, ho fatto la dolorosa esperienza di come piccoli cambiamenti nella definizione dei disturbi mentali potessero produrre conseguenze tanto enormi quanto inattese. Il nostro gruppo di esperti si è sforzato di essere il più modesto e coscienzioso possibile, ma ha inavvertitamente contribuito a produrre tre false epidemie: il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, l'autismo e il disturbo bipolare dell'infanzia. È evidente che abbiamo lanciato una rete troppo ampia, catturando numerosi «pazienti» che non sarebbero mai dovuti entrare nel sistema della salute mentale"¹⁸.

Questo sistema, dunque, oltre a non essere efficace per molti dei pazienti realmente malati, ha paradossalmente creato una nuova popolazione di "falsi malati", ampliando in modo discutibile i confini della malattia mentale. Questa è un'altra delle problematiche centrali nella attuale discussione riguardo il tema.

Il contesto che si è creato attorno alla salute mentale appare come puro caos. Da un lato, ci sono persone affette da disturbi mentali gravi, spesso non adeguatamente assistite o curate attraverso pratiche farmaceutiche sedative che le alienano ulteriormente. Dall'altro, assistiamo all'emergere di una nuova popolazione di malati mentali, il cui status non sarebbe mai esistito senza l'influenza del DSM e del sistema medico-psichiatrico. Anche queste persone vengono gestite principalmente attraverso un trattamento farmacologico, curate con farmaci che diventano la soluzione più comune e immediata.

A rendere la situazione ancora più problematica, entrambi questi gruppi di persone vengono stigmatizzati dalla società per la malattia che portano, condannati non solo a questa, ma anche all'emarginazione sociale. Da un lato, i malati gravi sono ridotti a oggetti di cura passiva e contenitiva, dall'altro, i "nuovi

¹⁸ Frances, A. It's not too late to save the "normal.", *Los Angeles Times*, 1 March, 2010 (<https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2010-mar-01-la-oe-frances1-2010mar01-story.html>).

malati" vengono inclusi in un sistema che li medicalizza eccessivamente, privandoli spesso di un'autentica comprensione e cura delle loro condizioni, aggravandole ulteriormente.

Per questo motivo, come ho precedentemente sottolineato, parlare della chiusura dei manicomi come una vittoria non ha più significato in un certo senso, poiché ciò che è emerso non è un sistema liberatorio, ma piuttosto un apparato ancora più subdolo, dominato e modellato dall'industria farmaceutica. Non si è abbattuto il vecchio regime di contenimento, lo si è semplicemente trasformato in un processo di controllo silenzioso, più difficile da vedere ma altrettanto opprimente. Come osservato: "Non si tratta di rinunciare alla critica al manicomio, ma di moltiplicare le nostre frecce, di articolare i nostri piani di analisi e lotta"¹⁹.

Inoltre, l'individuo etichettato come "malato" si trova intrappolato in una situazione imposta e totalizzante. Inoltre, non curarsi seguendo le regole ascritte dal sistema dominante significa essenzialmente sfidare un'intera ideologia. E chi non si adegua alle prescrizioni di questo sistema è etichettato come un "problema", un'anomalia da correggere o, se non possibile, da marginalizzare ulteriormente. Siamo di fronte ad una pura gestione medico-politica dell'intera popolazione. Come evidenziato in alcune riflessioni critiche: "La salute mentale, lungi dal configurarsi come il paradiso realizzato di una psichiatria democratizzata, continua a essere una forma di gestione delle popolazioni nell'orizzonte neoliberale e il connubio di posizioni tecnico-farmacologico-industriali che in ultima istanza dominano i sistemi sanitari"²⁰.

Da quanto esposto, risulta evidente che le istituzioni sanitarie non solo conservano il sistema attuale, ma ne costituiscono la colonna portante, riproducendolo. Le politiche sanitarie contemporanee, inserite nel contesto neoliberale, non stanno mirando alla reale emancipazione delle persone affette da disturbi mentali, bensì a una gestione efficiente e standardizzata della popolazione (quindi a un grande programma di razionalizzazione).

¹⁹ Di Vittorio, P., & Cavagnero, B. (2019). *Dopo la legge 180, testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli, 116.

²⁰ Negrogno, L. (2023). Verso una politica collettiva della cura. *Aut Aut*, 398, 30.

In questo piano, l'obiettivo primario delle istituzioni risultare essere la sola riduzione dei "costi umani" attraverso soluzioni rapide e "superficiali", come il ricorso intensivo ai farmaci. Questo approccio, a mio avviso, priva l'individuo di ogni reale possibilità di guarigione e miglioramento, dato che la complessità del suo essere viene ridotta ad una semplice "questione malata" da gestire, ignorando in toto l'esperienza personale e il contesto sociale.

Riprendo le parole di Foucault, dette all'interno del corso al Collège de France dal titolo "Potere psichiatrico", attraverso cui personifica e fa parlare tale sistema oppressivo: "Conosciamo abbastanza cose – cose che tu neppure sospetti – sulla tua sofferenza e sulla tua singolarità, per riconoscere che si tratta di una malattia; ma conosciamo abbastanza anche che tale malattia per sapere che su di essa e rispetto a essa tu non puoi esercitare alcun diritto. La nostra scienza ci permette di designare la tua follia come malattia, e grazie a ciò noi, in quanto medici, saremo i soli a essere qualificati a intervenire e a diagnosticare in te una follia che ti impedisce di essere un malato come gli altri. Sarai, pertanto, un malato di mente"²¹.

Lo scenario attuale è dominato da un sistema economico-farmaceutico-gestionale che possiede un enorme potere e con esso prescrive le regole che tutti devono seguire, assegnando spazi, ruoli e trattamenti a ognuno di noi nell'ottica appunto di una nuova forma di "disciplinamento", come direbbe Foucault. Affinché si possa superare questo paradigma basato sul controllo della persona, è necessario un ripensamento radicale del modo in cui ci relazioniamo con la salute mentale. Solo trasformando la prospettiva e ponendo davvero al centro la persona, con la sua inesauribile unicità, sarà possibile sfuggire a questo meccanismo di "neo-oppressione", disciplinamento o etichettamento.

2.2. "Controllo politico e privatizzazione"

Le politiche governative, come accennato precedentemente, sono orientate alla creazione di un "cittadino produttivo" e regolano, attraverso leggi e decisioni

²¹ Foucault, M. (2003). *Il potere psichiatrico* [cit.]. 295.

strategiche, il funzionamento delle istituzioni di cura per raggiungere tale obiettivo. Queste politiche si inseriscono chiaramente nel modello di cura dominante, definito “bio-medico” da autori come Saraceno²², incentrato sul binomio diagnosi-trattamento, lasciando poco spazio ad approcci alternativi. Inoltre, nel contesto attuale, si sta assistendo a un crescente spostamento della sanità pubblica verso il settore privato, sotto lo sguardo complice dell’apparato politico. Una tendenza che interessa anche l’ambito della salute mentale, contribuendo a peggiorare la situazione esistente.

In molti paesi, tra cui l’Italia, i sistemi e i programmi di salute mentale soffrono di un cronico sottofinanziamento e vengono, per giunta, spesso relegati a un ruolo secondario rispetto ad altri settori della sanità. Le risorse destinate alla salute mentale sono spesso inadeguate rispetto alle necessità reali, con conseguenti gravi carenze strutturali, che rischiano di essere aggravate dall’espansione del privato. “Negli ultimi quarant’anni la sanità pubblica è stata uno dei settori maggiormente colpiti dalla recessione economica e dal cambiamento del quadro politico e legislativo del paese. L’assistenza psichiatrica, in particolare ha subito forse gli effetti più nefasti di questo progressivo smantellamento del servizio sanitario nazionale, attraverso un drastico impoverimento dei servizi di salute mentale”²³. Uno degli effetti più visibili di questo processo è stato il ridimensionamento del personale, con una diminuzione del numero di professionisti disponibili nel settore pubblico come psichiatri, psicologi e assistenti sociali. Questo ha determinato, di conseguenza, una riduzione della capacità di presa in carico degli utenti. Il dato scenario evidenzia, dunque, in modo chiaro la tendenza nelle politiche attuali a favorire lo spostamento del sistema di cura verso il settore privato²⁴, ampliando così le disuguaglianze nell’accesso alle cure. Le persone appartenenti alle fasce più vulnerabili della popolazione sono

²² Saraceno, B. (2022). Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale. Bologna: Derive e approdi.

²³ Ierna, B. (2023). Attualità e contraddizioni della via italiana dopo la riforma. *Aut Aut*, 398, 38-39.

²⁴ "L'espansione del privato in sanità: Il caso italiano nel contesto globale." Percorsi di secondo welfare, 2022. Accesso 30 ottobre 2024. <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/lespansione-del-privato-in-sanita-il-caso-italiano-nel-contesto-globale/>.

state le più colpite da questa dinamica. Mentre le strutture private continuano a garantire servizi di alta qualità a chi può permetterselo, il servizio pubblico viene progressivamente indebolito, riducendo così la capacità del sistema sanitario di offrire un'assistenza equa e accessibile a tutti. Questo impoverimento sistemico ha inoltre contribuito a perpetuare lo stigma sociale nei confronti dei disturbi mentali. In tale contesto, il sistema politico ha finito per scaricare la responsabilità della cura della salute mentale sul singolo individuo, ignorando le complesse dinamiche sociali e strutturali che influiscono sul benessere psichico. Questo approccio individualistico, unito alla scarsità di risorse pubbliche, ha lasciato molte persone senza il supporto necessario, aggravando così la disuguaglianza e l'isolamento di chi soffre.

“La mercatizzazione dell'assistenza sanitaria – scrive Negrogno – ha promosso l'ideale dell'autonomia individuale in modo da contrastare i principi collettivistici e di giustizia sociale, promuovendo l'idea di 'malattia mentale' come problema personale più che sociale”²⁵.

Tutto ciò solleva importanti riflessioni: l'attuale politica sembra sottofinanziare intenzionalmente il settore pubblico, favorendo la mercificazione della cura e strizzando l'occhio all'industria farmaceutica (sui cui aspetti approfondirò nel prossimo paragrafo). Si delinea così una realtà altamente disfunzionale, in cui solo una parte della popolazione, che in passato non avrebbe neppure avuto bisogno di cure, riceve assistenza, mentre le fasce più vulnerabili, che non possono permettersi trattamenti adeguati, vengono sempre più escluse, aggravando la loro condizione. Questa tendenza sembra delineare chiaramente la direzione politica prevalente in molti paesi occidentali.

In questo contesto, emerge chiaramente la necessità di riconsiderare le priorità delle politiche sanitarie, affinché non si comprometta il diritto alla salute per tutti i cittadini. La crescente disuguaglianza nell'accesso alle cure non solo mina il benessere delle persone più vulnerabili, ma alimenta un ciclo di inefficienza

²⁵ Negrogno, L. (2023). Verso una politica collettiva della cura. *Aut Aut*, 398, 35.

e stigmatizzazione. A questo punto, risulta fondamentale esaminare il ruolo dell'industria farmaceutica, che, come detto, gioca un ruolo protagonista in questa dinamica. Il suo impatto sulla politica sanitaria e sulle pratiche terapeutiche è notevole, poiché le scelte effettuate in questo contesto possono incidere direttamente sulla qualità e sull'equità delle cure per la salute mentale.

2.3. *"Il potere dell'industria farmaceutica"*

L'industria farmaceutica è il settore economico che si occupa della ricerca, sviluppo, produzione e commercializzazione di farmaci e prodotti terapeutici utilizzati per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie²⁶.

Questo settore rappresenta l'attore chiave nel panorama contemporaneo della salute mentale, esercitando un'influenza significativa sulle politiche statali, i trattamenti e le pratiche cliniche. Tuttavia, l'obiettivo principale dell'industria farmaceutica è di natura economica, orientato alla vendita e al profitto, relegando spesso la salute a una questione secondaria. Il cittadino con problematiche mentali diventa così non solo un paziente, ma un cliente da sfruttare per massimizzare i profitti. Questo problema è complesso, poiché questo sistema esercita un controllo rilevante sulla politica, contribuendo a sopprimere quotidianamente persone in situazioni socioeconomiche difficili. L'industria, orientata al profitto, può influenzare le decisioni e le politiche sanitarie, trasformando le esigenze dei pazienti in opportunità di guadagno anziché in reali interventi terapeutici.

I meccanismi di questa industria, in linea con il modello biomedico, si inseriscono perfettamente nella logica dell'efficienza e dell'ottimizzazione delle prestazioni umane, di cui ho discusso precedentemente. Tale logica promuove un approccio semplificato e riduzionista che opera sul sintomo ('prendi una pillola e guarisci nel minor tempo possibile'), senza interrogarsi mai a fondo sulle cause (una possibile eziopatogenesi sociale o culturale) sottostanti al disagio. Il

²⁶ "Industria farmaceutica." *Enciclopedia Treccani*. Accesso il 19 ottobre 2024. <https://www.treccani.it/enciclopedia/industria-farmaceutica/>.

focus si concentra solamente sulla eliminazione del sintomo, in modo da permettere all'individuo di continuare a essere funzionale e non gravare sulla società. In questa visione, la salute viene concepita come un obbligo sociale, mentre la malattia diventa un fallimento personale, un'esclusione dal processo produttivo. La logica di fondo può essere sintetizzata citando Basaglia: "Se non si vive la salute, si è sanzionati, perché la salute è un modo di consumo. La malattia, al contrario, è una sconfitta, perché è un modo di essere esclusi"²⁷.

Tale prospettiva conduce inevitabilmente a considerare lo stato di "malattia" come qualcosa di sbagliato, che va risolto rapidamente. L'individuo che si oppone a questa logica viene medicalizzato oppure escluso e stigmatizzato come problema. Per il singolo, dunque, la via più semplice è spesso quella di conformarsi al sistema e diventare un consumatore all'interno di questa grande industria.

Questo approccio ha un impatto negativo significativo sulle persone, con conseguenze gravi. In alcuni casi, può portare a una dipendenza dai farmaci, creando un circolo vizioso in cui l'individuo cerca soluzioni rapide per il proprio malessere, trascurando l'indagine delle cause profonde del problema. Inoltre, si rafforza lo status errato di 'malato', poiché l'enfasi posta esclusivamente sulla cura farmacologica etichetta l'individuo, sia agli occhi propri che della società, come un malato cronico, come il "folle" di cui parlava Foucault.

Questo approccio farmacologico, essendo radicato in logiche economiche di mercato, ha come obiettivo principale, come detto, l'aumento delle vendite. Ogni giorno vengono sviluppati nuovi farmaci, spesso indirizzati a condizioni comuni come lievi tristezze o malesseri quotidiani, contribuendo così alla medicalizzazione di ogni aspetto della vita umana. L'incentivazione all'uso di farmaci è ormai evidente, con un aumento costante delle prescrizioni. Anche i medici si trovano sotto la pressione di questa industria. Sempre più spesso, sono spinti a prescrivere farmaci per una vasta gamma di situazioni, talvolta per ragioni non pienamente giustificate. In molti casi, le loro decisioni rispondono più alle dinamiche di mercato che alle reali necessità di salute. Questa pressione

²⁷ Basaglia, F. (2023). Dopo l'ospedale nel territorio (1979). *Aut Aut*, 398, 120.

si manifesta attraverso varie forme, come l'influenza esercitata dalle aziende farmaceutiche tramite campagne promozionali e incentivi economici. Questa tendenza non solo riduce il ventaglio delle opzioni terapeutiche, ma rischia di cronicizzare situazioni che potrebbero essere affrontate in maniera più olistica e sostenibile.

Un altro problema rilevante, dentro al problema della visione farmacologica, è l'accessibilità ai farmaci per le fasce più basse della popolazione. L'acquisto di farmaci risulta spesso impossibile a causa dei prezzi e del fatto che molti di questi non sono coperti dalla sanità pubblica. Questo genera una netta linea di divisione tra i “malati” appartenenti alle classi più agiate, che possono permettersi cure adeguate, e quelli delle classi meno abbienti, che ne restano esclusi.

Di conseguenza a questo, si aggiunge un ulteriore livello di discriminazione all'interno dello stigma già esistente associato alla salute mentale: chi può accedere alle cure viene distinto da chi, invece, ne è privato per ragioni economiche. Questa ‘doppia esclusione’ non solo perpetua le disuguaglianze, ma le aggrava ulteriormente, rendendo ancora più difficile la vita per le persone in condizioni economiche svantaggiate. Queste persone non solo affrontano le sfide legate alla loro condizione di salute, ma si trovano anche a dover lottare contro un sistema che continua a marginalizzarle.

In questo contesto, diventa cruciale ripensare il sistema di assistenza alla salute mentale, adottando un approccio che superi le logiche di mercato e tenga conto delle differenze socioeconomiche e quindi del tema della disuguaglianza. È necessario promuovere modelli di cura più inclusivi, accessibili e umani, che non siano guidati dalla logica del profitto, ma piuttosto da un autentico interesse per il benessere delle persone. Soluzioni comunitarie, supporto psicologico non medicalizzato, e interventi sociali volti a migliorare le condizioni di vita di chi soffre, sono passi fondamentali verso un sistema più giusto. La salute mentale non può continuare a essere un privilegio di pochi, ma deve diventare un diritto accessibile a tutti.

In conclusione, il sistema attuale, focalizzato sulla vendita di soluzioni

rapide come i farmaci, tende a ignorare la complessità mentale del singolo individuo e a trattare le persone come consumatori anziché soggetti con bisogni profondi e personali. Questa visione, guidata dalle logiche di mercato, rischia di allontanarsi da un approccio olistico e umano alla salute mentale. È necessario ripensare questo modello, andando oltre la medicalizzazione, per creare interventi che mettano davvero al centro la persona e il suo benessere, riconoscendo la complessità della sofferenza umana.

2.4. *“Percezione sociale e mediatizzazione”*

Essere etichettato come “malato mentale” e ricevere una diagnosi rappresenta, ancora oggi, un problema significativo per l'individuo all'interno della società, soprattutto dopo l'avvento dei social network. Tale stigma accompagna la persona per tutta la vita, indipendentemente dal fatto che il disturbo sia cronico o passeggero. Erving Goffman definiva il concetto di stigma come l'attributo che marchia un individuo come “diverso” o “inferiore” agli occhi della intera società, compromettendo la sua identità sociale e portando a discriminazione e svalutazione²⁸.

Sin dalla prima visita e proseguendo con l'iter diagnostico, la persona viene stigmatizzata, in primo luogo da sé stessa, attraverso il fenomeno dell'auto-stigma, e successivamente dalla società. Entrambi gli aspetti si rivelano dannosi nella vita e nella quotidianità dell'individuo.

Quando una persona riceve una diagnosi, è costretta a seguire prassi obbligatorie, stabilite dall'apparato sanitario e dall'industria farmaceutica, onde evitare ulteriori esclusioni. Queste pratiche tendono al "miglioramento" dell'individuo attraverso percorsi di cura farmacologica e psicoterapia. Di conseguenza, il soggetto assume una nuova etichetta e un nuovo ruolo sociale: quello di “malato”. Questa trasformazione sociale è di notevole rilevanza; infatti, chi riceve una diagnosi di malattia mentale tende frequentemente a mantenere

²⁸ Goffman, E. (2018). *Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata (1963)*, Verona: Ombre Corte.

la propria condizione segreta, dimostrando quanto stigma continui a circondare tale condizione (nella logica delle analisi di Goffman sarebbe lo “screditabile”). Assumere farmaci e far parte del sistema medico comporta una percezione di differenza e, in molti casi, di anormalità, contribuendo a un ulteriore deterioramento dello status dell’individuo.

Negli ultimi anni, sembrava esserci stata una tendenza “positiva” (e inclusiva) grazie all’avvento dei social-media: che hanno reso possibile un dialogo più aperto sui “disturbi mentali”. Tuttavia, questa visibilità non è sempre vantaggiosa, poiché spesso segue il paradigma medico dominante, raramente suggerendo approcci diversi, magari più dialogici²⁹.

L’aumento della consapevolezza sulla salute mentale attraverso queste piattaforme ha indubbiamente favorito discussioni che un tempo erano relegate alla sfera medico-privata. Tuttavia, il modo in cui vengono affrontati questi argomenti può risultare superficiale e potenzialmente dannoso. Molte figure pubbliche trattano la salute mentale come un argomento di tendenza, semplificando problematiche complesse in mere etichette, senza considerare le sfumature individuali e sociali di queste condizioni. Questa visibilità rischia, dunque, di creare nuove forme di stigma e di perpetuare la medicalizzazione e la farmacologizzazione della vita umana.

Piattaforme come TikTok e Instagram hanno avuto un ruolo cruciale nel plasmare la percezione della salute mentale, in particolare tra le generazioni più giovani, che utilizzano questi social come principali canali di informazione e confronto. Questi network, caratterizzati dalla rapidità e immediatezza dei contenuti, offrono un accesso istantaneo a storie ed esperienze personali che spesso trattano temi come ansia, depressione e ADHD³⁰. Questa condivisione di massa ha contribuito alla normalizzazione di argomenti che per anni sono

²⁹ Blair, J., e Abdullah, S. (2018). Supporting Constructive Mental Health Discourse in Social Media. In Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth '18). Association for Computing Machinery, New York, USA, 299–303. <https://doi.org/10.1145/3240925.3240930>.

³⁰ Yeung, A., E. Ng, e E. Abi-Jaoude. 2022. TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry* 67 (12): 899–906.

stati considerati tabù, permettendo a molti utenti di trovare sostegno e sentirsi meno isolati nelle loro difficoltà. Tuttavia, l'elevata velocità e semplicità di questi contenuti può ridurre questioni complesse, come appunto la salute mentale, a messaggi e rappresentazioni spesso distorti e banalizzati.

In questo processo, la salute mentale è diventata un argomento "popolare" e, in molti casi, una vera e propria tendenza mediatica, associato a hashtag e contenuti che privilegiano immagini esteticamente curate, ma spesso superficiali. Questo fenomeno ha innescato una nuova dinamica di "performatività della sofferenza", dove la rappresentazione dei disturbi mentali viene sfruttata come elemento di costruzione dell'immagine digitale del proprio profilo.

Un altro effetto collaterale, di questo crescente dialogo, è il fenomeno delle autodiagnosi. Adolescenti e giovani adulti tendono a collegare sintomi generici, come insonnia o difficoltà di concentrazione, a disturbi specifici senza consultare professionisti. Questi contenuti, diffusi da utenti non esperti, alimentano l'idea che una diagnosi clinica possa derivare semplicemente dal confronto dei propri sintomi con quelli descritti online. Questo porta molte persone a cercare soluzioni rapide, come farmaci, favorendo ulteriormente la medicalizzazione delle difficoltà psichiche quotidiane. Inoltre, l'identificazione con una diagnosi promossa dalle piattaforme digitali può rafforzare il processo di auto-stigma, spingendo le persone a catalogarsi come "malate" con un chiaro impatto negativo sulla loro qualità di vita.

“Ci sono sempre più persone che realizzano le loro autodiagnosi online, e che poi vanno dal medico per essere ‘riparate’ o ‘migliorate’ attraverso le opportune prescrizioni farmacologiche. L'epoca del doping di massa è cominciata da un pezzo e il binomio diagnosi-trattamento farmacologico è già ‘cultura diffusa e incorporata’³¹.”

Gli algoritmi giocano un ruolo determinante nella diffusione di questi

³¹ Di Vittorio, P., & Cavagnero, B. (2019). *Dopo la legge 180, testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli S.R.L., 134.

contenuti, proponendo video che stimolano reazioni emotive. Questo non solo amplifica la visibilità di tali temi, ma crea bolle informative (filter bubble) in cui gli utenti sono costantemente esposti a contenuti legati a questi argomenti, alimentando una percezione distorta della realtà. Questa visibilità ha conseguenze significative sul piano psicosociale. L'esposizione costante a contenuti sulla salute mentale può influire negativamente sull'autopercezione degli utenti, portandoli sia a sovrastimare la gravità dei loro sintomi e sia a cercare soluzioni inadeguate.

In conclusione, l'impatto dei social media sulla percezione della salute mentale rappresenta un fenomeno complesso e al quanto contraddittorio. Mentre questi spazi virtuali possono sia fungere da catalizzatori per l'empatia e la condivisione di esperienze, è fondamentale riconoscere come, spesso, contribuendo a diffondere narrazioni superficiali, possano sia perpetuare processi di stigmatizzazione. Inoltre, le rappresentazioni distorte della salute mentale, alimentate da contenuti virali e da un'attrazione per l'estetica, rischiano di trasformare questioni delicate in mere tendenze.

Affrontare questi problemi richiede un impegno educativo totale, verso gli utenti: su una comunicazione più responsabile che promuova la diversità delle esperienze individuali e un minor utilizzo di stereotipi e semplificazioni.

Solo attraverso una riflessione critica sul modo in cui interagiamo con questi strumenti potremo sperare di ridurre lo stigma associato alla salute mentale e favorire un dialogo più profondo e significativo.

Capitolo III

3.1. *“Dalla patologia alla persona”*

Dopo quanto trattato nei capitoli precedenti, appare evidente la necessità di un cambio di paradigma: abbandonare una visione patologizzante della salute mentale e adottare un approccio che valorizzi la persona nella sua interezza. Per offrire sostegno e dignità a chi oggi viene etichettato e ridotto a una semplice diagnosi, è essenziale un profondo rinnovamento culturale.

Il primo passo consiste nel superare l'idea che una difficoltà mentale equivalga a essere un "problema" o un "malato" in senso stigmatizzante. Chi sperimenta un disturbo mentale viene spesso etichettato attraverso categorie mediche che ne riducono la propria intera complessità, ignorando il contesto di vita, le relazioni che influenzano il suo benessere e tutto il contesto in cui è inserito. Questa visione tende a cristallizzare la sofferenza psichica come una "malattia" a vita, spogliando l'individuo della sua identità.

In questo senso, Benedetto Saraceno, erede della prospettiva basagliana, propone una visione centrata sulla persona e sui suoi bisogni, riconoscendo la sua capacità di autodeterminazione (anche detta *agency*). Abbandonare il modello diagnostico bio-medico, secondo l'autore, significa vedere le problematiche mentali come esperienze soggettive e fluide che richiedono ascolto empatico e interventi che rispettino l'individualità di ciascuno³².

Questo cambio di paradigma riflette una concezione della salute mentale come parte integrante e naturale dell'esperienza umana. Superare l'approccio patologizzante significa riconoscere che le difficoltà psichiche sono esperienze universali, condivise e comuni, e che ciascuno, in diverse fasi della vita, può attraversare momenti di fragilità e necessitare di sostegno. Autori, come Saraceno, promuovono quindi una visione olistica e inclusiva, che permette di riconoscere la persona nella sua complessità e unicità.

L'approccio centrato sulla persona implica una valorizzazione completa

³² Saraceno, B. (2014). *Discorso globale, sofferenze locali; Analisi critica del Movimento di salute mentale globale*. Milano: Il saggiaiore.

dell'individuo, restituendogli la capacità di autodeterminarsi e di compiere scelte autonome all'interno del proprio percorso di cura, senza imposizioni derivanti dalla cultura dominante. Trattare le persone come soggetti attivi significa quindi riconoscerne il diritto a partecipare alle decisioni riguardanti il proprio trattamento e sistema di cura: la scelta di seguire un modello biomedico o di utilizzare farmaci rimane quindi un'opzione, ma deve essere consapevole e volontaria.

Questo approccio non solo promuove fiducia e rispetto reciproco tra medico e utente, ma favorisce anche l'autoefficacia e il senso di appartenenza sociale, aspetti essenziali per il benessere psichico di ogni individuo. Tale visione permette di immaginare percorsi di supporto alternativi, costruiti intorno alla soggettività della persona e attenti al contesto in cui è inserita.

Un esempio di questa prospettiva è la psichiatria di comunità, dove la cura viene intesa come un processo di inclusione e supporto sociale. In questo modello, l'assistenza va oltre le mura degli ospedali e si integra nella vita quotidiana della persona, con l'obiettivo di creare reti di supporto che comprendano famiglia, amici, colleghi e la comunità. L'assistenza alla persona si sviluppa tramite percorsi personalizzati, che dunque riconoscono e promuovono il diritto di autodeterminazione dell'utente, come discusso poc'anzi.

L'idea di cura abbracciata dalla psichiatria di comunità considera quindi la persona non più come paziente, ma come cittadino, il cui benessere viene supportato all'interno della sua quotidianità. In aggiunta, il coinvolgimento dell'intera comunità rappresenta, a mio avviso, un aspetto fondamentale di questo approccio, in quanto permette di trasformare l'idea culturale dominante: includendo la salute mentale nel tessuto sociale, la psichiatria di comunità facilita la costruzione di una collettività più inclusiva e accogliente. Questo modello valorizza e sostiene la diversità e la fragilità umana come componenti essenziali dell'esperienza di vita, contribuendo così a sradicare pregiudizi e stereotipi che alimentano i processi di stigmatizzazione.

L'attuale separazione tra "sociale" e singolo individuo "malato," infatti, ostacola profondamente il processo di de-stigmatizzazione, mantenendo una visione dicotomica che divide i "malati" dai "sani." Questa divisione netta non solo perpetua l'isolamento e la stigmatizzazione, ma limita le possibilità di comprensione e accoglienza da parte della collettività. Un approccio inclusivo

come quello proposto dalla psichiatria di comunità, invece, ribalta completamente questa prospettiva, sfumando le differenze tra queste categorie e riumanizzando chi vive uno stato di sofferenza. Questo cambiamento non solo sicuramente facilita il percorso di guarigione per l'individuo, ma rappresenta anche un passo cruciale per liberarsi dallo stereotipo del "malato mentale" come folle e pericoloso, un'immagine radicata fin dal Rinascimento e trattata nel primo capitolo attraverso l'analisi di Foucault.

Fondamentale, in questo processo, è anche un cambiamento nel linguaggio utilizzato. Sostituire termini come "malato" e "malattia" con parole come "utente" e "sofferenza" aiuta a ridurre l'effetto etichettante e categorizzante delle parole, che altrimenti continuano a riflettere la cultura medica dominante. Ogni termine porta con sé il peso di una visione specifica, e riferirsi ai soggetti attraverso un linguaggio meno "medico" promuove un contesto culturale più empatico e inclusivo.

Per educare il pubblico a questa nuova sensibilità, è necessario investire in iniziative di sensibilizzazione e formazione, dalle scuole e università fino ai dibattiti pubblici e alle piattaforme mediatiche. La costante è una: dialogare con la società per promuovere un cambiamento reale e avviare un rinnovamento culturale che restituisca alla salute mentale una dimensione umana e comprensiva, lontana dalle stigmatizzazioni e dai pregiudizi. Un'educazione capillare e continua su questi temi potrebbe portare, nel lungo periodo, a una società in cui le difficoltà mentali vengano considerate parte normale e comprensibile dell'esperienza umana. Questo richiede che la formazione sulla salute mentale sia integrata in modo sistematico nei contesti scolastici, per sensibilizzare le nuove generazioni fin dall'infanzia, e nei percorsi universitari e professionali, soprattutto in ambito medico, psicologico e sociale, per preparare adeguatamente i futuri professionisti del settore. Come sostiene Saraceno, infatti:

"La sfida per una salute mentale deve essere prima di tutto culturale, nel senso più ampio e forte del termine. (...), Serve un cambiamento di rotta rispetto a due aspetti considerati potenti: da un lato la formazione del personale generalmente proposta dall'università, dall'altro la cultura espressa dalle

organizzazioni professionali”³³.

Risulta, pertanto, molto importante avviare un percorso di formazione per il personale medico che favorisca una maggiore empatia e che si distacchi dall’approccio bio-medico tradizionale, orientandosi verso un modello psico-sociale centrato sui bisogni di ogni singolo individuo. Solo attraverso la formazione di una nuova generazione di medici e del corpo sanitario, con una cultura profondamente diversa rispetto a quella tradizionale, sarà possibile avviare un reale rinnovamento in questo campo. Per cui è evidente la necessità di intervento alla radice del sistema, affinché questo cambiamento possa essere duraturo e realmente trasformativo. È cruciale che tale “formazione” sia indirizzata verso l’acquisizione di abilità relazionali e comunicative, che permettano ai professionisti di instaurare un dialogo empatico e d’ascolto con i pazienti. Solo in questo modo si potrà promuovere un approccio che riconosca la complessità dell’esperienza umana e favorisca una cura olistica e integrata.

Ci tengo a sottolineare che, come già evidenziato, la formazione e l’educazione devono diventare strumenti chiave non solo nei contesti professionali, ma anche all’interno delle comunità e delle famiglie. È fondamentale che ognuno di noi si assuma la responsabilità di contribuire al cambiamento. Solo unendo le forze possiamo costruire una società in cui le difficoltà mentali vengano riconosciute come parte integrante dell’esperienza umana, lontane dai pregiudizi e dalla stigmatizzazione. Ogni piccolo passo verso la sensibilizzazione e l’inclusione conta. Dobbiamo essere pronti a dialogare, ad ascoltare e a sostenere chi vive in uno stato di sofferenza, affinché la salute mentale possa finalmente occupare il posto che merita nel nostro tessuto sociale.

Il cambiamento è possibile, ma richiede impegno, passione e la volontà di abbracciare una nuova cultura che metta al centro la dignità e il benessere di ogni individuo. È tempo di agire e di trasformare la nostra visione della salute mentale, affinché diventi una realtà condivisa e accettata da tutti.

³³ Ivi, 128.

3.2. “Dagli occhi del medico”

L'attuale impostazione dei servizi di salute mentale riflette una logica prevalentemente sanitaria e aziendalistica, che ha finito anche per allontanare gli operatori dal dialogo e dall'analisi critica del proprio ruolo. Come osserva Franca Manoukian³⁴, questa deriva ha spinto gli operatori verso un progressivo isolamento, costringendoli a rinunciare a una riflessione politica sulla natura e sulla missione dei servizi. Negli anni, l'illusione che una buona tecnica sia sufficiente per erogare buoni servizi ha favorito una cultura professionale limitata alle competenze tecniche, oscurando l'importanza di un approccio complessivo e umano alle persone assistite.

“Il talento richiesto ai nuovi esperti consiste nella capacità di saper maneggiare le conoscenze in vista delle soluzioni, di superare in tempi rapidi ostacoli e difficoltà, di operare scelte di successo (...). Bisogna ridurre al minimo ciò che occorre sapere, disporre di cifre facilmente leggibili, di idee semplici e facili da comunicare e difendere. Abbreviare, semplificare, non perdere tempo nell'argomentazione e nella riflessione”³⁵.

Questo fenomeno è intrinsecamente legato sempre a una concezione riduttiva della “malattia mentale”, vista principalmente come patologia o errore. E ciò ha creato un contesto in cui gli operatori sono formati a vedere i pazienti attraverso il solo prisma della malattia, dimenticando il loro valore come individui. La conseguenza è un isolamento culturale che non solo aliena i professionisti, ma compromette anche tutta la qualità dell'assistenza fornita.

Questa analisi mette in luce, dunque, anche un altro aspetto cruciale: anche il medico è, a sua volta, vittima di un sistema culturale strutturato. Pensare in modo semplicistico che gli operatori, per il solo fatto di detenere un certo potere, siano liberi dalle costrizioni di queste dinamiche è un errore. Anche chi lavora in ambito sanitario è vincolato a un ruolo imposto e a restrizioni burocratiche, sistemiche ed

³⁴ Scotti, F. (2009). Gli operatori e il servizio di salute mentale. Cit. Manoukian, F. <https://www.grusol.it/informazioni/29-07-09bis.PDF>.

³⁵ Pinto, V. (2012). Valutare e punire. Napoli: Cronopio. P. 46-47.

economiche che limitano le possibilità di azione e di innovazione. La difficoltà di uscire da queste dinamiche è significativa per molti, e include aspetti economici, come quelli già discussi in relazione all'influenza dell'industria farmaceutica.

Questo condizionamento, inoltre, ha origine sin dalla formazione universitaria, dove gli studenti vengono introdotti a una visione che tende a rafforzare un certo modello e approccio alla salute mentale. Difatti, il curriculum accademico tende a privilegiare un approccio tecnico-scientifico, ignorando le dimensioni relazionali e umanistiche della cura. Ma la storia della psichiatria ha dimostrato che l'approccio medico tradizionale porta a una stigmatizzazione dei pazienti, basti pensare a tutto il discorso Foucaultiano oppure Goffmaniano. Per questo, è fondamentale che il cambiamento parta proprio da qui, integrando percorsi formativi che favoriscano una visione più ampia e umanistica della cura e della relazione medico-utente.

Oltre ciò questa imposizione dei servizi di salute mentale non solo compromette la qualità dell'assistenza fornita agli utenti, ma ha anche delle ripercussioni significative sul benessere degli operatori stessi. Lavorare all'interno di un sistema rigidamente strutturato e focalizzato su approcci tecnici può portare a sentimenti di disillusione e anche situazioni di burnout³⁶. Gli operatori spesso si trovano a dover affrontare situazioni complesse, in cui la loro formazione umanistica e le competenze interpersonali vengono messe in secondo piano rispetto alla necessità di ottimizzare le risorse e soddisfare parametri di efficienza.

Questa pressione costante per conformarsi a un modello di lavoro prevalentemente tecnico può, dunque, causare un profondo conflitto interno. Molti operatori iniziano a sentire un distacco emotivo dai loro pazienti, poiché le loro interazioni sono dominate da procedure e protocolli piuttosto che da una connessione umana.

È urgente, quindi, un cambiamento. Una formazione più ampia, incentrata non solo sugli aspetti tecnici ma anche sulle dimensioni sociali e relazionali della salute, potrebbe favorire lo sviluppo di un'identità professionale più completa e meno vincolata dall'efficienza tecnica. In questo modo, il medico può tornare a essere non solo esecutore di protocolli, ma un agente di trasformazione, promotore di

³⁶ Lasalvia, A., e Tansella, M. (2011). "Occupational Stress and Job Burnout in Mental Health. Stress lavorativo e burnout in salute mentale." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20: 279–285. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000576>.

un'assistenza che consideri la persona nella sua interezza, vedendo la sofferenza mentale come una dimensione dell'esperienza umana piuttosto che un'anomalia da correggere.

La vera sfida è dunque quella di ripensare in modo totalmente radicale la cultura e la formazione medica, adottando una prospettiva che permetta al medico di andare oltre il modello tecnico dell'efficienza. Solo attraverso una tale visione la psichiatria e la salute mentale potranno davvero concentrarsi sul benessere della persona, restituendo al medico il suo ruolo autentico di guida e supporto nel percorso di cura, non solo attraverso le competenze, ma anche con la comprensione e l'umanità.

3.3. *“Dagli occhi dell'utente”*

Il percorso dell'utente all'interno dei servizi di salute mentale si trova spesso imbrigliato in una struttura che privilegia rigidità e conformità a protocolli standardizzati. La persona in questa dinamica può percepire il proprio iter di cura come un “labirinto burocratico”, dominato da regole e processi impersonali che limitano la possibilità di esprimere pienamente le proprie necessità individuali. Di conseguenza, l'individuo si trova “incastrato” in un meccanismo che, anziché adattarsi ai suoi bisogni, sembra indirizzarlo verso una procedura predefinita.

Questa esperienza si traduce in una profonda alienazione, intensificata dall'assenza di flessibilità e di autentico ascolto da parte degli operatori. In questo contesto, gli incontri terapeutici vengono spesso percepiti dai pazienti come interazioni rigidamente strutturate, guidate più dai protocolli e dalle diagnosi formali che dalla possibilità di essere compresi nella propria complessità e unicità. Il rapporto terapeutico rischia così di trasformarsi in un'esperienza formale e impersonale, dove la dimensione umana e il riconoscimento delle esperienze individuali vengono sovrastati dalle procedure istituzionali. Questa distanza rende difficile la costruzione di un dialogo significativo e di una connessione empatica, impedendo al paziente di sentirsi realmente accolto e compreso nel proprio percorso di cura.

Le domande sorgono spontanee: in che modo questo sistema può realmente giovare alla persona? Quali miglioramenti può offrire rispetto alla condizione iniziale di un individuo già in sofferenza? Se una persona si avvicina al sistema sanitario

già fragile, c'è il rischio concreto che ne esca ancora più danneggiata. Un approccio che si limita a cercare soluzioni meccaniche ai problemi della salute mentale non rappresenta una vera cura. Questa metodologia, come è stato sottolineato più volte nel corso di questa tesi, si allinea a una visione della società che si concentra sulla produzione di individui sempre più funzionali, quasi come macchine, piuttosto che sul benessere autentico dell'individuo.

Per affrontare la salute mentale in modo efficace, è fondamentale adottare un approccio che riconosca la complessità dell'esperienza umana. Non si può ignorare il fatto che le persone necessitano di un sostegno che vada oltre la semplice gestione dei sintomi; è necessario un modello che consideri l'interessa dell'individuo e promuova la sua capacità di auto-determinazione e coinvolgimento nel proprio percorso di cura. Soltanto in questo modo si potrà veramente aspirare a un miglioramento significativo e duraturo del benessere delle persone.

Per affrontare questa visione limitata e promuovere un approccio più umano e partecipativo, il recovery model rappresenta un'alternativa centrata in questo senso.

“Il concetto di recovery si fonda sul riconoscimento di quanto continuo elementi e fattori legati alla soggettività nel riposizionare il rapporto non solo con la malattia, ma con la vita. Allora è innanzitutto un costrutto dell'individuo, un fatto personale, e come tale è un processo, o un percorso, non lineare e multidimensionale”³⁷.

Questo modello punta a valorizzare l'autodeterminazione e l'attiva partecipazione della persona nel proprio percorso di cura. Diversamente dall'approccio tradizionale, che tende a focalizzarsi esclusivamente sul controllo e la riduzione dei sintomi, il recovery model riconosce la complessità dell'esperienza umana e si propone di migliorare complessivamente la qualità della vita dell'utente. In questo modello, il percorso di guarigione è costruito in modo personalizzato e collaborativo, favorendo così un senso di controllo e responsabilità nella persona.

³⁷ Mezzina, R. (2012). "Il cambio paradigmatico tra sistemi globali e soggetti." In *Quarant'anni di Fogli d'informazione, psichiatria, psicoterapia, istituzioni*. Firenze: Ed. Periferie al Centro ONLUS. 231-237.

In tal modo, l'utente può liberarsi dalle etichette stigmatizzanti e sviluppare una maggiore agency. Questo approccio può riuscire a trasformare la relazione tra utente e operatore in un'alleanza terapeutica, in cui il paziente non è più un destinatario passivo di cure, ma un soggetto attivo, capace di orientare il proprio processo di guarigione e di riappropriarsi del proprio valore e delle proprie possibilità.

Questo approccio si inserisce nella tradizione delle idee e delle pratiche di Franco Basaglia, il quale sosteneva che ogni paziente andasse considerato innanzitutto come persona e cittadino, con diritti e dignità, e non solo come portatore di una diagnosi o di una patologia. Egli insisteva per l'appunto sul fatto che la cura autentica richiedesse un impegno complesso e multidimensionale, che considerasse il paziente nella sua totalità, inclusa la sua identità sociale e politica. Non a caso, il suo operato ha dimostrato che i benefici di questo approccio non sono solo clinici, ma anche umani e sociali: le persone trattate come soggetti attivi, capaci di autodeterminazione, sperimentano un processo di guarigione più profondo e significativo.

Sebbene questo metodo sia più impegnativo e richieda una maggiore sensibilità da parte dell'operatore, i risultati possono rappresentare una vera trasformazione della cura stessa. Solo con un sistema che riconosca l'interezza della persona, infatti, si può ambire a una salute mentale che non si limiti al trattamento dei sintomi, ma che promuova il benessere complessivo dell'individuo. In questa prospettiva, l'utente non è più solo un "malato", ma un cittadino pienamente integrato, le cui necessità e aspirazioni vengono rispettate e valorizzate, dando finalmente spazio a una concezione della salute che non sia soltanto funzionale ma anche autenticamente umana.

Per concludere: un sistema di cura che si basa sull'ascolto e sul riconoscimento della complessità dell'individuo ha il potenziale di restituire significato e dignità al percorso terapeutico. Questo cambiamento verso una medicina più empatica e flessibile rappresenta un investimento sicuramente molto complesso ma necessario. Riportare il focus su percorsi personalizzati e sul valore della relazione significa offrire agli utenti non solo la possibilità di alleviare la propria sofferenza, ma anche di riappropriarsi del proprio valore e delle proprie capacità in un ambiente di supporto, comprensione e rispetto reciproco. Inoltre, tale

approccio, ha il potenziale di migliorare non solo la salute individuale, ma anche quella collettiva.

Conclusioni

Questa tesi ha esplorato il profondo intreccio tra sofferenza psichica, percezioni culturali e dinamiche sociali, proponendo una riflessione critica sulla possibilità di nuovi percorsi di comprensione e di accompagnamento che vadano oltre il solo approccio medico. Tale percorso ha mostrato come le concezioni di ciò che oggi chiamiamo "follia" siano plasmate dal contesto culturale e sociale, sottolineando l'esigenza di una trasformazione verso una visione più inclusiva e meno stigmatizzante.

Dall'analisi emerge chiaramente come la sofferenza psichica non possa essere considerata esclusivamente una questione clinica, ma come essa rispecchi dinamiche di potere, economiche e sociali che contribuiscono a definirla, talvolta limitandone la comprensione. È apparso evidente, infatti, che gli approcci attuali, influenzati dalle logiche di mercato e dalle strategie dell'industria farmaceutica, rischiano di ridurre la sofferenza a una serie di sintomi da curare con interventi standardizzati, trascurando l'unicità dell'esperienza individuale e il contesto sociale di ciascuna persona.

Un elemento di particolare rilievo emerso è il ruolo della società, e in particolare dei new media, nella costruzione di immagini spesso semplicistiche o stereotipate delle persone che vivono queste esperienze. Se da un lato i social network possono favorire sensibilizzazione e consapevolezza, dall'altro contribuiscono anche alla diffusione di stigmi e pregiudizi, creando un'ulteriore barriera alla comprensione empatica e inclusiva.

Le riflessioni sviluppate in questa tesi suggeriscono che per migliorare il sistema di supporto e di accoglienza delle persone che vivono sofferenza psichica è necessario un cambiamento culturale e strutturale. Questo cambiamento passa attraverso l'adozione di approcci olistici, che tengano conto non solo dell'aspetto clinico ma anche della dignità e dell'esperienza umana, valorizzando il dialogo tra diverse discipline e tra persone con esperienze vissute e professionisti della salute.

In conclusione, il lavoro evidenzia che ripensare l'approccio alla sofferenza psichica implica riconoscerne la complessità e la profonda connessione con il contesto culturale. Solamente attraverso una visione più empatica, inclusiva e basata su politiche pubbliche attente, sarà possibile promuovere un sistema di

supporto che rispetti e risponda realmente alle esigenze di chi attraversa queste esperienze, favorendo una società più accogliente e meno condizionata da processi di stigmatizzazione e pregiudizi.

Bibliografia

- Angermeyer, M.C., e H. Matschinger. 2005. Causal belief and attitude to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. In *British Journal of Psychiatry* 186: 331–34.
- Argenton, Alberto (1977), *Psichiatria, antipsichiatria e controllo sociale*, Torino : Interrogations.
- Arreghini E. & Casetti V. (2021). Una nuova psichiatria. La Disruptive Psychiatry: innovazione e proposte concrete. Trento: Reverdito Editore.
- Basaglia, F. 2005. *Conferenze brasiliane*. A cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F. 2023. *Dopo l'ospedale nel territorio (1979)*. In *Aut Aut*, 398: 120.
- Basaglia, F. 2018. *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini + Castoldi.
- Bertani, M. 2011. Un'opera morale (e la storia della psichiatria). In *Aut Aut*, 351: 79.
- Blair, J., e Abdullah, S. (2018). Supporting Constructive Mental Health Discourse in Social Media. In Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth '18). Association for Computing Machinery, New York, USA, 299–303. <https://doi.org/10.1145/3240925.3240930>
- Corrigan, P.W. 2000. Mental health stigma as social attribution: Implication for research methods and attitude change. In *Clinical Psychology and Sciences Practice* 7: 48–67.
- Di Vittorio, P., e B. Cavagnero. 2019. *Dopo la legge 180, testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli S.R.L.
- Fanon, F. 2007. *I dannati della terra*. Curato da L. Ellena; tradotto da C. Cignetti. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. 1961. Non esiste cultura senza follia. In *Aut Aut*, 351: 8.
- Foucault, M. 2003. *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-*

74). Tradotto da M. Bertani. Milano: Feltrinelli.

-Foucault, M. 2006. *Storia della follia nell'età classica*. A cura di M. Galzigna; tradotto da F. Ferrucci. Milano: BUR Rizzoli, Mondadori.

- Frances, A. It's not too late to save the "normal.", *Los Angeles Times*, 1 March, 2010 (<https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2010-mar-01-la-oe-frances1-2010mar01-story.html>).

- Goffman, E. 2010. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Tradotto da F. Basaglia. Torino: Einaudi.

- Goffman, E. 2018. *Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata* (1963). Tradotto da M. Bontempi. Verona: Ombre Corte.

-Gros, F. 2011. Nota sulla "Storia della follia." In *Aut Aut*, 351: 10–17.

-Gritti, P., & Gagliardi, S. (2012). *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali: un problema irrisolto*. In L. Chieffi (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*. Milano, Mimesis Edizioni, pp. 253-269. <https://doi.org/10.4000/books.mimesis.2316>

-Ierna, B. 2023. Attualità e contraddizioni della via italiana dopo la riforma. In *La psichiatria e il futuro della salute mentale*, *Aut Aut*, 398: 38–39.

- Jervis, Giovanni (1988), *L' antipsichiatria tra innovazione e settarismo: estratto*, S.l.: s.n. (stampa Lama (PG): S.A.T. Società Artigiana Tipografica.

-King, V., B. Gerisch, e H. Rosa. 2019. Lost in perfection: Ideals and performances. In V. King, B. Gerisch, e H. Rosa (Eds.), *Lost in Perfection: Impacts of Optimisation on Culture and Psyche*, 1–10. London: Routledge.

-King, V., B. Gerisch, H. Rosa, R. Franz, D. Lindner, B. Salfeld, M. Schlichting, J. Schreiber, e M. Stenger. 2024. Self-optimization via figures and digital parameters: Psychic repercussions of digital measurement and comparison. In *Historical Social Research (HSR)*, Special Issue: Debating Self-Optimisation: Practices, Paradoxes, and Power, 49 (3): 213–267.

- Lasalvia, A., e Tansella, M. (2011). "Occupational Stress and Job Burnout in Mental Health. Stress lavorativo e burnout in salute mentale." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20: 279–285. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000576>.

- Large, M.M., e O. Nielssen. 2009. The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low- and middle-income countries but are unrelated in high-income countries. In *Psychology and Psychotherapy* 82: 113–19.
- Mezzina, R. (2012). "Il cambio paradigmatico tra sistemi globali e soggetti." In *Quarant'anni di Fogli d'informazione, psichiatria, psicoterapia, istituzioni*. Firenze: Ed. Periferie al Centro ONLUS. 231-237.
- Ministero della Salute. 2020. *Salute mentale – Fatti e cifre contro lo stigma*.
- Negrognolo, L. 2023. Verso una politica collettiva della cura. In *Aut Aut*, 398: 30–35.
- Obiols, Juan (1977), *Psichiatria e antipsichiatria*, Novara: De Agostini, 1977.
- Peterson, R. 1979. Revitalizing the culture concept. In *Annual Review of Sociology* 5: 137–66. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.05.080179.001033>.
- Pinto, V. (2012). *Valutare e punire*. Napoli: Cronopio. P. 46-47.
- Rosa, H. 2017. Dynamic stabilization, the Triple A. approach to the good life, and the resonance conception. In *Questions de Communication* 31: 437–456.
- Rosa, H. 2019. *Resonance: A Sociology of Our Relationship to the World*. Cambridge: Polity.
- Rosa, H., e C. Henning. 2018. Good life beyond growth: An introduction. In H. Rosa e C. Henning (Eds.), *The Good Life Beyond Growth. New Perspectives*, 1–14. London: Routledge.
- Saraceno, B. (2014). *Discorso globale, sofferenze locali; Analisi critica del Movimento di salute mentale globale*. Milano: Il saggiatore.
- Saraceno, B. (2022). *Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale*. Bologna: Derive e approdi.
- Scotti, F. (2009). *Gli operatori e il servizio di salute mentale*. Cit. Manoukian, F. <https://www.grusol.it/informazioni/29-07-09bis.PDF>.
- Società Italiana di Psichiatria. *Codice Etico*. 2024. Accesso 30 ottobre 2024. <https://psichiatria.it/wp-content/uploads/2024/06/CODICE-ETICO-SIP.pdf>.

-Szasz, Thomas. 1966. *Il mito della malattia mentale: Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*. Trad. da F. Saba Sardi. Milano: Il Saggiatore.

-Yeung, A., E. Ng, e E. Abi-Jaoude. 2022. TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry* 67 (12): 899–906.

Sitografia

-Avella, H. 2024. "TikTok ≠ therapy": Mediating Mental Health and Algorithmic Mood Disorders. *New Media & Society* 26 (10): 6040-6058. Accesso il 24 ottobre 2024. <https://doi.org/10.1177/14614448221147284>.

-"Industria farmaceutica." *Enciclopedia Treccani*. Accesso il 19 ottobre 2024. <https://www.treccani.it/enciclopedia/industria-farmaceutica/>.

-Wired. "How TikTok's Algorithm Impacts Mental Health and Psychology." *Wired*. Accesso il 24 ottobre 2024. <https://www.wired.com/story/tiktok-algorithm-mental-health-psychology/>.

- "L'espansione del privato in sanità: Il caso italiano nel contesto globale." Percorsi di secondo welfare, 2 febbraio 2022. Accesso 30 ottobre 2024. <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/lespansione-del-privato-in-sanita-il-caso-italiano-nel-contesto-globale/>.

Ringraziamenti

Voglio prendere un momento per ringraziare tutte le persone che, in vari modi, mi hanno sostenuto durante il percorso che mi ha portato a completare questo percorso e questa tesi.

In primo luogo, un sincero ringraziamento va alla mia famiglia: a mia mamma e al suo compagno Giancarlo, per il loro supporto e la loro presenza costante; a mia zia Stefania e al suo compagno Marco, sempre un grande sostegno; e a mio nonno Amorino e alla zia Luisa, che sono sempre stati presenti nel mio cammino.

Un pensiero speciale va ai miei amici di sempre, che sono stati al mio fianco in ogni fase della mia vita, sostenendomi nei momenti difficili e festeggiando con me i successi. La loro presenza ha reso ogni esperienza più significativa. Voglio anche ringraziare tutte le persone che ho incontrato negli anni trascorsi a Padova. Ogni incontro ha contribuito a rendere questo percorso di studi indimenticabile, arricchendolo con gioie, sfide e ricordi che porterò sempre con me.

Infine, un ringraziamento va al corso di studi che mi ha formato e ispirato e, soprattutto, al mio relatore, per la guida e la professionalità dimostrate in ogni fase di questo lavoro.

A tutti voi, il mio più sincero grazie.