

Salute mentale e territorio

Massimiliano Minelli

Università di Perugia
[massimiliano.minelli@unipg.it]

Abstract

Mental health and territory

This article traces an anthropological itinerary through “mental health” and “territory”, following the scientific work and teaching of Tullio Seppilli (1928-2017). Seppilli’s interpretations concerning the anti-institutional democratic movement and the psychiatric reform in Italy are an excellent guide in order to analyze the relationships between mental suffering, community styles of work and social contexts. Along this direction, within a historical and international perspective, the article traces some steps of the anti-institutional movements in Italy and recent debates, which represent their continuation in a global landscape. The path through mental health in the territories allows us to question social change, collective action and the production of subjectivity.

Keywords: existential territory, community mental health, Tullio Seppilli, collective action, processes of subjectification, deinstitutionalization

In questo testo propongo di compiere un itinerario antropologico attraverso la “salute mentale nel territorio”, cercando di mantenere una prossimità rispetto all’attività scientifica, culturale e politica di Tullio Seppilli (1928-2017). Le interpretazioni che egli ha dato del movimento democratico anti-manicomiale e di riforma della psichiatria in Umbria – la situazione che ha a lungo studiato e direttamente ha conosciuto – mostrano come affrontare alcune domande fondamentali: in che modo le azioni collettive e le trasformazioni sociali, avvenute in diverse realtà italiane, hanno permesso di mutare lo sguardo antropologico sulla salute mentale territoriale e sulle politiche pubbliche di salute? come considerare la complessiva riconfigurazione dei rapporti tra sofferenza mentale, stili di lavoro comunitari e contesti sociali in una prospettiva storica e in un panorama internazionale? è possibile costruire, con approcci interdisciplinari innovativi e aggiornati, strategie di intervento adeguate alle istanze della salute mentale intesa come un bene comune?

Come si vedrà, tentativi di risposta a tali questioni dovrebbero attingere a una visione situata e problematica della realtà italiana in un quadro più ampio della salute mentale globale. In questa direzione, nelle pagine seguenti farò riferimento ad aspetti della situazione attuale, rintracciando nella memoria critica del passato alcuni strumenti concettuali e operativi utili a interrogare il mutamento sociale, la produzione di soggettività e l'azione collettiva.

Azioni collettive

Tullio Seppilli ha riservato una particolare attenzione allo studio della profondità storica e dell'articolazione socio-culturale dei problemi riguardanti il corpo, la salute e la malattia, al fine di immaginare interventi sociali e nuovi possibili scenari. Tra questi scenari, i territori della salute mentale sono per varie ragioni ambiti privilegiati con cui misurarsi, nei quali hanno avuto luogo mutamenti, discontinuità e sperimentazioni istituzionali. "Territorio" è infatti un concetto capace più di altri di esprimere le trasformazioni sociali e politiche avvenute in Italia in una intensa fase di ridefinizione della salute mentale che, iniziata nei primi anni Sessanta, ha segnato una svolta decisiva con l'approvazione della legge 180 del 13 maggio 1978 e con l'istituzione del sistema sanitario nazionale (Legge 833, 1978). Passaggi successivi hanno consolidato il quadro della salute mentale comunitaria, senza i manicomi, e la costruzione della rete territoriale dei servizi pubblici di salute. Non sono mancati nei decenni seguenti periodici attacchi e ripetute richieste di revisione da parte di forze politiche conservatrici, mentre mutazioni dell'intero sistema pubblico di salute hanno visto il passaggio di competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni e concomitanti processi di aziendalizzazione, l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, gli indirizzi organizzativi e gestionali formulati nei Progetti obiettivo tutela salute mentale del 1994-1997 (Dpr 24/2/94) e del 1998-2000 (Dpr 10/11/99), la legge 328/2000, la Conferenza Stato-Regioni 2008.

Rimane un fatto incontrovertibile che le lotte contro la violenza delle istituzioni totali sono state al tempo stesso una necessaria premessa e un terreno di sperimentazione per risposte più avanzate ai temi della salute mentale, innestando le questioni della sofferenza e del prendersi cura nella ridefinizione delle relazioni, degli scambi di significati ed esperienze sociali. Nel movimento anti-manicomiale italiano, numerose sono state le iniziative per trasformare contesti di vita e attuare pratiche quotidiane di deistituzionalizzazione, mobilitando di volta in volta attori individuali e collettivi.

Sul piano epistemologico ciò ha significato in primo luogo “mettere fra parentesi” la malattia mentale, al fine di capire come emerge, si configura e talvolta è superata la sofferenza psichica, in concrete realtà storiche. Si è capito cioè che i problemi psichiatrici avrebbero potuto essere presi in carico e fronteggiati nelle comunità e nei luoghi di lavoro, nelle specifiche reti relazionali e nei contesti familiari, a condizione di valorizzare i saperi locali e di cambiare le istituzioni, le loro pratiche e il loro immaginario. Cura e relazione sociale avrebbero potuto essere riconsiderate criticamente come parte della vita e delle contraddizioni dei mondi quotidiani, non come una questione di ordine pubblico da confinare in spazi chiusi e in circuiti del controllo.

Nel “territorio”, mettendo in questione la presenza e il coinvolgimento degli attori – in primo luogo i pazienti – direttamente impegnati nei cambiamenti in atto, si è affermato uno spazio politico di riflessione, di conflitto e di intervento⁽¹⁾. Sono così andate delineandosi nuove aree dello scambio sociale in cui operare. Interrogativi si sono aperti su come le conoscenze e le tecniche dei servizi psichiatrici possano realmente essere condivisibili e negoziabili con i soggetti presenti sul territorio; su come diversi attori – i pazienti, le famiglie, i cittadini – possano stabilire e alimentare scambi e reciprocità a partire dai rapporti esistenti e dalle condizioni di vita. Nella pratica, il concetto di “risorsa” ha preso forma in un complesso campo relazionale, nell’incontro fra analisi critica delle situazioni e immaginazione di mondi possibili. I protagonisti di quella fase, per forzare gli assetti manicomiali, hanno dialogato con diversi interlocutori soprattutto nelle realtà urbane, prendendo atto che la messa in discussione delle istituzioni psichiatriche e delle politiche di salute avrebbe dovuto essere necessariamente parte di una più ampia e profonda trasformazione, giacché grandi cambiamenti nella seconda metà del secolo XX hanno segnato all’interno e dall’esterno la società italiana: urbanizzazione e abbandono delle campagne, flussi migratori, rapida industrializzazione, riconfigurazione degli assetti urbani e crescita dei movimenti operaio e studentesco.

A decretare il successo del progetto di riforma della psichiatria è stato l’esito situato e locale di azioni innovative da parte di gruppi di lavoro, di forze sociali e politiche di differente orientamento, attraverso un movimento policentrico. In numerose province (Gorizia, Trieste, Parma, Reggio Emilia, Arezzo, Perugia) iniziative concrete hanno segnato una discontinuità radicale rispetto a un precedente lungo rapporto di simbiosi fra la vita sociale e i manicomi, i grandi contenitori della follia. Nel quadro di mutate forme di vita a diversi livelli di scala – le periferie,

i nuovi quartieri operai – il rapporto fra città e ospedale psichiatrico si è modificato, generando reti di sostegno, organizzazione dei servizi e strategie di salute collettiva. Progressivamente, si è andata tessendo una trama complessa di specifiche situazioni storiche in cui la trasformazione degli spazi pubblici è stata variamente declinata a seconda che le forze sociali e gli esponenti del movimento anti-manicomiale portassero avanti la propria azione nell'ospedale o dall'esterno. A differenza del conflitto apertosi con il contesto sociale e la politica a Gorizia, dove l'attenzione si era concentrata quasi esclusivamente sul manicomio, i protagonisti del movimento in altre città – Pirella ad Arezzo, Tommasini, Basaglia prima e Giacanelli poi a Parma, Jervis a Reggio Emilia, Rasimelli, Manuali, Scotti e Brutti a Perugia, Basaglia e Rotelli a Trieste – hanno investito prioritariamente sulle risorse all'esterno dell'ospedale, definendo modi innovativi di procedere attraverso la sensibilizzazione e la partecipazione delle popolazioni locali (BABINI 2009; MICHELI 2013; FOOT 2014).

In tale scenario, oltre alla memoria vivente dei processi attivati nelle città di medie e piccole dimensioni (innanzitutto l'esempio di Trieste), interessanti sono le testimonianze di trasformazioni avvenute in alcune grandi realtà urbane. Si pensi, per esempio, alla qualità della esperienza di Napoli negli anni Settanta così come emerge nella ricostruzione di Sergio Piro nel volume *Il giardino dei gelsi* curato da Ernesto Venturini (1979).

Quando il 20 novembre 1975 l'*équipe* coordinata da Piro si trasferì al Frullone – il secondo per dimensioni dei tre ospedali psichiatrici di Napoli, costruito nell'era Gava – ebbe inizio un rapporto di collaborazione fra psichiatri e medici del centro di salute di Giugliano, attorno ad una consapevole strategia di azioni territoriali integrate:

[...] abbiamo preso contatto con il Centro di medicina sociale di Giugliano, che già operava sul territorio di nostra competenza. Questo contatto ha contribuito a modificare alcuni dei nostri punti di vista: il centro di Giugliano agiva fin dall'inizio con un ampio programma sociosanitario, prevalentemente non di tipo psichiatrico. Il collegamento con questa esperienza ci ha permesso infatti di saltare una tappa che rappresenta il maggior pericolo di psichiatrizzazione del territorio. Ci ha fornito un correttivo alla tendenza, altrimenti inevitabile, di una politica di settore, comunque l'avessimo chiamata (Piro in VENTURINI 1979: 152).

Il lavoro di *équipe*, proiettato all'esterno in un'area di sette comuni, coerentemente con gli orientamenti della riforma sanitaria e il piano socio-sanitario regionale, era volto a sperimentare iniziative di prevenzione e promozione della salute. Racconta Piro che l'obiettivo principale era far

implodere la grande macchina manicomiale del Leonardo Bianchi, il più grande dei tre ospedali psichiatrici napoletani, «favorendo la sua smobilitazione, sia partendo dall'ospedale che dal territorio» (ivi: 150). Sulla scelta di adottare una doppia azione integrata, dentro e fuori i manicomi, ricorda Piro, influirono specifici fenomeni sociali. Ebbero certamente un impatto significativo le iniziative del movimento studentesco, la presenza di un «proletariato industriale con forte coscienza delle contraddizioni sociali», un diffuso disagio nella borghesia intellettuale (ivi: 147), il movimento dei disoccupati organizzati (RAMONDINO 1977), la protesta di fronte a emergenze sanitarie insorte durante l'epidemia di colera.

In quella stessa realtà nella quale le storie di vita lavorativa dei pazienti psichiatrici oscillavano fra gli spazi chiusi degli ospedali e la marginalità e la precarietà dei quartieri popolari, l'alta percentuale di disoccupazione e sottoccupazione, soprattutto giovanile, spingeva gli operatori psichiatrici a pensare l'inserimento lavorativo degli ex-degenti come chiave di lettura delle contraddizioni sociali sulle quali intervenire.

Storie di cambiamento, come quella di Napoli, ricordano che la rete dei manicomi, grandi macchine istituzionali capaci di assorbire forza lavoro nel controllo sanitario delle devianze psichiche, per essere distrutta e superata non poteva essere considerata separatamente dalla vita delle città, della quale in un certo senso gli ospedali psichiatrici erano la negazione. Il "rovesciamento pratico" (un'efficace espressione di Franco Basaglia) sarebbe stato possibile reinventando le istituzioni e contribuendo a interpretare dialetticamente i problemi con letture approfondite dei contesti e dei determinanti sociali della malattia mentale. In tal senso, le azioni sul campo hanno prodotto avvicinamenti e dialoghi fra i saperi psichiatrici e quelli della delle scienze sociali, della medicina sociale e della salute pubblica sul tema della prevenzione.

Produzione di soggettività

La lettura dei testi scritti nel vivo del superamento dell'ospedale psichiatrico permette di entrare in contatto con accurate e vivaci descrizioni delle attività sperimentali, realizzate direttamente dai partecipanti al movimento nei luoghi di vita e di lavoro. Oggi riusciamo compiutamente a vedere – sebbene la ricognizione di questi materiali sia ancora incompleta – la ricchezza di riflessioni teoriche e di confronto politico sul "mondo là fuori". Al centro di quelli che potrebbero impropriamente sembrare "cronache"

di eventi e situazioni, troviamo riflessioni in divenire sulle soggettività direttamente implicate in un processo sperimentale. I primi esempi di questo genere di scrittura sono presenti nei verbali delle assemblee e nelle testimonianze de *L'istituzione negata* (BASAGLIA 1968) così come nella cronaca del laboratorio artistico e performativo che nell'ospedale psichiatrico di Trieste ha dato vita all'avventura di Marco Cavallo (SCABIA 1976). Nuovo è inoltre il modo di accostare saperi tecnici e pratiche comunitarie nei nascenti servizi di salute mentale, attorno alla consapevolezza di quanto fosse difficile "costruire la teoria" di ciò che si andava quotidianamente creando nella prassi territoriale⁽²⁾.

Il legame fra lavoro vivo degli operatori e riconoscimento della presenza di risorse comunitarie, in questi casi, rappresenta la cifra di una nuova peculiare combinazione di tentativi di riconoscimento di relazioni possibili e di produzione di soggettività. Va ricordato infatti che le testimonianze dei partecipanti al movimento contengono soprattutto storie di scoperta e di mutamento personale. Caratterizzante è stata la scoperta di come nella relazione di cura – attraverso percorsi di formazione, reti di servizi in costruzione ed esperienze di lavoro di *équipe* – emergessero i processi di soggettivazione necessari a superare le forme di alienazione e di violenza proprie delle istituzioni totali. Franco Basaglia è tornato più volte sulla novità rappresentata da una strategia di lavoro che assumesse la trasformazione personale di tutti gli attori sociali come una priorità nella ridefinizione dei territori. Nella prassi anti-manicomiale, infatti, istanze per il «cambiamento della condizione di vita e la partecipazione alla gestione del potere» sono state viste come inseparabili dalla «volontà di affermarsi non tanto come oggettività ma come soggettività» (BASAGLIA 2000: 23)⁽³⁾.

Non credo che una persona malata possa vivere in questa società perché questa società la uccide. È chiaro che il nostro compito è cambiare la società, perché vogliamo vivere e vogliamo che il malato viva. Tuttavia non possiamo restare nell'illusione che, una volta cambiata la società, noi potremmo vivere meglio di quanto viviamo oggi. Certamente vivremo meglio, ma ci sarà sempre una contraddizione fra quello che siamo e quello che vorremmo essere, fra quella che è la nostra "oggettività" e quella che è la nostra "soggettività" (ivi: 22).

In definitiva, il nuovo percorso, fatto di mobilitazioni, confronto politico e partecipazione democratica sul tema della salute mentale è stato intrapreso soprattutto laddove si sono affermate istanze collettive in merito «a ciò che siamo, al rapporto tra la nostra vita privata e la nostra vita come uomini pubblici e politici» (ivi: 7). Nei processi di mutamento appena richiamati,

prassi trasformatrici e soggettività in divenire hanno caratterizzato il territorio, inteso come teatro vivente di azioni, riconoscimento reciproco e impegno civile. Per questa ragione il termine “territorio”, piuttosto che definire uno spazio fisico occupato e controllato da gruppi sociali o formalmente amministrato da istituzioni statali, è passato a indicare principalmente l'azione collettiva volta a una presa di coscienza dei problemi per «cambiare la domanda di salute». Tale orientamento è stato lucidamente espresso da Carlo Manuali, uno dei protagonisti della esperienza anti-istituzionale a Perugia, in un dialogo con Ernesto Venturini a un anno dalla Legge 180 (VENTURINI 1979). Oggetto della conversazione era un tentativo effettivamente riuscito di capovolgere il senso delle pratiche dei servizi e di costruire di una nuova proposta di salute.

Territorio significa allargare l'interesse delle persone, promuovere cioè la presa di coscienza dei cittadini per certi problemi. Non significa, perciò, creare dei servizi più facilmente fruibili da parte dei cittadini, non significa spartire in modo più equo o più razionale i servizi: significa invece proprio capovolgere il senso del servizio. L'obiettivo fondamentale, che può essere realizzato nel territorio, è cambiare il tipo di domanda e di aspettativa: cambiare la domanda di salute, che oggi è interamente dominata dalla egemonia sanitaria (Manuali in VENTURINI 1979: 180).

Il rapporto con la produzione sociale dei bisogni, questione su cui sono intervenuti i servizi di salute mentale già nella prima fase, portò Carlo Manuali a considerare l'operazione di decentramento come una consapevole riformulazione della domanda e come «deprivatizzazione di tutti i bisogni e, in modo particolare, del bisogno psichiatrico» (ivi: 181). Scelta coraggiosa che implicava evidentemente una specifica attitudine a interrogare i contesti attorno alla definizione dei parametri del normale e del patologico.

Diciamo pure che il nostro dibattito si articola sempre con i politici. Inoltre, le decisioni, altra cosa importante, generalmente non maturano mai dalla discussione di un caso. L'analisi che noi facciamo della realtà non parte mai dalla malattia, ma parte sempre dalla normalità. Noi consideriamo infatti la malattia come un aspetto della normalità, come un qualcosa, quindi, di più di una conseguenza della normalità. L'operazione che noi facciamo diventa, di fatto e automaticamente, un'operazione critica nei confronti di questa normalità, si pone per forza come un'azione di rottura, anche se dialettica e tesa all'apertura di un discorso (ivi: 182-183).

Da qui l'idea che «la follia è questione di fede e non di eresia» (MANUALI 2003) perché l'insorgenza della sofferenza mentale è dovuta ai vincoli e agli interdetti posti dalla riproduzione sociale della norma, in contesti sociali “inaspettati”.

La pratica nel territorio, quando riesce a crescere non più e non solo come pratica extra-istituzionale, e a recidere ogni legame di filiazione teorica con l'istituto manicomiale, proponendosi come immagine nuova, [...] mostra inequivocabilmente che la malattia mentale si incontra in regioni sociali inaspettate (MANUALI 2003: 96).

La dialettica fra istituzione e relazione sociale è dunque il fulcro di una interrogazione costante della pratica, con riferimento al rischio che la risposta prevalente, talvolta unica, alla domanda di salute mentale sia costituita da percorsi di medicalizzazione e psichiatrizzazione dei problemi. Si comprende come le strategie più avanzate di deistituzionalizzazione abbiano portato ad un superamento da un lato della risposta parziale della comunità terapeutica, dall'altro delle politiche di settore. Questo perché la deistituzionalizzazione si è affermata come una immanente «pratica di disarticolazione e di analisi dei meccanismi sociali, politici e psicologici che “collegano” o piuttosto “separano” la storia dell'individuo dagli ambiti in cui essa è costretta a declinarsi al servizio della conservazione di quegli stessi ambiti» (SARACENO 1995: 94). Descrivere la vita che cambia, in un possibile processo di liberazione e autodeterminazione, richiede una prosimità con il quotidiano delle persone, senza occultare le contraddizioni della realtà in cui si opera.

Il percorso appena tracciato evidenzia una specificità storica, epistemologica e politica, della parola “territorio”. Forse per questo il termine così com'è stato impiegato nella situazione italiana, non sembra avere adeguate traduzioni in altre lingue. Effettivamente, il “territorio”, inteso come insieme di processi storico-sociali necessari alla realizzazione di servizi di salute culturalmente pertinenti e politicamente attivi nei contesti di vita, non è facilmente traducibile. La parola *community* impiegata soprattutto nella letteratura anglosassone in questo ambito, sebbene sia stata il centro di nuove esperienze relazionali e forme di vita, non sembra riuscire pienamente a indicare l'intreccio di soggettività, conflitti e organizzazione politica, nella dialettica fra comunità locali e sistemi di salute nazionali. Anche il termine *environment* mostra alcuni limiti: evocando la presenza di un “ambiente bio-sociale” come spazio epidemiologico delle condizioni di vita, fa pensare in primo luogo a rischi sanitari da monitorare costantemente allo scopo di scongiurare minacce alla salute delle popolazioni. “Territorio” non sembra avere un puntuale corrispettivo neanche in lingua francese. In Francia infatti, ricerca sociale e salute pubblica hanno dialogato a lungo sui temi della regionalizzazione e del decentramento dei servizi psichiatrici, sperimentando l'analisi istituzionale e la psichiatria di settore, senza

però individuare nei territori il fulcro del cambiamento complessivo nella società. Probabilmente è il termine francese *milieu* a essere più di aiuto per un chiarimento concettuale di tipo genealogico, giacché come ricorda Paul Rabinow esso ha portato a un decentramento di sguardo sulla natura e sulla società, fondamentale per comprendere le dinamiche del normale e del patologico (RABINOW 1995, CANGUILHEM 1976). “*Milieu*”, andando oltre l’idea di un luogo preordinato, è passato a indicare uno spazio omogeneo e continuo di processi: «semplicemente il “tra” due luoghi, *mi-lieu*, un sistema relazionale senza fondamento metafisico» (RABINOW 1995: 129). In questo modo, ambiente e spazio geografico sono stati ricombinati in una visione più consapevole dei limiti di individuazione e spazializzazione di pericoli potenziali per la salute, lasciando però in ombra le scelte concrete e le lotte politiche dei gruppi e dei collettivi per fronteggiare i rischi. Recentemente, in spagnolo e portoghese, soprattutto in America Latina e in particolare in Brasile – come si vedrà più avanti –, la parola “territorio” è stata oggetto di una rilettura critica, che riconosce un rapporto diretto con la pratica di salute mentale italiana. Il progetto di ridefinizione è riconducibile al tentativo di misurarsi con la sfida di decolonizzare il pensiero e le epistemologie prevalenti. In tale ambito, l’interesse per la salute globale – un campo di studi e pratiche finalizzato alla giustizia sociale e alla equità nelle azioni di salute pubblica, attraverso una visione sistemica delle dinamiche e delle ineguaglianze internazionali e una critica delle separazioni e dei confini nazionali nelle strategie sanitarie – può dare nuovi significati al territorio e introdurre questioni di ordine teorico ed epistemologico (BIEHL, PETRYNA 2013; QUARANTA 2014).

In Umbria: fra salute mentale e antropologia

Nel 1978, quando la legge 180 entrò in vigore, in Umbria erano già state sperimentate iniziative di riforma dell’ospedale psichiatrico sin dal 1965. La cultura della salute mentale territoriale aveva avuto un considerevole impulso attraverso le assemblee pubbliche con il coinvolgimento della cittadinanza, l’apertura di sezioni-reparti e le dimissioni programmate di pazienti. Dibattiti e partecipazione popolare avevano accompagnato l’organizzazione del nuovo assetto dei servizi territoriali, intorno alla istituzione dei Centri di igiene mentale (CIM): dal 1970 le prime strutture psichiatriche di tipo comunitario realizzate come rete territoriale (GUAITINI 1974; MICHELI 1982; SCOTTI 1995; MANUALI 2003).

Tullio Seppilli e Ferruccio Giacanelli (2014), in un pluriennale lavoro di ricostruzione della metamorfosi della psichiatria rinnovata, hanno chiarito alcune peculiari caratteristiche del movimento umbro:

- a) un certo realismo e pragmatismo nella definizione delle mete nelle strategie di azione;
- b) un'attenzione rivolta in prevalenza ai "contesti sociali" in cui operare trasformazioni;
- c) una consapevolezza diffusa che lo smantellamento dell'ospedale psichiatrico avrebbe richiesto quale immediata alternativa la costituzione dei centri di salute mentale territoriali;
- d) una strategia d'intervento caratterizzata da una doppia modalità, tecnica e politica, per superare le vecchie forme di istituzionalizzazione delle risposte – rivolte all'infanzia e agli anziani, alla disabilità, alla drammatica questione carceraria – e per contrastare nuove più insidiose modalità di controllo sociale;
- e) un dialogo aperto tra tecnici e politici, con il coinvolgimento dei partiti dell'arco costituzionale, in uno scambio dialettico fra operatori della salute mentale e amministrazione locale di sinistra⁽⁴⁾.

In seguito alle scelte dell'Amministrazione provinciale presieduta da Ilvano Rasimelli, sin dalle prime fasi le *équipes* dei CIM hanno operato nelle comunità per il reinserimento nei luoghi di provenienza dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico provinciale. Attraverso una complessa interlocuzione con più livelli della sfera istituzionale, nel corso delle azioni di riforma sono stati discussi gli interventi del sistema giuridico, messe alla prova forme del diritto pubblico e civile in grado di agire sulla tutela della persona e sui diritti di cittadinanza. In questo senso, le possibilità di scambi fra istituzioni e organizzazioni sono state alimentate da pratiche di mediazione con la presenza attiva dei governi locali. Sindacati e partiti politici hanno agito in più circostanze come organizzatori del consenso e promotori di un'effettiva politica culturale. Le dichiarazioni dei primi due articoli del regolamento dei CIM della provincia di Perugia del 1974 mostrano i tratti del profilo etico e politico del movimento.

Art. 1. L'esperienza dei servizi psichiatrici della Provincia di Perugia si è realizzata nella lotta contro l'internamento psichiatrico e contro le istituzioni segreganti. Questa lotta ha determinato lo spostamento dell'intervento psichiatrico dalle istituzioni manicomiali a quelle sociali (famiglia, scuola, fabbrica). I CIM hanno rappresentato un primo esito di tale processo e al tempo stesso costituiscono lo strumento nuovo che consente di privilegiare il momento preventivo rispetto a quello conservatore e antitetico di cura-custodia dell'Ospedale psichiatrico.

L'Amministrazione provinciale decide di regolamentare, per questa fase del processo, l'attività dei CIM al fine di imprimere ad essi un preciso orientamento programmatico che promuova la costruzione di una valida alternativa all'istituzione totale e conduca all'integrazione dei servizi psichiatrici nelle Unità locali di servizi sociali e sanitari e, di conseguenza, al superamento del loro carattere verticale e settoriale.

Art. 2. La salute mentale è connessa alla possibilità di dominare conoscitivamente e operativamente la propria condizione esistenziale e i processi che la determinano.

La salute mentale non si identifica quindi con un codice di norme di comportamento né con la pura e semplice assenza di malattia.

Si tutela, non espandendo strutture e servizi psichiatrici, ma trasformando profondamente le condizioni e i significati della vita associata in modo da realizzare rapporti umani e modelli socioculturali che pongano il benessere dell'uomo quale valore primo e fondamentale.

Si costruisce anche nell'ambito della lotta collettiva e individuale contro lo sfruttamento dell'uomo sull'uomo e contro tutti quegli ostacoli, materiali e culturali, che impediscono il pieno e critico dispiegarsi della personalità umana (GUAITINI 1974: 185-186).

L'Istituto di etnologia e antropologia culturale diretto da Tullio Seppilli, dagli anni Settanta, è andato via via documentando i cambiamenti intervenuti nelle città e nelle campagne insieme all'intero processo di consultazione avvenuto attraverso le assemblee popolari (GUAITINI 1974). In proposito va ricordato che Tullio Seppilli è stato uno dei protagonisti della salute mentale in Umbria, sia come antropologo, sia come politico – nel ruolo di consigliere e membro della commissione dei servizi psichiatrici presso l'Amministrazione provinciale di Perugia, eletto nelle file del Partito Comunista Italiano. Il duplice impegno si fondava sul presupposto che le ipotesi scientifiche dovessero misurarsi attraverso la prassi. Di fronte a un ribaltamento delle concezioni e delle pratiche tradizionali, la situazione imponeva di chiedersi:

in che modo tale ribaltamento ha evidenziato fattori di disturbo psichico connessi alle condizioni socio-economiche, alle dinamiche istituzionali e alla conflittualità culturale; cosa ha prodotto, nella prassi, lo spostamento del fuoco di intervento dalle istituzioni manicomiali a quelle sociali (famiglia, fabbrica, scuola, ecc.), privilegiando il momento della prevenzione rispetto a quello antitetico della cura-custodia; cosa ha significato affrontare il problema psichiatrico a livello di territorio, con una intensa azione di massa che a fianco degli operatori scientificamente e ideologicamente più avanzati ha coinvolto forze politiche, sindacali, culturali, assemblee elettive, strumenti di democrazia di base (CAPUCELLI, PANACCI, SEPPILLI 1975: 120).

Con riferimento al rapporto fra malattia mentale e società, in quel periodo Tullio Seppilli si stava occupando soprattutto di comunicazione pubblica e media di massa, studiando percezioni e comportamenti della popolazione di fronte ai disturbi psichici e alla follia (SEPPILLI 2008 [1979]). Inquadrato attraverso la ricerca sulla devianza e sui processi di egemonia, l'ambito della malattia mentale si rivelò come un osservatorio privilegiato per indagare il mutamento culturale. Il concetto di "modello" – un insieme di valori, rappresentazioni e pratiche sociali caratterizzate da pluralità ed eterogeneità – permise di collocare la follia in una "costellazione culturale articolata" di etiologie e definizioni di sintomi, «procedimenti diagnostici e tecniche preventive e terapeutiche» (ivi: 795). Era questa attenzione alla pluralità e alla stratificazione sociale a costituire la premessa necessaria per individuare le risorse disponibili e sperimentare interventi efficaci. Seppilli aveva anche iniziato una riflessione sulla dimensione culturale dei processi migratori interni e sulla possibile loro incidenza sulla patologia mentale. Alla base vi era il riconoscimento della assenza di una correlazione diretta e necessaria tra mobilità territoriale e appartenenza sociale, giacché movimento e distacco dal territorio non corrispondono necessariamente con uno sradicamento dall'ambiente sociale, come mostra la fenomenologia delle società nomadi. Il problema su cui impegnare le scienze sociali era semmai la contraddizione fra condizioni esistenziali oggettive e accettazione soggettiva di tali condizioni, di fronte a pressioni strutturali incidenti sulla concreta ricerca di opportunità di vita e sulla dislocazione spazio-temporale nei processi migratori (SEPPILLI 1963).

Più in generale, alcuni lineamenti dell'antropologia praticata da Seppilli in quegli anni hanno marcato la sua attività scientifica successiva: la prospettiva integrata di biologico, sociale e culturale nell'affrontare gli interrogativi proposti dal disturbo mentale; la riflessione di taglio marxista sul rapporto fra condizioni materiali di esistenza e forme storiche della coscienza sociale; l'organizzazione scientifica e culturale come parte organica del lavoro intellettuale degli antropologi; l'azione nel campo della salute pubblica volta a favorire i processi di liberazione, la lotta contro le ineguaglianze e per la tutela dei diritti.

Attraverso il lavoro svolto contemporaneamente su più aree tematiche, l'osservazione del territorio individuava l'azione combinata di poteri pubblici e di sistemi locali di guarigione sul corpo, la salute e la malattia, mostrandone forme e contenuti, in un tempo storico fatto di lunga durata e di congiunture politico-sociali. L'indagine sulle pratiche di salute nell'ambito

del mutamento della società italiana era divenuto possibile a cominciare da una ridefinizione della “medicina popolare”, intesa come:

un assetto specifico di forme di difesa della salute e dell'equilibrio psichico [...] concretamente individuato facendo riferimento a *singoli* strati subalterni, in un *preciso* territorio e in una *precisa* collocazione rispetto ai centri propulsori del cambiamento sociale, entro il quadro di *specifiche* correlazioni città-campagna, di *specifici* processi di circolazione culturale e di *specifici* rapporti di classe, di egemonia e di potere (SEPPILLI 1983: 5).

Dell'attività svolta dall'Istituto di Perugia è oggi apprezzabile l'originalità del programma di lavoro. In un impianto teorico-metodologico organico, dialogavano problemi antropologici considerati in precedenza come distinti ambiti di studio. In Istituto si studiavano: i processi di medicalizzazione nell'Italia del Secondo Dopoguerra in rapporto con le lotte per la riforma del sistema pubblico di salute; le forme di auto-attenzione, le tecniche del corpo e le strategie domestiche di cura, con riferimento alle politiche di controllo sociale e ai processi di egemonia; le strategie comunicative e le campagne di promozione della salute nella cornice ampia delle nuove pratiche di consumo e di accesso a beni servizi; le politiche sanitarie nello stato unitario visto come dialetticamente connesso con la ricerca sulla medicina popolare. È stato così possibile individuare, spesso nell'intricato intreccio di consuetudini religiose e politiche di contrasto alle credenze da parte della medicina ufficiale, piani di sovrapposizione, zone di conflitto e spazi contesi di giurisdizione (MINELLI 2008, 2018).

In tale visione d'insieme, l'osservazione partecipante del movimento contro le istituzioni totali e del costituirsi della salute mentale territoriale ha contribuito al rinnovamento degli approcci interdisciplinari sulle forme di attenzione primaria e sui gesti di cura, nel quadro dei rapporti fra pratiche quotidiane, struttura sociale e trasformazione politica. In questa cornice assumono particolare significato le indicazioni ricorrenti negli scritti di Seppilli, indispensabili per elaborare un organico quadro d'insieme in cui condurre la ricerca e valutare l'uso sociale del sapere antropologico medico. Come hanno osservato Gilles Bibeau e Mariella Pandolfi (PANDOLFI 1992; PANDOLFI, BIBEAU 2005) il collegamento politico, scientifico e culturale tra psichiatria critica e antropologia è un aspetto centrale della tradizione italiana. E Tullio Seppilli è l'antropologo che lo ha espresso più compiutamente, nel dialogo costante fra due significativi sviluppi dell'eredità del pensiero di Antonio Gramsci: l'antropologia di Ernesto de Martino e il movimento anti-istituzionale degli anni Sessanta (SEPPILLI 2012a).

Metamorfosi del sociale

Rispetto al territorio, l'analisi di Seppilli – fatta per così dire “in tempo reale” e cogliendone le contraddizioni – era proiettata verso il futuro. Ciò è particolarmente evidente nella registrazione di un suo intervento in un'assemblea pubblica del 1974, tenutasi nell'ospedale psichiatrico di Perugia. Il documento è parte del film *Fortezze vuote* che Gianni Serra (1975) ha dedicato ai protagonisti e alle storie del movimento umbro.

Il problema della lotta contro l'istituzione manicomiale non si risolve se non si realizza una rete di servizi sul territorio, se non si realizza un rapporto con le popolazioni, con i sindacati, con i consigli di quartiere e i consigli di fabbrica. Se cioè il discorso rimane un discorso settoriale. Noi supereremo le cause principali di malattia quando cambieremo la qualità della vita. Cambiare la qualità della vita non è un fatto di propaganda. È un fatto di organizzazione del modo di vivere, di una rete di servizi, di una coscienza più elevata. Allora potremo porci il problema perché in certi luoghi diminuisce lo sviluppo della malattia mentale e perché in altri non diminuisce; cosa vuol dire la disgregazione, cosa vuol dire la urbanizzazione, cosa vuol dire la condizione di emigrato: tutta una serie di cose che vanno affrontate.

Non illudiamoci. Quando noi andiamo a rompere le basi stesse della malattia, quando noi andiamo ad intervenire sulla fabbrica, per cambiare il modo di lavorare nella fabbrica, quando andiamo ad intervenire nella scuola, per cambiare il modo di funzionamento nella scuola, quando noi tocchiamo l'istituto familiare, non troveremo i consensi che noi troviamo nel parlare bene dei malati mentali, nell'avviare una politica settoriale psichiatrica.

Allora gli scontri si riproporranno, perché cambiare la qualità della vita nella fabbrica implica grosse questioni, implica questioni sindacali, implica la lotta di classe. A questo punto si riaprirà il dibattito che sembra sopito.

Noi potremo portare avanti questa unità, questa alleanza, se riusciremo a costruirla su una serie di lotte e di azioni estremamente concrete per evitare che il dibattito diventi puramente ideologico e per costringere quelli che sono a favore e quelli che non sono a favore, a misurarsi sulle situazioni concrete in cui la lotta va avanti (Seppilli in SERRA 1975).

Insieme all'invito a intervenire sull'organizzazione del modo di vivere, rimane indubbiamente attuale l'altro interrogativo di fondo: cosa accadrà quando gli sforzi per cambiare il funzionamento delle istituzioni si scontreranno con le versioni più aggiornate dei circuiti del controllo e del sistema disciplinare? Effettivamente, gli scarti fra esigenze di integrazione dei servizi sociosanitari e il vecchio assetto della psichiatria hanno portato a misurarsi con il

rischio incombente che la salute mentale di comunità si appiattisca sul modello medico ospedaliero di presa in carico. Oppure che la deistituzionalizzazione porti con sé insidiose strategie di copertura del costante riprodursi di professioni, assetti istituzionali e tecniche disciplinari, mascherate nel “processo di modernizzazione” delle società industriali avanzate (CASTEL, CASTEL, LOVELL 1979). Va ricordato come, trascorso un anno dall’approvazione della 180, Franco Basaglia già avvertisse la necessità di smascherare la combinazione di meccanismi di controllo propri di una società industriale avanzata e di un sistema giuridico di sanzioni ottocentesco, ancora operante nei rinnovati apparati medici e assistenziali. Il ricovero come risposta alla crisi – che non è mai “individuale” – svela contraddizioni profonde nella organizzazione dei servizi sul territorio, soprattutto quando «dal comportamento in quanto pericoloso, si passa alla necessità del trattamento ospedaliero in quanto estrema ratio di un sistema di servizi che non ha organizzato sul territorio una risposta efficace al caso specifico» (BASAGLIA 1982: 462).

La situazione italiana e il caso della esperienza umbra, in tal senso, oltre a mostrare potenziali e limiti, fanno capire quanto le scelte strategiche e di posizionamento siano importanti, soprattutto oggi, per costruire un sistema di salute equo e sostenibile, a fronte di spinte crescenti verso la standardizzazione, l’esternalizzazione e la privatizzazione delle risposte ai problemi di salute mentale. Nella psichiatria di territorio attuale, il Dipartimento di salute mentale (Dsm), che rappresenta la struttura organizzativa e di coordinamento, incontra notevoli difficoltà ad accogliere il suo mandato di operare in modo sistemico nelle comunità, dando continuità, unitarietà e integrazione agli interventi. Caratterizzato soprattutto dal punto di vista funzionale, il Dsm ha fra i suoi principali compiti la direzione e il coordinamento di servizi e strutture, individuando nei territori di competenza risorse e opportunità per la prevenzione e gli interventi precoci. Azioni integrate di tale ampiezza richiedono un’organica e continua interazione fra la rete secondaria di attenzione costituita dai servizi psichiatrici e la salute di primo livello, nelle comunità (la *primary health care* definita nelle sue linee strategiche già nella conferenza di Alma Ata del 1978 e più volte proposta nelle principali conferenze internazionali dedicate alla salute mentale di comunità). Diffusa è la consapevolezza fra gli operatori che per intervenire sui problemi di salute mentale il contesto più adeguato è la rete di relazioni negli ambienti in cui le persone vivono. Di fatto, solo un’organizzazione territoriale di servizi culturalmente sensibili, proattivi, in rapporto dinamico con le forme di vita comunitaria, può contribuire e produrre salute collettiva in una concreta realtà storica. Eppure la presenza dei servizi nei

luoghi di vita degli utenti in sé non garantisce un'effettiva salute comunitaria. Nelle stesse aree dove la riforma si è realizzata, oggi gli usi linguistici prevalenti vedono il termine "territorio" comparire in comunicazioni istituzionali dall'aspetto tecnico e amministrativo. Si parla di territorio delle aziende sanitarie ed ospedaliere, in una complicata costruzione a scatole cinesi, con rinvii in crescendo da uno spazio minore, le politiche regionali, ad uno più ampio, il "territorio nazionale". "Territorio" ricorre in tentativi di definire la *governance* del sociale e gli assetti della sanità, alludendo retoricamente a possibilità di partecipazione e democrazia, senza mostrare traccia della potenza semantica e pragmatica acquisita dal concetto negli anni trascorsi. Nella comunicazione politica risuona l'eco di espressioni ambigue tra inviti a «stipulare patti territoriali», richiami alla «crisi della integrazione socio-sanitaria territoriale da scongiurare», esortazioni a «tutelare e promuovere le identità dei territori». In tutti i casi, la nota dominante è riscontrabile nei tentativi di circoscrivere aree di competenza in un dominio delimitato di amministrazione sanitaria locale o nazionale, dove le possibili risposte sono identificate e filtrate passando attraverso i servizi erogatori di prestazioni.

Nei linguaggi amministrativi appena richiamati, impercettibile o addirittura assente è il "territorio dato": vale a dire lo spazio geografico e relazionale in cui i centri di salute mentale operano concretamente, per costruire opportunità di vita attraverso poetiche sociali e pratiche sperimentali (case, luoghi di accoglienza, inserimenti professionali, sperimentazione di linguaggi espressivi e artistici), potenziando legami e producendo senso condiviso (soprattutto quando sono attivamente accompagnati gli itinerari di vita dei pazienti nel quotidiano). Prevalente sembra essere invece il campo semantico caratterizzato dalla territorialità come spazio amministrativo delimitato dai confini. Anche quando non vengono evocate esplicitamente le frontiere dello Stato minacciate dall'ingresso di possibili intrusi – come appare in una strumentale comunicazione xenofoba nelle "emergenze migranti" – gli sconfinamenti e la extraterritorialità delle pratiche difformi di alcuni utenti "indisciplinati" sembrano minacciare l'integrità delle competenze e la efficienza di istituzioni sempre più chiuse in separate aree di competenza. Nei richiami al territorio di questo tenore, tende a imporsi il gioco metaforico del "contenitore/contenuto" (LAKOFF, JOHNSON 1982: 47-49), quando la definizione dei confini di pertinenza è un atto di quantificazione e di inclusione di classi di persone, oggetti, azioni. Applicare un "modale quantificatore" ad aree circoscritte e superfici chiuse rende praticamente impossibile l'incontro con attività emergenti e stati transitori,

in un sistema aperto e instabile com'è la salute pubblica. Infatti, se con "territorio" viene indicato un insieme di elementi della natura individuati e socialmente prodotti dai gruppi umani come risorse per la vita, storicamente la sua definizione pone sempre in rilievo la costitutiva necessità politica di affermare prerogative e di compiere atti di riconoscimento. Chiamati in causa, di volta in volta, sono gli interventi volti a tracciare i limiti ed esercitare il controllo delle risorse, degli attori, degli spazi di azione, investendo le relazioni dinamiche fra interno ed esterno, attraverso un gioco di rapporti di forza (GODELIER 2009: 158). Poiché costruzione, appropriazione e alienazione dello spazio appaiono come azioni indispensabili per trasformare le pratiche quotidiane, a essere viste come difformi e problematiche nella gestione amministrativa e standardizzata dei servizi sono soprattutto le realtà più avanzate e capaci di valorizzare creativamente nuove forme di scambi, reciprocità e di relazione. Il tema della salute dei migranti, in cui molti operatori sono portati a collocarsi vicino alle persone per cogliere la dimensione trasformativa degli scambi possibili, ha una valenza decisiva in proposito. Sulla fragilità delle organizzazioni territoriali e delle azioni comunitarie le presenze di persone arrivate da altri paesi, piuttosto che essere colta come opportunità di ripensamento e di allargamento delle politiche di salute pubblica, sono inquadrate come una minaccia alla tenuta del sistema. Eppure, attraverso il prisma della migrazione è radicalmente ridefinito un nucleo della psichiatria territoriale, vale a dire il rapporto fra mobilità umane, logiche delle appartenenze, diritti di cittadinanza e salute mentale. In senso ampio, il contrasto a discriminazione e violenza strutturale come possibilità di un percorso di ascolto e di cura è anche premessa per interrogare alla radice la funzione diacritica della sovranità applicata al territorio, quando le linee di discriminazione dei diritti si esercitano con più violenza sulle seconde e terze generazioni: «immigrati che non sono emigrati da nessun luogo» (SAYAD 2002: 382). La questione è epistemologica e politica giacché lo sguardo rivolto a contesti comunitari, fondamento del confronto interdisciplinare, continua ad alimentare ricerche, interventi e azioni per il riconoscimento del diritto alla salute dei pazienti migranti che mirano a ridefinire le politiche di salute pubblica dell'intero sistema sanitario.

Il quadro di riferimento in cui collocare questi fenomeni di arretramento del welfare è una profonda "metamorfosi della questione sociale" (CASTEL 1995). Un crescente "regime di individualizzazione di massa", in cui richiesta ed erogazione di prestazioni e servizi separano i percorsi dei cittadini e al tempo stesso ne unificano i destini, giacché proprio i consumi di beni e servizi sembrano essere le condizioni di socialità più riconoscibili

a causa della loro ampia diffusione e rigida standardizzazione (ivi: 757). Il rapporto privato con i problemi di salute e la ricerca di risposte separate in un modello di offerta di servizi pubblici centrato sul sistema di mercato sono in contraddizione con i principi della salute mentale di comunità. Accade che i servizi sociosanitari, trovandosi a rispondere a richieste diversificate e parcellizzate, con interventi standard definiti dal costo-prestazione, vedano sottovalutata la propria vocazione a lavorare in *équipes* con approcci sistemici su situazioni complesse e pluridimensionali. Le forme aggregative e gli scambi solidali trovano ostacoli nell'indebolimento dei legami istituzionali e sembra più difficile investire nei collettivi e nelle responsabilità di cura comunitarie. Anche per questo, la mancanza di visibilità e il silenzio calato oggi sulla salute mentale territoriale, è stato notato, sono in gran parte gli esiti di un percorso ambivalente di immersione della "psichiatria rinnovata" (SCOTTI 2009). La diffusione di un "saper fare" efficace e trasformativo, eredità di decenni di una buona pratica territoriale, da un lato ha mostrato capacità di intercettare bisogni più sfumati nella loro fase emergente, rendendoli meno visibili e difficilmente tracciabili in traiettorie individuali, dall'altro ha dovuto misurarsi con il distacco e il disinteresse per i temi della salute mentale da parte della politica dei partiti e delle amministrazioni locali.

I servizi non sono più ormai *di* territorio (cioè dedicati a una certa comunità) ma *sul* territorio e caratterizzati dall'essere disponibili per una utenza di una fascia di età (infanzia, adolescenza, adulti, anziani); oppure specializzati per patologia (disturbi psicotici, depressione, nevrosi e attacchi di panico, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze con associati disturbi psichici); oppure per sesso. Altre volte è invece la formazione accademica a decidere della natura del servizio: psichiatri, psicologi, infermieri vanno a costituire servizi diversi con inefficienti modalità di coordinamento, collaborazione, integrazione. Si disgrega così il paradigma di una psichiatria di comunità che era succeduto a quello della psichiatria manicomiale. La mancanza di una prassi unitaria rende impossibile mantenere una visione chiara della missione psichiatrica, e si odono sempre più spesso lamentele sulla scomparsa della psichiatria (ivi: 29).

Alle prese con una riduzione progressiva di risorse e investimenti pubblici, gli operatori psichiatrici oggi parlano spesso di *rete* per riferirsi all'insieme dei soggetti, delle relazioni e delle mediazioni nei contesti in cui "fare salute". La partecipazione e la presa di parola da parte degli utenti rappresentano certamente le caratteristiche più significative delle reti della psichiatria di comunità degli anni recenti in Italia. Molte associazioni impegnate sui temi della cittadinanza attiva e nella lotta allo stigma hanno stabilito fra

loro legami stabili e strutturati. In alcuni casi le azioni di operatori, pazienti e gruppi di cittadini si sono consolidate in una prassi del “fare insieme” che può allargarsi agli abitanti delle città sui temi della cittadinanza e dei diritti. Eppure va ricordato come la nascita di associazioni di utenti vada a intervenire, attraverso sofisticate modalità di accreditamento dei privati come erogatori di servizi di cura, sui vuoti creati dal disimpegno dell’intervento pubblico. La strategia adottata dai sistemi sanitari, con esiti per certi versi paradossali, riserva all’ospedale alcune competenze nel produrre e modellare il territorio, in azioni di medicalizzazione, di terziarizzazione e di delega dell’assistenza al privato sociale e alle famiglie. Un processo di delega, nel corso del quale le amministrazioni pubbliche cercano di “capitalizzare il sociale” dei territori per utilizzarlo nella negoziazione fra domanda e fornitura di servizi sociosanitari, senza essere capaci di fronteggiare la contraddizione tra richieste in termini individuali e definizione di bisogni collettivi (MINELLI, REDINI 2015). Molecolare e diffuso nella ordinarietà e nella informalità della vita quotidiana, il lavoro di cura tende a sfuggire all’osservazione e alla presa in considerazione da parte dei servizi. Negli incentivi a “capitalizzare il sociale” le pratiche disseminate nella prassi quotidiana vengono ricondotte ad una spinta volontaristica in un dominio moralizzato, occultando differenze e le ineguaglianze (BIBEAU 2005, 2008; MINELLI 2012), mentre invisibili rimangono le negoziazioni fra le sfere d’azione formali e informali.

In proposito ricordo che Tullio Seppilli ha dedicato alcuni suoi recenti contributi al riconoscimento del diritto egualitario alla salute e al sistema sanitario nazionale inteso come un bene comune (SEPPILLI 2010, 2012b). Particolarmente interessato alle scelte strategiche necessarie nel passaggio dal pubblico al comune, egli proponeva di partire da concrete situazioni e dai bisogni locali, in un orizzonte ampio e multiculturale; di adottare un nuovo modello bio-psico-sociale nella formazione e lavoro delle professioni sanitarie superando i confini del campo della biomedicina; di puntare risolutamente sulla soggettività sociale e sulla partecipazione collettiva, aprendo un confronto su più aspetti della prassi politica. Il controllo dei servizi da parte degli utenti e la pratica della autogestione appaiono così questioni imprescindibili per pensare la salute mentale del futuro, sperimentando la partecipazione attraverso forme di democrazia diretta o delegata alle scelte strategiche; allargando la cultura e l’elaborazione di competenze necessarie a valutare e decidere; richiamando a un confronto costante sulla definizione in senso pratico e normativo delle regole e sulla titolarità dei diritti di decisione.

Antropologi nei territori della salute mentale

Risalgono alla fine degli anni Ottanta e alla prima metà degli anni Novanta gli scambi scientifici fra le *équipes* di ricerca della rete di epidemiologia culturale INECOM (International network for cultural epidemiology and mental Health) diretta da Gilles Bibeau e Ellen Corin e l'Istituto di Antropologia culturale ed etnologia di Perugia diretto da Seppilli. INECOM vedeva cooperare sette paesi (Brasile, Canada, Costa d'Avorio, India, Italia, Mali, Perù) in ricerche antropologiche sul rapporto tra comunità locali e modi di riconoscere i segni della malattia mentale, di indagarne le cause e riconoscerne il senso, di ricostruire gli itinerari terapeutici della popolazione. La strategia di ricerca della rete INECOM mirava a studiare l'articolazione pragmatica del significato dei problemi di salute mentale, all'incrocio di soggettività, costruzioni della persona e ordini sociali (BIBEAU 1993, 1996; CORIN, BIBEAU, UCHOA 1993). In ciascun paese, i gruppi di ricercatori erano perciò impegnati a studiare i modi locali di interpretazione e di intervento sui problemi di salute mentale, ricordando che «l'organizzazione sociale di un gruppo costituisce la serie referenziale primaria sulla quale si strutturano l'ordine cognitivo delle rappresentazioni e l'ordine pragmatico delle azioni» (CORIN *et al.* 1990: 21).

Tullio Seppilli, nel dirigere la parte italiana della ricerca, aveva rivolto particolare attenzione alla strategia d'indagine etnografica fondata sulla collaborazione interdisciplinare sia nella ricerca di terreno sia nella organizzazione dei servizi di salute di territorio. "Territorio" e "terreno" venivano accostati e dialetticamente discussi nel corso della ricerca. La sfida era mettere alla prova un approccio comparativo, valorizzando la conoscenza dei mondi locali, per costruire servizi pubblici culturalmente sensibili (LEPORE, MINELLI 1998). Seppilli riteneva ad esempio che la storia sociale di un servizio mentale e i saperi popolari della follia nel territorio circostante fossero parti di uno stesso problema antropologico da analizzare. A interessarlo era soprattutto la eterogeneità delle interpretazioni e delle risposte, in un sistema interconnesso e plurale, entro il quale i pazienti hanno contemporaneamente accesso a molteplici risorse ufficiali e non ufficiali. In tale impresa, importante è individuare i casi ai limiti dei diversi sistemi etiologici e itinerari terapeutici, facendo attenzione alle dimensioni emergenti e processuali delle trasformazioni in atto. La fattura, il malocchio, la possessione, ma anche altre forme di disagio insorgenti e non facilmente "etichettabili", lungi dall'essere "reperiti del residuale", emergono come dispositivi generatori di senso, indispensabili per capire

in quali zone di conflitto e di negoziato gli attori sociali si muovano concretamente, impegnandosi in un continuo lavoro di traduzione. Nel lavoro di analisi e di intervento si dovrebbe dunque evitare di ridurre la funzione dell'antropologo a mero raccoglitore e interprete del marginale, del tradizionale, del conservativo, poiché è lo studio complessivo della struttura e del funzionamento dell'intero dispositivo a mostrare la rilevanza o meno e il grado di diffusione di una specifica modalità di risposta al disturbo psichico. Qui si collocano la specificità e la differenza di approccio di Seppilli rispetto ad altri tentativi d'interpretazione che avevano colto l'innovatività del movimento in Umbria, ma avevano inquadrato i "modelli culturali tradizionali" come fenomeno magico-residuale resistente alla contraddittoria modernizzazione in atto (MICHELI 1982). Qui si trova inoltre il richiamo a una precisa genealogia demartiniana delle questioni etnopsichiatriche, dove appunto la "misericordia", la "sporgenza" e il dramma della presenza, sono indagate pensando alla produzione storica di soggettività: come tecniche del corpo che interagiscono con gli stati psichici; come poteri della mente sul corpo; come sofferenza, follia e possibile crisi radicale; ma anche come efficaci dispositivi culturali di reintegrazione (SEPPILLI 1995).

In questo specifico ambito, com'è noto, in Italia l'incontro fra etnopsichiatria, salute mentale comunitaria e pratiche di deistituzionalizzazione ha sostenuto una efficace e proficua attività di scomposizione degli assetti. Proprio lo studio dei sistemi di cura, "convenzionali/istituzionali" e "non convenzionali", in termini etnopsichiatrici, ha portato ricercatori sociali e psicoterapeuti a riconoscere nei nuovi dispositivi della psichiatria territoriale capaci di connettere la persona sofferente con il contesto sociale alcuni spazi privilegiati di riflessione e di operatività. Su questa linea, la pratica etnopsichiatrica ha posto, nel suo complesso, la questione fondamentale: vale a dire, come il confronto fra i saperi e le pratiche concernenti i problemi di salute mentale in differenti società possa sostenere una critica epistemologica e una radicale trasformazione degli assetti della psichiatria contemporanea, al fine di ripensarne paradigmi scientifici e protocolli terapeutici, forme di classificazione e pratiche di cura (CARDAMONE *et al.* 1999; BENEDEUCE 2007; COPPO 2013; INGLESE, CARDAMONE 2017)⁽⁵⁾.

Nella rete Inecom, la ricostruzione di casi concreti attraverso narrazioni di malattia e l'osservazione della pratica quotidiana di prestazione di aiuto andavano a costituire il principale *focus* di analisi, svelando come nelle storie dei problemi di salute mentale, agli esordi e poi nelle vicende successive, agisse una specifica ermeneutica locale di segni, tracce, indizi. Il processo di contestualizzazione delle dinamiche culturali avrebbe inoltre permesso

di evidenziare, a più livelli, i rapporti sociali e le configurazioni dei sistemi normativi centrali, insieme agli itinerari terapeutici coerenti con le possibili interpretazioni delle cause del mutamento della persona. Al centro dei dialoghi e delle riflessioni scientifiche avviate da Gilles Bibeau vi era infatti il problema di come mettere in luce le condizioni strutturanti, le esperienze organizzatrici collettive e i nessi storici-causali nella psichiatria socioculturale (BIBEAU 1993, 1996), interrogando le esperienze individuali in una trama di relazioni e storie comunitarie.

Le attività di ricerca degli anni Novanta sono il risultato più avanzato di strategie antropologiche capaci di lavorare sull'esperienza della malattia, le emozioni e l'agentività. Si tratta di un'esplorazione in profondità dei vissuti soggettivi, in rapporto ad articolazione sociale e dimensioni storiche dei territori in una prospettiva internazionale. In questa direzione, possono essere ricordate produttive linee di ricerca soprattutto laddove la prioritaria modalità di lavoro ha riguardato la vita quotidiana delle persone inserite in progetti riabilitativi. Soffermandosi su cosa significa essere un paziente psichiatrico in un luogo e in un momento preciso, si è mostrato come istanze di controllo si combinino contraddittoriamente con agentività e spazi di autonomia, nei contesti urbani attraversati dalle diverse forme di psichiatria comunitaria (ESTROFF 1981; DESJARLAIS 1997; LOVELL 1997; BRODWIN 2013). Guardando all'esterno dei servizi e seguendo gli itinerari di ricerca di aiuto nel quotidiano, è stato inoltre possibile esplorare le interazioni significative attorno alla esperienza dei pazienti e le zone di interazione e scambio sociale (JENKINS, BARRETT 2004). Nelle azioni minori della vita di ogni giorno si articolano infatti sperimentazioni di gestione ed autonomia (CORIN 1990; CORIN, LAUZON 1992), mentre sulle soglie e nei luoghi di contatto-accoglienza dei dispositivi terapeutici comunitari, le storie di cura sembrano effettivamente capaci di attraversare di luoghi di vita, sentimenti e stili narrativi della sofferenza (PANDOLFI 1991; COZZI 2007). Le indagini sui servizi comunitari e il confronto interdisciplinare seguente hanno permesso di delineare una prospettiva critica sul corpo sofferente e le dimensioni collettive di risposta locale, sfidando la medicalizzazione della sofferenza sociale. L'analisi delle interpretazioni locali ha inoltre evidenziato la complessità delle pratiche popolari della follia, che combinano e riarticola-no le dimensioni morale, spirituale e fisica della sofferenza (DUARTE 1986; CARDOSO 1999). Nelle interazioni fra strategie collettive legate ai contesti e la sofferenza individuale, infine, le pratiche e i saperi corporei sono stati indagati come un generativo campo di azioni situate, poetiche sociali e negoziazioni nello spazio pubblico (MINELLI 2011, 2014, 2017).

Il paesaggio plurale appena tratteggiato si immerge criticamente – per così dire – nel panorama istituzionale. Alcune ricerche si sono occupate dei contesti sociali e politici cominciando il lavoro sulle narrazioni nel mondo morale locale degli ospedali psichiatrici e cercando poi di capire in quale modo i territori siano plasmati dalle pratiche istituzionali e dalle spinte alla modernizzazione (SCHEPER-HUGHES 1979; COMELLES 2006; SARIS 1996, 1999; VAN DONGEN 2002, 2005). Lo sguardo storico-antropologico, combinando itinerari biografici e memorie collettive, ha inoltre evidenziato come le politiche statali si siano affidate allo spazio confinato dell'ospedale per i folli nel costruire «la cultura della *res publica* locale» (COMELLES 2018: 62). Luogo nevralgico della realtà urbana negli Stati moderni, l'ospedale psichiatrico appare come una struttura ambivalente, da un lato dispositivo disciplinare, dall'altro fornitore di servizi economici e medici di supporto per la vita civile, pienamente inserito nelle pratiche di razionalizzazione degli spazi urbani (COMELLES 2013).

A fondamento di tali indirizzi di ricerca vi è l'evidenza che l'assetto istituzionale definisce parte del settore informale nel *milieu* esterno, attraverso un complesso intreccio di luoghi di accoglienza e ospitalità. I saperi popolari, le pratiche rituali, le devozioni domestiche possono essere interpretati dunque come modi di accedere nelle zone d'ombra, nell'intorno di una struttura di protezione collettiva rivolta principalmente agli strati della popolazione urbana con deboli reti di supporto, laddove l'istituzione produce e parzialmente nomina e identifica i suoi margini. Sviluppando la ricerca antropologica a cerchi concentrici attorno all'ospedale psichiatrico, nell'ambito del rinnovamento operato dai movimenti anti-istituzionali, è stato possibile ricostruire la “memoria lunga” dei territori e ricucire i fili delle consuetudini relative alle modalità di accesso alla mascolinità e femminilità per mezzo di alleanza matrimoniale e scambio comunitario (CHARUTY 1985, 1997).

La combinazione fra ricerca storica e antropologica ha evidenziato come il paesaggio delle politiche sanitarie moderne sia stato ridisegnato attraverso pratiche di misura e normalizzazione su un dominio spaziale aperto, ma segnato da limiti e descritto con valori scalari. Attorno alla minaccia della follia, l'operatività medico-psichiatrica volta a garantire la sicurezza e a scongiurare l'aleatorietà dell'evento in uno spazio dato, ha contribuito a stabilire i rapporti fra sicurezza, popolazione e territorio (FOUCAULT 2005; RABINOW 1995). Attraverso il prisma dei territori della follia, lo Stato può essere visto infine come l'esito di istanze di enunciazione rese possibili dal lavoro di molteplici attori capaci di mobilitare e organizzare le risorse, beni e servizi, in una trama di atti di giurisdizione. In effetti nella combi-

nazione di alienismo e igienismo si sono attuati, oltre alle strutture ospedaliere, interventi di tipo pedagogico, di individuazione dei problemi sociali e di contenimento delle pressioni provenienti dalla marginalità, con un effetto diretto nella genesi medica dei territori. La razionalizzazione del territorio per mezzo di linee di riferimento e procedure di misurazione ha reso riconoscibili i “comportamenti rischiosi”, attraverso il calcolo statistico e probabilistico dei potenziali pericoli epidemiologici per il corpo sociale. Oltre la fase del grande internamento – come hanno mostrato Canguilhem e Foucault – il principio di diffusione del potere psichiatrico nei territori si è innestato «sul versante delle coppie ospedale-scuola, istituzione sanitaria (istituzione pedagogica, modello di salute) e sistema di apprendimento» (FOUCAULT 2004: 184). La psichiatria – ricercando meccanismi di causazione in un ambiente potenzialmente patogeno e generando i modelli di rischio implicati – ha interpretato il mandato di separazione e contenimento della malattia mentale anche come una declinazione del più capillare approccio alla gestione sanitaria delle popolazioni.

Prospettive: territorio vivo e territori esistenziali

In uno stesso giorno, il 13 di maggio, Tullio Seppilli festeggiava due anniversari: il 13 maggio 1978 giorno dell’approvazione della legge 180 in Italia, e il 13 maggio 1888, data dell’abolizione della schiavitù in Brasile. Il richiamo a questa sua memoria biografica è inserito in un breve testo di salute nel quale egli sottolineava lo stretto rapporto fra l’Italia e il Brasile nel comune impegno di lotta contro i manicomi (SEPPILLI 2009).

Il campo della salute mentale in Brasile, cui Seppilli ha rivolto sempre una partecipe attenzione, si è andato strutturando come esito di pratiche anti-istituzionali e di mobilitazioni di varie componenti della società. Con analogie rispetto a quanto accaduto anche in Italia, il rapporto fra politica, trasformazioni dello stato sociale e partecipazione della società civile ha scandito con esiti alterni la storia dei movimenti brasiliani per la salute mentale coniugando le spinte per la riforma psichiatrica (AMARANTE 1995, 2001) con la formazione del sistema pubblico di salute (PAIM 2008). In diversi municipi la presenza attiva di amministrazioni locali impegnate nel superamento dell’ospedale psichiatrico attraverso interventi in salute primaria ha permesso di sperimentare nuove prassi nella psichiatria di territorio. Numerose sono le azioni partecipative e le trasformazioni dello spazio pubblico che hanno portato alla prima rete di attenzione psico-sociale (RAPS – *Rede de Atenção Psicossocial*). Negli anni Novanta, la dismissione

dell'ospedale psichiatrico di Anchieta nella città di Santos (NICACIO, AMARANTE, DIAS BARROS 2000, LUZIO, L'ABBATE 2006), sul litorale dello Stato di São Paulo, è stata un esempio di nuova psichiatria territoriale, dove la lotta contro il manicomio e la sperimentazione creativa di nuove modalità di relazione hanno dato vita ai NAPS (*Nucleos de Atenção Psicossocial*) e ai CAPS (*Centros de Atenção Psicossocial*). Queste strutture sono diventate in seguito i nodi principali dell'attuale rete di salute primaria e di psichiatria comunitaria, facendo del Brasile uno dei migliori esempi di un avanzato modello di risposta alla salute mentale come bene comune, nella lotta alla povertà e alla marginalità sociale, e per questo un bersaglio degli attacchi seguenti della nuova destra.

A questo riguardo, il Brasile mostra come il pensiero critico sui processi di colonizzazione permetta oggi di ripercorrere con maggiore consapevolezza i territori contemporanei nella salute internazionale, cogliendo i punti di emergenza e di produzione sociale. Nel dibattito sulla salute mentale globale, a essere oggetto di analisi critica è la logica neo-coloniale che porta a considerare gli interventi sulla salute come un insieme di decisioni e di strategie esportati attraverso progetti di sviluppo locale dai centri alle periferie, dal nord al sud del mondo, negli spazi marginali e nelle aree povere. Si tratta di territori definiti dal rapporto fra tecnologie di governo, delimitazione di ambiti amministrativi e spazi politici. Proprio in campo sanitario sono numerosi i tentativi di sperimentare sovranità mobili e transitorie con modalità *top-down* in situazioni di emergenza. Sulle prerogative di intervento nei territori influisce la disposizione ibrida dello spazio politico e una comunità internazionale deterritorializzata (PANDOLFI 2006). Il modo migliore di esplorarli porta a seguire le traiettorie e i flussi materiali e simbolici, nell'interazione fra mondi sociali, "stati di disordine", cittadinanze fluide e politiche del soggetto. Un ambito di ricerca nel quale «l'uso del termine "soggetto" per definizione rende l'analisi dello stato e delle forme di cittadinanza immediatamente rilevante, in modi che non sono [altrimenti] possibili nell'analisi del "self"». (DEL VECCHIO GOOD *et al.* 2008: 3).

In recenti contributi brasiliani su salute globale e pensiero post-coloniale il territorio assume caratteristiche congiunturali e situate, configurandosi come:

uno spazio di dispute multiple e di costruzione di politiche disegnato a partire dall'azione di attori distinti che, a seconda dei propri interessi e delle proprie capacità di azione, si alleano o si confrontano nel tentativo di affermare una certa configurazione della salute. L'unico modo per riuscire a far valere gli interessi dei pazienti, è affrontare questo gioco attraverso

la partecipazione e la co-costruzione sociale; attraverso un patto politico ampio (MERHY, FEUERWERKER 2016: 178).

La misura della complessità del territorio come produzione storico-politica è ricavabile proprio dalla cartografia dei processi istituenti di una salute pubblica, nella quale agiscono interessi contrastanti, molteplici attori, risorse contese e zone di permanente conflitto. Non sfugge alla riflessione politica sulla salute comunitaria che «il territorio è spazio d'iscrizione della razionalità dominante, esercizio di controllo e di cattura, operando nella produzione di omogeneizzazione della vita e di soggettività» (YASUI, LUZIO, AMARANTE 2018: 180). Nell'ambito qui considerato, rilevanti sono quei i progetti di ricerca e di azione comunitaria capaci di lavorare sulla territorialità come problema, in riferimento ad assetti e aggregati, attraversati da movimenti molecolari di deterritorializzazione e da linee di fuga.

Di fronte alla sfida di investire nella creatività e nella capacità inventiva dei lavoratori della salute per trasformare contesti di vita, la scelta metodologica e operativa è duplice. Da un lato, considerare i "territori" come "esistenziali" (DELEUZE, GUATTARI 2003; GUATTARI 1989), generati dal movimento, dall'investimento d'affetti, dai divenire nelle loro dimensioni processuali e relazionali. Dall'altro lato, cartografare le pratiche, i luoghi e i rapporti sociali come "territorio vivo" (SANTOS 2001, SANTOS, SILVEIRA 2006), vale a dire un insieme dinamico di processi economici, sociali e politici, caratterizzato dalla «inseparabilità strutturale, funzionale e processuale tra società e spazio geografico» (LIMA, YASUI 2014: 597). Da questo punto di vista, territorio è soprattutto luogo di passaggi e di divenire, in una modalità esplorativa e critica rispetto alle logiche identitarie. Nuove opportunità si aprono in questa direzione, per chi cerca di lavorare per intensità e durata su esperienze innovative che restano perlopiù invisibili agli interventi basati su dimensioni scalari.

Sostenere le azioni di affermazione di singolarità porta così a rivolgere una costante attenzione ai mondi locali, affinché «le trame sottili del quotidiano non vengano catturate dalla logica del conformismo, dalla ripetizione del medesimo, giacché si tratta di un processo che si costruisce e in un movimento continuo di farsi e disfarsi, di costruzione e decostruzione» (YASUI, LUZIO, AMARANTE 2018: 188). Il fulcro di questo approccio è individuare e alimentare di volta in volta, attraverso pratiche di deterritorializzazione, le risorse locali di singolarizzazione esistenti.

Qui può essere colto il punto decisivo: la salute mentale è fatta di atti creativi e costruttivi, nei quali la qualità del lavoro è realizzata in atto. Ecco

perché continuamente le azioni di operatori e di utenti, in senso più ampio di gruppi e collettivi solidali, pongono problemi alle strategie organizzative e al controllo delle politiche sociosanitarie. In salute mentale il “lavoro vivo”, che prende forma nelle concrete azioni di prendersi cura della sofferenza, di organizzare servizi per offrire risposte adeguate a bisogni differenziati e a fronteggiare le ineguaglianze, è espressione della potenza dell’attenzione psicosociale, intesa come una articolazione di forze e di soggettività.

Nei territori esistenziali, la posizione di pre-emergenza in relazione con un’alterità, è aspetto decisivo per immaginare nuove relazioni e alleanze. Si aprono così spazi di sperimentazione per una antropologia del divenire, anche mettendo alla prova modalità rinnovate di analisi situazionale (KAPFERER 2005). In tale direzione, fare etnografia nel territorio della salute mentale presuppone disponibilità e sensibilità teorico-metodologiche per la sperimentazione di relazioni sociali e la produzione di senso, praticando “alleanze inconsuete”, saggiando i potenziali locali di singolarità e reciprocità (MARTINEZ-HERNAEZ, CORREA-URQUIZA 2017). Le dinamiche segmentarie fra aggregati e forze sociali assumono perciò configurazioni spaziali e sociali da studiare localmente nella loro qualità processuale, contrastiva e storica. Al centro dell’interesse sono allora i modi in cui la *capacità di agire* dei soggetti produce possibilità di salute, nel momento stesso in cui sperimenta nuove modalità di cura, proiettandosi nella sfera pubblica e allargando gli spazi per l’esercizio attivo dei diritti. Tra le possibili scelte in questa direzione, a fronte dei tentativi di iscrizione della sofferenza e di medicalizzazione della vita, importante è seguire le tracce della extra-territorialità su più fronti. Ad esempio, nelle forme minori dell’agire sociale, quelle pratiche senza discorso che proliferano ai bordi dell’istituzione, insieme ai gesti capaci di moltiplicare singolarizzazioni e soggettività in divenire (MINELLI 2014, 2017).

Alla fine di questo itinerario, il binomio “salute mentale e territorio” appare come un rinnovato invito a cartografare un campo storico di conoscenza e di organizzazione, di soggettività in divenire, di azioni affermative rispetto a libertà individuali e diritti civili, in un confronto aperto e serrato lungo una complessa storia di metamorfosi istituzionale. Scioglierne l’intrico attraverso una capillare e sensibile antropologia delle istituzioni, del potere e della cura è auspicabile e possibile.

Note

⁽¹⁾ Come ha sostenuto Benedetto Saraceno riguardo alla vocazione esplorativa della psichiatria, una scienza che ha operato costantemente in una condizione di povertà di risorse: «La povertà di risorse istituzionali ha in molte occasioni mostrato di essere un possibile generatore di risorse non istituzionali [...] acquisire le risorse non istituzionali (e la comunità) come risorse da usare nel servizio significa anche generare conflitto e il conflitto stesso è una risorsa» (SARACENO 1995: 72).

⁽²⁾ Oltre alle conversazioni contenute nel libro di Venturini *Il giardino dei gelsi*, cui si è fatto cenno, si possono leggere le riflessioni attente al senso della pratica dei servizi in Umbria (SCOTTI, BRUTTI 1980). Sulla catalogazione e lo studio dei materiali d'archivio in Italia cfr. FIORANI, GUARNIERI 2019.

⁽³⁾ I richiami alla soggettività sono ricorrenti nelle riflessioni lucide e appassionate delle *Conferenze Brasiliane* a proposito della necessità di posizionarsi come tecnici e come intellettuali. «Come medico e psichiatra manicomiale, vedo che i miei malati sono tutti lavoratori e poveri. Allora mi chiedo perché? E perché il mio intervento deve essere interamente tecnico e non deve prendere in considerazione il fatto che i miei malati sono tutti poveri e distrutti dall'istituzione? Queste domande pongono il medico in una situazione di confronto con il potere, situazione che non tutti accettano» (BASAGLIA 2000: 77-78).

⁽⁴⁾ L'intera vicenda è stata colta, nella sua innovatività, dallo storico John Foot (2014). Anche la descrizione proposta da Nancy Scheper-Hughes e Anne M. Lovell (SCHEPER-HUGHES, LOVELL 1987), nell'introduzione alla prima e unica traduzione in inglese degli scritti di Franco Basaglia, vede nell'organizzazione territoriale della provincia di Perugia una nuova e antesignana possibilità di lavoro nella salute mentale comunitaria attraverso i Centri di igiene mentale. Cfr. anche GUARNIERI 1998; BABINI 2009; MICHELI 2013. Riguardo alla ricerca in Umbria e alle sue fasi di sviluppo cfr. FLAMINI, POLCRI, SEPPILLI 2003; SEPPILLI, POLCRI, FLAMINI 2008.

⁽⁵⁾ Si tratta di una chiave interpretativa specificamente italiana che attraversa il lavoro pluriennale di taglio teorico e clinico di etnopsichiatri con cui Tullio Seppilli ha costantemente collaborato: Piero Coppo, Roberto Beneduce, Giuseppe Cardamone, Salvatore Inglese.

Bibliografia

AMARANTE P. (1995), *Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil*, "Cadernos de Saúde Pública", Vol. 11 (3): 491-494.

AMARANTE P. (a cura di) (2001), *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Fiocruz, Rio de Janeiro.

BABINI V. P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.

BASAGLIA F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.

BASAGLIA F. (1982 [1979]), *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, pp. 445-466, in BASAGLIA F., *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino.

BASAGLIA F. (2000), *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

BENEDUCE R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma, 2007.

BIBEAU G. (1993), "¿Hay una enfermedad en las Americas?". *Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo*, pp. 41-70, in PINZON C. E., SUAREZ R. P., GARAY G. A. (a cura di), *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*, Giro Editores, Bogotá.

- BIBEAU G. (1996), *Antropologi nel campo della salute mentale. Un programma finalizzato alla ricerca qualitativa*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 1-2: 23-55.
- BIBEAU G. (2005), *Le «capital social»: vicissitudes d'un concept*, "Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé", Vol. 10 (2), 2005, pp. 134-168.
- BIBEAU G. (2008), *La dépolitisation de la notion de «capital social»: pourquoi pas un retour à Karl Polanyi?*, "Anthropologica", Vol. 50 (2): 416-419.
- BIEHL J., PETRYNA A. (a cura di) (2013), *When people come first: critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton.
- BRODWIN P. (2013), *Everyday Ethics. Voices from the front line of community psychiatry*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- CANGUILHEM G. (1976 [1952]), *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna.
- CAPUCCELLI L., PANNACCI G., SEPELLI T. (1975), *Le esperienze di una nuova psichiatria*, pp. 118-125, in BERLINGUER G., SCARPA S. (a cura di), *Psichiatria e società*, Editori Riuniti, Roma.
- CARDAMONE G., INGLESE S., ZORZETTO S. (a cura di) (1999), *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (Milano).
- CARDOSO M. D. (1999), *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*, Editora da UFSCar, São Carlos.
- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Paris.
- CASTEL F., CASTEL R., LOVELL A. M. (1979), *La société psychiatrique avancée*, Grasset, Paris.
- CHARUTY G. (1985), *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux XIXe et XXe siècles*, Flammarion, Paris.
- CHARUTY G. (1997), *Folie, mariage et mort. Pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale*, Éditions du Seuil, Paris.
- COMELLES J. M. (2006), *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*, Editorial Milenio, Lleida.
- COMELLES J. M. (2013), *Hospitals, political economy and Catalan cultural identity*, pp. 183-207, in BONFIELD C., REINARZ J., HUGUET-TERMES T. (a cura di), *Hospitals and communities 1100-1960*, Peter Lang, Oxford.
- COMELLES J. M. (2018), *The care of strangers or the care of citizens? Culture, law and the political economy of care*, pp. 49-71, in QUARANTA I., MINELLI M., FORTIN S. (a cura di), *Assemblages, transformations, and the politics of care*, Bononia University Press, Bologna.
- COPPO P. (2013), *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- CORIN E. (1990), *Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 14 (2), 1990, pp. 153-188.
- CORIN E., BIBEAU G., MARTIN J.-C., LAPLANTE, R. (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- CORIN E., BIBEAU G., UCHOA E. (1993), *Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali*, "Anthropologie et Sociétés", Vol. 17 (1-2): 125-136.
- CORIN E., LAUZON G. (1992), *Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics*, "Psychiatry", Vol. 55 (3): 266-278.
- COZZI D. (2007), *Le imperfezioni del silenzio. Riflessioni antropologiche sulla depressione femminile in un'area alpina*, Bonanno Editore, Roma-Acireale (Catania).
- DELEUZE G., GUATTARI F. (2014 [1980]), *Millepiani. Capitalismo e schizofrenia*, Castelvecchi, Roma.
- DEL VECCHIO GOOD M.J., HYDE S., PINTO S., GOOD B. (a cura di) (2008), *Postcolonial disorders*, University of California Press, Berkeley.

- DESJARLAIS R. (1997), *Shelter blues. Sanity and selfhood among the homeless*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- DUARTE L. F. D. (1986), *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- ESTROFF S. E. (1981), *Making it crazy. An ethnography of psychiatric clients in an American Community*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- FIORANI M., GUARNIERI P. (2019), *Salute mentale e territorio. Luoghi e archivi prima e dopo la legge n. 180 del 1978*, "Le Carte e la Storia", 1: 183-194.
- FLAMINI S., POLCRI C., SEPPILLI T. (2003), *Ricerca sui processi di autoriforma e superamento dell'istituto manicomiale nella Provincia di Perugia (1960-1980)*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 15-16: 557-559.
- FOOT J. (2014), *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2004 [1973-1974]), *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2005 [1977-1978]), *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano.
- FURTADO J. P., ODA W. Y., BORYSOW I. C., KAPP S. (2016), *A concepção de território na Saúde Mental*, "Cadernos de Saúde Pública", Vol. 32 (9): e00059116.
- GIACANELLI F. (2014), *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia.
- GODELIER M. (2009 [2007]), *Al fondamento delle società umane*, Jaca Book, Milano.
- GAUTINI G. (curatrice) (1974), *Le assemblee popolari sulla politica psichiatrica dell'Amministrazione provinciale di Perugia*, Amministrazione provinciale di Perugia, Perugia.
- GUARNIERI P. (1998), *Per una storia della psichiatria anti-istituzionale. L'esperienza del rinnovamento psichiatrico in Umbria 1965-1995*, "Annali di Neurologia e Psichiatria", Vol. 92 (2): 3-63.
- GUATTARI F. (1989), *Les trois écologies*, Éditions Galilée, Paris.
- INGLESE S., CARDAMONE G. (2017), *Déjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (Mi).
- JENKINS J. H., BARRETT R. J. (a cura di) (2004), *Schizophrenia, culture, and subjectivity. The edge of experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- KAPFERER B. (2005), *Situations, crisis, and the anthropology of the concrete. The contribution of Max Gluckman*, "Social Analysis", Vol. 49 (3): 85-122.
- LAKOFF G., JOHNSON M. (1982 [1980]), *Metafora e vita quotidiana*, Espresso Strumenti, Milano.
- LEÃO A., BARROS S. (2012), *Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira*, "Saúde Social", Vol. 21 (3): 572-586.
- LEPORE L., MINELLI M. (1998), *Il contributo italiano al progetto di ricerca internazionale della rete Inecom "Signs, meanings and practices related to mental health"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 5-6: 337-345.
- LIMA E., YASUI S. (2014), *Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial*, "Saúde em Debate", Vol. 38 (102): 503-606.
- LOVELL A. M. (1997), *«The city is my mother»: narratives of schizophrenia and homelessness*, "American Anthropologist", Vol. 99 (2): 355-368.
- LUZIO C. A., L'ABBATE S. (2006), *A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas*, "Interface", Vol. 10 (20): 281-298.
- MANUALI C. (2003), *Carlo Manuali. Scritti*, "Dossier, Salute! Umbria", a cura di L. Biagioni, Vol. 3.

- MARTINEZ-HERNAEZ A., CORREA-URQUIZA M. (2017), *Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva*, "Salud Colectiva", Vol. 13 (2): 267-278.
- MERHY E. E., FEUERWERKER L. C. M. (2016), *Nuovi sguardi sulle tecnologie in salute: una necessità contemporanea*, pp. 159-185, in FERLA A. A., STEFANINI A., MARTINO A. (a cura di), *Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia*, Rede Unida – Csi-Unibo, Porto Alegre, Bologna.
- MICHELI G. A. (1982), *I nuovi catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata*, Il Mulino, Bologna.
- MICHELI G. A. (2013), *Il vento in faccia. Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano.
- MINELLI M. (2008), *Scambi e devozioni nella ricerca di guarigione*, "Umbria Contemporanea. Rivista di studi storico-sociali", (10-11): 289-307.
- MINELLI M. (2011), *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale*, Argo, Lecce.
- MINELLI M. (2012), *Capitale sociale e salute*, pp. 11-50, in Cozzi D. (a cura di), *Le parole della antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore, Perugia.
- MINELLI M. (2014), "Divorare per non essere divorati". *Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile*, "Lares", Vol. 2 (80): 387-412.
- MINELLI M. (2017), *Cartografare paesaggi sonori. Un itinerario etnografico nella rete degli Uditori di Voci*, "Anuac. Rivista dell'Associazione nazionale universitaria di antropologia culturale", Vol. 6 (2): 219-243 [doi: [10.7340/anuac2239-625X-3153](https://doi.org/10.7340/anuac2239-625X-3153)].
- MINELLI M. (2018), *Tullio Seppilli (1928-2017): a proposito di stile di pensiero, marxismo e immaginazione antropologica*, "L'Uomo. Società, tradizione, sviluppo", 2: 105-121.
- MINELLI M., REDINI V. (2015), *Il "caso", la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare state in Italia*, "Anuac. Rivista dell'Associazione nazionale universitaria di antropologia culturale", Vol. 4 (1): 145-169 [doi: [10.7340/anuac2239-625X-1877](https://doi.org/10.7340/anuac2239-625X-1877)].
- NICÁCIO F., AMARANTE P., DIAS BARROS D. (2000), *Postfazione. I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni Ottanta*, pp. 233-257, in BASAGLIA F., *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PAIM J. S. (2008), *Reforma sanitária brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica*, Edufba - Editora Fiocruz, Salvador-Rio de Janeiro.
- PANDOLFI M. (1991), *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Franco Angeli, Milano.
- PANDOLFI M. (1992), *Beyond Gramsci and De Martino: medical anthropology in Contemporary Italy*, "Medical Anthropology Quarterly", N.S., Vol. 6 (2): 162-165.
- PANDOLFI M. (2006), *La zone grise des guerres humanitaires*, "Anthropologica", Vol. 48 (1): 43-58.
- PANDOLFI M., BIBEAU G. (2005), *Souffrance, politique, nation. Une cartographie de l'anthropologie médicale italienne*, pp. 199-232, in SAILLANT F., GENEST S. (a cura di), *L'anthropologie médicale du XXI^e siècle: ancrages locaux, défis globaux*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
- PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore) (1974), *Regolamento dei centri di igiene mentale dell'Amministrazione provinciale di Perugia, 30 luglio 1974*, "Annali di Neurologia e Psichiatria", Vol. 68.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 127-146.
- RABINOW P. (1995), *French Modern. Norms and forms of the social environment*, The University of Chicago Press, Chicago-London.
- RAMONDINO F. (a cura di) (1977), *Napoli: i disoccupati organizzati. I protagonisti raccontano*, Feltrinelli, Milano.

- SANTOS M. (2001), *Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)*, Record, Rio de Janeiro.
- SANTOS M., SILVEIRA M. L. (2006), *O Brasil. Território e sociedade do início do século XXI*, Record, Rio de Janeiro.
- SARACENO B. (1995), *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etaslibri-RCS Medicina, Milano.
- SARACENO B. (2017), *Sulla povertà della psichiatria*, Derive Approdi, Roma.
- SARIS A.J. (1996), *Mad kings, proper houses, and an asylum in Rural Ireland*, "American Anthropologist", Vol. 98 (3): 539-554
- SARIS A.J. (1999), *Producing persons and developing institutions in Rural Ireland*, "American Ethnologist", Vol. 26 (3): 690-710.
- SAYAD A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.
- SCABIA G. (a cura di) (1976), *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.
- SCHEPER-HUGHES N. (1979), *Saints, scholars, and schizophrenics. Mental illness in rural Ireland*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- SCHEPER-HUGHES N., LOVELL A. M. (a cura di) (1987), *Psychiatry inside out: selected writings of Franco Basaglia*, Columbia University Press, New York.
- SCOTTI F. (1995), *Trenta anni di psichiatria in Umbria 1965-1995*, pp. 63-94, in PROVINCIA DI PERUGIA, ASSESSORATO ALLE ATTIVITÀ CULTURALI E SOCIALI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA, CENTRO REGIONALE UMBRO PER LA RICERCA E LA DOCUMENTAZIONE STORICO-PSICHIATRICA E SULLA MARGINALITÀ SOCIALE (a cura di), *I luoghi della follia. Dalla "Cittadella dei pazzi" al territorio. Percorsi della psichiatria in Umbria dal '700 ad oggi*, Arnaud Editore, Firenze.
- SCOTTI F. (2009), *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità? Incidere sul degrado della pratica assistenziale psichiatrica*, "Animazione Sociale", (5): 22-34.
- SCOTTI F., BRUTTI C. (1980), *Quale psichiatria? 1. Strategie per la trasformazione dei servizi psichiatrici. Storia e documenti*, Edizioni Borla, Roma.
- SEPPILLI T. (1963), *L'approccio antropologico-culturale nella individuazione della incidenza dei processi migratori sulla patologia mentale. Schema della relazione al Convegno internazionale di studio su "Immigrazione, lavoro e patologia mentale" (Milano, 23-24 marzo 1963)*, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale della Università di Perugia, Perugia.
- SEPPILLI T. (1983), *La medicina popolare in Italia: avvio ad una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "Erreffe. La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", 8: 3-6.
- SEPPILLI T. (1995), *Ernesto de Martino e la nascita dell'etnopsichiatria italiana*, "Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio", Vol. 10 (3): 147-156.
- SEPPILLI T. (2008 [1979]), *Malattie mentali e devianza: rappresentazioni culturali e processi di informazione e di egemonia nel quadro del cambiamento sociale*, pp. 767-784, in SEPPILLI T., *Scritti di antropologia culturale*, Minelli M., Papa C. (a cura di), 2 voll., Olschki Editore, Firenze.
- SEPPILLI T. (2009), *Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni '60-'70*, pp. 91-95, in LUPATTELLI P. (a cura di), *I basagliati. Percorsi di libertà*, Crace, Perugia.
- SEPPILLI T. (a cura di) (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", Vol. 33 (4): 369-381.
- SEPPILLI T. (2012a), *Itineraries and Specificities of Italian Medical Anthropology*, "Anthropology and Medicine", Vol. 19 (1): 17-25.

- SEPPILLI T. (2012b), *Sulla questione dei beni comuni: un contributo antropologico per la costruzione di una strategia politica*, pp. 110-125, in MARELLA M. R. (a cura di), *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, Ombre Corte, Verona.
- SEPPILLI T., POLCRI C., FLAMINI S. (2008), *Umbria: un percorso fuori dal manicomio*, pp. 9-14, in STEFANETTI M., GENTILI F., BONINI S. (a cura di), *Oltre questo muro. Fotografie nell'ex manicomio di Foligno*, Officina della Memoria, Foligno.
- SERRA G. (1975), *Fortezze vuote*, lungometraggio, 120 min., Unitelefilm - Regione Umbria - Provincia di Perugia.
- SILVA PAIM J. (2008), *Reforma sanitária brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica*, EDUFBA - Editora Fiocruz, Salvador - Rio de Janeiro.
- VAN DONGEN E. (2002), *Walking stories. An oddography of mad people's work with culture*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- VAN DONGEN E. (2005), *Worlds of psychotic people: wanderers, bricoleurs and strategists*, Routledge, London-New York.
- VENTURINI E. (a cura di) (1979), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino.
- YASUI S., LUZIO C. A., AMARANTE P. (2018), *Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território*. "Revista Polis e Psique", Vol. 8 (1): 173-190.

Scheda sull'Autore

Massimiliano Minelli è professore associato di Etnopsichiatria e Metodologia della ricerca etnografica presso l'Università di Perugia, dove coordina il Corso di laurea magistrale in Scienze socio-antropologiche per l'integrazione e la sicurezza sociale. Nel 2001 ha conseguito il dottorato di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" presso l'Università di Siena. È membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e del Comitato di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica". I suoi principali interessi riguardano il rapporto fra dinamiche culturali, forme di disturbo psichico, risorse comunitarie e azioni collettive nel campo della salute mentale. Su questi temi svolge attività di ricerca sul campo in Italia e in Brasile.

Riassunto

Salute mentale e territorio

L'articolo propone un itinerario antropologico attraverso la "salute mentale" e il "territorio", seguendo il lavoro e l'insegnamento di Tullio Seppilli (1928-2017). Le interpretazioni di Seppilli riguardanti il movimento democratico anti-manicomiale e di riforma della psichiatria in Italia sono una guida preziosa per indagare la complessiva riconfigurazione dei rapporti tra sofferenza mentale, stili di lavoro comunitari e contesti sociali in una prospettiva storica e internazionale. In questa direzione, l'articolo ripercorre alcune tappe del movimento di lotta anti-istituzionale in Italia e il dibattito recente che ne rappresenta la prosecuzione in un panorama globale. Il percorso nella salute mentale dei territori permette di interrogare il mutamento sociale, la produzione di soggettività e l'azione collettiva.

Parole chiave: territorio esistenziale, salute mentale comunitaria, Tullio Seppilli, azione collettiva, processi di soggettivazione, deistituzionalizzazione

Resumen

Salud mental y territorios

Este artículo traza un itinerario antropológico a través de la “salud mental” y el “territorio”, siguiendo el trabajo científico y el pensamiento de Tullio Seppilli (1928-2017). Las interpretaciones de Seppilli del movimiento democrático anti-institucional y de la reforma psiquiátrica en Italia son una excelente guía para reconstruir las relaciones entre la salud mental, los estilos de trabajo comunitario y los contextos sociales. En esta dirección, desde una perspectiva histórica e internacional, el artículo describe algunas etapas de la lucha de los movimientos anti-institucionales en Italia y el debate actual, que representa su continuación en un escenario global. El camino de la salud mental en los territorios nos permite cuestionar los cambios sociales, las acciones colectivas y la producción de subjetividad.

Palabras clave: territorio existencial, salud mental comunitaria, Tullio Seppilli, acción colectiva, procesos de subjetivación, desinstitucionalización

Résumé

Santé mentale e territoire

Cet article trace un itinéraire anthropologique à travers “santé mentale” et “territoire”, à la suite des travaux scientifiques et de l’enseignement de Tullio Seppilli (1928-2017). Les interprétations de Seppilli du mouvement démocratique anti-institutionnel et de la réforme psychiatrique en Italie sont une excellente guide pour reconstruire les relations entre la santé mentale, les styles de travail communautaire et les contextes sociaux. Dans cette direction, d’un point de vue historique et international, l’article retrace certaines étapes de la lutte des mouvements anti-institutionnels en Italie et le récent débat qui représente sa poursuite sur une scène mondiale. Le parcours de la santé mentale dans les territoires permet de questionner les changements sociaux, les actions collectives et la production de subjectivité.

Mot clés: territoire existentiel, santé mentale communautaire, Tullio Seppilli, action collective, processus de subjectivation, désinstitutionalisation