

AMI



59 / giugno 2025

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina: gli street artist di tutto il mondo hanno interpretato la pandemia da COVID-19 a modo loro. Monna Lisa, cioè la *Gioconda*, e l'interpretazione di TVBoy, al secolo Salvatore Benintende, che a Barcellona ha raffigurato il capolavoro di Leonardo nell'atto di proteggersi dal Coronavirus indossando la mascherina.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

59

giugno 2025
June 2025



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice
Contents



n. 59, giugno 2025

n. 59, June 2025

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 59: etnografie mediche
AM 59 Editorial: Medical Ethnographies

Ricerche

- 11 Nicola Martellozzo
La malattia viene col vento. L'esperienza della doppia epidemia in Val di Fiemme
The Disease Comes with the Wind. The Experience of the Double Epidemic in the Fiemme Valley
- 41 Chiara Moretti
Pharmaceutical Borders. The Twofold Function of Medications in the U.S. Immigration Policies
Frontiere farmaceutiche. La duplice funzione dei farmaci nelle politiche migratorie statunitensi
- 81 Giacomo Pasini
Precettare il tempo, disfare la tempesta.
I tiemperos, tra clima e cura alle falde di La Malinche
Predicting the Weather, Unravelling the Storm.
The Tiemperos, between Climate and Healing in the Foothills of La Malinche
- 107 Elisa Rondini
Mind the gap!
Storie oltre la rete della psichiatria territoriale
Mind the Gap!
Stories Beyond the Network of Territorial Psychiatry
- 135 Elena Sischarenco
Innovating through Transdisciplinary Knowledge. Bridging Engineering and Medicine through 3D Printing Technology
Innovare tramite la conoscenza interdisciplinare: collegamenti tra ingegneria e medicina nella tecnologia di stampa 3D
- 155 Domenico Maria Sparaco
Passaggi interrotti.
Lutti pandemici nella prima zona rossa d'Italia
Interrupted Transitions.
Pandemic Grief in Italy's First Red Zone

- 177 Lorenzo Urbano
La dipendenza è il contrario della consapevolezza. Mindfulness, corporeità e riabilitazione
Addiction is the Opposite of Awareness. Mindfulness, Embodiment, Rehabilitation
- Riflessioni e racconti* 211 Sara Cassandra
Malattia e revisione del concetto di felicità
Illness and a Reconsideration of the Concept of Happiness
- Recensioni* Amalia Campagna, *Quale buon uso sociale dell'antropologia davanti alla 'datificazione' dell'invecchiamento? Le pratiche di cura proposte dalla mobile-Health / What Good Social Use Can Anthropology Give to the 'Datafication' of Aging? The Care Practices Proposed by Mobile Health* [Charlotte Hawkins, Patrick Awondo, Daniel Miller (Eds.), *An Anthropological Approach to mHealth*], p. 217 • Francesco Diodati, *Narrare la fatica. Storie di caregiver informali fra Giappone e Inghilterra / Narrating Fatigue: Stories of Informal Caregivers in Japan and England* [Jason Danelly, *Fragile Resonance. Caring for Older Family Members in Japan and England*], p. 224 • Giovanni Pizza, *Il Ballo di San Vito / Saint Vitus' Dance* [Vincenzo Alastra, *Malattia di Huntington: una danza tra destino e speranza*], p. 231.

Editoriale di AM 59: etnografie mediche

Giovanni Pizza

Università degli Studi di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

In questo numero 59 ci sono due etnografie del COVID: una in Val di Fiemme, di Nicola Martellozzo, e una di Domenico M. Sparaco, a Codogno e comuni vicini. Il primo studia la doppia pandemia, *vegetale*, con il coleottero Bostrico dell'abete rosso, seguito alla tempesta Vaia avvenuta nell'autunno del 2018 con il forte vento di scirocco e le piogge, che ha interessato la fascia che va dalla Francia alla Croazia passando per l'Italia, l'Austria e la Svizzera, e *animale* con il COVID-19. Il secondo studia il cerimoniale del lutto nel primo COVID italiano nel Lodigiano. Se il primo ritiene che il concetto di salute sia interspecie, il secondo rinnova, per quello che può, *Morte e pianto rituale* di Ernesto de Martino.

La ricerca di Giacomo Pasini sui meteorologi popolari messicani rivela che non ci sono soluzioni di continuità fra *tiemperos* e *curanderos*. E che la religione fa da sfondo comune per quanto riguarda la correlazione clima-salute.

C'è poi l'esito della ricerca sui farmaci e la migrazione di Chiara Moretti, condotta in U.S.A.; la ricerca di Elisa Rondini sulla psichiatria territoriale condotta in Umbria; lo scritto di Elena Sischarenco che dà conto di una ricerca etnografica italo-slovena che fa della "consilienza", cioè della interdisciplinarietà avanzata, il perno centrale del discorso.

Chiude Lorenzo Urbano con uno scritto dedicato ai metodi che usano la *mindfulness* come riabilitazione per le dipendenze nei servizi toscani, che qui sono esplorati etnograficamente.

L'etnografia è ciò che accomuna questi scritti, un'etnografia consapevole del fatto che essa è una prassi e non un mero metodo, che si cala nei mondi di esperienza del malessere in tutte le sue forme.

Si prosegue con *Riflessioni e Racconti* che stavolta consiste in uno scritto dedicato al tema della felicità in rapporto alla malattia: si direbbe “ammalarsi fa bene”.

Infine, come sempre, si termina con le recensioni.

E speriamo che questo assortimento sia accolto bene. Come sempre.

Mind the gap!

Storie oltre la rete della psichiatria territoriale

Elisa Rondini

Università degli Studi di Perugia
[elisa.rondini@unipg.it]

Abstract

Mind the Gap! Stories Beyond the Network of Territorial Psychiatry

The reflections presented in this contribution arise from an ethnographic research conducted in some social and health services for people with mental disorders, aimed at understanding the processes that regulate the functioning of the network of community resources in Perugia. In particular, attention is given to some individual stories, intercepted and reconstructed within a residential facility: these are fragmented and polyphonic stories, revealing the critical issues that emerge in a specific phase of the rehabilitation process, namely the one in which its end is thought and/or achieved. The examples presented question the very practicability of separation and discharge of the patient, even in the face of a communion – at least declared – of intent, suggesting at the same time the need to investigate the mechanisms that contribute to complicating the separative dynamics in progress, especially in the absence of an external network, more or less formal.

Keywords: Mental Health, Community, Networks, Ethnography, Discharge

Pensava a quanto breve era quel passo che lo separava dal ritorno nel nostro mondo, quanto breve e quanto facile?

Italo Calvino, *Il barone rampante* (1957).

Framework

Tra il marzo del 2019 e l'ottobre del 2021 ho svolto una ricerca etnografica presso alcuni servizi e attività facenti parte della rete di salute mentale perugina, con l'obiettivo di cogliere potenzialità, criticità e buone pratiche nella presa in carico di tipo residenziale e semiresidenziale, mettendo al contempo in evidenza le relazioni con il territorio¹.

Il progetto era infatti finalizzato alla realizzazione di una piattaforma digitale volta a potenziare l'efficacia sistemica delle azioni dei servizi, attraverso l'accrescimento delle sinergie tra i vari attori coinvolti nel percorso riabilitativo degli utenti². La ricerca si è pertanto sviluppata a partire da un'etnografia in profondità e in movimento, poiché condotta in alcuni nodi strategici della rete: un centro diurno, un Gruppo Appartamento e tre diverse attività, nate in seno a cooperative sociali e associazioni di familiari. L'adozione di un approccio etnografico e processuale ha permesso di delineare le rappresentazioni di utenti e operatori nella vita quotidiana, con particolare riferimento alle relazioni con l'esterno, sia in aree di prossimità sia negli scambi informali e formali con varie tipologie di soggetti (cooperative, professionisti sanitari, associazioni, singoli cittadini, etc.).

Nonostante le macro-categorie di analisi adottate fossero le pratiche (BOURDIEU 1992, 1995, 2003) e la rete (LATOUR 1993, 2005; CROSSLEY 2008; CROSSLEY *et al.* 2015)³, attraversando quest'ultima ed esplorandone i nodi, ho avuto modo di intercettare narrazioni multisituate e polifoniche; tali narrazioni hanno aperto squarci di inatteso, utili a interrogare la complessità degli spostamenti quotidianamente agiti dai diversi attori coinvolti. In particolare, quella che propongo in questa sede è una riflessione relativa ai movimenti di due ex-utenti della struttura residenziale che ho frequentato durante la mia ricerca; una riflessione orientata a tracciare quel «pulviscolo di relazioni» (DEI 2019: 12) materiali e immateriali che contribuisce a definire le traiettorie esistenziali di chi è giunto – o almeno così pare – al termine del proprio percorso riabilitativo.

Descrivere la straordinaria ricchezza e la complessità che ha caratterizzato la mia etnografia nel Gruppo Appartamento significa per me parlare di un'esperienza pratica della quotidianità e allo stesso tempo di un'esperienza emotiva⁴ proprio in virtù dei racconti e delle storie che ho avuto la fortuna di intercettare.

Spaccati di vita, frammenti di ricordi, evocazione e descrizioni parziali rappresentavano in un certo senso “il quotidiano” della mia ricerca. Avevo infatti a che fare con storie estremamente frammentate e polivocali che mi sforzavo di rimettere insieme, non senza l'intenzione di decifrarle, liberandole allo stesso tempo da quelle cornici di senso predefinite che inevitabilmente le sovradeterminavano. Ho visto queste storie prendere forma variamente e in situazioni molto diverse: davanti a una tv accesa, attorno al tavolo di un ufficio, alla fermata di un autobus, negli interstizi di una *routine* domestica scandita dai ritmi di una convivenza “assistita”. Le ho

osservate attraverso gli oggetti, meravigliandomi della loro capacità di narrare delle vite con un linguaggio non verbale che va oltre il dato storico (ARUTA 2011, BODEI 2009). Le ho ascoltate nelle parole dei protagonisti, più spesso in quelle di figure impegnate nella loro presa in carico, restituite attraverso molteplici forme comunicative, che a loro volta le hanno orientate e interpretate entro cornici di significato peculiari. Ne ho ricombinato gli elementi, nelle pagine del mio diario, cercando di rintracciare percorsi esistenziali. Non ho mai avuto la pretesa di giungere alle identità individuali che sono «fluide, sovrapponibili, passano l'una nell'altra e si confondono e si scindono e si separano» (APOLITO 2006: 147), al di sopra di un fondale indistinto che continua a mantenere le sue prerogative nella produzione delle differenze e delle sovrapposizioni. Più di una volta ho avuto l'impressione di essere di fronte a quei «piccoli, e tutto sommato banali, episodi, che invece assurgono a crinali decisivi della vita dell'uomo» (ivi: 76): una sensazione che mi ha portato, lungo la ricerca, ad assorbire ogni dettaglio biografico, quasi avessi la necessità di ricreare un archivio di saperi e conoscenze mutuate direttamente dal mondo della vita di coloro che, fosse anche solo per un momento, hanno attraversato il mio *fieldwork*.

Perimetri

Afferente alla rete delle strutture del Dsm dell'Azienda USL Umbria 1, il Gruppo Appartamento è diviso in tre abitazioni autonome poste in una zona semi-centrale, ben collegata al resto della città attraverso mezzi pubblici di facile accesso. Questa realtà fa parte della gamma di servizi extra-ospedalieri in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo rivolto a utenti di esclusiva competenza psichiatrica, cui viene offerta una rete di rapporti e opportunità emancipative. Tali strutture sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria; nello specifico, gli operatori del Gruppo Appartamento sono presenti sette giorni su sette, con turni che vanno dalle 9 alle 14 e dalle 16 alle 20:30, dal lunedì al sabato, mentre per la domenica è previsto un unico turno, dalle 8:30 alle 16:30. Il servizio è gestito da un Consorzio, attraverso una delle cooperative che ne fanno parte e dispone di otto posti letto in totale. L'*équipe* è composta da quattro educatori e da un medico psichiatra del Dsm, oltre che da un assistente sociale di riferimento.

Il servizio è indirizzato a utenti psichiatrici, provenienti da strutture a più alta intensità riabilitativa o dal territorio, per i quali è possibile pensare a

progetti di cura che abbiano come obiettivo il raggiungimento dell'autonomia e un pieno reinserimento sociale. L'obiettivo è perseguito attraverso prestazioni di vario tipo: sostegno nella cura di sé (igiene personale, guardaroba, sana alimentazione, tutela della salute e terapie mediche in genere) e nella gestione del quotidiano; attività terapeutico-riabilitative; attività ricreative, culturali, del tempo libero e di socializzazione; promozione e attivazione di attività occupazionali; sostegno all'inserimento nel mondo del lavoro. A seguito di una richiesta d'ingresso – che avviene tramite il CSM di riferimento – l'unità valutativa della struttura verifica i requisiti e in caso affermativo avviene l'inserimento nella abitazione assegnata o in una lista d'attesa. L'accesso avviene in conformità ad un programma personalizzato, concordato e verificato periodicamente fra psichiatra del DSM, operatori della struttura residenziale, paziente, familiari o eventuali caregiver.

Al momento del mio arrivo, gli ospiti del Gruppo Appartamento erano sei, divisi in tre abitazioni. Nella prima vivevano Angela, Sandra e Rosa. La loro residenza è il "quartier generale": è qui che si pranza tutti insieme, attorno al grande tavolo rettangolare, e la postazione degli operatori è nel pianerottolo all'ingresso. Pietro abitava due appartamenti più avanti; viveva da solo in quanto Ismael, suo coinquilino, era stato dimesso qualche tempo prima. Wanda e Iris dividevano l'ultimo appartamento, il più lontano dalla strada.

Esiste nel panorama antropologico tutto un filone di ricerca incentrato sull'abitare nella sua dimensione più intima, quella della casa. Intesa come "quel luogo in cui è possibile rintracciare tracce di un *vivere permanente*" (RAMI CECI 2000: 28, corsivo dell'Autrice)⁵, la casa è un elemento sia simbolico che narrativo. Orizzonte culturale domestico, attraversato da processi di inclusione e relazioni, ma anche finestra sul mondo che amplia e rimodella l'*habitat* di significato (HANNERZ 2001) di chi si muove al suo interno. Studi e riflessioni che nascono e si sviluppano a partire da processi interpretativi che guardano agli spazi domestici come snodi cruciali nella costruzione e nelle rappresentazioni dell'azione sociale e culturale dei gruppi umani (PITZALIS, POZZI, RIMOLDI 2017)⁶. Spazio dove identità e rapporti si modellano e ridefiniscono (DOUGLAS, ISHERWOOD 1984; BOURDIEU 2001), la casa è da considerarsi un riflesso delle relazioni sociali che la abitano ma allo stesso tempo anche un mezzo attraverso il quale esse si costruiscono (MELONI 2013). Ciò è particolarmente vero quando si pensa al Gruppo Appartamento, abitato da persone che in comune hanno quel tetto e l'"invio" del CSM. Ma l'idea di casa si plasma nel tempo di vita di chi la abita e nelle relazioni che si creano. Gli scambi operatori-operatori,

operatori-utenti, utenti-operatori, utenti-utenti sembravano attingere a un repertorio consolidato nel tempo, esito di quei “processi di socializzazione” di cui parla Simmel, attraverso i quali interazioni reiterate si fissano in formazioni sociali stabili, dotate di una propria autonomia (SIMMEL 1989).

Ospiti, operatori e volontari del Gruppo Appartamento partecipano a un disegno specifico che ricombina varie modalità di condividere uno spazio abitativo, praticando e attribuendo significati alla convivenza. La mia permanenza in questo contesto non ha mai avuto, in tal senso, quel carattere intrusivo che Miller riconosce alla ricerca etnografica negli spazi privati (MILLER 2001) e ciò è probabilmente accaduto perché non mi stavo muovendo in uno spazio separato e caratterizzato da privatezza. Il Gruppo Appartamento è infatti una dimora che vive di dinamiche specifiche, le quali modellano, in modi inediti e di non sempre immediata codifica, spazi, liminalità e relazioni. Questo perché, prima ancora che essere “casa”, è un’unità di convivenza, nella quale si intersecano esperienze vitali tra loro molto diverse. Ma allo stesso tempo, in quanto “spazio domestico”, è costantemente attraversato da “tensioni simboliche fondamentali” (MINESTRONI 2020: 18) e, tra alchimie e contrasti che nascevano nel soggiorno, ogni mattina potevo assistere al disvelarsi di modi sempre nuovi di stare in relazione.

Spazi e ritmi del Gruppo Appartamento sono disciplinati e allo stesso tempo disciplinanti, attraverso vari meccanismi di autorizzazione/proibizione (PASQUARELLI 2020) innescati da alcuni fattori strutturali, come ad esempio la presenza degli operatori. È infatti solo quando almeno uno di questi ultimi è presente che è possibile accedervi; allo stesso modo, la fine del turno rappresenta per tutti i “visitatori” il momento del congedo. La vita “visibile” del luogo inizia pertanto dopo le nove del mattino e rispetta la durata del turno lavorativo degli operatori. Fin dall’inizio, i miei posizionamenti e le mie prossemiche sono stati mossi da una forte volontà di integrarmi «nell’intelaiatura spaziale e temporale» (ivi: 63) del contesto, cercando di ridurre al minimo la possibilità di rappresentare un elemento di disturbo nel normale svolgimento della *routine*. Si tratta senza dubbio di una scelta che necessita di non poche riflessioni metodologiche e che si può eventualmente rinegoziare in corso d’opera. Non a caso, se in un primo momento fu per me quasi naturale affiancarmi al lavoro degli operatori, dedicando loro la maggior parte delle mie capacità di ascolto e osservazione, col passare del tempo la proporzione risultò senza dubbio invertita. In generale, mi sono potuta muovere indistintamente nei due gruppi, quello degli operatori e quello degli utenti, attraversandone continuamente i confini,

accedendo alle molteplici forme di realtà che gli uni e gli altri raccontavano e ricostruendo storie. Storie di vita e storie quotidiane sono state il *Leitmotiv* della mia esperienza etnografica presso il Gruppo Appartamento; esplorarle, valorizzando il carattere processuale e generativo dei contesti in cui sono state raccontate e raccolte, mi ha portato a pensarle come modi possibili di rileggere la salute mentale e la sua rete.

Le solitudini di Ismael

La prima volta che ho “incontrato” Ismael è stata quando ho aiutato un operatore a pulire la stanza che aveva lasciato libera dopo le sue dimissioni. L’ho “conosciuto”, dunque, attraverso le cose che aveva deciso di non portarsi dietro nella sua nuova vita fuori dal Gruppo Appartamento; in particolare, ho tentato di sfiorare la sua personalità osservando i libri che aveva abbandonato in una grande busta di cartone, al lato del letto. Sembravano letture impegnative, per la maggior parte di stampo sociologico e filosofico, che già nei titoli ponevano domande di senso⁸. I lipogrammi di Umberto Eco risaltavano in quel coro come una nota stonata. Mi figurai una persona pacata e introspettiva, ma non mi sarei stupita di veder emergere tra le pieghe di quella riflessività una qualche dimensione ironica e scherzosa.

Una settimana dopo, trovo Ismael seduto al tavolo del soggiorno e al primo sguardo capiamo di non aver bisogno di presentazioni. Me lo ricordavo bene quel ragazzo non troppo alto, coi capelli corti, nerissimi e gli occhi, altrettanto scuri, circondati dalla montatura nera dei suoi grandi occhiali da vista che spiccavano su quel viso gioviale dalla forma rotonda. Ci eravamo già conosciuti, Ismael ed io, durante una partita di pallavolo, una delle attività organizzate dall’associazione sportiva che ho frequentato nel corso dell’etnografia⁹.

Ismael indossa una t-shirt gialla con scritto “Svezia”, dove mi racconta di essere da poco stato in viaggio. Ci lanciamo in una conversazione sullo stile di vita dei paesi nordici, che Pietro interrompe per chiedergli due cose: come si dice “io” in spagnolo e “avere” in inglese. In questi giorni, sta infatti cercando di arricchire il suo vocabolario anglo-ispánico in vista delle imminenti vacanze a Siviglia, dove andrà in agosto con la compagna. Marta chiede a Ismael se si è già attrezzato con il pranzo. Sta preparando i panini per gli altri e ne hanno presi due in più, considerando anche lui. Ma Ismael alza l’indice verso l’alto, si gira verso Marta e alzando la voce (ma con tono scherzoso) esclama: “io sono indipendente dal Gruppo!”. Subito dopo, ringrazia Marta per aver pensato a lui.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 16 luglio 2019]

Nonostante non sia più un ospite del Gruppo Appartamento, l'*affaire Ismael* è il secondo punto dell'ordine del giorno nella riunione di coordinamento cui partecipo il primo agosto 2019. Ismael infatti sembra incontrare qualche difficoltà nella sua nuova vita in completa autonomia. Particolarmente spinosa è la questione spesa: «non lavora ma non c'ha tempo di farla», racconta un'operatrice. Tra gli operatori, c'è chi pensa che se ne approfitti, o che comunque stia attuando una specie di "minaccia", raccontando che in conseguenza di questo si ritrova poi «mentalmente angosciato».

Fatima, la volontaria del servizio civile, interviene dicendo che una cosa che ora lo fa pensare molto potrebbe essere il viaggio in Marocco. Voleva infatti tornare a casa ma tra settembre e ottobre potrebbe avere un colloquio per una borsa lavoro e non può permettersi di perdere l'occasione. Di rimando non può neanche anticipare il viaggio (programmato appunto per ottobre) perché i voli costerebbero troppo. Ismael vuole la borsa lavoro¹⁰. Attenzione, non un lavoro. Avere un lavoro significherebbe perdere la pensione di invalidità¹¹. I viaggi in Marocco, commenta un operatore, sono sempre problematici per Ismael perché torna "caricato" della sua vicenda familiare. Lì ha la mamma e la figlia del fratello, che vive con la nonna, vista l'inaffidabilità del padre. Di recente, Ismael è stato anche contattato su Facebook da una persona che voleva informarlo del fatto che era stata truffata dal fratello [il quale, mi pare di capire, sembra abbia cercato di vendergli una macchina]. Dopo un periodo di viaggi che avevano il Marocco come unica destinazione, Ismael ha scelto altre mete. Ad esempio, è andato in Svezia, a Barcellona e in Grecia. L'assistente sociale osserva che per lui mischiarsi tra la folla significa "non essere invalido". Mantenere un legame col gruppo, guardare quello che fanno gli altri, gli serve, altrimenti sarebbe troppo solo. E in effetti è molto solo, anche se partecipa spesso alla vita del Gruppo Appartamento. È andato con loro alle sagre, viene spesso a pranzo... L'assistente sociale pensa che "mantenerlo nella rete" rappresenti per lui una fondamentale occasione di socialità.

[dal diario di campo, riunione di coordinamento, 1 agosto 2019]

Elementi del passato, del presente e del futuro di Ismael si intrecciano in un'unica narrazione a più voci, figlia di interpretazioni e restituzioni successive, che si fanno eco richiamandosi vicendevolmente. Un dialogo polifonico, all'interno del quale interagiscono "coscienze indipendenti e disgiunte" (BACHTIN 1968), ciascuna portatrice di propri riferimenti e orizzonti. Tra queste voci manca tuttavia quella di Ismael, i cui timori e vuoti vengono riportati all'assistente sociale mediati dalle parole di operatori e volontari.

Cristallizzati attraverso un linguaggio che in più punti tradisce il suo attingere al vocabolario della riabilitazione psichiatrica, pareri personali, com-

menti e spunti di riflessione si rincorrono da un lato all'altro del tavolo, nel tentativo di definire le motivazioni alla base della reticenza di Ismael a compiere un gesto quotidiano, quasi banale, come il "fare la spesa". Questa sua ostilità sembra risolversi, almeno in parte e secondo alcuni, in una volontà latente di mantenere vivo un legame di dipendenza con gli operatori. Una chiave di lettura alternativa è quella proposta dalla volontaria del servizio civile, alla quale Ismael ha confidato alcune preoccupazioni riguardanti un momento di indecisione che sta vivendo: il desiderio di un viaggio in Marocco, la sua terra di origine, si scontra infatti con la consapevolezza di non voler perdere un'occasione importante nel suo percorso di autonomia fuori dal Gruppo Appartamento, come il colloquio per ottenere la borsa lavoro, e quindi un sostentamento economico. È possibile che questo aspetto sia meno secondario di quanto si tenda a farlo apparire, relegandolo ai margini di una discussione semmai incentrata su difficoltà pratiche e più "immediatamente" gestibili.

La solitudine e la nostalgia¹² che caratterizzavano quel periodo della vita di Ismael potrebbero infatti suggerire un'interpretazione che non le separi, ma tenda anzi a tenerle insieme. I migranti sembrano trovare nel sentimento nostalgico una risorsa che consente loro di far fronte al timore e all'incertezza, un conforto vitale in grado di proteggerli dalla solitudine e dall'eventuale disgregarsi della propria identità (BACHTIN 1997)¹³. Da un punto di vista culturale, il rischio che corrono è duplice, sospesi come restano tra la percezione di una perdita di conformità rispetto alla cultura di origine e di un mancato assorbimento di quella di arrivo. Quest'ultimo, nel caso specifico di Ismael, può essere riferito alla mancanza di una rete sociale al di fuori del Gruppo Appartamento. Perdita di conformità e mancato assorbimento portano a sperimentare una condizione di "doppia assenza" (SAYAD 2002): essere solo parzialmente assenti là dove si è assenti e, allo stesso tempo, non essere totalmente presenti là dove si è presenti (FIORUCCI 2019).

È possibile che questa "presenza parziale" abbia il suo corrispettivo nella solitudine che Ismael sta sperimentando fuori dalla residenza e che si ripropone come una costante anche nelle sue stesse parole. A volte è una timida presenza che va cercata nello sfondo, oltre il vero e proprio soggetto. Un pomeriggio, ad esempio, ho incontrato Ismael mentre aspettavo un autobus per tornare in centro. Ero stata a pranzo al Gruppo Appartamento, e il caldo di quel primo pomeriggio mi aveva fatto desistere dall'idea di andare a piedi. Ismael stava scendendo lungo la via. Ci siamo salutati calorosamente, ma quel trasporto iniziale durò solo il tempo di un "ciao!".

Non fece nessuno sforzo infatti per nascondere quella malinconia che mi confessò subito di provare. Non stava attraversando un bel periodo e si sentiva molto solo. Il telefono, confidò, non gli squillava mai. “Per fortuna c’è il Gruppo Appartamento!”, disse prima di salutarmi, alla vista del mio autobus in arrivo.

È proprio al Gruppo Appartamento che, qualche mese dopo, Ismael m’informa di aver ottenuto tramite il SAL (Servizio di Avviamento al Lavoro) un lavoro come addetto alla derattizzazione. È una cosa che ha già fatto in passato, lo hanno richiamato.

ER: E non sei contento?

Ismael: Sì... perlomeno so che dovrei esserlo. Ma in realtà sono un po’ preoccupato... È un lavoro molto impegnativo, dovrò stare fuori tutto il giorno e non sempre potrò restare a Perugia, mi potrà capitare di dover andare a Colle Umberto, per esempio. Dovrò prendere due autobus per arrivare sul posto di lavoro, svolgere le mie mansioni, tornare a casa, scrivere i rapporti, mandarli al Comune. Questo ogni giorno. Torni a casa per riposarti e non ti riposi...

ER: Ma lo hai già fatto?

Ismael: L’ho già fatto ma vivendo qua. Trovi il pranzo pronto, trovi l’operatore che ti sostiene...

ER: Il pranzo pronto è solo questione di organizzazione. Vedrai che ci sono cose che puoi prepararti la sera...

Ismael: Mmm... non so. Ho la reperibilità 24 ore su 24.

ER: Ma tutti i giorni della settimana?

Ismael: Tutti! Sabato, domenica... 24 ore su 24 suona il cellulare... Adesso, da zero chiamate mi arriveranno cinquanta chiamate!

ER: Vedrai, andrà tutto bene...

Ismael: Io ci provo. Grazie... io ho avuto con me gli operatori per sei anni... non è facile.

In sottofondo, sentiamo Rosa ridere di gusto per una scena del film che sta guardando.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 5 novembre 2019]

Questo breve scambio, avvenuto intorno al piccolo tavolo antistante la cucina, rivela modi di stare in relazione nei quali mal si celano dimensioni di asimmetria, di cura e di dipendenza, miste a processi di risonanza e di rispecchiamento affettivo (FOULKES 1974). In assenza di una rete relazionale all’esterno del contesto residenziale che ha lasciato, i rapporti intessuti all’interno del Gruppo Appartamento rappresentano ancora un punto di

riferimento irrinunciabile per Ismael. Difficile stabilire dove finisca il bisogno di socialità e dove cominci un legame di dipendenza che sembra faticare a sciogliersi. E se ciò da un lato consente di riflettere sui correlati affettivi delle dinamiche separative, dall'altro porta a interrogarsi sulle potenzialità del territorio come risorsa per la relazione. Se è vero che la presenza di un mandato sociale costituisce una premessa essenziale per ogni politica sanitaria, è chiaro che non vi può essere territorio solo sulla base di decisioni amministrative o di competenze "sulla carta", ma deve piuttosto svilupparsi una pratica di scambi e consuetudini flessibile, una sensibilità che tenga conto delle diverse componenti chiamate alla tutela della salute mentale (PELLEGRINI 2019, MINELLI 2020). Qualora ciò non accada, il rischio è di ricorrere a soluzioni ambigue che, lungi dal promuovere un percorso di autonomia, sono piuttosto orientate, lo abbiamo visto, al "mantenere la persona nella rete".

Nella storia di Ismael, il timore di non rispondere a certi principi di efficienza relazionale e produttiva sembra agire da vettore che innesca esperienze di disorientamento e marginalità, in maniera più o meno diretta. L'impossibilità di corrispondere alle aspettative sociali può dare forma a idee e percezioni di inadeguatezza, alimentando una sofferenza psichica che finisce spesso per diventare conseguenza di una battaglia per la costruzione della propria identità; tale sfida è tuttavia mediata dalla possibilità che gli individui hanno, all'interno di uno specifico contesto, di corrispondere a gradi di idoneità pregiudizialmente previsti (PITTALIS 2015). A colmare questi interstizi vi è una pressante retorica, focalizzata sul senso del dovere e della responsabilità, che pone la persona di fronte a scelte da prendere soggettivamente e in maniera responsabile (*ibidem*). All'interno delle dinamiche gruppali, che si plasmano nel quotidiano del Gruppo Appartamento, le istanze emotive di Ismael sembrano risolversi: scherza con "le signore", parla di viaggi passati e futuri con Claudio, mi racconta di buffi episodi in cui si è imbattuto. È l'Ismael dei lipogrammi, a contatto con la sua continuità storica e al riparo dalle angosce di smarrimento che lo accompagnano là fuori.

Di Ismael a colpirmi era soprattutto il modo pacato e lento di parlare che lasciava trasparire tutta l'attenzione dedicata a ogni singolo termine pronunciato. C'era qualcosa in quelle parole che comunicava molto, come se parte della sua storia fosse già presente nella sua stessa voce (MILLER 2014). E non dipendeva tanto dall'accento francese o dal suo italiano efficace, appreso dagli altri e dalle pagine dei libri. Ascoltando Ismael, potevo riconoscere il valore che avevano per lui quegli scambi, indipendentemente dal

loro contenuto: le sue parole, dense e ragionate, mi arrivavano ogni volta come intenzioni, timide e delicate, di creare uno spazio di reciprocità.

Giovanni fuori dal circuito

Seduti attorno al tavolo di plastica bianca antistante l'ingresso del Gruppo Appartamento, insieme a un operatore stavamo parlando del mio progetto. Ero al mio secondo giorno di osservazione in quel contesto. «Cosa ti interessa? Osservare quello che succede qui?», mi aveva chiesto. «Non solo, non esattamente. A me interessa comprendere la rete». Mi aveva guardata e, con il fare di chi vuole riportarti su un piano di realtà, aveva detto: «La rete siamo noi». Non aggiunse altro e io ero troppo impegnata a trattenere quella frase per approfondire con le mille domande che mi sarebbero venute in mente di lì a poco ciò che mi sembrò subito un elemento di criticità da interrogare. Di fatto, la rete che avevo immaginato e visto fino a quel momento, aveva una trama non conclusa. I suoi nodi erano di diversa natura, alcuni sovrapposti, altri più distanti, ma comunque tenuti insieme da legami che si aprivano (o comunque, avrebbero potuto aprirsi) in mille direzioni. In quel momento l'operatore identificava la rete con se stesso, o meglio con il gruppo di appartenenza, e questo mi sembrava annullasse quanto avevo acquisito in merito, oltre a restituire un'immagine quantomeno immobile di un qualcosa che in realtà non era mai fermo. Se si identifica la rete con un gruppo, mi dissi, viene meno tutto il suo potenziale generativo.

Quello che intendeva dire Lorenzo mi fu più chiaro circa un mese dopo, quando feci la conoscenza di Giovanni, e a partire dagli accadimenti che si susseguirono da lì a poco. Giovanni è un uomo non troppo alto, coi capelli corti e brizzolati, a cui in prima battuta do un'età che si aggira intorno ai quarant'anni. Lo incontro in una calda mattinata di metà luglio, al mio arrivo al Gruppo Appartamento. È seduto su una delle sedie di plastica bianche, del "salottino" predisposto davanti all'ingresso dell'abitazione. Non l'ho mai visto, ma mi comporto come se la sua presenza non mi destasse alcun sospetto. È Giovanni a interrompere il flusso dei miei pensieri in merito alla sua identità, e lo fa anticipandomi: «chi sei? Che fai qui?». Gli dico il mio nome, mentre ci stringiamo la mano. «Sono un'antropologa», spiego, e riassumo in due battute il progetto che mi ha portata lì. Più tardi si identificherà anche lui:

“Sono un ex utente”, mi dice. Senza che io glielo chieda mi racconta la sua storia. Ha una moglie e un figlio di tre anni e mezzo. Mentre me ne parla gli occhi gli si illuminano. Lui con F. [la moglie] ci stava quando era un ragazzo ma la compagnia che frequentava ha fatto di tutto per allontanarlo da lei. Poi tutto è iniziato ad andare male ed è entrato *nel circuito della salute mentale*. Quando durante il suo percorso ha re-incontrato F. le ha spiegato tutto, quali erano state le sue difficoltà, ciò che l’aveva portato sia a perderla che a sprofondare, e F. da lì in poi gli è stata vicino, senza mettergli fretta, ma semplicemente non facendolo mai dubitare che sarebbe rimasta, mentre affrontava il suo percorso. L’operatrice che è lì con noi conferma tutto. Quando è arrivato dicendole che si sarebbe sposato, poco dopo essere dimesso dal Gruppo Appartamento, non riusciva a crederci. Le veniva da piangere. E così è stato anche quando è venuto a trovarli con il figlio. Giovanni è orgoglioso della sua famiglia e della sua storia. Estrae il telefono e mi mostra le foto della moglie e del bambino.

“F. è proprio una bella ragazza!”, dico.

“Anche io sono bello”, mi risponde, “soprattutto prima, ora sono ingrassato, ma prima dovevi vedere che fisico avevo!”.

Prima di congedarsi Giovanni ci tiene a dire che quello che lo lega a questo posto è un legame speciale: “Guai chi me lo tocca!”. Mentre lo guardo allontanarsi verso le scale penso che la sua è davvero una bella storia da raccontare.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 18 luglio 2019]

Il riferimento fatto da Giovanni all’esistenza di un “circuito della salute mentale” aveva subito destato in me una particolare curiosità. Avevo riflettuto molto in proposito, quel giorno, anche dopo essermi congedata e quella riflessione me la portai fino a casa, soffermandomi su quella scelta di termini mentre sistemavo le mie note. Le varie accezioni proposte da un qualsiasi dizionario concordano nel descrivere il circuito come qualcosa di chiuso: una circonferenza, un giro che ritorna al punto di partenza. Era la prima volta, questa con Giovanni, che sentivo parlare di “circuito della salute mentale”, ma poi, nel corso della ricerca, questa immagine è tornata a più riprese. Ogni volta la mia mente veniva attraversata dall’immagine di un utente che scende in pista, percorre vari giri, affronta curve pericolose, magari si ferma ai pit-stop, per poi continuare la sua personalissima “gara”, come concorrente unico, lungo un circuito che termina nello stesso punto in cui comincia. Come si esce da questo circuito?, mi chiedevo. Una domanda superficiale ma che ha accompagnato tutta la mia relazione con Giovanni, almeno fino al giorno in cui è terminata, per una scelta non mia. È stata una fine ben definita, decretata, come una sorta di sentenza senza possibilità di appello, dalla sua psichiatra di riferimento. Ma andiamo con ordine.

A partire da quel nostro primo incontro nacque in me l'idea di intervistare Giovanni. Ero curiosa in particolare di approfondire la questione del circuito e di interrogare le dimensioni di senso che trapelavano dalla frase con cui mi aveva salutata, a riconferma del legame che intratteneva con il luogo e i suoi abitanti. Dopo pochi giorni decido di parlarne con gli operatori. Mi chiederò, a posteriori, perché scelsi di far riferimento a loro. In fondo io, Giovanni, l'avevo conosciuto da ex-utente passato a salutare gli ex-conviventi di un passato che datava ormai qualche anno, ma era anche vero che non avrei potuto rintracciarlo altrimenti. Gli operatori manifestarono sentimenti discordanti nei confronti dell'intervista. Lorenzo mostrò una certa reticenza a riguardo: Giovanni avrebbe potuto strumentalizzare la cosa attuando una specie di "show"; Michela sembrava più tranquilla in merito: «perché no?», disse alzando le spalle. Ad ogni modo, concordarono sul fatto che era necessario parlarne prima in sede di coordinamento, per capire se l'idea fosse "praticabile" per tutti. Pertanto, durante la riunione successiva, Michela ed io avevamo esposto la mia richiesta di intervistare Giovanni all'assistente sociale, la quale aveva ritenuto non vi fossero problemi, anzi: sia lui che Ismael, anch'egli ex-utente, possedevano una "visione di insieme" che si sarebbe potuta rivelare molto utile al mio progetto. Questo, dunque, lo stato delle cose che precede la pausa estiva. Al ritorno dalle vacanze, quando riprendo la mia osservazione, scopro con sorpresa che la situazione non è più così tranquilla.

"Giovanni non sta affatto bene", mi confida un operatore, "pare abbia avuto un attacco di panico mentre era in macchina con il figlio e che ora abbia molta paura. La psichiatra ha anche provato a cambiargli la terapia ma non sembra riprendersi. Risponde male alla moglie, si agita, anche venire qui in questa fase non è consigliabile... tutto questo è dovuto al fatto che ha paura. Di ricadere, di tornare indietro".

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 17 settembre 2019]

L'attacco di panico segna una prima battuta d'arresto nel progetto dell'intervista e nella stessa vita di Giovanni fuori dal circuito. Lui stesso teme di indietreggiare, racconta l'operatore. Emerge qui una nuova rappresentazione della rete la quale, da circuito che era, sembra ora somigliare a una sorta di "Gioco dell'Oca", un percorso snodato con un punto di inizio e uno di arrivo; un percorso in cui si va avanti ma all'interno del quale, fermandosi sulla casella sbagliata, si può indietreggiare. Alla riunione di coordinamento successiva è presente la psichiatra di riferimento di Giovanni, nonché di altri ospiti del Gruppo Appartamento. Prima di congedarci le introduco la questione dell'intervista. Mi blocca subito.

“Giovanni sta molto male. È nel panico. Viene continuamente al reparto a chiedere medicine, *fa* il sintomo. Non gestisce la cosa, mi chiama di continuo, si è presentato anche al reparto di neuropsichiatria infantile. Ho tentato di avvisarlo dei rischi”. Immagino si riferisca al fatto che gli potrebbero togliere il figlio. “L’intervista in questa fase non si può fare”, conclude, e la riunione si scioglie. Sono passati poco più di due mesi e Giovanni sembra di nuovo in corsa nel circuito, penso mentre cammino verso il parcheggio.

[dal diario di campo, riunione di coordinamento, 3 ottobre 2019]

Non so se Giovanni sia rientrato nel circuito. O meglio, non so neanche se ne sia realmente uscito. Quello che posso dire con certezza è che l’intervista non è mai avvenuta. Non l’ho più incontrato al Gruppo Appartamento – almeno fintanto che il dilagare della pandemia ha reso possibile la mia osservazione – e ogni volta che ho chiesto informazioni mi è stato detto che non stava bene, senza scendere nei dettagli. Posso inoltre dire che l’iter seguito dalla mia (non)intervista con lui ha fatto luce su alcune ambiguità su cui è necessario riflettere.

Un primo punto è che l’iter a cui faccio riferimento si è snodato dentro lo stesso circuito da cui Giovanni ritiene di essere uscito. Inizialmente, mi sono confrontata con i suoi ex-operatori, successivamente con l’assistente sociale di riferimento per il Gruppo Appartamento, infine con la sua psichiatra. Ho scalato una sorta di piramide dove, man mano che si saliva, avvicinandosi al vertice (identificato nella psichiatra curante), la disponibilità nei riguardi della mia proposta di coinvolgere un ex-utente nell’intervista andava restringendosi, fino ad annullarsi del tutto.

In secondo luogo, ho riscontrato una volontà, neanche troppo latente, di “proteggere” Giovanni dai contraccolpi potenzialmente derivanti da un’intervista pensata per ripercorrere la sua storia. Credo non sia un caso che l’unica, tra i soggetti coinvolti, a ritenere “utile”, forse anche interessante, l’idea di ricostruire con lui il suo percorso, sia stata l’assistente sociale, una figura il cui ruolo richiede costanti attraversamenti tra le varie dimensioni di cui si compone il progetto individuale.

Infine, va detto che il sintomo allarma Giovanni, che si spaventa e teme una regressione, e insieme il sistema che lo ha (aveva?) preso in carico. Un sistema le cui dinamiche sembrano essere totalmente regolate e definite dai professionisti, a vario titolo, della cura. Questo aspetto sembra tuttavia coerente con quanto sostenuto dall’operatore che dice: “La rete siamo noi”. Anche le persone dimesse dalla struttura continuano a vedere la rete *negli* operatori: di fatto, o ritornano, oppure mantengono con essi un legame di “dipendenza”, anche se diminuito e molto più sfumato: è infatti a loro che

continuano a fare riferimento per “risolvere” le difficoltà che incontrano nel quotidiano vissuto all’esterno del servizio. Così come è accaduto anche a Ismael.

La psichiatria ha concettualizzato le fasi dei disturbi, suggerendo concetti come fase acuta, ricaduta, ricorrenza, remissione e recupero in base ai profili che i sintomi assumevano nel tempo (FRANK *et al.* 1991), adottando modelli che tendevano ad associare la ripresa dalla malattia mentale a quanto si poteva osservare nelle malattie fisiche. La storia di vita di Giovanni è giocata sui suoi sintomi, la cui presenza o assenza ne scandiscono i momenti cruciali: l’ingresso nel circuito, il rischio di rientrarvi, la costruzione di una famiglia, il timore di perderla. Il sintomo allarma, attiva nuovi meccanismi richiestivi (Giovanni si presenta in reparto e chiede il farmaco) e ne innesca altri di protezione (l’intervista, quale stimolo dagli esiti imprevedibili, non si può fare). La spinta alla psichiatrizzazione contrasta, fino a farla indietreggiare, quella dimensione sociale della psichiatria che si era tentato, con esiti anche felici, in alcuni casi e in altri tempi, di realizzare e si oppone all’applicazione di modelli efficaci di *recovery*.

Labirinti

Recovery è una delle parole chiave intorno alle quali si costruiscono gli attuali discorsi sulla riabilitazione psichiatrica; raccomandata nelle linee guida cliniche e professionali, è il focus, esplicitamente dichiarato, delle politiche internazionali sulla salute mentale (SLADE, ADAMS, O’HAGAN 2012; SLADE, LONGDEN 2015). Da un punto di vista lessicale, il significato che la voce inglese assume in campo riabilitativo è molto simile a quello che le viene attribuito nel settore economico, dove con il termine si fa riferimento a una fase di ripresa, caratterizzata da un progressivo ampliamento dell’attività e da un incremento degli investimenti, dell’occupazione, della produzione e dei consumi, cui corrisponde un calo della disoccupazione¹⁴. È chiaro dunque che, quando si parla di *recovery*, non ci si sta riferendo a un esito che coincide con il ritorno a una condizione precedente all’esordio del disturbo psichico, quanto a un percorso mirato all’attivazione di risorse che permettano alla persona di vivere in maniera piena, totale, la sua vita (COLEMAN 2001)¹⁵. Variamente definito come un processo, una prospettiva, una visione, un quadro concettuale, si deve pensare a esso come a un viaggio che non implica necessariamente un ritorno al livello di funzionamento premorbo e alla fase asintomatica della vita della persona, né

suggerisce una progressione lineare verso il recupero. È un approccio che non mira alla risoluzione completa dei sintomi, ma enfatizza la resilienza e la capacità di gestione delle difficoltà incontrate nel corso dell'esistenza (BONNEY, STICKLEY 2008; RAMON, HEALY, RENOUF 2007). A fronte delle istanze di apertura e progettualità veicolate dal concetto, quanto accade ai margini dei contesti residenziali entro cui si snoda parte dei percorsi riabilitativi degli utenti sembra quantomeno suggerire la necessità di rileggerne presupposti e vicende.

Il rischio che le strutture intermedie possano riprodurre in forme nuove il fenomeno della dipendenza è un tema ricorrente in diversi passaggi del processo di de-istituzionalizzazione. Questa tendenza, documentata da diverse indagini epidemiologiche sui sistemi di psichiatria di comunità, ha determinato l'emergere di una serie di rappresentazioni metaforiche: "il demone della cronicizzazione" (CHANOIT 1977), che si insidia nelle strutture intermedie alimentato dal perdurare indefinito della dipendenza dei pazienti, o l'immagine del "labirinto" istituzionale, dal quale può risultare molto complesso uscire (MORONI, BERTOLOTTI, BOIENTI 1998), sono soltanto alcuni degli esempi. Studi osservazionali condotti in contesti residenziali hanno contribuito a dare consistenza a queste immagini (DE GIROLAMO *et al.* 2002), mettendo in discussione il carattere – dichiarato programmaticamente – "transizionale" di queste strutture (LORA *et al.* 2004).

Se da un lato il protrarsi della presa in carico può essere compreso come indizio di una situazione morbosa, nella quale aspetti inerenti alla psicopatologia interagiscono con risposte istituzionali che danno luogo al progressivo ridursi delle prospettive evolutive, dall'altro esso può essere anche legittimamente interpretato come il tentativo da parte del servizio di adeguarsi ai bisogni a lungo termine dei pazienti (WIERSMA *et al.* 1995). Non è dunque raro, nell'ambito dei dispositivi di cura e riabilitazione rivolti a persone con disturbi psichici, osservare il crearsi di circoli viziosi che ripropongono in forme nuove la dipendenza istituzionale, con le sue conseguenze negative e "cronicizzanti" (MAONE 2007)¹⁶. Tentare un'interpretazione del fenomeno implica una considerazione comprensiva di aspetti di varia natura, non priva di elementi complessi e persino contraddittori. Entra in gioco infatti tutta una serie di macro e micro-fattori che interagiscono incessantemente, tra i quali si possono individuare le dimensioni intrinseche ai disturbi psichici e al loro decorso, i comportamenti e le attitudini di familiari, caregiver e operatori, la presenza di vincoli istituzionali e normativi, nonché di pregiudizi sociali (*ibidem*).

Tale complessità non sembra dialogare efficacemente con alcune rappresentazioni ricorrenti – o almeno così è stato nella mia ricerca – della rete di salute mentale, che la interpretano variamente come un circuito o come un insieme finito di persone (“la rete siamo noi”), oscurandone il potenziale generativo. Sfuggevole e sfuggente rimane, in questo quadro, l’idea che la salute mentale sia una responsabilità collettiva, che riguarda tutti. Allo stesso tempo, quella che si realizza è una “presa in carico” che rischia di restare una forma di “intrattenimento”, densa di pratiche che costruiscono piccole nicchie di “cittadinanza diminuita”: una cittadinanza che si ottiene in cambio della contropartita della collaborazione, dell’adeguamento alla cultura e della dipendenza dall’organizzazione del servizio (NEGROGNO 2016).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la riabilitazione psicosociale come un processo volto a offrire alle persone che vivono un disagio psichico tutte le opportunità affinché possano raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente all’interno della comunità d’appartenenza. Ciò implica sia un miglioramento delle competenze individuali sia l’introduzione di modificazioni ambientali, tali da creare le condizioni per il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per chiunque viva una sofferenza psichica. Un tale tipo di intervento è parte essenziale di una presa in carico che voglia definirsi “globale” e che coinvolga il contesto sociale (famiglia, lavoro etc.), il servizio e le strutture intermedie di riferimento, e il terzo settore (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, organizzazioni non governative, onlus, etc.). Le evidenze internazionali e nazionali sottolineano come la presenza di reti di cura integrate nell’ambito della salute mentale, con il coinvolgimento di attori diversificati e saperi “altri”, garantisca efficacia e rappresenti un punto di forza. Tuttavia, nel panorama attuale, i dipartimenti deputati alla cura e alla tutela della salute mentale spesso adottano un approccio più orientato alle emergenze, all’intervento sul sintomo e sul funzionamento individuale, in cui si perde la continuità (e dunque l’efficacia) del percorso di cura nella rete di interazioni, generando un’inevitabile frammentazione nell’offerta. Ne deriva che i sistemi professionali di presa in carico corrono il rischio di centrare la loro azione sui loro stessi servizi, piuttosto che sulle persone e le collettività; si muovono, per così dire, nell’ambito di un paradigma «problema-soluzione», i cui sintomi, come anche i punti di rottura, sono visibili a partire da come psichiatri, assistenti sociali e operatori mettono a punto i progetti individuali. Tuttavia, agire unicamente in senso riabilitativo, lavorando su singole *skill*

o circostanze contingenti, pone lo scenario esistenziale sullo sfondo, con la conseguenza diffusa di proporre risposte che vanno oltre il livello di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone piuttosto degli altri (BASAGLIA, BASAGLIA ONGARO 1975). L'adozione di un paradigma problema-soluzione impedisce infatti di leggere le esperienze e i molteplici significati che gli individui attribuiscono alla propria storia come fattori interattivi e sinergici nel processo di definizione e trasformazione del disagio psichico. Si assiste dunque a pianificazioni che tendono a perdere il nesso con il mondo della vita, dando luogo a circoli viziosi all'interno dei quali al "cliente-utente" viene chiesto di adattarsi a servizi e trattamenti predefiniti e standardizzati. Questa tautologia può tradursi in una "profezia che si auto adempie", che mette la persona in una condizione di "impotenza appresa" (SELIGMAN 2005), moltiplicando innaturalmente bisogni e conseguenti interventi. Anche i dispositivi della personalizzazione – come i progetti riabilitativi – risentono di questa impostazione, limitandosi spesso a posizionare la persona dentro percorsi di fruizione di prestazioni prefissate, pensate "a monte" nell'ambito di accurate programmazioni delle azioni professionali. In questa sorta di neo-taylorismo, ogni attività ha una sua giustificazione interna, intesa come possibilità di perseguire l'uno o l'altro obiettivo, in termini clinici e riabilitativi (FRANCHINI 2022).

Il rischio è quello di "appiattirsi" su pratiche ripetitive e vincolanti. Pratiche di cui non si conosce (o riconosce) la grammatica, sganciate dai mondi relazionali e da un sistema di salute mentale la cui quotidianità è invece caratterizzata dall'imprevisto e dall'eccezionalità. Non si tratta di attuare solo una decostruzione dei saperi e delle pratiche che costituiscono la trama della psichiatria territoriale, ma anche di risignificarli. Alla luce di cosa? Concentrare l'attenzione sulle narrazioni sembra essere una delle soluzioni possibili per uscire dal vicolo cieco che si viene a creare. Guardare alle storie dunque, poiché è in esse che azione e relazione si intrecciano, lasciando intravedere nuovi nodi da interrogare. In tal senso, le storie presentate interrogano la praticabilità stessa della separazione e della dimissione del paziente, anche a fronte di una comunione – almeno dichiarata – di intenti, portando inoltre a riflettere sulla complessità delle dinamiche separative, specie in assenza di una rete esterna, più o meno formale.

Sono storie che inducono a riflettere anche sulla dimensione della residenzialità, settore che, a livello regionale, assorbe la maggior parte degli investimenti destinati alla salute mentale¹⁷. Un aspetto che è stato e rimane un'asse centrale nelle vicende della psichiatria: «la storia della psichiatria è storia di case, più o meno vigilate» (SARACENO 1995: 81). Tuttavia, benché

esteso nel tempo, il percorso all'interno della struttura-casa rappresenta "solo" un segmento della storia del paziente e può accadere che, in mancanza o carenza di azioni successive appropriate, i risultati raggiunti grazie ad esso rischino non solo di non evolvere ulteriormente, ma persino di vanificarsi. Queste tendenze sono leggibili all'interno di meccanismi che riguardano la bio-medicina in senso ampio, nella quale si riscontra una diffusa difficoltà a "prendere in carico" quelle che sono le dimensioni sociali e soggettive dei pazienti (LUPO 2014).

Favorire efficaci ed effettivi percorsi di *recovery* implica necessariamente uno spostamento dell'attenzione dalla malattia e dai suoi sintomi alla totalità della persona, vista nella sua interezza, come portatrice di diritti, di una storia esistenziale e di una rete di appartenenza. Quando questa comprensione "globale" viene a mancare, si corre infatti il rischio di promuovere una cittadinanza "dimezzata", "deficitaria", e non una cittadinanza "piena", in grado di garantire che il concreto esercizio dei diritti possa accrescere complessivamente le possibilità e capacità di scelta e di azione degli utenti (DELL'ACQUA 2003). Detto in altre parole,

la costruzione del diritto di cittadinanza come asse prioritario non è una scelta solo etica ma anche tecnica: soltanto il cittadino pieno potrà esercitare i suoi scambi (e con essi scambiare anche follia) mentre il cittadino dimezzato non saprà che farsene delle acquisite (se davvero acquisite) abilità relazionali, poiché non avrà diritto né accesso all'esercizio di relazioni o accederà a relazioni deprivate della materialità che le rende reali (SARACENO 1995: 65).

Non vi sarà una tecnologia da applicare al soggetto, ma semplicemente una prassi che, utilizzando la conoscenza del "patrimonio di rischi e protezioni" che il soggetto stesso detiene, lo accompagni nella costruzione di spazi negoziali in grado di generarle. Uscire dal meccanismo dell'"intrattenimento" (SARACENO 1995) implica un ripensamento di paradigmi e modelli, una ricerca teorico-pratica orientata a operare «microrotture della miriade di microintrattenimenti» (ivi: x) e a disvelare la molteplicità di risorse e possibilità di azione che concorrono alla ricostruzione e restituzione della piena cittadinanza del paziente psichiatrico, mantenendo un rapporto vitale con il territorio e le solidarietà primarie.

L'urgenza è quella di chiedersi, in sostanza, come possa avvenire il passaggio da servizi centrati sul controllo e sulla gestione del sintomo a una trasversalità che garantisca l'offerta di una più ampia gamma di risorse e opportunità in grado di facilitare i processi di *recovery*, autonomia e benessere. Certamente, una considerazione olistica della persona richiede

la promozione di azioni intersettoriali – da realizzare attraverso modalità di lavoro innovative e *partnership* che coinvolgano i servizi psichiatrici, sociosanitari ed altre agenzie – che pongano al centro la risposta ai bisogni complessivi dell'individuo e della sua rete, prefigurando scenari di *welfare* comunitario (MEZZINA 2016). L'inclusione di nuove competenze deve accompagnarsi a un cambiamento di pensiero nei confronti del disagio psichico, che sposti il *focus* dalla disfunzione e dalla sintomatologia ai concetti di *agency* e *empowerment*.

L'invito è quello di considerare il contesto e il paziente come un sistema complesso e indivisibile, “così come indivisibile è per qualunque individuo la relazione-vincolo tra soggetto e intersoggettività” (SARACENO, GALLIO 2013):

Merleau-Ponty diceva che un soggetto in sé non è conoscibile dall'altro (e dunque nemmeno una malattia in sé), ma che si possono cogliere soltanto interazioni psicologiche e materiali, sono queste interazioni operative – tra il paziente e gli altri, tra la persona e i luoghi in cui si svolge la sua vita materiale, tra l'utente di un servizio e le risposte che riceve – il patrimonio a cui possiamo avere accesso e che può modificarsi in forza di un intervento che crei le condizioni affinché il soggetto possa esercitare più scelte. Gli strumenti di cui disponiamo sono essenzialmente l'ascolto, la solidarietà, il creare occasioni discorsive di confronto tra gli interessi del paziente e quelli della famiglia; soprattutto possiamo modificare il contesto di vita quotidiana della persona, favorendo i suoi scambi materiali e affettivi con gli altri (ivi: 34-35).

L'invito, dunque, è racchiuso nel *Mind the gap!*¹⁸ a cui faccio riferimento nel titolo, attraverso cui si vuole suggerire la necessità di prestare attenzione e cura al divario che si viene a creare tra un quotidiano trascorso all'interno della struttura e l'esistenza rinnovata che prende forma oltre le sue mura. In corrispondenza di quello che sembra il passaggio più delicato del processo riabilitativo ci si trova infatti spesso di fronte a un *vacuum*: un vuoto di opportunità, supporti e soluzioni.

Note

⁽¹⁾ Nello specifico, il contributo rappresenta una versione rivista e aggiornata degli argomenti trattati nel quarto e nel quinto capitolo della mia tesi di dottorato (*Reti di salute mentale di comunità. Percorsi etnografici tra pratiche e storie quotidiane della psichiatria territoriale*, tutor: Massimiliano Minelli). Parte dei contenuti di questo saggio sono stati inoltre presentati in occasione del V Convegno Nazionale della Società Italiana di antropologia medica (SIAM), “Antropologia e diritto alla salute”, tenutosi a Bologna tra il 16 e

il 18 gennaio 2025. Si ringrazia la Redazione di “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica” e i revisori anonimi per l’attenta lettura e i preziosi suggerimenti.

(2) Per la ricostruzione di questo passaggio della ricerca si rimanda a RONDINI 2024.

(3) Da un lato, quello dell’*Actor-Network Theory* (LATOURE 1993, 2005) è stato ritenuto l’approccio teorico-metodologico più adatto a esplorare possibili modelli di relazioni e come questi vengono assemblati in situazioni particolari. L’adozione di tale prospettiva consente infatti di spostare l’accento sul dinamismo e sul cambiamento, e di comprendere la realtà osservata, per quanto configurata dal network, come qualcosa di precario, molteplice e mutevole. D’altra parte le pratiche, nel loro rapporto con la struttura sociale, costituiscono l’orizzonte di senso entro cui si collocano gli interventi della psichiatria territoriale. Leggere, in chiave bourdesiana, la salute mentale come un “campo di pratiche” (BOURDIEU 1992, 2003) conduce a concepirla come uno spazio socialmente strutturato con i propri principi regolativi emergenti, dotato di una forza specifica che condiziona azioni e reazioni degli attori sociali che si muovono al suo interno. Nella prospettiva dell’*Actor-Network Theory* e dell’analisi delle pratiche quotidiane, non era intenzione della ricerca rappresentare una rete, per ridisegnarla; occorreva piuttosto comprenderne le dinamiche, descrivendo e valorizzando il suo carattere autopoietico.

(4) Per approfondimenti sul ruolo della dimensione emotiva nella ricerca etnografica si rimanda a LUTZ, WHITE 1986, FAVRET-SAADA 1977, 1990, PUSSETTI 2010, ROSALDO 2013.

(5) L’Autrice sottolinea come la parola “abitare” abbia la radice comune al verbo latino *habeo* nel senso di “avere”, “continuare ad avere”, cioè “avere consuetudine in un luogo” (RAMI CECI 2000: 28).

(6) Entro questo orizzonte, teorico ed empirico, un nome di rilievo è certamente quello di Daniel Miller, che ha fatto della casa (o meglio, delle case) l’oggetto centrale delle sue indagini. Lungi dal considerarla un luogo statico, Miller si rifà a una micro-etnologia capace di identificare l’abitazione come spazio dinamico e “campo di pratiche” (BOURDIEU 2001, 2003), per mezzo della quale è possibile indagare le modalità di appropriazione degli oggetti, le rappresentazioni del mondo e le cosmogonie domestiche (MILLER 2001).

(7) Sfuggendo a un inquadramento codificato, la presenza di un antropologo può infatti trasmettere «una disorientante indecifrabilità identitaria dalla quale può affrancarsi attraverso l’integrazione in uno dei gruppi formalizzati» (PASQUARELLI 2020: 63).

(8) Si trattava nello specifico dei seguenti libri: AMBROGIO SANTAMBROGIO, *Costruizioni e scienze sociali*; UMBERTO ECO, *Vocali*; DAVIDE SPARTI, *Sopprimere la lontananza uccide*; RICCARDO ALLODI, LORENZA GATTAMORTA (a cura di), *Persona in sociologia*; MARCO BASTIANELLI, *Oltre i limiti del linguaggio*; RICCARDO MARTINELLI, *Misurare l’anima. Filosofia e psicofisica da Kant a Carnap*; AA.VV. *Pensare il medesimo II. Studi in onore di Edoardo Mirri*.

(9) L’associazione nasce 2008 per volere di alcuni operatori, volontari e utenti. L’intento è quello di rimodulare l’esperienza sportiva, ridefinendone efficacia ed efficienza attraverso azioni mirate alla costruzione di realtà stabili, attraverso un lavoro riabilitativo-fisico-relazionale. A tal fine, vengono proposte le seguenti attività sportive: gin-

nastica dolce, pallavolo e calcetto. L'associazione prende inoltre parte a tornei che coinvolgono alcune strutture territoriali intermedie del perugino.

⁽¹⁰⁾ La borsa lavoro è uno strumento che il Dipartimento di Salute Mentale può utilizzare a favore degli utenti dei propri servizi per facilitarne l'inserimento nel mercato professionale. Si integra nel progetto riabilitativo personalizzato, qualora se ne determini l'opportunità terapeutica. I potenziali beneficiari sono utenti affetti da patologia psichiatrica, in carico ai Centri di Salute Mentale, che non siano già inseriti in strutture residenziali a media o alta intensità assistenziale. Le borse lavoro possono essere inquadrate come attività di formazione tirocinio (non produttivo) o essere finalizzate all'assunzione. Hanno durata variabile, compresa tra gli otto e i dodici mesi, sono rinnovabili e prevedono, in relazione alle condizioni cliniche dell'utente, modalità flessibili di effettuazione della prestazione lavorativa da un minimo di 40 ore ad un massimo di 80 ore settimanali, articolate su due o più giorni lavorativi e con un limite massimo giornaliero di cinque ore complessive. L'attivazione delle borse lavoro non determina l'instaurazione di un rapporto di lavoro. Le borse lavoro sono incompatibili con qualsiasi altro reddito derivante da attività di lavoro dipendente o autonomo.

⁽¹¹⁾ Istituita dall'articolo 12 della Legge 118 del 30 marzo 1971, la pensione di invalidità civile comporta il riconoscimento di una serie di benefici, a carico dell'INPS, previo accertamento dell'effettiva difficoltà da parte del richiedente a svolgere le attività tipiche della vita quotidiana, lavorativa o di relazione. Nel caso in cui la sua malattia rientri tra quelle previste, il soggetto interessato può beneficiare innanzitutto dell'assegno mensile di assistenza, qualora l'invalidità superi il 74%. Il beneficiario dell'assegno deve avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni e tre mesi, essere privo di impiego e il suo reddito annuo personale non deve superare la somma di 4.805,19 euro. Le patologie psichiatriche croniche che consentono l'ottenimento di questa agevolazione economica sono le seguenti: ritardo mentale grave e profondo, disturbo bipolare I, disturbo schizoaffective, depressione maggiore con episodi ricorrenti, schizofrenia residuale o schizofrenia di tipo disorganizzato, paranoico, catatonico o non specificata, disturbo di tipo anamnesico persistente indotto da sostanze e anoressia nervosa che causa un deficit grave. A tutte queste patologie croniche si riconosce un grado di invalidità del 100%. L'unica eccezione è rappresentata dall'anoressia nervosa grave a cui si può riconoscere una invalidità variabile tra il 75% e il 100%.

⁽¹²⁾ È un "dolore ostinato" (BENEDEUCE 2007: 243), quello della nostalgia, una nozione che richiama una sorta di lacerazione della trama di riferimenti che rappresentano le basi della nostra esperienza vitale, configurandosi come "uno sfaldamento progressivo che disarticola immagini, ricordi e voci, e mette in crisi il senso di continuità della nostra esistenza e identità" (ivi: 247). Dal greco, "dolore del ritorno". È al medico svizzero Höfer che dobbiamo la prima formulazione clinica del concetto, nel XVII secolo; egli aveva infatti rilevato la presenza di una serie di disturbi (ad esempio, febbre, astenia, inappetenza, apatia) tra i soldati mercenari svizzeri al seguito delle truppe francesi, affezioni che miglioravano visibilmente, fino a guarire del tutto, nel momento in cui i pazienti facevano ritorno al paese di origine (ivi: 243-263). Per una fenomenologia critica della nostalgia si rimanda a BENEDEUCE 1998: 29-61.

⁽¹³⁾ Già in epoca coloniale, Porot notava come i nativi allontanati dalla propria terra d'origine, rimanessero fortemente legati ad essa e si abbandonassero al sentimento

nostalgico del tempo vissuto in patria, anche se spesso si trattava di un passato ingrato (POROT 1918). In particolare, la *maladie du souvenir* – così viene definita la nostalgia nell'Ottocento – mostrava una maggiore incidenza tra coloro che, approdati nel “nuovo mondo”, erano più restii ad entrare in contatto con la cultura d'arrivo e rimanevano dunque più isolati. In quello stesso periodo, le osservazioni cliniche sulla salute mentale degli immigrati cominciano a trovare uno spazio regolare nelle pubblicazioni scientifiche; tuttavia, per molti anni, esse hanno presentato caratteristiche essenzialmente aneddotiche, partecipando alla creazione e diffusione di stereotipi e pregiudizi contro i migranti, presentati non di rado come soggetti con una certa tendenza alla vulnerabilità psichica (cfr. FOVILLE 1875, ØDEGAARD 1932).

⁽¹⁴⁾ È un punto degno di nota, poiché il significato attribuito al termine in altri ambiti, ad esempio quello dell'informatica, va in una direzione completamente diversa, se non del tutto opposta. In questo settore infatti, con *recovery* ci si riferisce a un insieme di procedure volte a recuperare le informazioni registrate nella memoria centrale, al fine di ripristinare il corretto funzionamento del sistema in cui si sia verificata una condizione di errore. Tale accezione non fa riferimento a una “ripresa”, descrivendo piuttosto il ritorno a una condizione originale.

⁽¹⁵⁾ Tra i fattori associati alla realizzazione di un percorso efficace in tal senso, vengono individuati la presenza di una rete relazionale, il raggiungimento di una sicurezza economica e l'ottenimento di un lavoro soddisfacente (BONNEY, STICKLEY 2008; RAMON, HEALY, RENOUF 2007). Tali obiettivi sono da perseguire in un ambiente che preveda la crescita personale, sviluppi la resilienza allo stress e alle avversità, consentendo al tempo stesso alle persone di sviluppare prospettive culturali e spirituali; un ambiente che sia in grado, soprattutto, di fornire il supporto di cui la persona necessita nei suoi momenti più critici (JACOB 2015).

⁽¹⁶⁾ Molte delle analisi condotte su questo tema si sono focalizzate su un aspetto considerato centrale entro tale quadro, quello dell'interazione fra pazienti e operatori. Si tratta per lo più di studi orientati da un approccio di derivazione psicoanalitica. Alcuni hanno messo in evidenza il rischio di una dipendenza reciproca illimitata, motivata almeno in parte dalla debolezza delle forze coesive del Sé riscontrabile in un'ampia categoria di utenti (CORREALE 1991). In tale direzione, Pazzagli e Rossi individuano questa relazione di dipendenza curante-curato come “nuova patologia” o “patologia seconda” (PAZZAGLI, ROSSI 1991). Chi ha osservato queste dinamiche in ambiti simili, sottolinea come la loro causa sia da rintracciare nella necessità di favorire, durante la fase di inserimento, “lo sviluppo di un rapporto simbiotico-fusionale, preludio indispensabile per dare avvio ai primi movimenti identificativi [...] e per la costruzione di un’“alleanza terapeutica”. Il rischio implicito di questo passaggio è che la gratificazione ottenuta alimenti idealizzazioni durevoli, sia nei pazienti che nei curanti), rendendo complessa l'attuazione della dimissione (AGRIMI, VIGORELLI 1998).

⁽¹⁷⁾ Cfr. STARACE, MINGUZZI 2021.

⁽¹⁸⁾ L'espressione (in italiano, “attenzione al vuoto!”) è nota per essere utilizzata come avvertimento ai passeggeri della Metropolitana di Londra che vengono invitati, per la loro sicurezza, a prestare attenzione allo *spazio che si forma tra la banchina della stazione e lo scalino metallico del vagone*, nella fase di salita e discesa dal mezzo.

Bibliografia

- AGRIMI E., VIGORELLI M. (1998), *La Comunità Terapeutica per giovani psicotici adulti. Introduzione*, pp. 315-323, in FERRUTA A., FORESTI G., PEDRIALI E., VIGORELLI M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- APOLITO P. (2006), *Con la voce di un altro. Storia di possessione, di parole di violenza*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli.
- ARUTA A. (2011), *Shocking Waves at the Museum: The Bini-Cerletti Electro-Schock Apparatus*, "Medical History", Vol. 55: 407-412.
- BACHTIN M. (1968 [1963]), *Dostoevskij. Poetica e stilistica*, Einaudi, Torino.
- BACHTIN M. (1997), *Estetica e romanzo. Teoria e storia del discorso narrativo*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F., BASAGLIA ONGARO F. (1975), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino.
- BENEDEUCE R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, FrancoAngeli, Milano.
- BENEDEUCE R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- BODEI R. (2009), *La vita delle cose*, Laterza, Bari-Roma.
- BONNEY S., STICKLEY T. (2008), *Recovery and Mental Health: A Review of the British literature*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing", Vol. 15: 140-153.
- BOURDIEU P. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BOURDIEU P. (1995 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- BOURDIEU P. (2001 [1979]), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna.
- BOURDIEU P. (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- CHANOIT P.-F. (1977), *Hôpital de Jour ou asile de jour?*, "Revue de Médecine Psychosomatique", 1977: 205-208.
- COLEMAN R. (2001 [1999]), *Guarire dal male mentale*, Il Manifesto Libri, Roma.
- CORREALE A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- CROSSLEY N. (2008), *Networking Out*, "British Journal of Sociology", Vol. 59(3): 475-500.
- CROSSLEY N., BELLOTTI E., EDWARDS G., EVERETT M.G., KOSKINEN J., TRANMER M. (2015), *Social Network Analysis for Ego-Nets*, SAGE Publications, London.
- DE GIROLAMO G., PICARDI A., MICCIOLO R., FALLOON I., FIORITTI A., MOROSINI P. for the PROGRES GROUP (2002), *Residential Care in Italy. National Survey of Non-Hospital Facilities*, "British Journal of Psychiatry", Vol. 181: 220-225.
- DEI F. (2019), *Prefazione*, pp. 9-14, in QUARTA L. (a cura di), *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Milano.
- DELL'ACQUA P. (2003), *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli, Milano.
- DOUGLAS M., ISHERWOOD B. (1984 [1978]), *Il mondo delle cose. Oggetti, valori, consumo*, Il Mulino, Bologna.

- FAKHOURY, W.K.H., PRIEBE S., QURAIISHI M. (2005), *Goals of New Long-Stay Patients in Supported Housing: A UK Study*, "International Journal of Social Psychiatry", Vol. 51: 45-54.
- FAVRET-SAADA J. (1977), *Les Mots, la Mort, les Sorts*, Gallimard, Paris.
- FAVRET-SAADA J. (1990), *About Participation*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", Vol. 14(2): 189-199.
- FIORUCCI M. (2019), *Giovani in transizione. I nuovi italiani tra doppia appartenenza e doppia assenza*, pp. 75-85, in MADRUSSAN E. (a cura di), *Crisi della cultura e coscienza pedagogica. Per Antonio Erbetta*, Ibis, Como-Pavia.
- FOULKES H. (1974), *Analisi terapeutica di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FOVILLE A. (1875), *Les Aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lyémanie*, "Annales Médico-Psychologiques", Vol. 5(14): 2.
- FRANCHINI R. (2022), *Le RSA: non se, ma come. Criteri organizzativi e metodologici*, "Spiritualità e Qualità di vita", Vol. 13, 2022: 7-18.
- FRANK E., PRIEN R.F., JARRETT R.B., KELLER M.B., KUPFER D.J., LAVORI P.W. et al. (1991), *Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder: Remission, Recovery, Relapse, and Recurrence*, "Archives of General Psychiatry", Vol. 48(9): 851-855.
- HANNERZ U. (2001), *La diversità culturale*, Il Mulino, Bologna.
- JACOB K.S. (2015), *Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care*, "Indian Journal of Psychological Medicine", Vol. 37(2): 117-199.
- LORA A., CONTARTESE A., FRANCO M., LO MAGLIO M.C., MOLTENI E., PALLAVICINI A., RASI E., ROSSINI M. (2004), *L'efficacia nella pratica delle strutture residenziali territoriali: uno studio osservazionale*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", Vol. 13: 198-208.
- LUPO A. (2014), *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 37: 105-126.
- LUTZ C., WHITE M.G. (1986), *The Anthropology of Emotions*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 15: 405-436.
- MAONE A. (2007), *La Comunità Terapeutica nel continuum dell'assistenza a lungo termine*, disponibile all'indirizzo: www.mitoerealta.org/images/relazioni/Maone.doc (consultato il 13 novembre 2021).
- MELONI P. (2013), *Oggetti di vita quotidiana e relazioni sociali: una riflessione sugli studi di Daniel Miller*, "Lares", Vol. 79(2-3): 353-362.
- MEZZINA R. (2016), *Creating Mental Health Services without Exclusion or Restraint but with Open Doors – Trieste, Italy*, "La santé mentale en France et dans le monde. L'information psychiatrique", Vol. 92(9): 747-54.
- MIDDLEBOE T., MACKEPRANG T., THALSGAARD A., CHRISTIANSEN P.B. (1998), *A Housing Support Programme for the Mentally Ill: Need Profile and Satisfaction among Users*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Vol. 98: 321-327.
- MILLER D. (2001), *Home Possessions: Material Culture Behind Closed Doors*, Berg, Oxford.
- MILLER D. (2014 [2008]), *Cose che parlano di noi. Un antropologo a casa nostra*, Il Mulino, Bologna.
- MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", Vol. 21(49): 129-162.
- MINISTRONI L. (a cura di) (2020), *Restare a casa. Narrazioni della domesticità e nuove forme comunicative dell'abitare*, FrancoAngeli, Milano.

- MORONI A., BERTOLOTTI L., BOIENTI C. (1998), *L'esperienza della "Comunità Don Gnocchi" dell'Istituto Fatebenefratelli di S. Colombano al Lambro*, pp. 420-422, in FERRUTA A., FORESTI G., PEDRIALI E., VIGORELLI M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- NEGROGNO L. (2016), *Forme di interlocuzione di utenti e familiari nei servizi di salute mentale. Studio etnografico sulle esperienze di partecipazione*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo".
- ØDEGAARD O. (1932), *Emigration and Insanity. Study on Mental Diseases among Norwegian Born Population of Minnesota*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Suppl. 4.
- PAZZAGLI A., ROSSI R. (1991), *Schizofrenia: cronicità o bisogno inappagabile?*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- PASQUARELLI E. (2020), *Osservazioni negoziate. Prospettive e implicazioni metodologiche dell'etnografia dell'ospedale*, "Errefe", Vol. 75: 59-71.
- PITTALIS E. (2015), *Esercizi di antropologia della narrazione in una clinica neuropsichiatrica romana*, "Formazione psichiatrica", 1: 69-84.
- PITZALIS S., POZZI G., RIMOLDI L. (a cura di) (2017), *Per un'antropologia dell'abitare contemporaneo: pratiche e rappresentazioni*, "Antropologia", Vol. 4(3).
- POROT A. (1918), *Notes de psychiatrie musulmane*, "Annales Médico-Psychologiques", serie 10, Vol. 9: 377-384.
- PUSSETTI C. (2010), *Emozioni*, pp. 257-282, in PENNACINI C. (a cura di), *La ricerca sul campo in antropologia*, Carocci, Roma.
- RAMI CECI L. (2000), *La città, la casa, il valore: borghesia e modello di vita urbano*, Armando Editore, Roma.
- RAMON S., HEALY B., RENOUF N. (2007), *Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK*, "International Journal of Social Psychiatry", Vol. 53: 108-122.
- RONDINI E. (2024), *Interazioni tra quotidiano e digitale: viaggio etnografico nella rete della salute mentale di comunità*, pp. 200-224, in TARABUSI F., GALLOTTI C. (a cura di), *Antropologia e servizi: esperienze a confronto fra ricerca e applicazione*, Ledizioni, Milano.
- ROSALDO R. (2013), *The Day of Shelly's Death, the Poetry and Ethnography of Grief*, Duke University Press, Durham - London.
- SAYAD A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.
- SARACENO B. (1995), *La fine dell'intrattenimento*, Etas, Milano.
- SARACENO B., GALLIO G. (2013), *Diagnosi, common language e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, "Aut Aut", 357: 21-35.
- SELIGMAN M.E.P. (2005), *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*, Giunti, Firenze.
- SIMMEL G. (1989 [1908]), *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Milano.
- SLADE M., ADAMS N., O'HAGAN M. (2012), *Recovery: Past Progress and Future Challenges*, "International Review of Psychiatry", Vol. 24(1): 1-4.
- SLADE M., LONGDEN E. (2015), *Empirical Evidence about Recovery and Mental Health*, "BMC Psychiatry", 15: 285.

STARACE F., MINGUZZI R. (2021), *Strutture e processi assistenziali della salute mentale in Italia. Indicatori SIEP*, "SIEP – Quaderni di epidemiologia psichiatrica", 8, 2021.

WIERSMA D., KLUITER H., NIENHUIS F.J., RUPHAN M., GIEL R. (1995), *Costs and Benefits of Hospital and Day Treatment with Community Care of Affective and Schizophrenic Disorders*, "British Journal of Psychiatry", Vol. 166, suppl. 27: 52-59.

Scheda sull'Autrice

Elisa Rondini, Phd in Scienze Umane, è assegnista di ricerca e docente a contratto di Antropologia culturale presso l'Università degli Studi di Perugia. Ha contribuito a vari progetti e pubblicazioni sui temi dei disturbi del neurosviluppo, della neurodiversità, della qualità di vita e della spiritualità. I suoi interessi di ricerca includono l'antropologia medica, l'etnopsichiatria, la salute mentale di comunità, le reti sociali e le risorse comunitarie, le pratiche abitative, i patrimoni e le dinamiche patrimoniali, le teorie e i metodi della ricerca etnografica.

Riassunto

Mind the gap! Storie oltre la rete della psichiatria territoriale

Le riflessioni presentate in questo contributo nascono all'interno di una ricerca etnografica condotta in alcuni servizi sociosanitari rivolti a persone con disagio psichico e finalizzata a comprendere i processi che regolano il funzionamento della rete di risorse comunitarie attive nel territorio di Perugia. In particolare, l'attenzione è rivolta ad alcune storie individuali, intercettate e ricostruite nell'ambito di una struttura residenziale: storie frammentate e polifoniche, rivelatrici delle criticità che emergono in una precisa fase del processo riabilitativo, ovvero quella in cui si pensa e/o attua la sua fine. Gli esempi presentati interrogano la praticabilità stessa della separazione e della dimissione del paziente, anche a fronte di una comunione – almeno dichiarata – di intenti, suggerendo al contempo la necessità di indagare i meccanismi che contribuiscono a complessificare le dinamiche separative in atto, specie in assenza di una rete esterna, più o meno formale.

Parole chiave: salute mentale, comunità, reti, etnografia, dimissioni

Resumen

¡Mind the gap! Historias más allá de la red de la psiquiatría territorial

Las reflexiones presentadas en este artículo nacieron dentro de una investigación etnográfica realizada en algunos servicios socio-sanitarios dirigidos a personas con trastornos psíquicos, con el objetivo de comprender los procesos que regulan el funcionamiento de la red de recursos comunitarios activos en el territorio de Perugia. En particular, la atención se centra en algunas historias individuales, interceptadas y reconstruidas en el marco de una estructura residencial: historias fragmentadas y

polifónicas, reveladoras de las dificultades que surgen en una fase específica del proceso rehabilitador, es decir, en aquella en la que se piensa y/o se lleva a cabo su finalización. Los ejemplos presentados cuestionan la viabilidad misma de la separación y el alta del paciente, incluso ante una comunión – al menos declarada – de intenciones, sugiriendo al mismo tiempo la necesidad de investigar los mecanismos que contribuyen a complicar las dinámicas separativas en curso, especialmente en ausencia de una red externa, más o menos formal.

Palabras clave: salud mental, comunidad, redes, etnografía, altas

Résumé

Mind the gap! Histoires au-delà du réseau de la psychiatrie territoriale

Les réflexions présentées dans cette contribution proviennent d'une recherche ethnographique menée dans certains services socio-sanitaires destinés aux personnes en souffrance psychique, visant à comprendre les processus qui régissent le fonctionnement du réseau de ressources communautaires actives dans le territoire de Pérouse. En particulier, l'attention est portée sur certaines histoires individuelles, interceptées et reconstruites dans le cadre d'une structure résidentielle: des histoires fragmentées et polyphoniques, révélatrices des difficultés qui émergent à une étape précise du processus de réhabilitation, à savoir celle où l'on pense et/ou met en œuvre la fin de ce processus. Les exemples présentés interrogent la faisabilité même de la séparation et de la sortie du patient, même face à une communion – du moins déclarée – d'intentions, suggérant en même temps la nécessité d'examiner les mécanismes qui contribuent à compliquer les dynamiques séparatives en cours, notamment en l'absence d'un réseau externe, plus ou moins formel.

Mots-clés: santé mentale, communauté, réseaux, ethnographie, sorties

